

EL ACCESO A LA CONSULTA MÉDICA GENERAL EN COLOMBIA, 1997-2012

JHORLAND AYALA GARCÍA*

RESUMEN

A partir de los datos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2012, este trabajo evalúa los determinantes del acceso a los servicios médicos en Colombia, considerando en conjunto características de la oferta y la demanda de servicios de salud. Se encontró que el acceso a los servicios médicos se redujo entre 1997 y 2012. Este comportamiento fue desigual al interior de las regiones: Antioquia y la región Oriental experimentaron un aumento en el indicador, mientras que las regiones Caribe, Centro, Bogotá, San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Orinoquía y Amazonía registraron disminuciones. Los resultados de los modelos Probit muestran que las características de la demanda explican en mayor medida la probabilidad de acceso que las características de la oferta. Por último, se encontraron diferencias regionales significativas en el acceso para 2012.

Palabras clave: Colombia, acceso a servicios médicos, modelos Probit, diferencias regionales.

Clasificaciones JEL: I11, I13, I14.

* El autor es economista del Centro de Estudios Económicos Regionales (CEER), Banco de la República, Cartagena. Correo electrónico: jayalaga@banrep.gov.co. Agradece de manera especial los comentarios de Jaime Bonet, Karina Acosta y Antonio Orozco, y también la valiosa colaboración de Harrison Sandoval como asistente de investigación. Una versión preliminar de este trabajo apareció con el título de "La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso", Documentos de Trabajo sobre Economía Regional, No. 204, CEER, Banco de la República, julio de 2014. Recibido: febrero 11 de 2015; aceptado: marzo 22 de 2015.

ABSTRACT

General Access to Medical Consultation in Colombia, 1997-2012

This paper studies the determinants of access to health care services in Colombia with data from the 2012 National Quality of Life Survey, jointly considering characteristics of supply and demand. I find that access to medical services decreased in Colombia between 1997 and 2012. This performance was uneven within regions: Antioquia and the Oriental region show an increase in the indicator, while the Caribbean, Central, Bogotá, San Andrés, Providencia and Santa Catalina, Orinoco and Amazon regions reported decreases. Probit models show that demand characteristics explain more the probability of access than characteristics of supply. Finally, significant regional differences in access were observed in 2012.

Keywords: Colombia, access to health care services, Probit models, regional differences.

JEL Classifications: I11, I13, I14.

I. INTRODUCCIÓN

Uno de los principales desafíos que afronta el actual Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia es el acceso a los servicios médicos (Vargas, *et al.*, 2010). Ello se debe a que, a pesar del aumento en la cobertura del aseguramiento, de 56,9% a 90,8% entre 1997 y 2012, el acceso a los servicios de salud en Colombia, entendido como el porcentaje de personas que utilizó los servicios médicos al momento de necesitarlos, disminuyó en el mismo período, de 79,1% a 75,5%, según la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV) (Céspedes, *et al.*, 2000; Restrepo, *et al.*, 2007).

Para interpretar esto es necesario tener en cuenta la diferencia entre los conceptos de cobertura y acceso. Si bien el aumento de la cobertura fue el mecanismo a través del cual la Ley 100 de 1993 pretendía facilitar el acceso a la salud en Colombia (GES, 2011), este no es el único factor que determina la utilización de los servicios. Aunque una persona esté asegurada por el SGSSS, persisten ciertas barreras que pueden evitar que reciba atención médica en caso de necesitarla. Algunas de estas barreras se relacionan con la oferta, como la falta de centros de atención o una mala calidad del servicio; otras se relacionan con la demanda,

como la falta de dinero o la necesidad de atención médica percibida por las personas.

En vista de lo anterior, una forma de mejorar el funcionamiento del sistema de salud colombiano es aumentar el acceso a los servicios médicos. Para ello es necesario conocer cuáles son sus principales determinantes y qué herramientas de política se pueden utilizar para llegar a niveles de acceso cercanos al 100%. Asimismo, si existen diferencias regionales en el acceso al sistema, se debe evaluar si las políticas deben estar focalizadas en mayor medida en algunas regiones.

Esta investigación parte de un modelo que diferencia entre el acceso potencial, determinado por las características del sistema de salud, como la distancia que separa a los hogares del centro de salud más cercano, y el acceso realizado, que depende de indicadores de uso de los servicios médicos y la satisfacción asociada (Andersen, *et al.*, 1983). Según este modelo, el acceso puede medirse con indicadores de utilización de los servicios, como visitas al médico u odontólogo, admisión al centro médico y exámenes preventivos, entre otros, y con indicadores de satisfacción, como los tiempos de desplazamiento o espera, los costos de las citas médicas y la calidad percibida del servicio.

Diversos estudios empíricos han utilizado medidas de acceso potencial, como la distancia o el tiempo de viaje al centro de atención más cercano (Christie y Fone, 2002; Pérez, 2013). Pero estas medidas son deficientes pues suponen que estar cerca del centro de atención equivale a tener acceso, e ignoran la existencia de barreras relacionadas con la demanda de salud, como la falta de dinero, que impiden que las personas usen los servicios médicos. Así, una buena medida de acceso debe considerar la utilización de los servicios cuando las personas los necesitan, razón por la cual en este estudio se emplea el acceso realizado y no el potencial.

En Colombia se ha estudiado ampliamente el acceso a los servicios médicos y su relación con características de los usuarios y del sistema de salud. Diversos estudios empíricos han encontrado una fuerte relación entre el acceso realizado y variables socioeconómicas y del sistema de salud, como la edad, el sexo, la raza, el estado civil, el nivel de escolaridad, el ingreso, el tamaño del hogar, la ubicación geográfica, la cobertura de aseguramiento y el régimen de afiliación (Guarnizo y Agudelo, 2008; Restrepo, *et al.*, 2007; Zambrano, *et al.*, 2008; Mejía, *et al.*, 2007; Vargas y Molina, 2009).

Sin embargo, son escasos los trabajos que evalúan conjuntamente el uso de los servicios médicos, controlando por la necesidad de los mismos y las características de la oferta (Vargas, *et al.*, 2010). Aquellos que lo hacen se han enfocado en

tipos particulares de atención, como las consultas por maternidad (Aguado, *et al.*, 2007) y la vacunación (Acosta, *et al.*, 2005), encontrando que las características del sistema de salud son determinantes importantes del acceso. Sin embargo, en la revisión bibliográfica para el presente trabajo no se encontró ningún estudio que use los datos de la ENCV de 2012 o que analice el acceso a la consulta general. Por lo anterior, el principal aporte de este artículo es el análisis del acceso a la consulta médica general y sus determinantes, considerando de manera conjunta aspectos de oferta y de demanda por atención médica con información para 2012.

El estudio tiene tres objetivos: (1) analizar el acceso a los servicios médicos en 1997 y 2012; (2) evaluar si el acceso difiere entre las regiones colombianas para identificar cuáles son las más rezagadas en materia de acceso, y (3) a través de modelos *Probit*, evaluar los determinantes del acceso a la atención médica con los nuevos datos disponibles de la ENCV de 2012, controlando de manera conjunta por características personales o individuales y por aquellas del sistema de salud colombiano. De esta forma se evitan sesgos por variables omitidas relevantes.

El trabajo se divide en cinco secciones. La segunda parte describe en términos generales la necesidad, demanda y oferta de prestadores de servicios de salud en Colombia y su distribución regional. La tercera presenta los resultados del cálculo del acceso a los servicios de salud y las principales estadísticas descriptivas que motivan la investigación, comparando 2012 con 1997. La cuarta sección describe la metodología de estimación y los resultados de los cálculos econométricos. La quinta sección contiene algunas conclusiones y recomendaciones de política.

II. NECESIDAD, DEMANDA Y OFERTA DE SERVICIOS DE LA SALUD EN COLOMBIA

Antes de entrar a evaluar el acceso al sistema de salud en Colombia y sus posibles determinantes, es importante considerar aspectos previos al mismo, tales como la necesidad, la demanda y la oferta de prestadores de servicios de salud. La necesidad de atención médica se presenta cuando una persona tiene un problema de salud. Si esta persona que tiene la necesidad se dirige a un centro de atención, se crea una demanda por el servicio. Sin embargo, hasta aquí no ha habido acceso a la atención médica. Solo hay acceso en el momento en que la persona que presentó la necesidad de atención la recibe después de demandar el servicio. La persona solo podrá dirigirse a un centro de atención si existe la oferta de servicios médicos; de lo contrario no habrá acceso (Aday y Andersen, 1974; Reina, 2014).

En otras palabras, existe una diferencia entre la necesidad de atención médica y la demanda por servicios de salud. La primera se presenta en el momento en que las personas tienen un problema de salud, independientemente de si consideran que dicho problema de salud requiere o no atención médica. La segunda depende de factores como el ingreso, los costos de atención y el estado de salud percibido por las personas o la gravedad percibida del problema de salud (Musgrove, 1985; Gallego, 2008).

Con los datos de las ENCV de los años 1997 y 2012 es posible identificar a las personas que presentaron un problema de salud que no requirió hospitalización o, dicho de otra manera, quienes necesitaron atención médica. Además, es posible identificar cuáles de esas personas que necesitaron atención demandaron servicios médicos para tratar su dolencia, pues algunos de estos consideraron que su caso era leve o no tenían recursos suficientes para desplazarse al centro médico y no demandaron el servicio. Por último, entre quienes demandaron el servicio hubo algunos que recibieron atención médica y otros que no la recibieron. El acceso se estimó como el porcentaje de personas que recibió atención médica del total que presentó un problema de salud.

Partiendo de la diferencia entre la necesidad de salud y la demanda por servicios médicos, se estimó la necesidad como el porcentaje de colombianos que manifestó haber presentado un problema de salud que no requirió hospitalización durante los 30 días previos a la realización de la encuesta. Por su parte, la demanda se calculó como el porcentaje de personas que acudió a un centro médico para atender su dolencia del total de individuos que lo necesitaron. A modo de ilustración, si cinco de diez personas presentaron un problema de salud, entonces se considera que 50% tuvo necesidad de atención médica; si tres de estas personas acudieron a un centro médico para atender su necesidad, se considera que la demanda de salud es de 60%.

Según los datos de la ENCV de 2012, 10,3% de las personas presentaron un problema de salud que no requería hospitalización en los 30 días anteriores a la realización de la encuesta ese año. Además, se encontró que existen diferencias regionales significativas con relación a las necesidades de utilización de los servicios de salud. Las regiones Central y Pacífica (sin el departamento del Valle del Cauca) ocuparon el primer lugar, con 12,3% y 12,2%, respectivamente, 3,5 veces lo observado en el departamento de San Andrés, Providencia y Santa Catalina (SAPSC). Este, a su vez, ocupa el último lugar, con apenas el 3,5% de necesidades de servicio de salud (Cuadro 1).

CUADRO 1
*Colombia: Necesidades de servicios de salud diferentes
 a hospitalizaciones,
 2012*

Regiones	Porcentaje de necesidad	Relativo a SAPSC
Central	12,3	3,5
Pacífica (sin Valle del Cauca)	12,2	3,4
Valle del Cauca	11,4	3,2
Caribe	11,2	3,2
Bogotá	10,3	2,9
Orinoquía y Amazonía	10,0	2,8
Oriental	8,3	2,4
Antioquia	7,8	2,2
San Andrés, Providencia y Santa Catalina (SAPSC)	3,5	1,0
Colombia	10,3	2,9

Nota: Región Central: Caldas, Caquetá, Huila, Quindío, Risaralda, Tolima. Región Pacífica: Cauca, Nariño y Chocó. Región Caribe: Atlántico, Bolívar, Cesar, Córdoba, La Guajira, Magdalena y Sucre. Región Orinoquía y Amazonía: Arauca, Casanare, Putumayo, Amazonas. Región Oriental: Boyacá, Cundinamarca, Meta, Norte de Santander, Santander.

Fuentes: Encuesta Nacional de Calidad de Vida, 2012, y cálculos del autor.

El paso siguiente consiste en evaluar la demanda de salud. Según la ENCV de 2012, cerca del 77% de los colombianos que necesitaron atención médica acudieron a una institución prestadora de servicios de la salud o a un médico general o especialista independiente (Cuadro 2). Es decir, el 77% del 10,3% que presentó un problema de salud en Colombia demandó el servicio en 2012.

Pero esta demanda no es homogénea a lo largo del territorio nacional. Como se observa en el Cuadro 2, la mayor demanda por servicios de salud se presentó en el departamento del Valle del Cauca (85,4%), mientras que la menor se encontró en la región de la Orinoquía (70,7%). Al interior del país las diferencias son notables entre Bogotá (83,3%) y Central (70,9%).

CUADRO 2
*Colombia: Demanda por servicios de salud diferentes
 a hospitalizaciones,
 2012*

Regiones	Porcentaje de demanda
Valle del Cauca	85,4
Antioquia	83,9
Bogotá	83,3
San Andrés, Providencia y Santa Catalina	76,2
Pacífica (sin Valle del Cauca)	75,5
Oriental	74,5
Caribe	71,5
Central	70,9
Orinoquía	70,7
Colombia	76,9

Nota: Región Pacífica: Cauca, Nariño y Chocó. Región Oriental: Boyacá, Cundinamarca, Meta, Norte de Santander, Santander. Región Orinoquía: Arauca, Casanare, Putumayo, Amazonas. Región Central: Caldas, Caquetá, Huila, Quindío, Risaralda, Tolima. Región Caribe: Atlántico, Bolívar, Cesar, Córdoba, La Guajira, Magdalena y Sucre.

Fuentes: Encuesta Nacional de Calidad de Vida, 2012, y cálculos del autor.

¿Qué hicieron quienes no demandaron servicios médicos? El Cuadro 3 muestra que la mayoría de las personas que no asistieron a un centro de atención médica ni consultaron a un médico independiente utilizaron remedios caseros o se auto recetaron (64,3%), mientras que el 22% acudió a un boticario, farmaceuta o droguista, y el 11% no hizo nada ante el problema de salud. Ello apunta a la necesidad de considerar la existencia de barreras culturales al acceso y conocimiento del sistema para formular políticas que busquen mejorar en este aspecto (Gold, 1998).

CUADRO 3
*Colombia: Alternativas a la demanda por servicios médicos,
 2012*

Alternativa a la demanda	Porcentaje de personas
Uso remedios caseros	34,9
Se auto recetó	29,3
Acudió a un boticario, farmaceuta, droguista	21,8
Nada	10,7
Consultó a un tegua, empírico, curandero, yerbatero, comadrona	2,4
Asistió a terapias alternativas (acupuntura, esencias florales, musicoterapias, homeopatía, etc.)	0,9
Total	100,0

Fuentes: Encuesta Nacional de Calidad de Vida, 2012, y cálculos del autor.

De otra parte, los datos de la ENCV de 2012 permiten estimar el porcentaje de colombianos que manifestaron consultar servicios médicos por prevención. Según estos, solo el 63% de los colombianos manifestó consultar por prevención al médico o al odontólogo al menos una vez al año. Como se puede apreciar en el Cuadro 4, esta demanda difiere entre las regiones del país. Bogotá presentó la demanda más alta por este tipo de servicios (80,5%) y Antioquia, la menor (53,1%).

También se dispone de datos sobre la demanda por servicios de hospitalización. El 7,8% de los colombianos manifestó haber necesitado este servicio durante los doce meses anteriores a la encuesta. Las regiones Central y Orinoquía-Amazónica presentaron la mayor demanda (8,8%); Valle del Cauca y SAPSC, la menor (6,6%).

Por último, existe información sobre la demanda por medicamentos, estimada como el porcentaje de personas a quienes se les recetaron medicamentos del total que presentaron enfermedad y recibieron atención. Aproximadamente el 87% de los colombianos que presentaron un problema de salud requirieron medicamentos para ser tratados, con mayor nivel en la Costa Caribe (94,6%) y menor en Bogotá (81,7%).

CUADRO 4
*Colombia: Demanda por servicios de salud: prevención,
 hospitalización y medicamentos, 2012*
 (porcentajes)

Región	Prevención	Hospitalización	Medicamentos
Bogotá	80,5	8,2	81,7
Orinoquía-Amazonía	76,6	8,8	84,6
Central	66,7	8,8	87,4
SAPSC	65,9	6,6	83,9
Oriental	65,6	6,9	84,8
Valle del Cauca	63,7	6,6	84,0
Caribe	61,8	8,3	94,6
Pacífica (sin Valle del Cauca)	57,8	8,6	87,8
Antioquia	53,1	6,7	88,0
Total	76,6	7,8	87,3

Nota: Región Pacífica: Cauca, Nariño y Chocó. Región Oriental: Boyacá, Cundinamarca, Meta, Norte de Santander, Santander. Región Orinoquía: Arauca, Casanare, Putumayo, Amazonas. Región Central: Caldas, Caquetá, Huila, Quindío, Risaralda, Tolima. Región Caribe: Atlántico, Bolívar, Cesar, Córdoba, La Guajira, Magdalena y Sucre.

Fuentes: Encuesta Nacional de Calidad de Vida, 2012, y cálculos del autor.

Con base en lo anterior se puede afirmar que no existe diferencia sustancial entre la demanda por servicios curativos y aquella por servicios preventivos en Colombia. El 76,9% mencionó acudir al médico u odontólogo por consulta ante un problema de salud, mientras que la consulta por prevención alcanzó el 76,6%, de los cuales 5,5% visitaron solo al odontólogo. Un dato a destacar es que las consultas más frecuentes son por hipertensión, diarrea y gastroenteritis de posible origen infeccioso y parasitosis intestinal (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Dado lo anterior, importa evaluar si también existen diferencias en materia de oferta de prestadores de servicios de salud, con el fin de determinar si se presentan inequidades regionales en el mercado de la salud para responder a las ne-

cesidades de servicios médicos. Con este fin se estimó el número de prestadores de servicios de salud habilitados en Colombia (IPS, profesionales independientes, transporte especial y de objeto social diferente, tanto públicos como privados) por cada 100.000 habitantes para 2012, contenidos en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS).

En el Cuadro 5 se observa que las regiones de Bogotá y SAPSC presentan la mayor cantidad de prestadores por habitante. Ello refleja la inequitativa distribución de la oferta de prestadores de servicios de salud en Colombia, pues San Andrés fue el departamento que menos necesidades de salud presentó, según la información del Cuadro 1.

CUADRO 5
Colombia: Oferta de prestadores de servicios de salud
2012

Regiones	Prestadores por cada 100.000 habitantes	Relativo a SAPSC
Bogotá	155	1,24
San Andrés, Providencia y Santa Catalina (SAPSC)	125	1,00
Valle del Cauca	98	0,79
Antioquia	88	0,70
Central	81	0,65
Oriental	72	0,58
Orinoquía	71	0,57
Pacífica (sin Valle del Cauca)	71	0,57
Caribe	38	0,30
Nacional	81	0,65

Nota: Región Pacífica: Cauca, Nariño y Chocó. Región Oriental: Boyacá, Cundinamarca, Meta, Norte de Santander, Santander. Región Orinoquía: Arauca, Casanare, Putumayo, Amazonas. Región Central: Caldas, Caquetá, Huila, Quindio, Risaralda, Tolima. Región Caribe: Atlántico, Bolívar, Cesar, Córdoba, La Guajira, Magdalena y Sucre.

Fuentes: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), 2012, y cálculos del autor.

Cabe resaltar que mientras en la Región Caribe se presentó una necesidad por servicios de salud más de tres veces mayor que la del departamento de SAPSC, la disponibilidad de prestadores de servicio no fue ni la tercera parte relativo a SAPSC, y la Región Pacífica, también con más de tres veces la necesidad que SAPSC, contó con el 57% de los prestadores por cada 100.000 habitantes. De esta forma, queda en evidencia que algunas de las regiones con mayores necesidades de servicios médicos contaban con menos prestadores por habitante.

Sumado a lo anterior, algunos trabajos señalan un déficit importante de oferta de prestadores de servicios de salud en Colombia para todos los niveles de prestación. También se han detectado carencias de dotación humana, principalmente para las actividades de promoción y prevención de enfermedades, y en la disponibilidad de recursos diagnósticos para la red pública junto con la atención de urgencias en el país, que se ha mantenido desde la década anterior (Sarmiento, *et al.*, 2005; Guzmán, 2014). Todos estos factores imponen barreras de acceso a los servicios de salud y dificultan que se cumpla el acceso universal plasmado en la Ley 100 de 1993.

III. EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE LA SALUD EN COLOMBIA

A. Definición de acceso y evidencia existente

El acceso a los servicios médicos se define como la disponibilidad de recursos médicos donde y cuando las personas los necesitan (Aday y Andersen, 1974). Se puede dividir en acceso efectivo o realizado, que depende de indicadores del uso de los servicios médicos y la satisfacción asociada, y acceso potencial, determinado por las características del sistema de salud y de las personas en el área geográfica definida (Andersen, *et al.*, 1983).

Para otros países se han hecho estudios que miden el acceso a través de los tiempos de viaje entre la vivienda de las personas y los centros de atención (Christie y Fone, 2002). También se han evaluado las características de la oferta, tales como la disponibilidad de salas y equipos médicos (U.S. Department of Health and Human Services y U.S. Department of Justice, 2010) e indicadores de utilización de los servicios (Cohen y Bloom, 2010; Driscoll y Bernstein, 2012; Brabyn y Skelly, 2002). Según estos estudios, la mayor cobertura del aseguramiento y la

reducción de los tiempos de desplazamiento son herramientas de política útiles para aumentar el acceso a los servicios de salud. No se encontraron estudios con indicadores de acceso comparables a los utilizados en el presente trabajo.

De otra parte, en Colombia algunos han utilizado medidas de cobertura de aseguramiento como indicadores de acceso a los servicios médicos (Céspedes, *et al.*, 2000). De hecho, con la implementación de la Ley 100 de 1993 en el país se impulsó la cobertura de aseguramiento como el principal mecanismo para resolver el problema del acceso a la salud (GES, 2011) y, en efecto, se logró aumentar la cobertura (Ramírez, *et al.*, 2005; Restrepo, 2002). Sin embargo, según datos de las ENCV de 1997 y 2012, se presentó una reducción en el acceso a los servicios médicos.¹

Esto no significa que la mayor cobertura no ha tenido efecto alguno sobre el acceso, pues quienes están asegurados por el SGSSS tienen mayor probabilidad de utilizar los servicios médicos que quienes no, según datos de las ENCV de 1997 y 2003 (Restrepo, *et al.*, 2007; Mejía, *et al.*, 2007). También existe evidencia de que las mujeres tienen mayor probabilidad de acceso a los servicios médicos, así como quienes viven en zonas urbanas tienen mayores ingresos, están afiliados al régimen contributivo y viven en una zona con mayor disponibilidad del servicio (Guarnizo y Agudelo, 2008; Vargas, *et al.*, 2010).

Otras medidas de acceso utilizadas en Colombia parten de la utilización de servicios médicos, dada la necesidad y la posterior demanda. Rodríguez y Roldán (2010) evalúan los determinantes del acceso y la utilización de servicios médicos preventivos, curativos y de hospitalización para la población asegurada en los regímenes contributivo y subsidiado de la región Caribe colombiana. Las autoras miden el acceso desde el enfoque de la utilización del servicio, pero considerando únicamente la población que demanda por el mismo, y no al total de la población que necesita el servicio. GES (2014) propone diferentes indicadores para monitorear el acceso a los servicios médicos en Colombia, sin proponer una medida de acceso para los diferentes tipos de atención en particular. Estos indicadores parten desde la necesidad de atención médica hasta medidas de satisfacción asociadas al servicio recibido, analizados de forma independiente.

¹ Para complementar el análisis se estimó el acceso también para los años 2002 y 2008 a partir de las ENCV de cada año, encontrando valores de 69,2% y 78,6%, respectivamente. Esto significa que el acceso en la década pasada fue inferior al observado en 1997, tal vez por el efecto que tuvo la severa recesión de 1999 en Colombia, que pudo contribuir a que el acceso pasara de 79,1% en 1997 a 69,2% en 2002.

Por otro lado, la mayor parte de la evidencia existente se basa en modelos que no consideran todos los factores de manera conjunta y que, en su mayoría, ignoran la importancia de las características de la oferta que pueden marcar la diferencia entre los niveles de acceso (Gold, 1998; Pérez, 2013). Además, aún no existen estudios que evalúen los determinantes del acceso con la información de la ENCV de 2012. Por esa razón este trabajo estima los determinantes del acceso a los servicios de salud en Colombia considerando características del sistema, como la disponibilidad de prestadores, y la cobertura de aseguramiento, y características de los individuos, como sus condiciones socioeconómicas y su conocimiento acerca del SGSS.

Para ello, se considera una medida de acceso construida con base en las definiciones de Aday y Andersen (1974), según las cuales el acceso se presenta cuando hay disponibilidad de recursos médicos donde y cuando las personas los necesitan. Si una persona necesita atención médica y no la recibe, habiendo demandado o no, entonces no es posible hablar de acceso al servicio médico.

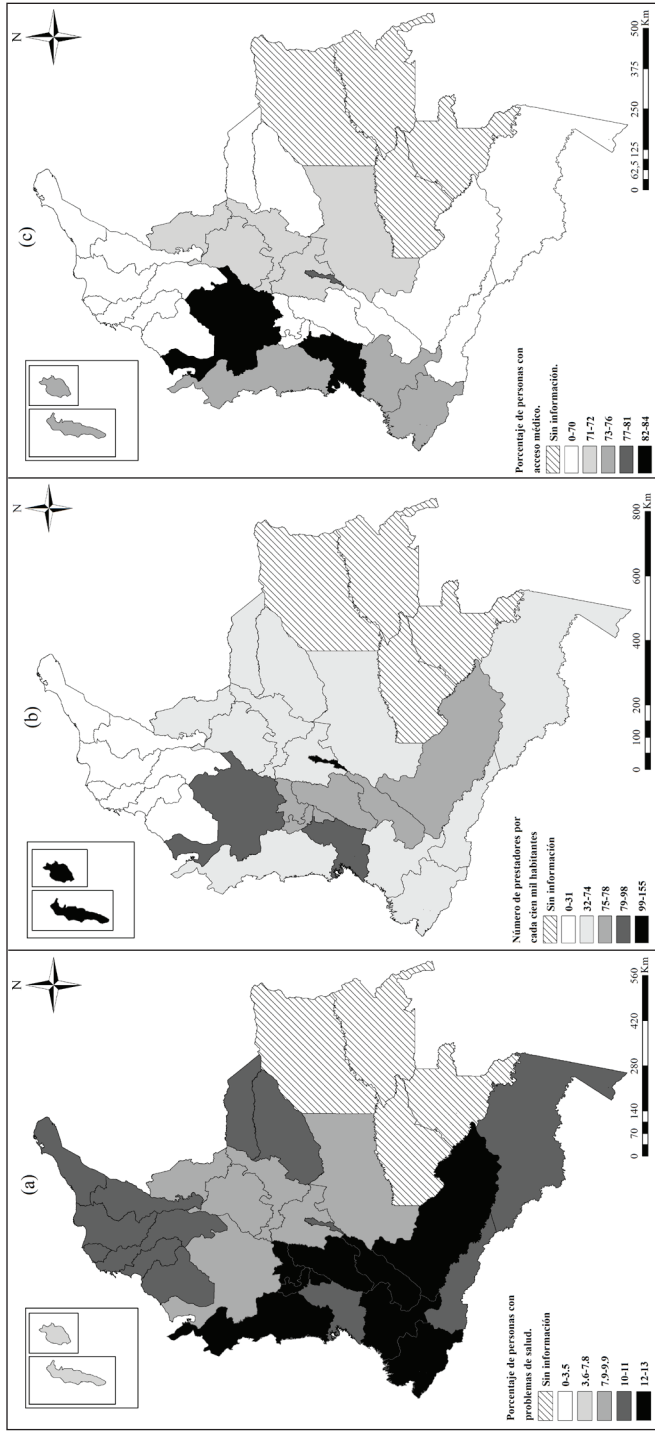
B. Estadísticas descriptivas

Según los datos de la ENCV de 2012, las regiones con mayor necesidad de servicios médicos diferentes a hospitalizaciones, como la Pacífica, Central y Caribe, tuvieron un menor acceso relativo a los servicios de salud. En contraste, Antioquia tuvo el mayor acceso, aunque fue una de las regiones con menor necesidad relativa de servicios médicos, superada únicamente por SAPSC.

El Mapa 1 muestra, por regiones en 2012, la distribución de la necesidad de atención médica en el panel (a), la oferta de prestadores habilitados en el (b) y el acceso a los servicios médicos en el (c). Se observa que, mientras la región Pacífica (sin Valle del Cauca) presentó la mayor necesidad de servicios de salud, fue una de las que tenía menos prestadores por habitante. Una situación similar se registró en la Costa Caribe, mientras que SAPSC fue uno de los territorios con mayor cantidad de prestadores por habitante, aunque fue el que presentó menor necesidad de servicios médicos. Cabe resaltar que la región Caribe no solo es la que menos prestadores por habitante tenía en 2012, sino que, con las regiones Central y Amazonía-Orinoquía, fue la que menor acceso a la atención médica presentó.

Lo anterior refleja las diferencias regionales en toda la cadena del acceso en Colombia, desde las necesidades de atención médica hasta el acceso realizado. Así-

MAPA 1
 Colombia: Necesidad, disponibilidad y acceso a los servicios médicos, 2012



Nota: (a) necesidad de servicios médicos, (b) prestadores habilitados por cada 100.000 habitantes, y (c) acceso a los servicios de salud.

Fuentes: Encuesta Nacional de Calidad de Vida, 2012 y Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), 2012, y cálculos del autor.

mismo, la distribución de los prestadores de servicios de salud no responde a las necesidades de servicios médicos en las regiones (Guzmán, 2014). No sorprende, por lo tanto, que existan diferencias de acceso realizado, que precisamente requiere que haya disponibilidad de recursos médicos cuando y donde las personas los necesiten.

Es importante evaluar si estas diferencias regionales se han mantenido con el paso del tiempo o si, por el contrario, han aumentado o disminuido. Para ello, se comparan los datos de 1997, que son los primeros resultados capturados por la ENCV después de la reforma a la seguridad social en 1993, con los datos de 2012. Así, se tienen dos conjuntos de información comparables en un intervalo de 15 años que contienen siete regiones en común y preguntas completamente homologables relacionadas con las necesidades, la demanda y el acceso a los servicios médicos en sus respectivos años.

Se encontró que el acceso a los servicios médicos disminuyó en Colombia en cerca de 3,6 puntos porcentuales entre 1997 y 2012. Esto significa que, al controlar por el tamaño de la población, el número de personas que requirió servicios médicos y no los recibió al momento de necesitarlos aumentó en poco más de 173.000 entre esos dos años. Este comportamiento se observó en la mayoría de las regiones, con excepción de Antioquia y la región Oriental, que presentaron un aumento importante en este indicador. Este resultado es quizás debido a que estas fueron las regiones donde el porcentaje de personas pertenecientes al régimen contributivo se redujo en menor medida: 22 y 15 puntos porcentuales, respectivamente, comparados con 42 puntos porcentuales de la región Caribe.

En el mismo sentido, nótese que, según los datos del Cuadro 6, existen diferencias regionales en el acceso registrado en 2012. El departamento de Valle del Cauca se encuentra como el mejor posicionado, con 83,7%, y la región Orinoquía-Amazonía ocupa el último lugar con 69%, 14,7 puntos porcentuales menos que Valle del Cauca, y muy cerca de las regiones Caribe y Central. Se redujo el acceso para aquellas personas que viven en cabeceras urbanas, centros poblados e inspecciones de policía, mientras que quienes viven en zona rural experimentaron un aumento en el indicador, que refleja una pequeña reducción de las desigualdades entre la zona rural y urbana. Es importante destacar que en SAPSC se presentó una reducción en el acceso de 18 puntos porcentuales entre 1997 y 2012, lo que la ubica como la región que más retrocedió en esta materia.

CUADRO 6
*Colombia: Personas con acceso médico
 por ubicación geográfica, 1997 y 2012*
 (porcentajes)

	Variable	1997	2012	Variación (pp)
Regiones	Valle del Cauca	–	83,7	–
	Antioquia	81,7	82,9	1,2
	Bogotá	87,7	81,1	-6,7
	San Andrés, Providencia y Santa Catalina	94,2	76,2	-18,0
	Pacífica(sin Valle del Cauca para 2012)	82,2	74,4	–
	Oriental	67,8	72,8	5,0
	Caribe	80,2	70,6	-9,6
	Central	78,8	69,4	-9,4
	Orinoquía-Amazonía	82,7	69,0	-13,7
	Zonas	83,0	77,5	-5,4
Cabecera	Centros poblados, inspección de policía	75,5	67,9	-7,6
	Área rural dispersa	62,5	68,9	6,4
	Colombia	79,1	75,5	-3,6

Nota: Región Pacífica: Cauca, Nariño y Chocó. Región Oriental: Boyacá, Cundinamarca, Meta, Norte de Santander, Santander. Región Orinoquía: Arauca, Casanare, Putumayo, Amazonas. Región Central: Caldas, Caquetá, Huila, Quindío, Risaralda, Tolima. Región Caribe: Atlántico, Bolívar, Cesar, Córdoba, La Guajira, Magdalena y Sucre.

Fuentes: Encuesta Nacional de Calidad de Vida 1997 y 2012, y cálculos del autor.

Lo anterior estuvo acompañado de una reducción en las desigualdades regionales, pues mientras en 1997 la región de mayor acceso superaba en 26,4 puntos porcentuales a la región de menos acceso y la desviación estándar de los datos de acceso fue de 7,5%, en 2012 fueron de 14,7 puntos porcentuales y 5,8%, respectivamente. Sin embargo, aún falta por eliminar las brechas regionales, pues los 14,7 puntos porcentuales de diferencia entre la región con más acceso (Valle del

Cauca) y la región con menos acceso (Orinoquía-Amazonía) siguen siendo altos. Estas disparidades pueden estar asociadas a la desigual distribución de la oferta hospitalaria, pues Valle del Cauca, Antioquia, Bogotá y SAPSC son también las cuatro regiones con mayor cantidad de prestadores de servicios de salud por cada 100.000 habitantes.

Por otra parte, según las características del SGSSS, el acceso se redujo tanto para quienes estaban cubiertos por el sistema como para quienes no. El Cuadro 7 muestra que entre los cubiertos disminuyó el acceso para los pertenecientes al régimen contributivo, mientras que para los del régimen subsidiado aumentó en 2,3 puntos porcentuales. El mayor acceso para las personas del régimen subsidiado está relacionado con su incremento en la zona rural, pues es allí donde hay mayor cubrimiento del sistema (GES, 2011). Asimismo, la composición de la cobertura del aseguramiento cambió: el régimen subsidiado pasó de tener 31% de la población cubierta en 1997 a 52% en 2012, mientras que en el contributivo se pasó de 69% a 40%, respectivamente, lo cual podría contribuir a los resultados observados en el acceso.

CUADRO 7

*Colombia: Acceso a la salud por características del sistema,
1997 y 2012
(porcentajes)*

Variable	Acceso		Variación (pp)
	1997	2012	
Cobertura			
No	70,2	50,4	-19,8
Si	84,0	77,5	-6,5
Régimen			
Contributivo	89,4	82,5	-6,9
Especial (Fuerzas Armadas, Ecopetrol, u otros)	—	84,4	
Subsidiado	70,8	73,1	2,3
No sabe, no informa	—	50,4	

Fuentes: Encuesta Nacional de Calidad de Vida 1997 y 2012, y cálculos del autor.

En cuanto a las características individuales, en el Cuadro 8 se observa que el acceso disminuyó tanto para las mujeres como para los hombres, aunque en menor medida para las primeras, así como también en todos los grupos de edad. Por estrato, la situación no fue diferente, dado que se redujo en el bajo y el medio, pero para quienes se ubican en el estrato alto el acceso promedio aumentó 2 puntos porcentuales. Por último, también se redujo el acceso para quienes consultan o no por prevención, aunque se mantiene la diferencia entre el acceso para estos dos grupos.

CUADRO 8
Colombia: Acceso a la salud por características socioeconómicas,
1997 y 2012
(porcentajes)

Características	1997	2012	Variación (pp)
Sexo			
Hombre	76,4	73,0	-3,4
Mujer	81,1	77,3	-3,7
Rangos de edad			
Menores de 1 año	80,5	79,8	-0,7
Entre uno y 5 años	78,6	78,2	-0,4
Entre 5 y 25 años	73,8	70,5	-3,2
Entre 25 y 50 años	80,5	75,7	-4,9
Entre 50 y 75 años	84,2	78,8	-5,4
Mayores de 75 años	85,3	84,1	-1,2
Estrato			
Bajo	75,5	74,7	-0,8
Medio	85,8	81,0	-4,8
Alto	92,2	94,1	2,0
Etnia			
No pertenece		76,6	—
Sí pertenece		70,6	—
Prevención			
Sólo al médico		80,5	—
Sólo al odontólogo		71,1	—
Al médico y al odontólogo	89,0	81,8	—
A ninguno	67,9	62,9	-4,9

Fuentes: Encuesta Nacional de Calidad de Vida 1997 y 2012, y cálculos del autor.

¿A qué se debe este comportamiento del acceso? Para responder este interrogante deben evaluarse las razones por las cuales las personas encuestadas no solicitaron o no recibieron atención médica al momento de presentar una enfermedad. A este efecto, se encuentra que la percepción de que “el caso era leve” aparece como la principal barrera al acceso para el año 2012, seguida de la falta de recursos económicos y la percepción de un mal servicio del sistema (Cuadro 9).

CUADRO 9
Colombia: Razones por las cuales no se tuvo
acceso al sistema de salud, 1997 y 2012
(porcentajes)

Razones	1997	2012
El caso era leve	31,0	54,9
Falta de dinero	42,3	11,5
Mal servicio o cita distanciada en el tiempo	1,4	8,3
El centro de atención queda lejos	4,2	5,8
Muchos trámites para la cita	3,4	5,8
No tuvo tiempo	7,3	5,4
No confía en los médicos	4,8	4,7
Consultó antes y no le resolvieron el problema	4,3	1,8
No lo atendieron	1,4	1,7
Total	100	100

Fuentes: Encuesta Nacional de Calidad de Vida 1997 y 2012, y cálculos del autor.

Pero lo anterior no es similar a lo que se presentó en 1997, cuando la falta de dinero era la principal razón por la cual los colombianos no recibían atención médica. Así, el resultado para 2012 representa un avance en materia de equidad en el acceso, pues el porcentaje de personas que no recibió atención por falta de recursos pasó del 42,2% a 11,5%. A modo de comparación, en 2008, en los Estados Unidos, la falta de dinero impidió que el 10% de los adultos entre los 20

y los 29 años recibieran atención médica al necesitarla (Cohen y Bloom, 2010). En Colombia este porcentaje solo llega al 2,8%, lo que constituye el principal beneficio del aumento de la cobertura del aseguramiento. No obstante, un aspecto que no muestra mejora es la calidad percibida, ya que quienes no recibieron atención por percibir un mal servicio o una cita distanciada en el tiempo pasaron de representar 1,4% a 8,3%. Se mejoró en cobertura, pero empeoró la percepción de la calidad del servicio.

En general, existen barreras de oferta y de demanda (Velandia, *et al.*, 2001; López, 2011). Las barreras de oferta consisten de aspectos organizacionales o institucionales, como “muchos trámites para la cita” y el “no lo atendieron”. Otras barreras de oferta son la calidad del servicio, como es el caso de “mal servicio o cita distanciada en el tiempo” y “consultó antes y no le resolvieron el problema”. Por último, hay barreras de oferta relacionadas con la disponibilidad de recursos médicos, como cuando “el centro de atención queda lejos”.

De la misma manera, hay tres tipos de barreras de demanda. El primero consiste de los costos asociados a la demanda del servicio, como la “falta de dinero” o “no tuvo tiempo”. El segundo se refiere a la percepción que se tiene sobre la gravedad del problema de salud, por ejemplo, “el caso era leve”. Por último, hay barreras de demanda relacionadas con la cultura y el conocimiento del sistema de salud; tal es el caso de “no confía en los médicos”.

Las barreras de la demanda representaron el 76,5% de las causas de no acceso en 2012, comparado con 85,4% en 1997, lo que muestra que después de 15 años estas restricciones han perdido importancia. Por su parte, las barreras de la oferta aumentaron en 9% su participación como causas de no acceso, especialmente la relacionada con la calidad del servicio, que pasó de 1,4% a 8,3% en el período analizado. En síntesis, hubo una reducción en el acceso a los servicios de salud en el país. Si bien las barreras de demanda siguen siendo las de mayor relevancia para el acceso, ha aumentado la importancia de las barreras de oferta.

Cabe resaltar que la reducción en el acceso se debe principalmente a la mayor participación de la necesidad percibida, pues la mayoría de las personas que no tuvieron acceso lo registraron porque consideraban que el caso era leve. Bajo este escenario, si se excluye “el caso era leve” como barrera al acceso, no se observa una reducción. Por el contrario, hubo un aumento en el acceso, al pasar de 84,6% en 1997 a 86,4% en 2012. Sin embargo, no existe información suficiente para excluir esta barrera al acceso, pues se desconoce la verdadera necesidad de atención.

IV. DETERMINANTES DEL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA

A. Metodología

1. Definición de las principales variables

A partir de los datos de la ENCV de 2012 se estimó una medida de acceso que toma dos valores: igual a uno si la persona encuestada presentó un problema de salud que no requería hospitalización y recibió atención médica para ello, y cero en caso contrario.

Esta medida del acceso es la variable de interés en este caso y estará en función de características socioeconómicas de los encuestados, tales como estrato, edad, sexo, etnia y ubicación geográfica. También se consideran variables que funcionan como medidas aproximadas del conocimiento que las personas tienen sobre el SGSSS, como es el caso de si la persona encuestada consulta por prevención o no, pues es de esperarse que quienes consultan al médico por prevención tengan mayor conocimiento de los trámites y requisitos generales para acceder a los servicios médicos del sistema al momento de necesitarlos.

Otras variables relevantes para explicar la diferencia en el acceso de los colombianos son la cobertura de aseguramiento, el régimen de afiliación y la oferta de prestadores de servicios de salud. En el primer caso, se espera que quienes están cubiertos por el SGSSS tengan una mayor probabilidad de acceder a los servicios médicos que quienes no. Entre los asegurados, los pertenecientes al régimen contributivo pueden tener más probabilidad de acceso que los del subsidiado, debido a que el costo de oportunidad de no utilizar los servicios médicos para los primeros es más alto. Por último, la oferta de prestadores por departamento se mide como el logaritmo natural del número de prestadores habilitados por cada 100.000 habitantes, según datos del REPS a 2012.

Cabe aclarar que en la literatura existen otros indicadores de oferta, como la distancia al centro de salud más cercano (Christie y Fone, 2002; Pérez, 2013), pero en la ENCV de 2012 no existe la información pertinente. La mejor variable proxy para estas distancias es la disponibilidad de prestadores, porque entre más prestadores haya en una región, se supone que menor será la distancia que deben recorrer los usuarios para recibir atención médica. Por otra parte, existen indicadores de capacidad instalada, como camas por cada 100.000 habitantes.

El problema con esta variable es que este estudio analiza el acceso a los servicios médicos que no requieren hospitalización; además, el uso de una variable tal dejaría por fuera a muchos prestadores de servicios que brindan atención médica general pero no disponen de camas para su funcionamiento.

2. El modelo

Para la estimación de los factores que afectan la probabilidad de que un colombiano acceda a los servicios médicos al momento de necesitarlos se estimó un modelo *Probit*. Definase Y_i como una variable dicótoma que toma el valor de 1 si el individuo presentó un problema de salud que no requiera hospitalización y recibió atención médica para dicho problema en 2012, y toma el valor de 0 si el individuo que presentó el problema de salud no recibió atención. Formalmente,

$$Y_i = \beta + X_i \lambda + Z_d \phi + u_i \quad (1)$$

Donde,

- X_i representa el vector de características observables del individuo ,
- Z_d es el conjunto de variables que representan las características del SGSS colombiano,
- β, λ y ϕ son vectores de coeficientes, y
- u_i es el término de error estocástico con $\sim N(0, \sigma^2)$.

Con estos parámetros, el paso a seguir consiste en encontrar la probabilidad de tener acceso al servicio médico, $\Pr(Y_i = 1 \mid X_i, Z_d)$, dadas unas características observables del individuo i , X_i , y unas características del sistema de salud colombiano, Z_d .

Podría pensarse que existe simultaneidad entre la oferta de servicios médicos contenida en Z_d y la variable dependiente porque en ambos casos el precio de los servicios médicos es un determinante teórico. Pero esta sospecha se elimina al considerar que el SGSS en Colombia está diseñado de tal manera que el precio del servicio no es una variable determinante de la demanda o de la oferta de servicios médicos, dado que las aseguradoras compiten por la calidad ofrecida y no por precios. En este sentido, es de esperarse que sea un error estocástico.

Como variables independientes del modelo se consideran todas aquellas que la literatura ha identificado como determinantes del acceso. En primer lugar, las características socioeconómicas de las personas encuestadas, tales como edad,

sexo, etnia, estrato y ubicación geográfica, así como también el conocimiento del funcionamiento del sistema de salud colombiano y las variables que representan las características estructurales del SGSSS, como la oferta de prestadores y la cobertura del aseguramiento.

Por otra parte, como el acceso depende tanto de características de oferta como de demanda, hay autores que argumentan que, para corregir un supuesto sesgo de selección, es necesario estimar primero la probabilidad de que una persona presente un problema de salud para luego estimar la probabilidad de que acceda al servicio médico. Se ha encontrado que este sesgo no existe porque no hay argumentos suficientes para pensar que hay selección en la medida en que tener un problema de salud no es una decisión de una persona, sino una circunstancia determinada por factores exógenos (Rodríguez, 2010).

B. Estimaciones y resultados

Los resultados indican que, entre las variables que explican la diferencia en el acceso a la salud, se encuentran el estrato, la edad, el sexo, la etnia, el conocimiento sobre el sistema, la ubicación geográfica, la disponibilidad de recursos y la cobertura de aseguramiento. Todas las variables resultaron con el signo esperado. Se encontró, además, que las diferencias regionales son considerables y significativas.²

El modelo *Probit* estimado muestra que, manteniendo todas las demás variables en el promedio, los individuos que pertenecen al estrato alto tienen 12,9 puntos porcentuales más de probabilidad de recibir atención médica en caso de necesitarla que aquellos del estrato bajo y 0,7 puntos porcentuales más que los del estrato medio. La edad resultó ser estadísticamente significativa pero con un efecto marginal cercano a cero. Las mujeres tienen 2,2 puntos porcentuales más probabilidad de acceder a los servicios médicos diferentes a hospitalizaciones en comparación con los hombres, posiblemente por el mayor porcentaje de mujeres que consultan por prevención (71% de las mujeres contra 60% de los hombres) y que, por ende, tienen mayor conocimiento del funcionamiento del sistema que los hombres.

² La estimación de las diferencias regionales se hizo de forma independiente. No se incluyeron en el modelo como variables de control porque que la correlación entre la oferta de prestadores y la variable de regiones resultó ser de 56,3%.

Pertenecer a un grupo étnico se traduce en 3 puntos porcentuales menos probabilidad de tener acceso a los servicios médicos, quizás porque aquellos recurren más a métodos tradicionales de cuidados de salud y desconfían más de la ciencia médica. Quienes consultan al médico por prevención tienen 13,2 puntos porcentuales más probabilidad de acceso que quienes no lo hacen, mientras que los que consultan solo al odontólogo regularmente tienen 3,7 puntos porcentuales más probabilidad de acceder al servicio. Las personas que habitan en área rural dispersa tienen 3,8 puntos porcentuales menos probabilidad de recibir atención en caso de necesitarla que aquellos que viven en cabecera municipal o en inspecciones de policía, posiblemente por la menor cobertura del servicio que se presenta en dicha zona (Cuadro 10).

La consulta por prevención es una variable correlacionada con diferentes características no observables de las personas, como el conocimiento del funcionamiento del SGSSS, que está directamente asociado a la utilización de los servicios (Pérez, 2013) y a la confianza en el personal médico, pues se supone que una persona que asiste al médico por prevención está más enterada de los requisitos y pasos a seguir para acceder al servicio en caso de presentar una enfermedad que una persona que no asista por prevención. Asimismo, es de esperarse que quienes consultan por prevención confíen más en los médicos que quienes no lo hacen.

En cuanto a las características del SGSSS en Colombia, la oferta de prestadores de servicios de salud resultó significativa y con el signo esperado, aunque con un efecto marginal pequeño. Manteniendo todas las demás variables en el promedio, un aumento en una unidad (por encima del promedio) del logaritmo del número de prestadores por cada 100.000 habitantes incrementa la probabilidad de tener acceso a servicios médicos en 1,7%.³ En otras palabras, un departamento con un prestador más por cada 100.000 habitantes tiene 1,7% más probabilidad de acceso que un departamento que se encuentre en el promedio nacional. Esto implica que, para aumentar el acceso en 1,7%, la oferta de prestadores debería aumentar de 69 a 198 prestadores por cada 100.000 habitantes – un esfuerzo fiscal considerable.

³ También se realizó la estimación considerando únicamente el número de IPS por cada 100.000 habitantes. Los resultados se mantienen, pero se seleccionó el total de prestadores para incluir a los profesionales independientes.

CUADRO 10

Colombia: Acceso a los servicios de salud y sus determinantes, 2012⁴

	Variable dependiente: Acceso a servicios médicos	Efectos marginales	Error Estándar	[95% C.I.]	
Socioeconómicas y conocimiento del sistema	Estrato alto	0,129	0,004	0,121	0,138
	Estrato medio	0,007	0,001	0,006	0,008
	Edad	0,001	0,000	0,001	0,001
	Mujeres	0,022	0,000	0,021	0,023
	Etnia	-0,030	0,000	-0,031	-0,029
	Prevención (médico)	0,132	0,000	0,131	0,133
	Prevención (odontólogo)	0,037	0,001	0,035	0,038
	Rural	-0,038	0,001	-0,039	-0,037
Del SGSS	Prestadores	0,017	0,000	0,016	0,017
	Contributivo	0,059	0,000	0,058	0,059
	Especial	0,097	0,001	0,095	0,100
	No afiliado	-0,161	0,001	-0,162	-0,159
Diferencias regionales	Caribe	-0,136	0,001	-0,135	0,24
	Oriental	-0,116	0,001	-0,118	-0,114
	Central	-0,152	0,001	-0,154	-0,150
	Pacífica (sin Valle del Cauca)	-0,099	0,001	-0,101	-0,097
	Bogotá	-0,022	0,001	-0,024	-0,021
	Valle del Cauca	0,010	0,001	0,008	0,012
	SAPSC	-0,080	0,012	-0,103	-0,057
	Orinoquía-Amazonía	-0,161	0,002	-0,165	-0,157
	Observaciones	4642921			
	Wald χ^2 (12)	298370			
	Prob > χ^2	0,000			
	Pseudo R ²	0,062			
	Predicción	0,771			

Notas: (1) Las diferencias regionales que allí se muestran se estimaron de forma independiente, no como controles al modelo, por la alta y significativa correlación que existe entre la oferta de prestadores y las regiones. (2) Todos los coeficientes son significativos al 1%.

Fuentes: Encuesta Nacional de Calidad de Vida, 2012; Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), 2012; Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE, Cuentas Departamentales, y estimaciones del autor.

⁴ Los modelos con los coeficientes de estimación se presentan en el Anexo 2.

Por otro lado, existen diferencias importantes entre quienes están cubiertos por el sistema y quienes no. Estos últimos tienen 16,1 puntos porcentuales menos probabilidad de acceder a los servicios médicos que los afiliados al régimen subsidiado, después de controlar por las demás características, y 22 puntos porcentuales menos probabilidad de acceso que los afiliados al contributivo. Asimismo, tanto los afiliados al régimen contributivo como los del régimen especial tienen mayor probabilidad de acceso que los del régimen subsidiado en 5,9 y 9,7 puntos porcentuales, respectivamente.

Existen diferencias regionales altas y significativas en materia de acceso a los servicios médicos. En comparación con el departamento de Antioquia, se encontró que, a excepción del Valle del Cauca, todas las regiones tienen menor probabilidad de acceder a los servicios médicos: Caribe en 13,6 puntos porcentuales, Oriental en 11,6 puntos porcentuales, Central en 15,2 puntos porcentuales, Pacífica (sin Valle del Cauca) en 9,9 puntos porcentuales, Bogotá en 2,2 puntos porcentuales, SAPSC en 8 puntos porcentuales y Orinoquía-Amazonia en 16,1 puntos porcentuales menos probabilidad (Cuadro 10).

Lo anterior se debe principalmente a las brechas regionales en la oferta de prestadores de salud, pues aquellas con mayor oferta presentan el mayor acceso. Existe evidencia que permite inferir que las diferencias en el acceso no son solo a nivel interregional, sino que también se dan a nivel intrarregional. Las principales ciudades capitales presentaron en 2012 valores de acceso superiores al 90%, mientras que el promedio de las regiones estuvo por debajo de dicho valor (Reina, 2014).

Con base en pruebas estadísticas sustentables se encontró que, en general, las variables de demanda (características personales y el conocimiento sobre el funcionamiento del SGSS) son más importantes para explicar la probabilidad de acceso que las características de oferta, tal como lo señalan las barreras al acceso que se examinaron en la sección III de este estudio.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El acceso a los servicios de salud diferentes a hospitalizaciones se redujo en Colombia entre 1997 y 2012, a pesar de los esfuerzos realizados para aumentar la cobertura del SGSS. En este contexto, este trabajo examinó los determinantes del acceso a los servicios médicos según la información más reciente de la ENCV,

partiendo de que el acceso realizado resulta de la integración de factores de oferta y demanda.

En Colombia no existe complementariedad entre estos dos grupos de variables, pues aquellas regiones con mayor necesidad de servicios de salud tuvieron la menor disponibilidad de prestadores de servicios y, además, un menor acceso realizado. Lo anterior indica que existe una inequitativa distribución de la oferta de prestadores de servicios de salud en Colombia que impide un acceso equitativo a la atención médica.

Además, al comparar 1997 y 2012, se observa que, a pesar de que el acceso realizado se redujo en el país, el comportamiento regional fue desigual, pues Antioquia y Orinoquía tuvieron un aumento en este indicador durante ese lapso. También hay una persistencia de las barreras de oferta, como muchos trámites para una cita, la percepción de mal servicio y la distancia al centro de atención, y de barreras de demanda como la gravedad percibida de la enfermedad, la falta de dinero y la desconfianza hacia los médicos. Los resultados muestran que, en 2012, la región Orinoquía-Amazonía fue la más rezagada en materia de acceso y Valle del Cauca, la mejor posicionada.

Pero para implantar políticas que reduzcan estas desigualdades y aumentar el acceso en todo el territorio nacional es necesario evaluar sus causas y, en particular, en qué medida las afectan las características socioeconómicas de los individuos y aquellas relacionadas con el SGSSS. Se observó que quienes consultan al médico u odontólogo por prevención tienen mayor probabilidad de acceder a los servicios médicos. Esto refleja que los que tienen un mayor conocimiento del funcionamiento del SGSSS, en cuanto a los trámites, servicios y horarios, así como quienes se preocupan más por su estado de salud en general, tienen mayor acceso a los servicios médicos.

Por otro lado, las personas que viven en zonas rurales tienen menor probabilidad de acceder a la atención médica que quienes habitan en zonas urbanas o en inspecciones de policía. Ello indica que aún hace falta reducir las desigualdades a pesar de que entre 1997 y 2012 aumentó el acceso para los habitantes del campo, mientras que se redujo para los de zonas urbanas. También tienen menor probabilidad de acceso quienes no están cubiertos por el sistema, lo cual muestra la importancia de la expansión de la cobertura lograda por la Ley 100 de 1993, y apunta a que, con mayor cobertura, habrá más acceso, sobre todo si se amplía la población cubierta por el régimen contributivo.

La oferta de prestadores también resultó significativa aunque con un efecto marginal pequeño, lo que indica que para el caso de los prestadores de servicios

de salud se requerirían esfuerzos fiscales considerables para reducir las desigualdades y aumentar el acceso a los servicios médicos. Por último, se encuentra que existen altas desigualdades regionales. A excepción del Valle del Cauca, todas las regiones presentaron un menor acceso que Antioquia. La diferencia marginal en el acceso realizado en las regiones oscila entre 2,2 y 16,1 puntos porcentuales.

Estos resultados apuntan a dos opciones de política que, por un lado, podrían reducir las brechas en la disponibilidad de prestadores y, por el otro, aumentar el acceso. La primera estrategia es una mayor inversión en el sector para aumentar el número de prestadores de servicios médicos en las zonas donde hay más necesidades de atención. La segunda consiste en promover campañas de prevención de salud y de información útil que acerquen a las personas al sistema y les permitan estar mejor informados sobre su funcionamiento, los requisitos y pasos para acceder a los servicios, así como aumentar la confianza en el personal médico y pasar de una cultura de demanda por servicios curativos a una de servicios preventivos, que a largo plazo también reduciría los costos agregados del sistema.

REFERENCIAS

- Acosta, N., L. Durán, J. Eslava and J. Campuzano (2005), "Determinants of Vaccination after the Colombian Health System Reform", *Revista de Saúde Pública*, 3(39).
- Aday, L. A., and R. Andersen (1974), "A Framework for the Study of Access to Medical Care", *Health Services Research*, 9(3).
- Agüado, L., L. Girón, A. Osorio, L. Tovar y J. Ahumada (2007), "Determinantes del uso de los servicios de salud materna en el Litoral Pacífico colombiano", *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 1(5).
- Andersen, R., L. Aday, A. McCutcheon, G. Chiu, G. and R. Bell (1983), "Exploring Dimensions of Access to Medical Care", *Health Services Research*, 18(1).
- Brabyn, L., and C. Skelly (2002), "Modeling population access to New Zealand public hospitals". *International Journal of Health Geographics*, 1(3).
- Céspedes, J., I. Jaramillo, R. Martínez, S. Olaya, J. Reynales, C. Uribe y otros. (2000), "Efectos de la reforma de la seguridad social en salud en Colombia sobre la equidad en el acceso y la utilización de servicios de salud", *Revista de Salud Pública*, 2(2).
- Christie, S., and D. Fone (2003), "Equity of access to tertiary hospitals in Wales: A travel time analysis", *J Public Health Med.* 25(4).

- Cohen, R., and B. Bloom (2010), "Access to and Utilization of Medical Care for Young Adults Aged 20-29 Years: United States 2008". *NCHS Data Brief*, 29, <http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db29.PDF> [consultado el 20 de mayo de 2014].
- Driscoll, A., and A. Bernstein (2012), "Health and Access to Care Among Employed and Unemployed Adults: United States, 2009-2010". *NCHS Data Brief*, 83, <http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db83.pdf> [consultado el 20 de mayo de 2014].
- Gallego, J. (2008), "Demanda por seguro de salud y uso de servicios médicos en Colombia: diferencias entre trabajadores dependientes e independientes", *Lecturas de Economía*, No. 68.
- GES (2011), "Evolución de la Seguridad Social en Salud en Colombia: Avances, limitaciones y retos", Grupo de Economía de la Salud, Observatorio de la Seguridad Social, 10(23), Universidad de Antioquia, http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/bibliotecaSedesDependencias/unidadesAcademicas/FacultadCienciasEconomicas/ElementosDiseno/Documentos/GrupoEconomiaSalud/Observatorios/Observatorio_23.pdf [consultado el 23 de abril de 2014].
- GES (2014), "Acceso a servicios de salud: Panorama colombiano, medición y perspectiva de actores en Medellín". Grupo de Economía de la Salud, Observatorio de la Seguridad Social, No. 28, Universidad de Antioquia, <http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/bibliotecaSedesDependencias/unidadesAcademicas/FacultadCienciasEconomicas/ElementosDiseno/Documentos/GrupoEconomiaSalud/Observatorios/Observatorio%20de%20la%20Seguridad%20Social%20No%2028.pdf> [consultado el 2 de mayo de 2015].
- Gold, M. (1998), "Beyond Coverage and Supply: Measuring Access to Healthcare in Today's Market", *Health Services Research*, 33(3 Pt 2).
- Guarnizo, C., y C. Agudelo (2008), "Equidad de Género en el Acceso a los Servicios de Salud en Colombia", *Revista de Salud Pública*, 10(1).
- Guzmán, K. (2014), "Radiografía de la oferta de servicios de salud en Colombia", Documentos de Trabajo sobre Economía Regional No. 202, mayo, www.banrep.gov.co/es/dtser-202 [consultado el 24 de mayo de 2014].
- López, M. (2011), "Reforma a la salud y reconfiguración de la trayectoria de acceso a los servicios de salud desde la experiencia de los usuarios en Medellín, Colombia", *Revista Gerencia y Políticas de la Salud*, 10(20).

- Mejía, A., A. Sánchez y J. Tamayo (2007), “Equidad en el Acceso a Servicios de Salud en Antioquia, Colombia”, *Revista de Salud Pública*, 9(1).
- Ministerio de Salud y Protección Social (2013), “Análisis de situación de salud según regiones de Colombia”, <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/An%C3%A1lisis%20de%20situaci%C3%B3n%20de%20salud%20por%20regiones.pdf> [consultado el 20 de abril de 2014].
- Musgrove, P. (1985), “Reflexiones sobre la demanda por salud en América Latina”, *Cuadernos de Economía*, 66(22).
- Pérez, G. (2013), “Accesibilidad geográfica y equidad en la prestación del servicio de salud: Un estudio de caso para Barranquilla”, *Borradores de Economía*, No. 770, Banco de la República, <http://www.banrep.gov.co/en/node/32173> [consultado el 24 de abril de 2014].
- Ramírez, M., A. Zambrano, F. Yepes, J. Guerra y D. Rivera (2005), “Una aproximación a la salud en Colombia a partir de las Encuestas de Calidad de Vida”, *Borradores de Investigación*, No. 72, Universidad del Rosario, <http://www.urosario.edu.co/economia/documentos/pdf/bi72.pdf> [consultado el 22 de abril de 2014].
- Reina, Y. (2014), “Acceso a los servicios de salud en las principales ciudades colombianas (2008-2012)”, Documentos de Trabajo Sobre Economía Regional, No. 200. <http://www.banrep.gov.co/es/dtser-200> [consultado el 20 de abril de 2014].
- Restrepo, J. (2002), “El seguro de salud en Colombia: ¿Cobertura universal?”, *Revista Gerencia y Políticas de Salud* 1(2).
- Restrepo, J., A. Zambrano, M. Vélez y M. Ramírez (2007), “Health insurance as a strategy for access: Streamlined facts of the Colombian Health Care Reform”, Documentos de Trabajo, No. 17, Universidad del Rosario. http://www.urosario.edu.co/urosario_files/65/658c9fae-52c7-4b5d-a191-88a4b62d2baf.pdf [consultado el 20 de abril de 2014].
- Rodríguez, S. (2010), “Barreras y determinantes del acceso a los servicios de salud en Colombia”, Universitat Autònoma de Barcelona. <http://dep-economia-aplicada.uab.cat/secretaria/trebrecerca/Srodriguez.pdf> [consultado el 18 de abril de 2014].
- Rodríguez, S. y P. Roldán (2010), “Estimación de los determinantes del acceso a los servicios de salud en la región Caribe”, *Revista Economía del Caribe*, No. 2.
- Sarmiento, A., W. Castellanos, A. Nieto, C. Alonso y C. Pérez (2005), “Análisis de eficiencia técnica de la red pública de prestadores de servicios dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud- sgsss”, *Archivos de Economía*,

- No. 298, Departamento Nacional de Planeación, <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Estudios%20Economicos/298.pdf> [consultado el 15 de abril de 2014].
- Tovar, L. (2005), “Determinantes del estado de salud de la población colombiana”, *Economía, Gestión y Desarrollo* No. 3.
- U.S. Department of Health and Human Services and U.S. Department of Justice. (2010), “Access to Medical Care for Individuals with Mobility Disabilities”, Americans with Disabilities Act, <http://www.hhs.gov/ocr/civilrights/understanding/disability/adamobilityimpairmentsguidance.pdf> [consultado el 15 de abril de 2014].
- Vargas, I., M. L. Vázquez y A. Mogollón (2010), “Acceso a la atención en salud en Colombia”, *Revista de Salud Pública*, 12(5).
- Vargas, J., y Molina, G. (2009), “Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: Limitaciones y consecuencias”, *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 27(2).
- Velandia, F., N. Ardón, J. Cárdenas, M. Jara y N. Pérez (2001), “Oportunidad, satisfacción y razones de no uso de los servicios de salud en Colombia, según la encuesta de calidad de vida del DANE, Colombia”, *Médica*, 32(1).
- Zambrano, A., M. Ramírez, F. Yepes, J. Guerra y D. Rivera (2008), “¿Qué muestran las Encuestas de Calidad de Vida sobre el sistema de salud en Colombia?”, *Cadernos de Saúde Pública*, 24(1).

ANEXOS

ANEXO 1

Descripción de las variables del modelo econométrico

Variables	Descripción
Estrato alto	= 1 si la persona encuestada pertenece al estrato 5 o 6, y cero en caso contrario
Estrato medio	= 1 si la persona encuestada pertenece al estrato medio bajo, medio o medio alto, y cero en caso contrario
Edad	Edad de la persona encuestada en años
Edad al cuadrado	Edad de la persona encuestadas en años elevada a la potencia de 2
Mujeres	= 1 si la persona encuestada es mujer, y cero en caso contrario
Etnia	= 1 si la persona encuestada pertenece a un grupo étnico, y cero en caso contrario
Prevención (médico)	= 1 si la persona encuestada visita al médico sin estar enfermo, y cero en caso contrario
Prevención (odontólogo)	= 1 si la persona encuestada visita al odontólogo sin estar enfermo, y cero en caso contrario
Rural	= 1 si la persona encuestada vive en zona rural dispersa, y cero en caso contrario
Prestadores	Número de prestadores habilitados por cada 100.000 habitantes
Contributivo	= 1 si la persona encuestada está afiliada al régimen contributivo, y cero en caso contrario
Especial	= 1 si la persona encuestada está afiliada al régimen especial, y cero en caso contrario
No afiliado	= 1 si la persona encuestada no está afiliada al scsss, y cero en caso contrario

ANEXO 2

*Coefficientes de estimación del modelo Probit:
Determinantes del acceso a los servicios médicos en Colombia, 2012*

Variable dependiente: Acceso a servicios médicos		Coefficientes	Errores Estándar	z	P>z	[95% I.C.]	
Socioeconómicas y conocimiento del sistema	Estrato alto	0,442	0,014	30,50	0,000	0,414	0,471
	Estrato medio	0,023	0,002	12,71	0,000	0,020	0,027
	Edad	0,000	0,000	-2,97	0,003	0,000	0,000
	Edad al cuadrado	0,000	0,000	40,32	0,000	0,000	0,000
	Mujeres	0,075	0,001	56,37	0,000	0,072	0,077
	Etnia	-0,103	0,002	-61,97	0,000	-0,106	-0,100
	Prevención (médico)	0,452	0,001	311,53	0,000	0,449	0,455
	Prevención (odontólogo)	0,126	0,003	42,44	0,000	0,120	0,131
Rural	-0,129	0,002	-68,13	0,000	-0,133	-0,125	
Del scoss	Prestadores	0,057	0,001	60,83	0,000	0,056	0,059
	Contributivo	0,200	0,002	129,91	0,000	0,197	0,204
	Especial	0,332	0,004	75,55	0,000	0,323	0,341
	No afiliado	-0,549	0,002	-237,14	0,000	-0,554	-0,545
	Constante	-0,018	0,005	-3,79	0,000	-0,027	-0,009
Diferencias regionales	Caribe	-0,410	0,002	-165,77	0,000	-0,414	-0,405
	Oriental	-0,345	0,003	-128,58	0,000	-0,350	-0,340
	Central	-0,443	0,003	-166,19	0,000	-0,449	-0,438
	Pacífica (sin Valle del Cauca)	-0,294	0,003	-98,98	0,000	-0,300	-0,288
	Bogotá	-0,070	0,003	-26,07	0,000	-0,075	-0,065
	Valle del Cauca	0,032	0,003	10,76	0,000	0,026	0,038
	SAPSC	-0,237	0,033	-7,26	0,000	-0,301	-0,173
	Orinoquía-Amazonía	-0,455	0,005	-84,88	0,000	-0,465	-0,444
Observaciones	298370						
Wald $\chi^2_{(12)}$	333125						
Prob > χ^2	0,000						
Pseudo R ²	0,062						
Predicción	0,771						

Nota: Todos los coeficientes son significativos al 1%.

Fuentes: Encuesta Nacional de Calidad de Vida, 2012; Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), 2012; Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE, Cuentas Departamentales; y estimaciones del autor.