

**La salud en Colombia: más cobertura
pero menos acceso**

Por: Jhorland Ayala García

Núm. 204
Julio, 2014



Documentos de trabajo sobre
ECONOMÍA REGIONAL



BANCO DE LA REPÚBLICA

CENTRO DE ESTUDIOS ECONÓMICOS REGIONALES (CEER) - CARTAGENA

ISSN 1692 - 3715

La serie **Documentos de Trabajo Sobre Economía Regional** es una publicación del Banco de la República - Sucursal Cartagena. Los trabajos son de carácter provisional, las opiniones y posibles errores son de responsabilidad exclusiva de los autores y no comprometen al Banco de la República ni a su Junta Directiva.

La salud en Colombia: más cobertura pero menos accesoⁱ

Jhorland Ayala Garcíaⁱⁱ

ⁱ El autor agradece de manera especial por los comentarios de Jaime Bonet, Karina Acosta y Antonio Orozco en la elaboración de este documento, así como también por la valiosa colaboración de Harrison Sandoval como asistente de investigación.

ⁱⁱ El autor es economista del Centro de Estudios Económicos Regionales - CEER del Banco de la República. Comentarios y sugerencias a este documento pueden ser enviados al correo electrónico jayalaga@banrep.gov.co.

Resumen

El presente documento evalúa los determinantes del acceso a los servicios médicos en Colombia con datos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida del año 2012, considerando características de la oferta y la demanda de salud conjuntamente. Se encontró que el acceso a los servicios médicos se redujo en Colombia 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 una disminución. 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 evidencian diferencias regionales significativas en el acceso para el 2012.

Palabras clave: acceso a servicios médicos, modelos *probit*, diferencias regionales.

Clasificación JEL: I11, I13, I14.

Abstract

This paper evaluates the determinants of access to health care services in Colombia with data from the National Survey of Quality of Life in 2012, considering the characteristics of supply and demand of health care together. It is found that access to medical services decreased in Colombia between 1997 and 2012. This performance was uneven within regions: Antioquia and the Oriental region experienced an increase in the indicator, while the Caribe, Central, Bogotá, San Andrés, Providencia and Santa Catalina, Orinoco and Amazon regions reported a decrease. The results of the probit models show that the demand characteristics explain further the access probability than the characteristics of the supply. Finally, significant regional differences were observed in the access for 2012.

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

JEL Classification: I11, I13, I14.

1. 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, Vázquez, & Mogollón, 2010). Lo anterior se debe a que a pesar del aumento en la cobertura del aseguramiento del 56,9% al 90,8% registrado entre 1997 y 2012 (Céspedes, y otros, 2000; Restrepo, Zambrano, Vélez, & Ramírez, 2007), 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 al pasar de 79,1% a 75,5%, de acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV).

Para interpretar esto es necesario tener en cuenta la diferencia existente entre los conceptos cobertura y acceso, pues 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 era el único factor que determinaba la utilización de los servicios. Aun cuando una persona esté asegurada por el SGSSS, persisten ciertas barreras que pueden evitar que reciba atención médica en caso de necesitarlo. Algunas de estas barreras relacionadas con la oferta, como la falta de centros de atención o una mala calidad del servicio, y otras relacionadas con la demanda, como la falta de dinero o la necesidad de atención médica percibida por las personas.

En vista de lo anterior, uno de los caminos que hace falta recorrer para mejorar el funcionamiento del sistema de salud colombiano es el de mejorar el acceso a los servicios médicos, para lo cual 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, evaluar si las políticas deben estar focalizadas en mayor medida en algunas regiones en particular en caso de que existan diferencias importantes al interior del país.

La presente investigación parte de un modelo teórico 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, Aday, McCutcheon, Chiu, & Bell, 1983). De acuerdo con este modelo, el acceso realizado puede medirse con factores de utilización de los servicios, como visitas al médico u odontólogo, admisión al centro médico, exámenes preventivos, entre otros, y por medio de factores de satisfacción como los tiempos de desplazamiento o espera, costos de las citas médicas y la calidad percibida del servicio.

Hay estudios empíricos que han utilizado medidas de acceso potencial como la distancia al centro de salud más cercano o el tiempo de viaje hasta el centro de atención (Christie & Fone, 2002; Pérez, 2013), pero estas medidas fallan al asumir que estar cerca al centro de atención es tener acceso, ignorando la existencia de barreras relacionadas con la demanda de salud, como la falta de dinero, que impiden que las personas utilicen 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 este documento considera 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. Los 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 & Agudelo, 2008; Restrepo, Zambrano, Vélez, & Ramírez, 2007; Zambrano, Ramírez, Yepes, Guerra, & Rivera, 2008; Mejía, Sánchez, & Tamayo, 2007; Vargas & Molina, 2009).

Sin embargo, son escasos los trabajos que evalúan conjuntamente la utilización de los servicios médicos controlando por la necesidad de los mismos y las características de la oferta (Vargas, Vázquez, & Mogollón, 2010), y los que lo hacen se han enfocado en tipos de atención en particular como las consultas por maternidad (Aguado, Girón, Osorio, Tovar, & Ahumada, 2007) y la vacunación (Acosta, Durán, Eslava, & Campuzano, 2005) encontrando que las características del sistema de salud son determinantes importantes del acceso, pero en la revisión bibliográfica no se encontró ninguno que utilizara los datos de la ENCV del año 2012 ni ha analizado el acceso a la consulta general. Por lo anterior, el principal aporte de este documento es el análisis del acceso a la consulta médica general y sus determinantes considerando aspectos de oferta y de demanda por atención médica de forma conjunta utilizando información del año 2012.

Este estudio tiene tres objetivos: (i) analizar el acceso a los servicios médicos para 1997 y 2012; (ii) evaluar si el acceso difiere entre las regiones colombianas para identificar cuál es la más rezagada en materia de acceso, y (iii) a través de modelos *probit* se evalúan los determinantes del acceso a la atención médica de acuerdo 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 documento está estructurado 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 lo que se presentó en el año 2012 con los datos de 1997. La cuarta sección describe la metodología de estimación y los resultados de los cálculos econométricos. La quinta sección muestra las conclusiones y recomendaciones de política que resultan de este estudio.

2. Necesidad, demanda y oferta de servicios de la salud en Colombia

Antes de entrar a evaluar el acceso y sus posibles determinantes, es importante considerar aspectos previos al mismo: la necesidad, la demanda y la oferta de prestadores de servicios de salud de la población colombiana. Antes de que una persona acceda al servicio médico, se presenta la necesidad de atención médica, luego la demanda por el servicio y por último se llega al acceso a través de la oferta (Aday & Andersen, 1974; Reina, 2014).

En este sentido, hay que aclarar que existe diferencia entre la necesidad de atención médica y la demanda por servicios de salud. La primera se presenta al momento en que las personas tienen un problema de salud, independientemente de si consideran que dicho problema de salud requiere o no atención médica, mientras que 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 requiriera hospitalización, o dicho de otra manera, quienes necesitaron atención médica. Además, es posible identificar cuáles de esas personas demandaron servicios médicos para tratar dicha enfermedad, pues hubo quienes 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 expuesta anteriormente, se estimó la necesidad como el porcentaje de colombianos que manifestó haber presentado un problema de salud que no

requiriera hospitalización durante los 30 días previos a la realización de la encuesta. Por su parte, la demanda representa el porcentaje de personas que acudió a un centro médico para atender dicha enfermedad del total de individuos que lo necesitaron. A modo de ilustración, si cinco de diez personas presentaron un problema de salud, entonces se habla de un 50% de necesidad de atención médica (5/10), y si tres de estas personas acudieron a un centro médico para atender su necesidad, hablamos de un 60% de la demanda de salud (3/5).

Como resultado, se observa que el porcentaje de personas que presentaron un problema de salud que no requería hospitalización en los 30 días anteriores a la realización de la encuesta en el 2012 fue de 10,3%, de acuerdo con los datos de la ENCV del mismo año. Además, se encontró que existen diferencias regionales significativas en relación con las necesidades de utilización de los servicios de salud, donde las regiones Central y Pacífica (sin el Departamento del Valle del Cauca) ocuparon el primer lugar con un 12,3% y 12,2% respectivamente, 3,5 veces más que lo observado en el Departamento de San Andrés, Providencia y Santa Catalina (SAPSC), que ocupa el último lugar con apenas el 3,5% de necesidades de servicio de salud, mientras que el promedio nacional es 2,9 veces mayor en lo relativo a SAPSC, como se observa en el Cuadro 1.

Cuadro 1. 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
Nacional	10,3	2,9***

*** p<0.01, ** p<0.05 y * p<0.1.

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

Fuente: Encuesta Nacional de Calidad de Vida, 2012. Cálculos del autor.

El paso siguiente consiste en evaluar la demanda de salud. De acuerdo con la ENCV del 2012, cerca del 77% de los colombianos que necesitaron atención médica acudieron a una institución prestadora de servicios de la salud o acudió 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 el 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. Demanda por servicios de salud diferentes a hospitalizaciones en Colombia, 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
Nacional	76,9

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

Fuente: Encuesta Nacional de Calidad de Vida, 2012. 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 a un médico independiente utilizaron remedios caseros o se auto recetaron (64,3%), mientras que el 22% acudió a un boticario, farmaceuta, droguista, y el 11% no hizo nada ante el problema de salud, lo cual refleja la necesidad de considerar la existencia de barreras culturales al acceso y de conocimiento del sistema a la hora de llevar a cabo políticas que busquen mejorar en este aspecto (Gold, 1998).

Por otro lado y siguiendo con la caracterización de la demanda por servicios médicos, los datos de la ENCV del 2012 permiten estimar el porcentaje de colombianos que manifestaron consultar servicios médicos por prevención. Como resultado, se tiene que solo el 63% de los colombianos manifestó consultar por prevención al médico o al odontólogo al menos una vez al año. Esta demanda difiere entre las regiones del país, donde Bogotá presentó la demanda más alta por este tipo de servicios (80,5%) y Antioquia la menor (53,1%), (Cuadro 4).

Cuadro 3. Alternativa 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, homeópata, etc.)	0,9
Total	100,0

Fuente: Encuesta Nacional de Calidad de Vida, 2012. Cálculos del autor.

También se tienen datos sobre la demanda por servicios de hospitalización, según los cuales el 7,8% de los colombianos manifestó haber necesitado este servicio durante los doce meses anteriores a la encuesta, donde las regiones Central y Orinoquía - Amazonía presentaron la mayor demanda (8,8%) y Valle del Cauca y SAPSC la menor (6,6%).

Cuadro 4. Demanda por servicios de salud: prevención, hospitalización y medicamentos (porcentaje de personas), 2012.

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

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

Fuente: Encuesta Nacional de Calidad de Vida, 2012. Cálculos del autor.

Por último, se encuentra la demanda por medicamentos, estimada como el porcentaje de personas a quienes se les recetaron medicamentos del total que presentaron enfermedad y recibieron atención. Como resultado, se tiene que aproximadamente el 87% de los colombianos que presentaron un problema de

salud requirieron medicamentos para ser tratados, con mayor nivel en la región Caribe (94,6%) y una menor demanda en Bogotá (81,7%).

De acuerdo con los datos anteriores, se puede afirmar que no existe diferencia sustancial entre la demanda por servicios curativos y aquella por servicios preventivos en Colombia, pues 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 las personas, de los cuales 5,5 puntos porcentuales (pp) visitaron únicamente al odontólogo. Un dato importante para destacar es que entre los tipos de consulta que generalmente realizan los colombianos se encuentran principalmente la hipertensión, la diarrea y gastroenteritis de posible origen infeccioso y la parasitosis intestinal (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Dado lo anterior, sería importante 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 necesidades de servicios médicos. Para esto, se estimó el número de prestadores de servicios de salud habilitados (IPS, profesionales independientes, transporte especial y de objeto social diferente, tanto públicos como privados) en Colombia por cada 100.000 habitantes para el año 2012, contenidos en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) con corte al mismo año.

Como resultado, se observa en el Cuadro 5 que las regiones de Bogotá y SAPSC son las que presentan la mayor cantidad de prestadores por habitante, lo cual refleja la inequitativa distribución de la oferta de prestadores de servicios de salud en Colombia, pues este último departamento fue el que menos necesidades de salud presentó de acuerdo con la información del Cuadro 1.

Cuadro 5. Oferta de prestadores de servicios de salud en Colombia, 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***

- No es posible evaluar la significancia estadística de la diferencia por ausencia de variabilidad en los datos para estas regiones.

*** p<0.01, ** p<0.05 y * p<0.1.

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

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), 2012. Cálculos del autor.

Vale la pena 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 habitante³. De esta forma, queda en evidencia que algunas de las regiones con mayores necesidades de servicios médicos fueron las que contaban con menores prestadores por habitante.

Sumado a lo anterior, algunos trabajos han reseñado la existencia de un déficit importante en materia de oferta de prestadores de servicios de salud en Colombia para todos los niveles de prestación, así como también en dotación humana, principalmente para las actividades de promoción y prevención de enfermedades,

³ En ambos casos relativo al número de prestadores por cada 100.000 del departamento de SAPSC del 2012.

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, Castellanos, Nieto, Alonso, & Pérez, 2005; Guzmán, 2014). Todos estos factores imponen barreras al acceso a los servicios de salud y dificultan que se cumpla el acceso universal plasmado en la Ley 100 de 1993.

3. Acceso a los servicios de la salud en Colombia

3.1. 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 & Andersen, 1974). Se puede dividir en acceso efectivo o realizado, el cual depende de indicadores del uso de los servicios médicos y la satisfacción asociada, y el acceso potencial, determinado propiamente por las características del sistema de salud y algunas características de las personas en el área geográfica definida (Andersen, Aday, McCutcheon, Chiu, & Bell, 1983).

A nivel internacional 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 & Fone, 2002), también por medio de características de la oferta como la disponibilidad de salas y equipos médicos (U.S. Department of Health and Human Services & U.S. Department of Justice, 2010) y con indicadores de utilización de los servicios (Cohen & Bloom, 2010; Driscoll & Bernstein, 2012; Brabyn & Skelly, 2002). De acuerdo con 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 la salud. No se encontraron estudios con indicadores de acceso comparables con los utilizados en el presente documento.

De otra parte, a nivel nacional hay quienes han utilizado medidas de cobertura de aseguramiento como indicadores de acceso a los servicios médicos (Céspedes, y

otros, 2000). De hecho, con la implementación de la Ley 100 de 1993 en Colombia se impulsó la cobertura de aseguramiento como el principal mecanismo a través del cual se pretendía resolver el problema del acceso a la salud en Colombia (GES, 2011), y efectivamente se logró aumentar la cobertura (Ramirez, Zambrano, Yepes, Guerra, & Rivera, 2005; Restrepo, 2002). Sin embargo, de acuerdo con los datos de las ENCV de 1997 y 2012, se presentó una reducción en el acceso realizado a los servicios médicos⁴.

Lo anterior no quiere decir que la mayor cobertura no ha tenido ningún efecto sobre el acceso, pues quienes están asegurados por el SGSSS han presentado mayor probabilidad de utilizar los servicios médicos que quienes no, de acuerdo con datos de las ENCV de 1997 y 2003 (Restrepo, Zambrano, Vélez, & Ramírez, 2007; Mejía, Sánchez, & Tamayo, 2007). También existe evidencia de que las mujeres tienen mayor probabilidad de acceso a los servicios médicos, así como quienes viven en zona urbana, tienen con mayores ingresos, están afiliados al régimen contributivo y viven en una zona con mayor disponibilidad del servicio (Guarnizo & Agudelo, 2008; Vargas, Vázquez, & Mogollón, 2010).

Sin embargo, la mayoría 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

⁴ Para complementar el análisis se estimó el acceso también para los años 2002 y 2008, 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 crisis económica de 1999 en Colombia, que pudo contribuir a que el acceso pasara de 79,1% en 1997 a 69,2% en 2002.

del 2012. Por ello, este trabajo estima los determinantes del acceso a los servicios de salud en Colombia considerando características del sistema como la disponibilidad de prestadores, la cobertura de aseguramiento, e individuales como las características socioeconómicas y el conocimiento acerca del SGSSS por parte de los colombianos.

3.2. Estadísticas descriptivas

De acuerdo con los datos de la ENCV del año 2012, se observa que las regiones con mayor necesidad de servicios médicos diferentes a hospitalizaciones, como la Pacífica, Central y Caribe, fueron las que tuvieron un menor acceso relativo a los servicios de salud, mientras que la región de Antioquia tuvo el mayor acceso aun cuando fue una de las regiones con menor necesidad relativa de servicios médicos, superada únicamente por SAPSC.

El Mapa 1 muestra 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), según regiones en Colombia para el 2012. Se observa que mientras la región Pacífica (sin Valle del Cauca) presentó la mayor necesidad de servicios de salud, fue una de las que menos prestadores por habitante poseía. Una situación similar se registró en la región Caribe, mientras que SAPSC fue uno de los territorios con mayor cantidad de prestadores por habitante aun cuando fue el que presentó menor necesidad de servicios médicos. Vale la pena resaltar que la región Caribe no solo es la que menos prestadores por habitante tenía en el 2012, sino que junto a las regiones Central y Amazonía - Orinoquía fue la que menor acceso a la atención médica presentó.

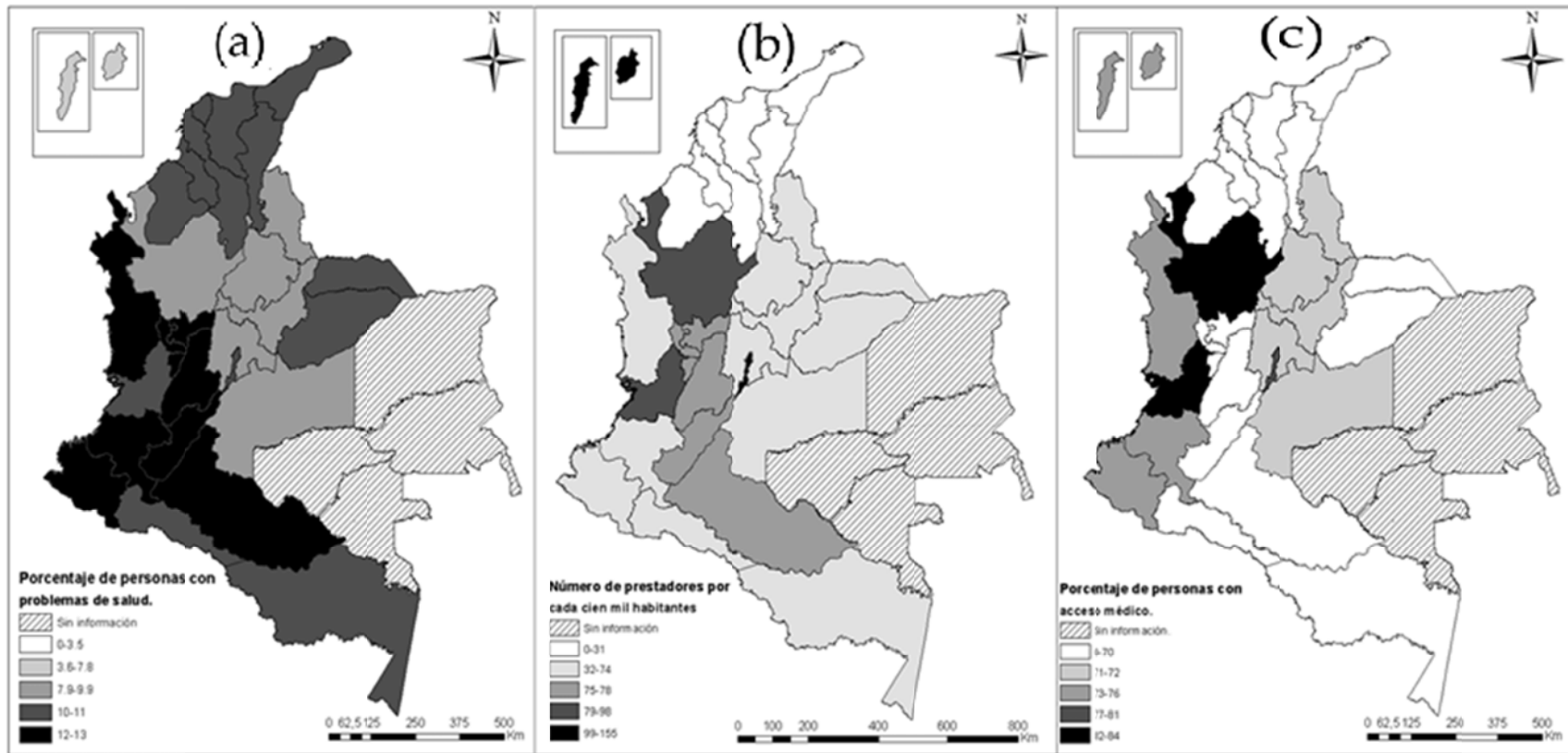
Lo anterior refleja las diferencias regionales que existen en toda la cadena del acceso en Colombia, desde las necesidades de atención médica hasta el acceso realizado. Asimismo, la distribución de los prestadores de servicios de salud en el país no responde a las necesidades de servicios médicos en las regiones (Guzmán,

2014). Esto permite pensar que no es sorprendente que existan diferencias en materia de acceso realizado, el cual precisamente requiere que haya disponibilidad de recursos médicos cuando y donde las personas los necesiten.

Así las cosas, sería 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 observados en 1997, el cual contiene los primeros resultados capturados por la ENCV después de la reforma a la seguridad social en Colombia en 1993, con los datos del 2012. Esto con el fin de tener 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.

Como resultado se encontró que el acceso a los servicios médicos disminuyó en Colombia cerca de 3,6 pp entre 1997 y 2012, lo que significa que, controlando 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 en relación al año 1997. Este comportamiento se observó en la mayoría de las regiones, con excepción de Antioquia y la región Oriental, las cuales presentaron un aumento importante en este indicador, posiblemente debido a que estas fueron las regiones en las que el porcentaje de personas pertenecientes al régimen contributivo se redujo en menor medida: 22 pp y 15 pp respectivamente, frente a 42 pp de la región Caribe.

Mapa 1. Necesidad, disponibilidad y acceso a los servicios médicos en Colombia, 2012.



Fuente: Encuesta Nacional de Calidad de Vida, 2012 y Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), 2012. Cálculos del autor.
 Nota: (a) necesidad de servicios médicos, (b) prestadores habilitados por cada 100.000 habitantes, y (c) acceso a los servicios de salud.

En el mismo sentido, nótese que existen diferencias regionales en el acceso registrado en el 2012 de acuerdo con datos del Cuadro 6. El departamento de Valle del Cauca se encuentra como el mejor posicionado con un 83,7% y la región Orinoquía - Amazonía ocupa el último lugar con un 69% con 14,7 pp menos, 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 el departamento de SAPSC se presentó una reducción en el acceso de 18 pp entre 1997 y 2012, lo que la ubica como la región que más retrocedió en esta materia.

Cuadro 6. Porcentaje de personas con acceso médico por ubicación geográfica, 1997 y 2012.

	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	Cabecera	83,0	77,5	-5,4
	Centros poblados, inspección de policía	75,5	67,9	-7,6
	Área rural dispersa	62,5	68,9	6,4
	Nacional	79,1	75,5	-3,6

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

Fuente: Encuesta Nacional de Calidad de Vida 1997 y 2012. 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 pp a la región de menos acceso y la desviación estándar de los datos de acceso fue de 7,5%, en el 2012 fueron de 14,7 pp y 5,8%, respectivamente. Sin embargo, aún falta por

eliminar las brechas regionales, pues los 14,7 pp 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, de acuerdo con las características del SGSSS, el acceso se redujo tanto para quienes estaban cubiertos por el sistema como para los que no lo estaban. Dentro de los cubiertos, el Cuadro 7 muestra que disminuyó el acceso para los pertenecientes al régimen contributivo, mientras que para los del régimen subsidiado aumentó 2,3 pp. El mayor acceso para las personas del régimen subsidiado está relacionado con el incremento del mismo en la zona rural, pues es en esta área donde la afiliación a dicho régimen tiene mayor cubrimiento (GES, 2011). Asimismo, la composición de la cobertura del aseguramiento cambió: el régimen subsidiado pasó de tener el 31% de la población cubierta en 1997 a 52% en 2012, mientras que en el contributivo se pasó del 69% al 40%, respectivamente, lo cual podría contribuir a los resultados observados en el acceso.

Cuadro 7. Acceso a la salud por características del sistema.

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	

Fuente: Encuesta Nacional de Calidad de Vida 1997 y 2012. Cálculos del autor.

En cuanto a las características individuales, en el Cuadro 8 se tiene 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 pp. 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. Acceso a la salud por características socioeconómicas.

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

Fuente: Encuesta Nacional de Calidad de Vida 1997 y 2012.
Cálculos del autor.

¿Cuál ha sido la causa de este comportamiento del acceso? Para ello, es importante evaluar lo que manifestaron las personas como las razones por las cuales no solicitaron o no recibieron atención médica al momento de presentar una enfermedad. Como resultado, 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. Razones por las cuales no tuvieron acceso los colombianos, 1997 y 2012.

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

Fuente: Encuesta Nacional de Calidad de Vida 1997 y 2012. Cálculos del autor.

Pero lo anterior no es similar a lo que se presentó en 1997, donde la falta de dinero era la principal razón por la cual los colombianos no recibían atención médica, lo que 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% al 11,5%. A modo de comparación, la falta de dinero impidió que el 10% de los adultos entre los 20 y los 29 años no recibieran atención médica al necesitarla en Estados Unidos para el 2008 (Cohen & Bloom, 2010), mientras que en Colombia este porcentaje solo llega al 2,8%, evidenciando el principal beneficio del aumento de la cobertura del aseguramiento. No obstante, un aspecto que no muestra mejora es la percepción sobre la calidad percibida, ya que quienes no recibieron atención por percibir un mal servicio o una cita distanciada en el tiempo pasaron de representar el 1,4% al 8,3%. Se mejoró en cobertura, pero empeoró la percepción de la calidad del servicio.

En términos generales, se pueden establecer dos tipos de barreras: de oferta y de demanda (Velandia, Ardón, Cárdenas, Jara, & Pérez, 2001; López, 2011). Como barreras de oferta se identifican las que tienen que ver con aspectos organizacionales o institucionales como “muchos trámites para la cita” y el “no lo atendieron”. Otras barreras de oferta tienen que ver con 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, se encuentran barreras de oferta relacionadas con la disponibilidad de recursos médicos, tal es el caso de "el centro de atención queda lejos".

De la misma manera, dentro de las barreras de demanda se pueden identificar tres tipos. El primero relacionado con los costos asociados a la demanda del servicio, como la "falta de dinero" o "no tuvo tiempo". El segundo tiene que ver con la percepción que se tiene sobre la gravedad del problema de salud, donde se encuentra "el caso era leve". Por último, barreras de demanda relacionadas con la cultura y el conocimiento acerca del sistema de salud, tal es el caso de "no confía en los médicos".

En este sentido, se tiene que las barreras de la demanda representaron el 76,5% en el 2012 frente al 85,4% de 1997, lo que muestra que después de 15 años estas restricciones perdieron importancia, mientras que las barreras a la oferta aumentaron en 9 pp su participación, especialmente aquella relacionada con la calidad del servicio, la cual pasó de 1,4% a 8,3% en el período analizado. En síntesis, se encuentra 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, las barreras en la oferta han aumentado su importancia.

4. Determinantes del acceso a los servicios de salud en Colombia

4.1. Metodología

4.1.1. Definición de las principales variables

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

Dicha medida del acceso es la variable de interés en este caso, la cual estará en función de características socioeconómicas de los encuestados 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 acerca de los trámites y requisitos generales para acceder a los servicios médicos del sistema al momento de necesitarlos.

Otras variables importantes que pueden 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 para los primeros de no utilizar los servicios médicos es más alto. Por último, la oferta de prestadores está medida como logaritmo del número de prestadores habilitados por cada 100.000 habitantes por departamento, de acuerdo con datos del REPS al 2012.

Un punto importante de aclarar es que existen otros indicadores de oferta que se han utilizado en la literatura, como la distancia al centro de salud más cercano (Christie & Fone, 2002; Pérez, 2013), pero en la ENCV del 2012 no se cuenta con la información necesaria para estimar tales distancias. La mejor variable proxy para estas distancias es la disponibilidad de prestadores porque entre más prestadores haya en una región, se presume que menor será la distancia que deban 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 este último se encuentra en que el presente estudio analiza el acceso a los servicios médicos que no requieren hospitalización, además que dejaría por fuera muchos

prestadores de servicios que brindan atención médica general pero que no disponen de camas para su funcionamiento.

4.1.2. 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*. Defínase Y_i como una variable dicótoma que toma el valor de uno si el individuo i presentó un problema de salud que no requiriera hospitalización y recibió atención médica para dicho problema en el año 2012, y toma el valor de cero si el individuo que presentó el problema de salud no recibió atención. Formalmente:

$$Y_i = \beta + \mathbf{X}_i\lambda + \mathbf{Z}_d\phi + u_i. \quad (1)$$

Donde \mathbf{X}_i representa el vector de características observables del individuo i , \mathbf{Z}_d es el conjunto de variables que representan las características del SGSSS colombiano, β , λ y ϕ son 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, $\Pr(Y_i = 1 | \mathbf{X}_i, \mathbf{Z}_d)$, dadas unas características observables del individuo i , \mathbf{X}_i , y unas características del sistema de salud colombiano, \mathbf{Z}_d .

Podría pensarse que existe simultaneidad entre la oferta de servicios médicos contenida en \mathbf{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 SGSSS en Colombia está diseñado de tal manera que el precio del servicio no es una variable determinante de la demanda, ni 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 u_i sea un error estocástico.

Dentro de las variables independientes del modelo se consideran todas aquellas que la literatura ha identificado como determinantes del acceso. En primer lugar,

características socioeconómicas de las personas encuestadas 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, dado que el acceso depende tanto de características de oferta como de características de la demanda, hay autores que argumentan que es necesario estimar primero la probabilidad de que una persona presente un problema de salud para luego estimar la probabilidad de que dicha persona acceda al servicio médico con el fin de corregir un supuesto sesgo de selección. Se ha encontrado que este sesgo no existe (Rodríguez, 2010) porque no hay argumentos suficientes para pensar que hay selección en la medida en que el presentar un problema de salud no es una decisión de una persona, sino un factor exógeno que lo determina.

4.2. Estimaciones y resultados

Los resultados encontrados indican que dentro de 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 altas y significativas⁵.

El modelo *probit* estimado muestra que, manteniendo todas las demás variables en el promedio, quienes pertenecen al estrato alto tienen 12,9 pp más de probabilidad

⁵ La estimación de las diferencias regionales se hizo de forma independiente y no se incluyó en el modelo como variables de control, puesto que la correlación entre la oferta de prestadores y la variable de regiones resultó ser de 56,3%.

de recibir atención médica en caso de necesitarla que aquellos del estrato bajo y los del estrato medio 0,7 pp más. La edad resultó ser estadísticamente significativa pero con un efecto marginal cercano a cero. Las mujeres tienen 2,2 pp 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.

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

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 la confianza en el personal médico, pues se presume que una persona que asiste al médico por prevención está más enterada acerca de los requisitos y pasos a seguir para acceder al servicio médico 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.

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%⁶. 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. Lo anterior 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. Lo que implicaría un esfuerzo fiscal bastante grande.

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

Queda en evidencia que existen diferencias regionales altas y significativas en materia de acceso a los servicios médicos. Comparando 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 pp, Oriental en 11,6 pp, Central en 15,2 pp, Pacífica (sin Valle del Cauca) en 9,9 pp,

⁶ También se realizó la estimación considerando únicamente el número de IPS por cada 100.000 habitantes y los resultados se mantienen, pero se seleccionó el total de prestadores para tener en cuenta a los profesionales independientes.

Bogotá en 2,2 pp, SAPSC en 8 pp y Orinoquía - Amazonía en 16,1 pp menos probabilidad (Cuadro 10).

Cuadro 10. Acceso a los servicios de salud en Colombia y sus determinantes, 2012⁷.

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 SGSSS	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 chi2(12)		298370				
Prob > chi2		0,000				
Pseudo R2		0,062				
Predicción		0,771				

+ Estas diferencias regionales 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.

Notas: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1. Errores estándar robustos estimados.

Fuente: Encuesta Nacional de Calidad de Vida, 2012. Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), 2012. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas - DANE, Cuentas Departamentales. Estimación del autor.

⁷ Los modelos con los coeficientes de estimación se presentan en el Anexo 2.

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

En términos generales, con base en pruebas estadísticas sustentables se encontró que las variables de demanda (características personales y el conocimiento acerca del funcionamiento del SGSSS) son más importantes a la hora de explicar la probabilidad de acceso que las características de la oferta, tal y como lo señalan las barreras al acceso mostradas en la sección 3.2.

5. Conclusiones y recomendaciones

El acceso a los servicios de salud diferentes a hospitalizaciones se redujo entre 1997 y 2012, a pesar de los esfuerzos realizados para aumentar la cobertura del SGSSS colombiano. En este contexto, el presente documento muestra cuáles son los determinantes del acceso a los servicios médicos de acuerdo con la información más reciente de la ENCV, partiendo de que el acceso realizado resulta de la integración de factores de oferta y factores de demanda.

En Colombia no existe complementariedad entre estos dos grupos de variables, pues aquellas regiones que presentaron la mayor necesidad de servicios de salud son las que tuvieron la menor disponibilidad de prestadores de servicios y además, en ellas hubo un menor acceso realizado. Lo anterior refleja 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.

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

Pero para poder implementar políticas que permitan resolver estas desigualdades y aumentar el acceso en todo el territorio nacional es necesario evaluar cuáles son sus determinantes y, en particular, en qué medida lo afectan las características socioeconómicas y aquellas relacionadas con el SGSSS. Se observó que quienes consultan por prevención al médico o al odontólogo tienen mayor probabilidad de acceder a los servicios médicos. Esto refleja que los que tienen un mayor conocimiento del funcionamiento del SGSSS colombiano, en cuanto a los trámites, servicios, 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 zona rural tienen menor probabilidad de acceder a la atención médica que quienes habitan en zonas urbanas o en inspecciones de policía, mostrando que aún hace falta reducir las desigualdades a pesar de que entre 1997 y 2012 aumentó el acceso para las personas del área rural mientras que para el área urbana se redujo. También tienen menor probabilidad de acceso quienes no están cubiertos por el sistema, mostrando la importancia de la expansión de la cobertura lograda con la implementación de la Ley 100 de 1993, y que con mayor cobertura habrá más acceso, sobre todo si se amplía la población cubierta en el régimen contributivo.

La oferta de prestadores también resultó significativa aunque con un efecto marginal pequeño, indicando que para el caso de los prestadores de servicios de salud se requerirían esfuerzos fiscales bastante grandes en materia de recursos para reducir las desigualdades y lograr aumentar el acceso a los servicios médicos. Por último, se tiene que existen altas desigualdades regionales. A excepción del Valle del Cauca, todas las regiones presentaron un menor acceso que la región de Antioquia. La diferencia marginal en el acceso realizado en las regiones oscila entre 2,2 pp y 16,1 pp.

Con estos resultados se evidencian dos opciones de política que podrían reducir las brechas en la disponibilidad de prestadores por un lado y aumentar el acceso por el otro. Se trata una mayor inversión en el sector focalizada en aumentar el número de prestadores de servicios médicos en las zonas donde hay más necesidades de atención, al tiempo que se promuevan 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 bibliográficas

- Acosta, N., Durán, L., Eslava, J., & Campuzano, J. (2005). Determinants of Vaccination after the Colombian Health System Reform. *Revista de Saúde Pública*, 3(39), 421-429.
- Aday, L. A., & Andersen, R. (1974). A Framework for the Study of Access to Medical Care. *Health Services Research*, 208-220.
- Aguado, L., Girón, L., Osorio, A., Tovar, L., & Ahumada, J. (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), 1-36.
- Andersen, R., Aday, L., McCutcheon, A., Chiu, G., & Bell, R. (1983). Exploring Dimensions of Access to Medical Care. *Health Services Research*, 18(1), 49-74.
- Brabyn, L., & Skelly, C. (2002). Modeling population access to New Zealand public hospitals. *International Journal of Health Geographics*.
- Céspedes, J., Jaramillo, I., Martínez, R., Olaya, S., Reynales, J., Uribe, C., 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., & Fone, D. (2002). Equity of access to tertiary hospitals in Wales, UK – a travel time analysis. *Gwent Health Authority - GeoHealth 2002*, Victoria University of Wellington.
- Cohen, R., & Bloom, B. (2010). Access to and Utilization of Medical Care for Young Adults Aged 20–29 Years: United States, 2008. *NCHS Data Brief*, 29.
- Driscoll, A., & Bernstein, A. (2012). Health and Access to Care Among Employed and Unemployed Adults: United States, 2009–2010. *NCHS Data Brief*, 83.
- Gallego, J. (2008). Demanda por seguro de salud y uso de servicios médicos en Colombia: diferencias entre trabajadores dependientes e independientes. *Lecturas de Economía*, 95-120.
- 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), Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Antioquia.
- Gold, M. (1998). Beyond Coverage and Supply: Measuring Access to Healthcare in Today's Market. *Health Services Research*, 625-652.

- Guarnizo, C., & Agudelo, C. (2008). Equidad de Género en el Acceso a los Servicios de Salud en Colombia. *Revista de salud pública*, 10(1), 44-57.
- Guzmán, K. (2014). Radiografía de la oferta de servicios de salud en Colombia. *Documentos de Trabajo sobre Economía Regional*.
- 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), 97-109.
- Mejía, A., Sánchez, A., & Tamayo, J. (2007). Equidad en el Acceso a Servicios de Salud en Antioquia, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 9(1), 26-38.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Análisis de situación de salud según regiones de Colombia.
- Musgrove, P. (1985). Reflexiones sobre la demanda por salud en América Latina. *Cuadernos de Economía*, 293-305.
- Pérez, G. (2013). Accesibilidad geográfica y equidad en la prestación del servicio de salud: un estudio de caso para Barranquilla. *Borradores de Economía*, 770, Banco de la República.
- Ramírez, M., Zambrano, A., Yepes, F., Guerra, J., & Rivera, D. (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.
- Reina, Y. (2014). Acceso a los servicios de salud en las principales ciudades colombianas (2008-2012). *Documentos de Trabajo Sobre Economía Regional*.
- Restrepo, J. (2002). El seguro de salud en Colombia: ¿cobertura universal? *Revista Gerencia y Políticas de Salud*(2), 25-40.
- Restrepo, J., Zambrano, A., Vélez, M., & Ramírez, M. (2007). Health insurance as a strategy for access: Streamlined facts of the Colombian Health Care Reform. *Documentos de trabajo*, No. 17, Universidad del Rosario.
- Rodríguez, S. (2010). Barreras y Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en Colombia. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Sarmiento, A., Castellanos, W., Nieto, A., Alonso, C., & Pérez, C. (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*, 298.

- Tovar, L. (2005). Determinantes del estado de salud de la población colombiana. *Economía, Gestión y Desarrollo*(3), 125 - 151.
- U.S. Department of Health and Human Services & U.S. Department of Justice. (2010). Access to Medical Care for Individuals with Mobility Disabilities. *Americans with Disabilities Act*.
- Vargas, I., Vázquez, M. L., & Mogollón, A. (2010). Acceso a la atención en salud en Colombia. *Revista de Salud Pública*, 12(5), 701-712.
- Vargas, J., & 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), 121-130.
- Velandia, F., Ardón, N., Cárdenas, J., Jara, M., & Pérez, N. (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), 4-9.
- Zambrano, A., Ramírez, M., Yepes, F., Guerra, J., & Rivera, D. (2008). ¿Qué muestran las Encuestas de Calidad de Vida sobre el sistema de salud en Colombia? *Cadernos de Saúde Pública*, 24(1), 122-130.

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 SGSSS, y cero en caso contrario

Fuente: elaboración del autor.

Anexo 2. Coeficientes de estimación del modelo probit: determinantes del acceso a los servicios médicos en Colombia, 2012.

Variable dependiente: acceso a servicios médicos		Coeficientes	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 SGSSS	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 chi2(12)	333125						
Prob > chi2	0,000						
Pseudo R2	0,062						
Predicción	0,771						

Notas: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1. Errores estándar robustos en paréntesis.

Fuente: Encuesta Nacional de Calidad de Vida, 2012. Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), 2012. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas - DANE, Cuentas Departamentales. Estimación del autor.

ÍNDICE "DOCUMENTOS DE TRABAJO SOBRE ECONOMÍA REGIONAL"

<u>No.</u>	<u>Autor</u>	<u>Título</u>	<u>Fecha</u>
1	Joaquín Viloría de la Hoz	Café Caribe: la economía cafetera en la Sierra Nevada de Santa Marta	Noviembre, 1997
2	María M. Aguilera Díaz	Los cultivos de camarones en la costa Caribe colombiana	Abril, 1998
3	Jaime Bonet Morón	Las exportaciones de algodón del Caribe colombiano	Mayo, 1998
4	Joaquín Viloría de la Hoz	La economía del carbón en el Caribe colombiano	Mayo, 1998
5	Jaime Bonet Morón	El ganado costeño en la feria de Medellín, 1950 – 1997	Octubre, 1998
6	María M. Aguilera Díaz Joaquín Viloría de la Hoz	Radiografía socio-económica del Caribe Colombiano	Octubre, 1998
7	Adolfo Meisel Roca	¿Por qué perdió la Costa Caribe el siglo XX?	Enero, 1999
8	Jaime Bonet Morón Adolfo Meisel Roca	La convergencia regional en Colombia: una visión de largo plazo, 1926 – 1995	Febrero, 1999
9	Luis Armando Galvis A. María M. Aguilera Díaz	Determinantes de la demanda por turismo hacia Cartagena, 1987-1998	Marzo, 1999
10	Jaime Bonet Morón	El crecimiento regional en Colombia, 1980-1996: Una aproximación con el método <i>Shift-Share</i>	Junio, 1999
11	Luis Armando Galvis A.	El empleo industrial urbano en Colombia, 1974-1996	Agosto, 1999
12	Jaime Bonet Morón	La agricultura del Caribe Colombiano, 1990-1998	Diciembre, 1999
13	Luis Armando Galvis A.	La demanda de carnes en Colombia: un análisis econométrico	Enero, 2000
14	Jaime Bonet Morón	Las exportaciones colombianas de banano, 1950 – 1998	Abril, 2000
15	Jaime Bonet Morón	La matriz insumo-producto del Caribe colombiano	Mayo, 2000
16	Joaquín Viloría de la Hoz	De Colpuertos a las sociedades portuarias: los puertos del Caribe colombiano	Octubre, 2000
17	María M. Aguilera Díaz Jorge Luis Alvis Arrieta	Perfil socioeconómico de Barranquilla, Cartagena y Santa Marta (1990-2000)	Noviembre, 2000
18	Luis Armando Galvis A. Adolfo Meisel Roca	El crecimiento económico de las ciudades colombianas y sus determinantes, 1973-1998	Noviembre, 2000
19	Luis Armando Galvis A.	¿Qué determina la productividad agrícola departamental en Colombia?	Marzo, 2001
20	Joaquín Viloría de la Hoz	Descentralización en el Caribe colombiano: Las finanzas departamentales en los noventas	Abril, 2001
21	María M. Aguilera Díaz	Comercio de Colombia con el Caribe insular, 1990-1999.	Mayo, 2001
22	Luis Armando Galvis A.	La topografía económica de Colombia	Octubre, 2001
23	Juan David Barón R.	Las regiones económicas de Colombia: Un análisis de <i>clusters</i>	Enero, 2002
24	María M. Aguilera Díaz	Magangué: Puerto fluvial bolivarense	Enero, 2002
25	Igor Esteban Zuccardi H.	Los ciclos económicos regionales en Colombia, 1986-2000	Enero, 2002
26	Joaquín Viloría de la Hoz	Cereté: Municipio agrícola del Sinú	Febrero, 2002
27	Luis Armando Galvis A.	Integración regional de los mercados laborales en Colombia, 1984-2000	Febrero, 2002

28	Joaquín Viloría de la Hoz	Riqueza y despilfarro: La paradoja de las regalías en Barrancas y Tolú	Junio, 2002
29	Luis Armando Galvis A.	Determinantes de la migración interdepartamental en Colombia, 1988-1993	Junio, 2002
30	María M. Aguilera Díaz	Palma africana en la Costa Caribe: Un semillero de empresas solidarias	Julio, 2002
31	Juan David Barón R.	La inflación en las ciudades de Colombia: Una evaluación de la paridad del poder adquisitivo	Julio, 2002
32	Igor Esteban Zuccardi H.	Efectos regionales de la política monetaria	Julio, 2002
33	Joaquín Viloría de la Hoz	Educación primaria en Cartagena: análisis de cobertura, costos y eficiencia	Octubre, 2002
34	Juan David Barón R.	Perfil socioeconómico de Tubará: Población dormitorio y destino turístico del Atlántico	Octubre, 2002
35	María M. Aguilera Díaz	Salinas de Manaure: La tradición wayuu y la modernización	Mayo, 2003
36	Juan David Barón R. Adolfo Meisel Roca	La descentralización y las disparidades económicas regionales en Colombia en la década de 1990	Julio, 2003
37	Adolfo Meisel Roca	La continentalización de la Isla de San Andrés, Colombia: Panyas, raizales y turismo, 1953 – 2003	Agosto, 2003
38	Juan David Barón R.	¿Qué sucedió con las disparidades económicas regionales en Colombia entre 1980 y el 2000?	Septiembre, 2003
39	Gerson Javier Pérez V.	La tasa de cambio real regional y departamental en Colombia, 1980-2002	Septiembre, 2003
40	Joaquín Viloría de la Hoz	Ganadería bovina en las Llanuras del Caribe colombiano	Octubre, 2003
41	Jorge García García	¿Por qué la descentralización fiscal? Mecanismos para hacerla efectiva	Enero, 2004
42	María M. Aguilera Díaz	Aguachica: Centro Agroindustrial del Cesar	Enero, 2004
43	Joaquín Viloría de la Hoz	La economía ganadera en el departamento de Córdoba	Marzo, 2004
44	Jorge García García	El cultivo de algodón en Colombia entre 1953 y 1978: una evaluación de las políticas gubernamentales	Abril, 2004
45	Adolfo Meisel R. Margarita Vega A.	La estatura de los colombianos: un ensayo de antropometría histórica, 1910-2002	Mayo, 2004
46	Gerson Javier Pérez V.	Los ciclos ganaderos en Colombia, 1950-2001	Junio, 2004
47	Gerson Javier Pérez V. Peter Rowland	Políticas económicas regionales: cuatro estudios de caso	Agosto, 2004
48	María M. Aguilera Díaz	La Mojana: Riqueza natural y potencial económico	Octubre, 2004
49	Jaime Bonet	Descentralización fiscal y disparidades en el ingreso regional: experiencia colombiana	Noviembre, 2004
50	Adolfo Meisel Roca	La economía de Ciénaga después del banano	Noviembre, 2004
51	Joaquín Viloría de la Hoz	La economía del departamento de Córdoba: ganadería y minería como sectores clave	Diciembre, 2004
52	Juan David Barón Gerson Javier Pérez V Peter Rowland.	Consideraciones para una política económica regional en Colombia	Diciembre, 2004
53	José R. Gamarra V.	Eficiencia Técnica Relativa de la ganadería doble propósito en la Costa Caribe	Diciembre, 2004
54	Gerson Javier Pérez V.	Dimensión espacial de la pobreza en Colombia	Enero, 2005
55	José R. Gamarra V.	¿Se comportan igual las tasas de desempleo de las siete principales ciudades colombianas?	Febrero, 2005

56	Jaime Bonet	Inequidad espacial en la dotación educativa regional en Colombia	Febrero, 2005
57	Julio Romero P.	¿Cuánto cuesta vivir en las principales ciudades colombianas? Índice de Costo de Vida Comparativo	Junio, 2005
58	Gerson Javier Pérez V.	Bolívar: industrial, agropecuario y turístico	Julio, 2005
59	José R. Gamarra V.	La economía del Cesar después del algodón	Julio, 2005
60	Jaime Bonet	Desindustrialización y terciarización espuria en el departamento del Atlántico, 1990 - 2005	Julio, 2005
61	Joaquín Viloría De La Hoz	Sierra Nevada de Santa Marta: Economía de sus recursos naturales	Julio, 2005
62	Jaime Bonet	Cambio estructural regional en Colombia: una aproximación con matrices insumo-producto	Julio, 2005
63	María M. Aguilera Díaz	La economía del Departamento de Sucre: ganadería y sector público	Agosto, 2005
64	Gerson Javier Pérez V.	La infraestructura del transporte vial y la movilización de carga en Colombia	Octubre, 2005
65	Joaquín Viloría De La Hoz	Salud pública y situación hospitalaria en Cartagena	Noviembre, 2005
66	José R. Gamarra V.	Desfalcos y regiones: un análisis de los procesos de responsabilidad fiscal en Colombia	Noviembre, 2005
67	Julio Romero P.	Diferencias sociales y regionales en el ingreso laboral de las principales ciudades colombianas, 2001-2004	Enero, 2006
68	Jaime Bonet	La terciarización de las estructuras económicas regionales en Colombia	Enero, 2006
69	Joaquín Viloría de la Hoz	Educación superior en el Caribe Colombiano: análisis de cobertura y calidad.	Marzo, 2006
70	José R. Gamarra V.	Pobreza, corrupción y participación política: una revisión para el caso colombiano	Marzo, 2006
71	Gerson Javier Pérez V.	Población y ley de Zipf en Colombia y la Costa Caribe, 1912-1993	Abril, 2006
72	María M. Aguilera Díaz	El Canal del Dique y su sub región: una economía basada en su riqueza hídrica	Mayo, 2006
73	Adolfo Meisel R. Gerson Javier Pérez V.	Geografía física y poblamiento en la Costa Caribe colombiana	Junio, 2006
74	Julio Romero P.	Movilidad social, educación y empleo: los retos de la política económica en el departamento del Magdalena	Junio, 2006
75	Jaime Bonet Adolfo Meisel Roca	El legado colonial como determinante del ingreso per cápita departamental en Colombia, 1975-2000	Julio, 2006
76	Jaime Bonet Adolfo Meisel Roca	Polarización del ingreso per cápita departamental en Colombia	Julio, 2006
77	Jaime Bonet	Desequilibrios regionales en la política de descentralización en Colombia	Octubre, 2006
78	Gerson Javier Pérez V.	Dinámica demográfica y desarrollo regional en Colombia	Octubre, 2006
79	María M. Aguilera Díaz Camila Bernal Mattos Paola Quintero Puentes	Turismo y desarrollo en el Caribe colombiano	Noviembre, 2006
80	Joaquín Viloría de la Hoz	Ciudades portuarias del Caribe colombiano: propuestas para competir en una economía globalizada	Noviembre, 2006
81	Joaquín Viloría de la Hoz	Propuestas para transformar el capital humano en el Caribe colombiano	Noviembre, 2006
82	Jose R. Gamarra Vergara	Agenda anticorrupción en Colombia: reformas, logros y recomendaciones	Noviembre, 2006
83	Adolfo Meisel Roca Julio Romero P	Igualdad de oportunidades para todas las regiones	Enero, 2007
84	Centro de Estudios Económicos Regionales CEER	Bases para reducir las disparidades regionales en Colombia Documento para discusión	Enero, 2007

85	Jaime Bonet	Minería y desarrollo económico en El Cesar	Enero, 2007
86	Adolfo Meisel Roca	La Guajira y el mito de las regalías redentoras	Febrero, 2007
87	Joaquín Viloría de la Hoz	Economía del Departamento de Nariño: ruralidad y aislamiento geográfico	Marzo, 2007
88	Gerson Javier Pérez V.	El Caribe antioqueño: entre los retos de la geografía y el espíritu paisa	Abril, 2007
89	Jose R. Gamarra Vergara	Pobreza rural y transferencia de tecnología en la Costa Caribe	Abril, 2007
90	Jaime Bonet	¿Porqué es pobre el Chocó?	Abril, 2007
91	Gerson Javier Pérez V.	Historia, geografía y puerto como determinantes de la situación social de Buenaventura	Abril, 2007
92	Jaime Bonet	Regalías y finanzas públicas en el Departamento del Cesar	Agosto, 2007
93	Joaquín Viloría de la Hoz	Nutrición en el Caribe Colombiano y su relación con el capital humano	Agosto, 2007
94	Gerson Javier Pérez V. Irene Salazar Mejía	La pobreza en Cartagena: Un análisis por barrios	Agosto, 2007
95	Jose R. Gamarra Vergara	La economía del departamento del Cauca: concentración de tierras y pobreza	Octubre, 2007
96	Joaquín Viloría de la Hoz	Educación, nutrición y salud: retos para el Caribe colombiano	Noviembre, 2007
97	Jaime Bonet Jorge Alvis	Bases para un fondo de compensación regional en Colombia	Diciembre, 2007
98	Julio Romero P.	¿Discriminación o capital humano? Determinantes del ingreso laboral de los afrocartageneros	Diciembre, 2007
99	Julio Romero P.	Inflación, costo de vida y las diferencias en el nivel general de precios de las principales ciudades colombianas.	Diciembre, 2007
100	Adolfo Meisel Roca	¿Por qué se necesita una política económica regional en Colombia?	Diciembre, 2007
101	Jaime Bonet	Las finanzas públicas de Cartagena, 2000 – 2007	Junio, 2008
102	Irene Salazar Mejía	Lugar encantados de las aguas: aspectos económicos de la Ciénega Grande del Bajo Sinú	Junio, 2008
103	Joaquín Viloría de la Hoz	Economía extractiva y pobreza en la ciénega de Zapatosa	Junio, 2008
104	Eduardo A. Haddad Jaime Bonet Geofrey J.D. Hewings Fernando Perobelli	Efectos regionales de una mayor liberación comercial en Colombia: Una estimación con el Modelo CEER	Agosto, 2008
105	Joaquín Viloría de la Hoz	Banano y revaluación en el Departamento del Magdalena, 1997-2007	Septiembre, 2008
106	Adolfo Meisel Roca	Albert O. Hirschman y los desequilibrios económicos regionales: De la economía a la política, pasando por la antropología y la historia	Septiembre, 2008
107	Julio Romero P.	Transmisión regional de la política monetaria en Colombia	Octubre, 2008
108	Leonardo Bonilla Mejía	Diferencias regionales en la distribución del ingreso en Colombia	Diciembre, 2008
109	María Aguilera Díaz Adolfo Meisel Roca	¿La isla que se repite? Cartagena en el censo de población de 2005	Enero, 2009
110	Joaquín Viloría De la Hoz	Economía y conflicto en el Cono Sur del Departamento de Bolívar	Febrero, 2009
111	Leonardo Bonilla Mejía	Causas de las diferencias regionales en la distribución del ingreso en Colombia, un ejercicio de micro-descomposición	Marzo, 2009
112	María M. Aguilera Díaz	Ciénega de Ayapel: riqueza en biodiversidad y recursos hídricos	Junio, 2009

113	Joaquín Viloría De la Hoz	Geografía económica de la Orinoquia	Junio, 2009
114	Leonardo Bonilla Mejía	Revisión de la literatura económica reciente sobre las causas de la violencia homicida en Colombia	Julio, 2009
115	Juan D. Barón	El homicidio en los tiempos del Plan Colombia	Julio, 2009
116	Julio Romero P.	Geografía económica del Pacífico colombiano	Octubre, 2009
117	Joaquín Viloría De la Hoz	El ferroníquel de Cerro Matoso: aspectos económicos de Montelíbano y el Alto San Jorge	Octubre, 2009
118	Leonardo Bonilla Mejía	Demografía, juventud y homicidios en Colombia, 1979-2006	Octubre, 2009
119	Luis Armando Galvis A.	Geografía económica del Caribe Continental	Diciembre, 2009
120	Luis Armando Galvis A Adolfo Meisel Roca.	Persistencia de las desigualdades regionales en Colombia: Un análisis espacial	Enero, 2010
121	Irene Salazar Mejía	Geografía económica de la región Andina Oriental	Enero, 2010
122	Luis Armando Galvis A Adolfo Meisel Roca.	Fondo de Compensación Regional: Igualdad de oportunidades para la periferia colombiana	Enero, 2010
123	Juan D. Barón	Geografía económica de los Andes Occidentales de Colombia	Marzo, 2010
124	Julio Romero	Educación, calidad de vida y otras desventajas económicas de los indígenas en Colombia	Marzo, 2010
125	Laura Cepeda Emiliani	El Caribe chocoano: riqueza ecológica y pobreza de oportunidades	Mayo, 2010
126	Joaquín Viloría de la Hoz	Finanzas y gobierno de las corporaciones autónomas regionales del Caribe colombiano	Mayo, 2010
127	Luis Armando Galvis	Comportamiento de los salarios reales en Colombia: Un análisis de convergencia condicional, 1984-2009	Mayo, 2010
128	Juan D. Barón	La violencia de pareja en Colombia y sus regiones	Junio, 2010
129	Julio Romero	El éxito económico de los costeños en Bogotá: migración interna y capital humano	Agosto, 2010
130	Leonardo Bonilla Mejía	Movilidad inter-generacional en educación en las ciudades y regiones de Colombia	Agosto, 2010
131	Luis Armando Galvis	Diferenciales salariales por género y región en Colombia: Una aproximación con regresión por cuantiles	Septiembre, 2010
132	Juan David Barón	Primeras experiencias laborales de los profesionales colombianos: Probabilidad de empleo formal y salarios	Octubre, 2010
133	María Aguilera Díaz	Geografía económica del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	Diciembre, 2010
134	Andrea Otero	Superando la crisis: Las finanzas públicas de Barranquilla, 2000-2009	Diciembre, 2010
135	Laura Cepeda Emiliani	¿Por qué le va bien a la economía de Santander?	Diciembre, 2010
136	Leonardo Bonilla Mejía	El sector industrial de Barranquilla en el siglo XXI: ¿Cambian finalmente las tendencias?	Diciembre, 2010
137	Juan David Barón	La brecha de rendimiento académico de Barranquilla	Diciembre, 2010
138	Luis Armando Galvis	Geografía del déficit de vivienda urbano: Los casos de Barranquilla y Soledad	Febrero, 2011
139	Andrea Otero	Combatiendo la mortalidad en la niñez: ¿Son las reformas a los servicios básicos una buena estrategia?	Marzo, 2011
140	Andrés Sánchez Jabba	La economía del mototaxismo: el caso de Sincelejo	Marzo, 2011
141	Andrea Otero	El puerto de Barranquilla: retos y recomendaciones	Abril, 2011

142	Laura Cepeda Emiliani	Los sures de Barranquilla: La distribución espacial de la pobreza	Abril, 2011
143	Leonardo Bonilla Mejía	Doble jornada escolar y la calidad de la educación en Colombia	Abril, 2011
144	María Aguilera Díaz	Habitantes del agua: El complejo lagunar de la Ciénaga Grande de Santa Marta	Mayo, 2011
145	Andrés Sánchez Jabba	El gas de La Guajira y sus efectos económicos sobre el departamento	Mayo, 2011
146	Javier Yabrudy Vega	Raizales y continentales: un análisis del mercado laboral en la isla de San Andrés	Junio, 2011
147	Andrés Sánchez Jabba	Reformas fiscales verdes y la hipótesis del doble dividendo: un ejercicio aplicado a la economía colombiana	Junio, 2011
148	Joaquín Vilorio de la Hoz	La economía anfibia de la isla de Mompo	Julio, 2011
149	Juan David Barón	Sensibilidad de la oferta de migrantes internos a las condiciones del mercado laboral en las principales ciudades de Colombia	Julio, 2011
150	Andrés Sánchez Jabba	Después de la inundación	Agosto, 2011
151	Luis Armando Galvis Leonardo Bonilla Mejía	Desigualdades regionales en la dotación de docentes calificados en Colombia	Agosto, 2011
152	Juan David Barón Leonardo Bonilla Mejía	La calidad de los maestros en Colombia: Desempeño en el examen de Estado del ICFES y la probabilidad de graduarse en el área de educación	Agosto, 2011
153	Laura Cepeda Emiliani	La economía de Risaralda después del café: ¿Hacia dónde va?	Agosto, 2011
154	Leonardo Bonilla Mejía Luis Armando Galvis	Profesionalización docente y la calidad de la educación en Colombia	Septiembre, 2011
155	Adolfo Meisel Roca	El sueño de los radicales y las desigualdades regionales en Colombia: La educación de calidad para todos como política de desarrollo territorial	Septiembre, 2011
156	Andrés Sánchez Jabba	Etnia y rendimiento académico en Colombia	Octubre, 2011
157	Andrea Otero	Educación para la primera infancia: Situación en el Caribe Colombiano	Noviembre, 2011
158	María Aguilera Díaz	La yuca en el Caribe colombiano: De cultivo ancestral a agroindustrial	Enero, 2012
159	Andrés Sánchez Jabba	El bilingüismo en los bachilleres colombianos	Enero, 2012
160	Karina Acosta Ordoñez	La desnutrición en los primeros años de vida: Un análisis regional para Colombia	Enero, 2012
161	Javier Yabrudy Vega	Treinta años de finanzas públicas en San Andrés Islas: De la autosuficiencia a la dependencia fiscal.	Enero, 2012
162	Laura Cepeda Emiliani Juan David Barón	Segregación educativa y la brecha salarial por género entre los recién graduados universitarios en Colombia	Febrero, 2012
163	Andrea Otero	La infraestructura aeroportuaria del Caribe colombiano	Febrero, 2012
164	Luis Armando Galvis	Informalidad laboral en las áreas urbanas de Colombia	Febrero, 2012

165	Gerson Javier Pérez Valbuena	Primera versión de la Política de Seguridad Democrática: ¿Se cumplieron los objetivos?	Marzo, 2012
166	Karina Acosta Adolfo Meisel Roca	Diferencias étnicas en Colombia: Una mirada antropométrica	Abril, 2012
167	Laura Cepeda Emiliani	¿Fuga interregional de cerebros? El caso colombiano	Abril, 2012
168	Yuri C. Reina Aranza	El cultivo de ñame en el Caribe colombiano	Junio, 2012
169	Andrés Sánchez Jabba Ana María Díaz Alejandro Peláez et al.	Evolución geográfica del homicidio en Colombia	Junio, 2012
170	Karina Acosta	La obesidad y su concentración según nivel socioeconómico en Colombia	Julio, 2012
171	Javier Yabrudy Vega	El aguacate en Colombia: Estudio de caso de los Montes de María, en el Caribe colombiano.	Agosto, 2012
172	Andrea Otero	Cali a comienzos del Siglo XXI: ¿Crisis o recuperación?	Agosto, 2012
173	Luis Armando Galvis Bladimir Carrillo	Un índice de precios espacial para la vivienda urbana en Colombia: Una aplicación con métodos de emparejamiento.	Septiembre, 2012
174	Andrés Sánchez Jabba	La reinención de Medellín.	Octubre, 2012
175	Karelys Katina Guzmán	Los subsidios de oferta y el régimen subsidiado de salud en Colombia.	Noviembre, 2012
176	Andrés Sánchez Jabba	Manejo ambiental en Seaflower, Reserva de Biosfera en el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina.	Noviembre, 2012
177	Luis Armando Galvis Adolfo Meisel	Convergencia y trampas espaciales de pobreza en Colombia: Evidencia reciente.	Diciembre, 2012
178	Karina Acosta	Cartagena, entre el progreso industrial y el rezago social.	Diciembre, 2012
179	Gerson Javier Pérez V.	La Política de Seguridad Democrática 2002-2006: efectos socioeconómicos en las áreas rurales.	Diciembre, 2012
180	María Aguilera Díaz	Bucaramanga: capital humano y crecimiento económico.	Enero, 2013
181	Andrés Sánchez Jabba	Violencia y narcotráfico en San Andrés	Febrero, 2013
182	Luis Armando Galvis	¿El triunfo de Bogotá?: desempeño reciente de la ciudad capital.	Febrero, 2013
183	Laura Cepeda y Adolfo Meisel	¿Habrán una segunda oportunidad sobre la tierra? Instituciones coloniales y disparidades económicas regionales en Colombia.	Marzo, 2013
184	Karelys Guzmán Finol	La industria de lácteos en Valledupar: primera en la región Caribe.	Marzo, 2013

185	Gerson Javier Pérez Valbuena	Barranquilla: avances recientes en sus indicadores socioeconómicos, y logros en la accesibilidad geográfica a la red pública hospitalaria.	Mayo, 2013
186	Luis Armando Galvis	Dinámica de crecimiento económico y demográfico regional en Colombia, 1985-2011	Mayo, 2013
187	Andrea Otero	Diferencias departamentales en las causas de mortalidad en Colombia	Mayo, 2013
188	Karelys Guzmán Finol	El río Cesar	Junio, 2013
189	Andrés Sánchez	La economía del bajo San Jorge	Julio, 2013
190	Andrea Otero	Río Ranchería: Entre la economía, la biodiversidad y la cultura	Julio, 2013
191	Andrés Sánchez Jabba	Bilingüismo en Colombia	Agosto, 2013
192	Gerson Javier Pérez Valbuena Adolfo Meisel Roca	Ley de Zipf y de Gibrat para Colombia y sus regiones:1835-2005	Octubre, 2013
193	Adolfo Meisel Roca Leonardo Bonilla Mejía Andrés Sánchez Jabba	Geografía económica de la Amazonia colombiana	Octubre, 2013
194	Karina Acosta	La economía de las aguas del río Sinú	Octubre, 2013
195	María Aguilera Díaz	Montes de María: Una subregión de economía campesina y empresarial	Diciembre, 2013
196	Luis Armando Galvis Adolfo Meisel Roca	Aspectos regionales de la movilidad social y la igualdad de oportunidades en Colombia	Enero, 2014
197	Andrés Sánchez Jabba	Crisis en la frontera	Enero, 2014
198	Jaime Bonet Joaquín Urrego	El Sistema General de Regalías: ¿mejoró, empeoró o quedó igual?	Enero, 2014
199	Karina Acosta Julio Romero	Estimación indirecta de la tasa de mortalidad infantil en Colombia, 1964-2008	Febrero, 2014
200	Yuri Carolina Reina A.	Acceso a los servicios de salud en las principales ciudades colombianas (2008-2012)	Marzo, 2014
201	Antonio José Orozco Gallo	Una aproximación regional a la eficiencia y productividad de los hospitales públicos colombianos	Marzo, 2014
202	Karelys Guzmán Finol	Radiografía de la oferta de servicios de salud en Colombia	Mayo, 2014
203	Jaime Bonet Karelys Guzmán Finol Joaquín Urrego Juan Miguel Villa	Efectos del nuevo Sistema General de Regalías sobre el desempeño fiscal municipal: un análisis dosis-respuesta	Junio, 2014
204	Jhorland Ayala García	La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso	Julio, 2014