

Tercera parte

LA DEMANDA DE ATENCIÓN EN SALUD

LA SALUD EN COLOMBIA: MÁS COBERTURA PERO MENOS ACCESO

Jhorland Ayala García

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). 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 *et al.*, 2000; Restrepo *et al.*, 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 que existe entre los conceptos cobertura y acceso, pues si bien el aumento de la cobertura fue el mecanismo con el cual la Ley 100 de 1993 pretendía facilitar el acceso a la salud en Colombia (Grupo de Economía de la Salud [GES], 2011), este no es el único factor que determina el uso de los servicios. Aun cuando una persona esté asegurada por el SGSSS, persisten ciertas barreras que pueden evitar que reciba atención médica efectiva en caso de necesitarlo. Algunas de estas barreras están relacionadas con la oferta (falta de centros de atención o mala calidad del servicio), y otras con la demanda (como la falta de dinero o 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 facilitar el acceso a los servicios médicos, para lo cual es necesario conocer cuáles son sus principales determinantes y qué herramientas de política pública se pueden utilizar para llegar a niveles de acceso cercanos al 100%. Asimismo, evaluar si aquellas deben estar focalizadas en algunas zonas en particular, en caso de que se identifiquen diferencias importantes entre regiones.

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 *et al.*, 1983).

De acuerdo con este modelo, el acceso realizado puede medirse con factores de uso 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 y Fone, 2002; Pérez, 2014), pero aquellas fallan al asumir que estar cerca al centro de atención es tener acceso, ignorando que existen barreras relacionadas con la demanda de salud, las cuales impiden que las personas utilicen los servicios médicos. Así, una buena medida de acceso debe considerar el uso de los servicios cuando las personas los necesitan, razón por la cual este capítulo considera el acceso realizado y no el potencial.

En Colombia se ha estudiado ampliamente el acceso a los servicios médicos y su relación con las 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, tales como la edad, el sexo, la raza, el estado civil, el nivel de escolaridad, el ingreso, el tamaño del hogar y la ubicación geográfica en el primer caso y la cobertura de aseguramiento y el régimen de afiliación en el segundo (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 en conjunto el uso de los servicios médicos controlando por su necesidad de atención y las características de la oferta (Vargas *et al.*, 2010), y los que lo hacen se han enfocado en tipos de atención en particular, 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. Se destaca que en la revisión de la literatura no se encontró ningún trabajo que utilizara los datos de la ENCV del año 2012 ni que haya analizado el acceso a la consulta general. Por lo anterior, el principal aporte de este capítulo es el estudio del acceso a la consulta médica general y sus determinantes, considerando aspectos de oferta y de demanda de la atención médica de forma conjunta, utilizando la información mencionada.

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 este aspecto, y iii) usando 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 capítulo está estructurado en cuatro secciones. La primera parte describe, en términos generales, la necesidad, la demanda y la oferta de prestadores de servicios de salud en Colombia y su distribución regional. La segunda presenta los resultados del cálculo del acceso a los servicios de salud y las principales estadísticas descriptivas que motivan la investigación, comparando la información del año 2012 con los datos de 1997. La tercera sección describe la metodología de la estimación y los resultados de los cálculos econométricos. La última expone las conclusiones y recomendaciones de política.

1. 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 algunos de sus aspectos, como la necesidad, la demanda y la oferta de prestadores de servicios de salud de la población colombiana. Básicamente 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 mediante la oferta (Aday y Andersen, 1974; Reina, 2017).

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, sin importar si consideran que dicho problema 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 quiénes presentaron un problema de salud que no requirió hospitalización o dicho de otra manera, quiénes 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 por lo que no demandaron el servicio. Por último, entre quienes demandaron el servicio hubo algunos que recibieron atención médica y otros que no. El acceso se estimó como el porcentaje de aquellos que recibieron 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, la primera se define como el porcentaje de colombianos que manifestó haber presentado un problema de salud que no requería hospitalización durante los treinta días previos a la aplicación de la encuesta. Por su parte, la demanda es el porcentaje de personas que acudió a un centro médico para

que atendieran 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 cinco 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 treinta días anteriores a la aplicación de la encuesta en 2012 fue de 10,3% (Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE], 2012). Además, se encontró que existen diferencias regionales significativas en relación con las necesidades de uso 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%, 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 (Cuadro 1).

CUADRO 1. NECESIDADES DE SERVICIOS DE SALUD DIFERENTES A HOSPITALIZACIONES, 2012

REGIONES ^{a/}	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, D. C.	10,3	2,9 ***
Orinoquia y Amazonia	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 ***

^{a/} Pacífica: Cauca, Nariño y Chocó; Oriental: Boyacá, Cundinamarca, Meta, Norte de Santander y Santander; Orinoquia y Amazonia: Arauca, Casanare, Putumayo y Amazonas; Central: Caldas, Caquetá, Huila, Quindío, Risaralda y Tolima; Caribe: Atlántico, Bolívar, Cesar, Córdoba, La Guajira, Magdalena y Sucre.

*** $p < 0,01$, ** $p < 0,05$ y * $p < 0,1$.

Fuente: DANE (ENCV, 2012); cálculos del autor.

El paso siguiente consiste en evaluar la demanda de salud. De acuerdo con 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 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 recurrió al servicio en 2012.

CUADRO 2. DEMANDA POR SERVICIOS DE SALUD DIFERENTES A HOSPITALIZACIONES, 2012

REGIONES ^{a/}	PORCENTAJE DE DEMANDA
Valle del Cauca	85,4
Antioquia	83,9
Bogotá D. C.	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
Orinoquia y Amazonia	70,7
Nacional	76,9

^{a/} Pacífica: Cauca, Nariño y Chocó; Oriental: Boyacá, Cundinamarca, Meta, Norte de Santander y Santander; Orinoquia y Amazonia: Arauca, Casanare, Putumayo y Amazonas; Central: Caldas, Caquetá, Huila, Quindío, Risaralda y Tolima; Caribe: Atlántico, Bolívar, Cesar, Córdoba, La Guajira, Magdalena y Sucre.

Fuente: DANE (ENCV, 2012); cálculos del autor.

Pero esta demanda no es homogénea en el territorio nacional. Como se observa en la Cuadro 2, la mayor demanda por servicios de salud se presentó en el Valle del Cauca (85,4%), mientras que la menor se encontró en la región de la Orinoquia y Amazonia (70,7%). En los territorios las diferencias son notables entre Bogotá (83,3%) y Central (70,9%).

¿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 autorrecetaron (64,2%), mientras que el 22% acudió a un boticario, farmacéuta, 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 emprender políticas que busquen mejorar este aspecto (Gold, 1998).

Por otro lado, y siguiendo con la caracterización de la demanda por servicios médicos, los datos del ENCV del 2012 permiten estimar el porcentaje de colombianos que manifestaron consultar servicios médicos por prevención. Como resultado, se observa que solo el 76,6% 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
Usó remedios caseros	34,9
Se autorrecetó	29,3
Acudió a un boticario, farmacéuta, droguista	21,8
No hizo 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: DANE (ENCV, 2012); cálculos del autor.

CUADRO 4. DEMANDA POR SERVICIOS DE SALUD: PREVENCIÓN, HOSPITALIZACIÓN Y MEDICAMENTOS, 2012 (porcentaje)

REGIÓN ^{a)}	PREVENCIÓN	HOSPITALIZACIÓN	MEDICAMENTOS
Bogotá	80,5	8,2	81,7
Orinoquia y Amazonia	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

^{a)} Pacífica: Cauca, Nariño y Chocó; Oriental: Boyacá, Cundinamarca, Meta, Norte de Santander y Santander; Orinoquia: Arauca, Casanare, Putumayo y Amazonas; Central: Caldas, Caquetá, Huila, Quindío, Risaralda y Tolima; Caribe: Atlántico, Bolívar, Cesar, Córdoba, La Guajira, Magdalena y Sucre.

Fuente: DANE (ENCV, 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 Orinoquia-Amazonia presentaron la mayor demanda (8,8%) y Valle del Cauca y Sapsca la menor (6,6%).

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

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 Sapsco, la disponibilidad de prestadores de servicio no fue ni la tercera parte (relativo a Sapsco), y la región Pacífica, también con más de tres veces la necesidad que Sapsco, contó con el 57% de los prestadores por habitante. 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 en dotación humana, en especial para las actividades de promoción y prevención de enfermedades, y en la disponibilidad de recursos diagnósticos para la red pública y la atención de urgencias en el país, el cual se ha mantenido desde la década anterior

(Sarmiento, *et al.*, 2005; Guzmán, 2017). 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.

CUADRO 5. OFERTA DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA, 2012

REGIONES ^{a/}	PRESTADORES POR CADA 100.000 HABITANTES	RELATIVO A SAPSC
Bogotá D. C.	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***
Orinoquia	71	0,57***
Pacífica (sin Valle del Cauca)	71	0,57***
Caribe	38	0,30***
Nacional	81	0,65***

^{a/} Pacífica: Cauca, Nariño y Chocó; Oriental: Boyacá, Cundinamarca, Meta, Norte de Santander y Santander; Orinoquia: Arauca, Casanare, Putumayo y Amazonas; Central: Caldas, Caquetá, Huila, Quindío, Risaralda y Tolima; Caribe: Atlántico, Bolívar, Cesar, Córdoba, La Guajira, Magdalena y Sucre.

*** $p < 0,01$, ** $p < 0,05$ y * $p < 0,1$.

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

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (REPS, 2012); cálculos del autor.

2. ACCESO A LOS SERVICIOS DE LA SALUD EN COLOMBIA

2.1 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 y 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 particularidades de las personas en un área geográfica definida (Andersen *et al.*, 1983).

En el ámbito internacional se han hecho estudios que miden el acceso al analizar los tiempos de viaje entre la vivienda de las personas y los centros de atención (Christie y 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 y U. S. Department of Justice, 2010) y con indicadores de utilización de los servicios (Cohen y Bloom, 2010; Driscoll y Bernstein, 2012; Brabyn y 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 este capítulo.

Por otra parte, para Colombia hay quienes 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 se impulsó la cobertura de aseguramiento como el principal mecanismo por el cual se pretendía resolver el problema del acceso a la salud en Colombia (GES, 2011), y efectivamente se logró aumentar la cobertura (Ramírez *et al.*, 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 médicos.

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 *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 zonas con mayor disponibilidad del servicio (Guarnizo y Agudelo, 2008; Vargas, Vásquez y 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, 2014). Además, aún no existen estudios que evalúen los determinantes del acceso con la información de la ENCV de 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 y la cobertura de aseguramiento) e individuales (como las características socioeconómicas y el conocimiento acerca del SGSSS por parte de los colombianos).

3. 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 Antioquia tuvo el mayor acceso aun cuando fue una de las regiones con menor necesidad relativa de servicios médicos, superada únicamente por Sapsco.

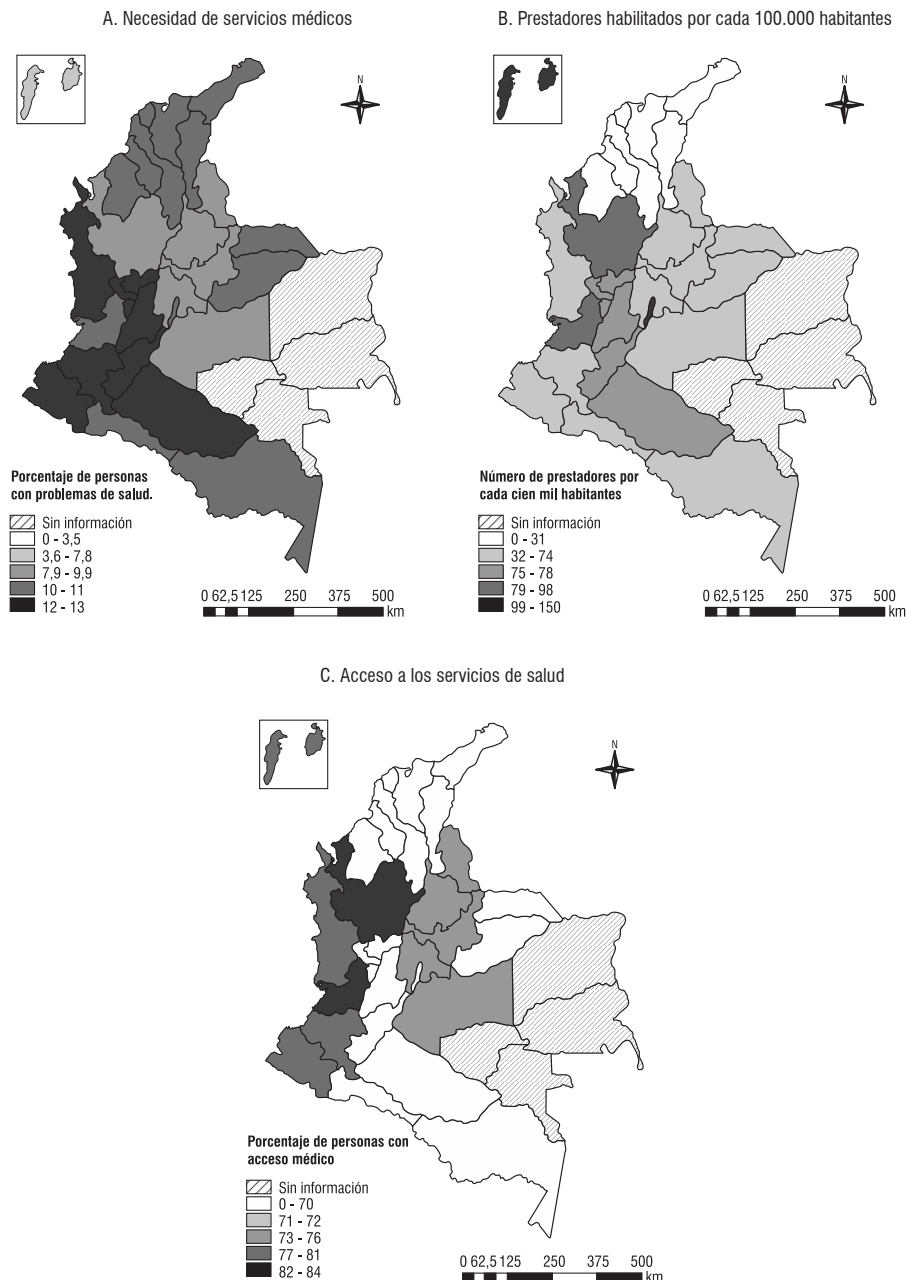
El Mapa 1 muestra la distribución de la necesidad de atención médica (Panel A), la oferta de prestadores habilitados (Panel B) y el acceso a los servicios médicos (Panel C), según regiones en Colombia para 2012. Se observa que mientras la región Pacífica (sin Valle del Cauca) presentó la mayor necesidad de servicios de salud, fue una de las que menos prestadores por habitante poseía. Una situación similar se registró en el Caribe, mientras que SAPSC fue uno de los territorios con mayor cantidad de prestadores por habitante, este departamento 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 2012, sino que junto a las regiones Central y Amazonia-Orinoquia fue la que menor acceso a la atención médica presentó.

Lo anterior refleja las diferencias regionales en Colombia que existen en toda la cadena del acceso, 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, 2017). 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 de 2012. Esto con el fin de tener dos conjuntos de información comparables en un intervalo de quince 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 con el 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



Fuentes: DANE (ENCV, 2012) y Ministerio de Salud y Protección Social (REPS, 2012); cálculos del autor.

En el mismo sentido, nótese que existen diferencias regionales en el acceso registrado en 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 Orinoquia-Amazonia ocupa el último lugar con un 69%, 14,7 pp menos que el primero, 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, lo que refleja una pequeña reducción de las desigualdades entre la zona rural y urbana. Es importante destacar que en el departamento de Sapsco 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. ACCESO MÉDICO POR UBICACIÓN GEOGRÁFICA, 1997 Y 2012
(porcentaje)

VARIABLE	1997	2012	VARIACIÓN (PP)
Regiones ^{1/}			
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)
Orinoquia y Amazonia	82,7	69,0	(13,7)
Zonas			
Cabecera	83,0	77,5	(5,4)
Centros poblados e inspecciones de policía	75,5	67,9	(7,6)
Área rural dispersa	62,5	68,9	6,4
Nacional	79,1	75,5	(3,6)

Nota: los datos entre paréntesis son cifras negativas.

^{1/} Pacífica: Cauca, Nariño y Chocó; Oriental: Boyacá, Cundinamarca, Meta, Norte de Santander y Santander; Orinoquia: Arauca, Casanare, Putumayo y Amazonas; Central: Caldas, Caquetá, Huila, Quindío, Risaralda y Tolima; Caribe: Atlántico, Bolívar, Cesar, Córdoba, La Guajira, Magdalena y Sucre.

-: sin información.

Fuente: DANE (ENCV, 1997 y 2012); cálculos del autor.

Lo anterior estuvo acompañado de una reducción en las desigualdades regionales, pues mientras que 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 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 (Orinoquia y Amazonia) siguen siendo altos. Estas disparidades pueden estar

asociadas con la desigual distribución de la oferta hospitalaria, pues Valle del Cauca, Antioquia, Bogotá y Sapsoc 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 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, 1997 Y 2012
(porcentaje)

VARIABLE	ACCESO		VARIACIÓN (PP)
	1997	2012	
Cobertura			
No	70,2	50,4	(19,8)
Sí	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	

Nota: los datos entre paréntesis son cifras negativas.

Fuente: DANE (ENCV, 1997 y 2012); cálculos del autor.

En cuanto a las características individuales, en el Cuadro 8 se aprecia que el acceso disminuyó tanto para las mujeres como para los hombres, aunque en menor medida para estos últimos, 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, 1997 Y 2012
(porcentaje)

CARACTERÍSTICAS	1997	2012	VARIACIÓN
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 1 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			
Solo al médico	-	80,5	-
Solo al odontólogo	-	71,1	-
Al médico y al odontólogo	89,0	81,8	-
A ninguno	67,9	62,9	(4,9)

Nota: los datos entre paréntesis son cifras negativas.

-: sin información.

Fuente: DANE (ENCV, 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).

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 los Estados Unidos para 2008 (Cohen y 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.

CUADRO 9. RAZONES POR LAS CUALES NO TUVIERON ACCESO LOS COLOMBIANOS, 1997 Y 2012
(porcentaje)

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: DANE (ENCV, 1997 y 2012); cálculos del autor.

En términos generales, se pueden establecer dos tipos de barreras: de oferta y de demanda (Velandia, *et al.*, 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 con 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 señala que “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 observa que las barreras de la demanda representaron el 76,5% en 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 de la oferta han aumentado su importancia. Sin embargo, es importante 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. En este escenario, si se excluye “el caso era leve” como barrera al acceso, lo que se observaría no sería una reducción, por el contrario, se encuentra un aumento en el acceso, al pasar de 84,6% en 1997 a 86,4% en 2012. No obstante, no existe información suficiente para excluir esta barrera al acceso, pues la verdadera necesidad de atención es desconocida.

3.2 DETERMINANTES DEL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA

3.2.1 METODOLOGÍA

3.2.1.1 DEFINICIÓN DE LAS PRINCIPALES VARIABLES

A partir de los datos de la ENCV de 2012 se estimó una medida del acceso que toma dos valores: es igual a 1 si la persona encuestada presentó un problema de salud que no requiriera hospitalización y recibió atención médica para ello, y 0 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 el logaritmo del número de prestadores habilitados por cada 100.000 habitantes por departamento, de acuerdo con datos del REPS a 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 y Fone, 2002; Pérez, 2014), pero en la ENCV de 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.

3.2.1.2 EL MODELO

Para estimar los factores que afectan la probabilidad de que un colombiano acceda a los servicios médicos al momento de necesitarlos se empleó un modelo *probit*. Defínase como una variable dicótoma que toma el valor de 1 si el individuo 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 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 i ; 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 aleatorio con $\sim N(0, \sigma^2)$. Con estos parámetros, el paso a seguir consiste en encontrar la probabilidad de tener acceso al servicio médico, $Pr(Y_i = 1 | X_i, Z_d)$, 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 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 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 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 la oferta como 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.

3.2.1.3 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 significativas¹.

El modelo *probit* estimado muestra que, manteniendo todas las demás variables en el promedio, quienes pertenecen al estrato alto tienen 12,9% más de probabilidad de recibir atención médica en caso de necesitarla que aquellos del estrato bajo, y los del estrato medio 0,7% más. La edad resultó ser estadísticamente significativa, pero con un efecto marginal cercano a 0. Las mujeres tienen 2,2% 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

¹ 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%.

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% menos probabilidad de tener acceso a los servicios médicos, quizá porque dichos grupos recurren más a métodos tradicionales de cuidados de salud y desconfían más de la medicina moderna. Los que consultan por prevención al médico tienen 13,2% más probabilidad que quienes no consultan por prevención, mientras que los que consultan solo al odontólogo regularmente tienen 3,7% más probabilidad. Las personas que habitan en área rural dispersa tienen 3,8% 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 Sgss, que está directamente asociado con la utilización de los servicios (Pérez, 2014), 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 Sgss 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%². 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% menos probabilidad de acceder a los servicios médicos que los afiliados al régimen subsidiado, después de controlar por las demás características, y 22% menos

² 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.

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% y 9,7%, respectivamente.

CUADRO 10. ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA Y SUS DETERMINANTES, 2012

VARIABLE DEPENDIENTE: ACCESO A SERVICIOS MÉDICOS		EFFECTOS MARGINALES	ERROR ESTÁNDAR	[I. C. 95%]	
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 ^{a/}	Caribe	(0,136)	0,001***	(0,135)	0,240
	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)
	Orinoquia y Amazonia	(0,161)	0,002***	(0,165)	(0,157)
Observaciones	4'642.921				
Wald chi2(12)	298.370				
Prob > chi2	0				
Pseudo R2	0,062				
Predicción	0,771				

Nota: los datos entre paréntesis son cifras negativas.

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

^{a/} 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.

*** p < 0,01, ** p < 0,05, * p < 0,1. Errores estándar robustos estimados.

Fuente: DANE (ENCV, 2012 y cuentas departamentales) y Ministerio de Salud y Protección Social (REPS, 2012); cálculos del autor.

Queda en evidencia que existen diferencias regionales altas y significativas en materia de acceso a los servicios médicos. Al comparar con el departamento de Antioquia, se encontró que, a excepción del Valle del Cauca que tiene 1 pp más, 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, Bogotá en 2,2 pp, Sapsco en 8 pp y Orinoquia-Amazonia en 16,1 pp 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 son las que presentan el mayor acceso. Existe evidencia que permite inferir que las diferencias en el acceso no son solo interregionales, sino que también se observan en el nivel intrarregional, ya que en 2012 las principales ciudades capitales presentaron valores de acceso superiores al 90% (Reina, 2017), 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.

4. 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 capítulo muestra cuáles son los determinantes del acceso a los servicios médicos de acuerdo con la información más reciente del DANE (ENCV, 2012), 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 Orinoquia-Amazonia 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, además 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 para el año 2012 la región

Orinoquia-Amazonia 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, lo que indica 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 observa que existen altas desigualdades regionales: a excepción del Valle del Cauca, todas las regiones presentaron un menor acceso que el departamento 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 de una mayor inversión que esté focalizada en incrementar 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. Esto acercará a las personas al sistema y les permitirán estar mejor informadas 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.; Durán, L.; Eslava, J.; Campuzano, J. (2005). “Determinants of Vaccination after the Colombian Health System Reform”. *Revista de Saúde Pública*, vol. 33 núm. 9, pp. 421-429.
- Aday, L. A.; Andersen, R. (1974). “A Framework for the Study of Access to Medical Care”, *Health Services Research*, pp. 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*, vol. 5, núm. 1, pp. 233-281.
- Andersen, R.; Aday, L.; McCutcheon, A.; Chiu, G.; Bell, R. (1983). “Exploring Dimensions of Access to Medical Care”, *Health Services Research*, vol. 18 núm. 1, pp. 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*, vol. 2 núm. 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*, vol. 29.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) (2012). *Encuesta Nacional de Calidad de Vida*, Bogotá.
- Driscoll, A.; Bernstein, A. (2012). “Health and Access to Care Among Employed and Unemployed Adults: United States, 2009–2010”, *NCHS Data Brief*, vol. 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*, pp. 95-120.
- Grupo de Economía de la Salud (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*, vol. 10 núm. 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*, pp. 625-652.

- Guarnizo, C.; Agudelo, C. (2008). “Equidad de Género en el Acceso a los Servicios de Salud en Colombia”, *Revista de salud pública*, vol. 10 núm. 1, pp. 44-57.
- Guzmán, K. (2017). “Radiografía de la oferta de servicios de salud en Colombia”. en J. Bonet, K. Guzmán y L. Hahn de Castro (eds.). *La salud en Colombia: una perspectiva regional* [esta obra], pp. 127-176, Bogotá: Banco de la República.
- 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 Salud*, vol. 10 núm. 20, pp. 97-109.
- Mejía, A.; Sánchez, A.; Tamayo, J. (2007). “Equidad en el Acceso a Servicios de Salud en Antioquia, Colombia”, *Revista de Salud Pública*, vol. 9 núm. 1, pp. 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*, pp. 293-305.
- Pérez, G. (2014). “Accesibilidad geográfica y equidad en la prestación del servicio de salud: un estudio de caso para Barranquilla”, *Economía de las grandes ciudades en Colombia: seis estudios de caso*, Luis Armando Galvis, editor; Bogotá, 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*, núm. 72, Universidad del Rosario.
- Reina, Y. (2017). “Acceso a los servicios de salud en las principales ciudades colombianas (2008-2012)”, en J. Bonet, K. Guzmán y L. Hahn de Castro (eds.). *La salud en Colombia: una perspectiva regional* [esta obra], pp. 285-318, Bogotá: Banco de la República.
- Restrepo, J. (2002). “El seguro de salud en Colombia: ¿cobertura universal?” *Revista Gerencia y Políticas de Salud* núm. 2, pp. 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*, núm. 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*, vol. 298, DNP.

- 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*.
- Vargas, I.; Vázquez, M. L.; Mogollón, A. (2010). “Acceso a la atención en salud en Colombia”, *Revista de Salud Pública*, vol. 12 núm. 5, pp. 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*, vol. 27 núm. 2, pp. 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*, vol. 32 núm. 1, pp. 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*, vol. 24 núm. 1, pp. 122-130.

ANEXOS

ANEXO 1

CUADRO A1.1 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES DEL MODELO ECONÓMTRICO

VARIABLES	DESCRIPCIÓN
Estrato alto	= 1 si la persona encuestada pertenece al estrato 5 o 6, y 0 en caso contrario
Estrato medio	= 1 si la persona encuestada pertenece al estrato medio bajo, medio o medio alto, y 0 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 0 en caso contrario
Etnia	= 1 si la persona encuestada pertenece a un grupo étnico, y 0 en caso contrario
Prevención (médico)	= 1 si la persona encuestada visita al médico sin estar enferma, y 0 en caso contrario
Prevención (odontólogo)	= 1 si la persona encuestada visita al odontólogo sin estar enfermo, y 0 en caso contrario
Rural	= 1 si la persona encuestada vive en zona rural dispersa, y 0 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 0 en caso contrario
Especial	= 1 si la persona encuestada está afiliada al régimen especial, y 0 en caso contrario
No afiliado	= 1 si la persona encuestada no está afiliada al SGSSS, y 0 en caso contrario

Fuente: elaboración del autor.

ANEXO 2

CUADRO A2.1 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	[I. C. 95%]	
Socioeconómicas y conocimiento del sistema	Estrato alto	0,442	0,014	30,500	0,000	0,414	0,471
	Estrato medio	0,023	0,002	12,710	0,000	0,020	0,027
	Edad	0,000	0,000	(2,970)	0,003	0,000	0,000
	Edad al cuadrado	0,000	0,000	40,320	0,000	0,000	0,000
	Mujeres	0,075	0,001	56,370	0,000	0,072	0,077
	Etnia	(0,103)	0,002	(61,970)	0,000	(0,106)	(0,100)
	Prevención (médico)	0,452	0,001	311,530	0,000	0,449	0,455
	Prevención (odontólogo)	0,126	0,003	42,440	0,000	0,120	0,131
Rural	(0,129)	0,002	(68,130)	0,000	(0,133)	(0,125)	
Del Sgsss	Prestadores	0,057	0,001	60,830	0,000	0,056	0,059
	Contributivo	0,200	0,002	129,910	0,000	0,197	0,204
	Especial	0,332	0,004	75,550	0,000	0,323	0,341
	No afiliado	(0,549)	0,002	(237,140)	0,000	(0,554)	(0,545)
	Constante	(0,018)	0,005	(3,790)	0,000	(0,027)	(0,009)
Diferencias regionales	Caribe	(0,410)	0,002	(165,770)	0,000	(0,414)	(0,405)
	Oriental	(0,345)	0,003	(128,580)	0,000	(0,350)	(0,340)
	Central	(0,443)	0,003	(166,190)	0,000	(0,449)	(0,438)
	Pacífica (sin Valle del Cauca)	(0,294)	0,003	(98,980)	0,000	(0,300)	(0,288)
	Bogotá	(0,070)	0,003	(26,070)	0,000	(0,075)	(0,065)
	Valle del Cauca	0,032	0,003	10,760	0,000	0,026	0,038
	San Andrés, Providencia y Santa Catalina	(0,237)	0,033	(7,260)	0,000	(0,301)	(0,173)
	Orinoquia-Amazonia	(0,455)	0,005	(84,880)	0,000	(0,465)	(0,444)
Observaciones	298.370						
Wald chi2(12)	333.125						
Prob > chi2	0						
Pseudo R2	0,062						
Predicción	0,771						

*** p < 0,01, ** p < 0,05, * p < 0,1.

Fuentes: DANE (ENCV, 2012 y cuentas departamentales) y Ministerio de Salud y Protección Social (REPS, 2012); cálculos del autor.