

Análisis de los determinantes del acceso a la atención médica en Colombia del año 2019

Juliana Paez Sierra

Trabajo presentado como requisito para optar al título de Economista.

Tutor/a:

Angie Marcela Orjuela Ortíz



Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca

Facultad de Administración y Economía

Programa de Economía

Diplomado en Economía de la Salud

2022

Resumen

Colombia es uno de los países con mayor cobertura en los servicios de salud en Latinoamérica; no obstante, el acceso a la salud es uno de los retos que afronta el país. Precisamente, el presente trabajo analiza, a partir de las diferencias que existen entre cobertura y acceso, los determinantes de acceso a los servicios de atención en consulta médica general en Colombia mediante la información de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida y el apoyo de los datos del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud del año 2019. Con base en estos datos, se utilizan características tanto de la oferta como la demanda de salud, simultáneamente, en un modelo *probit*. Los resultados muestran que las características de la oferta explican de manera principal la probabilidad de acceder a servicios de salud, ante las características de la demanda. Lo anterior, quiere decir que es necesario incrementar los esfuerzos fiscales en eliminar barreras estructurales que limiten el acceso a la salud.

Palabras Clave: Acceso a la salud, cobertura, acceso, sistema de salud.

Abstract

Colombia is one of the countries with the highest coverage of health services in Latin America; however, access to health care is one of the challenges faced by the country. Precisely, this paper analyzes, based on the differences that exist between coverage and access, the determinants of access to care services in general medical consultation in Colombia using information from the National Quality of Life Survey and the support of data from the Special Registry of Health Service Providers for the year 2019. Based on these data, characteristics of both health supply and demand are used simultaneously in a probit model. The results show that supply-side characteristics mainly explain the probability of accessing health services in the face of demand-side characteristics. This means that it is necessary to increase fiscal efforts to eliminate structural barriers that limit access to health care.

Keywords: Access to health, coverage, access, health system.

Introducción

Los servicios de salud en Colombia se rigen por medio de la Ley 100 de 1993, cuyo objetivo es el de aumentar la cobertura de los ciudadanos, con el fin de facilitar el acceso a los servicios de salud. Con ella, se propuso un cambio en el esquema monopólico y desarticulado que estaba vigente antes de la implementación de dicha ley, ya que, antes de esta, el sistema de seguridad social dirigido al sector formal cubría alrededor del 22% de la población. En cuanto al sistema público, dirigido al resto de la población, apenas alcanzaba una cobertura del 40%. Además, cerca del 25% de los habitantes no tenía acceso a los servicios de salud y el 13% restante los obtenía mediante financiación propia (Vargas & Molina, 2009).

Actualmente, Colombia es uno de los países con mayor cobertura en salud en Latinoamérica. La cobertura en salud para los años 2019-2020 llegó al 95.2% de la población, lo que se traduce en un incremento de 788 mil personas con respecto al año anterior (Minsalud, 2020). Sin embargo, el acceso a la salud en Colombia es un desafío que afronta el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) ya que si bien, la cobertura en el país ha incrementado, este no es el único factor que determina el acceso a la salud. Como mencionó Ayala García (2014), inclusive si una persona está asegurada por el SGSSS, existen ciertas barreras que pueden dificultar y/o evitar que alguien reciba atención médica en caso de necesitarla, por lo que el mejoramiento del acceso a los servicios de salud es uno de los temas de interés dentro de las políticas en Colombia. Para ello, es importante establecer los determinantes del acceso, lo cual conlleva a poder evaluar políticas dirigidas a incrementarlo de manera efectiva.

En consideración a lo anterior, el objetivo que tiene este trabajo es el de analizar los determinantes del acceso a los servicios de atención en consulta médica general del año 2019, con la finalidad de hacer un aporte en el ámbito de investigación del acceso en Colombia, ya

que, en la bibliografía revisada no se ha encontrado trabajos que evalúen el acceso en atención médica general por medio de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV) de ese año.

El trabajo se divide en tres objetivos específicos. Inicialmente, se centra en demostrar cuales han sido los determinantes del acceso en la salud. En segundo lugar, se busca caracterizar las variables haciendo una diferenciación entre los determinantes según sean de oferta o demanda por medio de hechos estilizados; seguido, a través de un modelo *probit*, se analizan los determinantes del acceso en atención médica por medio la ENCV, de 2019.

Revisión de Literatura

La salud está estrechamente relacionada con el desarrollo económico de las naciones. Según Sachs (2001), se puede apreciar que las mejoras en materia de salud se traducen en mayores ingresos, mayor crecimiento económico y menor crecimiento de la población. Esto debido a que la salud y la educación son las “piedras angulares” del capital humano, el cual es la base de la productividad económica del individuo. Si, por el contrario, la sociedad presenta un estado de salud deplorable y una alta tasa de morbilidad, se tiende a sufrir numerosos impedimentos que ralentizan el progreso económico y que adicionalmente se traducirían en mayores costos sobre el sistema, exhibiéndose como una disminución en los ingresos anuales de la sociedad, en los individuales y en la recaída en la perspectiva del crecimiento. Así pues, la salud y todos sus componentes son uno de los temas principales en las políticas de los diferentes países.

Considerando la importancia de la salud y el buen desarrollo de la sociedad para asegurar un crecimiento económico sostenido en el tiempo, se puede afirmar que la atención médica es clave en la medida en que el Estado debe asegurar un sistema que sea asequible, accesible, equitativo y de buena calidad. Arrow (1963) expone que la atención médica presenta rasgos que difieren de las características del modelo neoclásico de competencia perfecta, por

lo cual sostiene que el mercado por sí solo no logra un estado de bienestar óptimo y, por tanto, la sociedad, al ver la brecha que se genera entre el bienestar normativo y el real, crea instituciones que se alejan del mercado, con el fin de cerrar dicha fisura. De lo anterior, argumenta que todas las características que hacen especial la atención médica nacen debido a la incertidumbre que predomina en los elementos que componen dicha industria. Por esto, es primordial la estipulación de instituciones y políticas efectivas que busquen cerrar la brecha que se genera en la sociedad en vista de las múltiples diferencias entre mercados y la creciente incertidumbre.

Como el fin del presente trabajo es el de identificar los determinantes del *acceso* a la atención médica, es de suma importancia definir el acceso que se va a implementar para la formulación del modelo. Andersen & Newman (1973) postularon el *acceso* como el medio (proceso) a través del cual el paciente ingresa al sistema de atención médica y continúa el proceso de tratamiento. Especifica los requisitos que deben cumplirse y las barreras que han de superarse antes de recibir atención médica. Sin embargo, Aday & Andersen (1974) afirmaron que, en realidad, el acceso no se define por la disponibilidad o no de recursos y servicios sino, por el contrario, si los servicios son realmente utilizados por las personas que los necesitan.

Aday & Andersen (1974) diferencian dos tipos de acceso: el acceso potencial y el acceso realizado. El primero está dado a través de las características del sistema de salud y de la población en el área definida (población en riesgo); mientras que, el segundo se determina por medio de los indicadores de uso y la satisfacción del consumidor. En última instancia, para la medición del acceso, se debe tener en cuenta si se estudia el sistema de entrega, que son los arreglos en la prestación de los servicios, o el individuo (población en riesgo).

Por su parte, Andersen & Newman (1973) presentan un marco de estudio con respecto a los determinantes en la utilización de servicios en salud, el cual incluye aquellos que son de la sociedad como aquellos que son individuales. Se parte de que los determinantes sociales

afectan el sistema de salud y, del mismo modo, se afectan los determinantes individuales. Los determinantes de la sociedad están dados por el cambio tecnológico y las normas que rigen la sociedad mientras que, dentro del sistema de salud, se enuncian dos componentes: recursos y organización. Los recursos del sistema son el trabajo y el capital dedicados a la atención de la salud. La organización hace referencia a la forma en que se disponen y distribuyen los recursos y, dentro de esta, se enuncia el acceso y la estructura.

Los determinantes individuales hacen referencia a aquellos rasgos que tienen las personas antes de utilizar los servicios de salud. Se clasifican en componentes predisponentes, habilitadores y según el nivel de enfermedad. Más adelante, estas características de la sociedad individual son llamadas “características de la población en riesgo”.

Con base en lo anterior, la política en salud es el punto de partida gracias a que es una de las claves para un desarrollo sostenible y que, adicionalmente, debe hacerles frente a las brechas que están en la sociedad debido a las discrepancias que muestra la industria de atención médica a comparación de los modelos neoclásicos convencionales, así mismo, uno de los objetivos de esta es el de “mejorar el acceso”.

Con el propósito de tener un panorama complementado, la descripción del sistema de salud en Colombia en un punto a tener en cuenta. El sistema de salud colombiano está compuesto por un sistema de seguridad social financiado tanto por recursos públicos como privados. El eje central es el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el cual proporciona dos tipos de regímenes principales: Régimen Contributivo (RC) y Régimen Subsidiado (RS).

EL SGSSS fue creado por medio de la ley 100 de 1993 con el fin de brindar y fortalecer el derecho a la atención en salud, cuya asistencia se efectúa bajo la coordinación y control del Estado con la colaboración de agentes públicos y privados. La afiliación al sistema se realiza por medio de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), ya sean públicas o privadas, las cuales

reciben las cotizaciones y, a través de las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), ofrecen el Plan Obligatorio de Salud (POS) o el POS-S para los afiliados al régimen subsidiado. (Guerrero, Gallego, Becerril-Montekio, & Vásquez, 2011).

El RC afilia a los trabajadores asalariados y pensionados y a los trabajadores independientes con ingresos iguales o superiores a un salario mínimo. El RS afilia a todas las personas sin capacidad de pago. El RC y RS están vinculados a través de un fondo de recursos, Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA). Adicionalmente, existe otro tipo de régimen, el Régimen Especial (RE), que afilia a los trabajadores de las Fuerzas Militares, la Policía Nacional, la Empresa Colombiana de Petróleos (ECOPETROL), el Magisterio y las universidades públicas¹. Por otro lado, el sector privado es utilizado mayormente por la clase alta y una sección de la población de ingresos medios que, por falta de cobertura o en busca de mejores condiciones del que ofrece el SGSSS, asiste a la consulta privada (Guerrero et al., 2011).

Determinantes del acceso en la salud

Rodríguez (2010), lleva a cabo una investigación con respecto a los determinantes del acceso a los servicios de salud en Colombia por medio de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida para el año 2008. En este sentido, Rodríguez toma la estructura de acceso proporcionada por Frenk, J. (1985) con el fin de hacer la caracterización de las barreras en el acceso, y utiliza la definición de acceso que expone Aday & Andersen (1974) y Andersen (1995), por lo cual Rodríguez diferencia las barreras y determinantes en tres procesos: presencia de enfermedad (necesidad del servicio en salud), la utilización del sistema (como el acceso realizado) y la calidad del servicio (como validación externa del sistema).

Antes de la exposición de los distintos modelos, Rodríguez (2010), hace una caracterización de las barreras tanto en el sentido de la oferta (a la entrada y al interior) como

¹ Aquellas universidades que se acogieron a la Ley 647 de 2001

de la demanda (predisposición, dotación, necesidad, disposición), con el objetivo de identificar dónde se encuentran las principales barreras para el acceso a servicios de salud y corregir estos limitantes para mejorar la accesibilidad al sistema. De este modo, se busca que las personas que necesitan los servicios realmente los utilicen. Dentro de los resultados generales de los modelos planteados se encontró que las principales barreras y determinantes están en el lado de la demanda para los tres casos, siendo la falta de dinero el principal determinante al momento de no acceder a los servicios de salud, tanto para la población afiliada como para la que no lo está.

Por su parte, Ayala García (2014) realiza una investigación con respecto al acceso a los servicios de salud en Colombia. Su principal objetivo 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 y 1997; esto con el fin de hacer una comparativa con respecto al acceso en los servicios antes y después de que se implementara la Ley 100 de 1993 en Colombia. El autor determina que evalúa el acceso realizado y no el potencial. De esta forma, Ayala da paso a los determinantes del acceso a los servicios de salud en Colombia por medio de un modelo *probit* con datos obtenidos de la ENCV y del REPS, ambos del año 2012. Las variables que tuvo en cuenta fueron el estrato, la edad, sexo, etnia, ubicación geográfica (rural o urbana), conocimiento sobre el sistema (determinado por si la persona asiste a los servicios sin estar enfermo, o “citas preventivas”), el tipo de cobertura de aseguramiento (contributivo, especial o no afiliado) y el número de prestadores habilitados².

Como resultado, Ayala García (2014) permite notar los fallos que se presentan con respecto al acceso en los servicios de salud. Lo primero a tener en cuenta es que la mayor cobertura en salud gracias a la ley 100 de 1993 en Colombia, pese a que tuvo un impacto positivo, no es eficiente ni mucho menos equitativo al momento de mirar si el servicio que es

² Número de prestadores de salud por cada 100.000 habitantes

necesitado realmente es utilizado por la persona que lo requiere. Teniendo en cuenta esto, según los resultados que arroja el modelo para el año 2012, las verdaderas barreras que se presentan al momento de entrar al sistema de salud están dadas por las limitaciones en términos de la demanda, sin dejar de lado las limitaciones con respecto a la oferta.

Del mismo modo, Lozano Salcedo & Barrera Angarita (2020) buscan determinar las barreras de acceso a los servicios de urgencias en el municipio de Villavicencio para el año 2019, porque, aun cuando se muestra un aseguramiento de 98.5% en el municipio, no se ha encontrado evidencia de la existencia de una relación directa entre las cifras de aseguramiento y acceso. Lozano Salcedo & Barrera Angarita (2020) plantean que el acceso no está condicionado únicamente por la necesidad en los servicios en salud, sino que está estrechamente relacionado con la capacidad de oferta de los sistemas de salud en todos los niveles de atención.

Por consiguiente, se plantea una metodología de tipo cuantitativa, descriptiva de corte transversal; implementando el modelo propuesto por Agudelo, Gómez, Montes y Pelayo (2013)³, realizando modificaciones relacionadas con aspectos sociodemográficos para caracterizar el acceso a los servicios de urgencias en el municipio de Villavicencio. Teniendo en cuenta variables como edad, sexo, procedencia, estrato, escolaridad, ingresos económicos, características de atenciones previas aseguramiento y tiempos de espera para la atención; se determinó que la principal barrera para el acceso es la prolongación en la espera para la atención y dificultades en los registros de afiliación.

Asimismo, el acceso ha sido igualmente estudiado en diferentes países; por su parte Olavarría Gambi (2005), expone un análisis con respecto al acceso a la atención en salud de las personas que exhiben menores ingresos en Chile y las implicaciones políticas que esto

³ En la investigación de Barreras de Acceso a los Servicios de Salud en el Régimen Subsidiado del Municipio de San Gil – Santander.

conlleve. La Constitución de la República de Chile manifiesta que la salud es un derecho básico el cual debe cubrir a toda la población. El sistema de salud chileno ha tenido múltiples críticas con respecto a la calidad y los tiempos de espera para ingresar al sistema. Es por esto que, Olavarría Gambi se centra en el análisis de si las personas de bajos recursos son más probablemente sanas o no, si cuando están enfermos acceden a atención médica y dental, si cuando reciben atención de salud la reciben oportunamente o no, y si disponen de cobertura de seguridad social.

Para la resolución de dichos objetivos, Olavarría Gambi (2005) se plantea un modelo *logit* multinomial, para estimar la probabilidad predicha de tener cobertura de salud para distintos estratos; también un modelo *probit* con el propósito de evaluar la probabilidad marginal de acceder a atención de salud, ser saludable y recibir atención para distintos estratos. Las variables que se tuvo en cuenta fueron: edad, sexo, ingreso, nivel de escolaridad, tipo de residencia (urbana o rural) y estado civil. La población objetivo, es aquella que se encuentra en un rango de edad entre 40-65 años y 8 años de escolaridad.

Los resultados del modelo *logit* de Olavarría Gambi (2005), revelan que pobres y casi pobres reciben atención de salud, principalmente, a través del sistema de atención de indigentes y no por medio del sistema FONASA (programa público de salud); debido a que suelen sufrir falta de acceso efectiva en salud provisional. El modelo *probit*, por su parte, indica que pobres y casi pobres son más probablemente sanos, pero presentan una menor probabilidad de acceder a los servicios de salud cuando la necesitan en eventos de enfermedad o accidente, así como cuando desean acceder a servicios de salud dental. Personas menores de 40 años, hombres y aquellas que se encuentran en zona rural son menos probables de acceder a los servicios de salud. Las mujeres exhiben una mayor recurrencia de eventos relacionados con el estado de salud y evidencian una mayor probabilidad de recibir atención médica cuando la necesitan. Por último, los niños pobres y casi pobres presentan una mayor posibilidad de sufrir desnutrición.

Do Prado Tostes, Rocha Covre, & Molena Fernandes (2016) caracterizan el acceso a la asistencia quirúrgica en Brasil. Según lo mencionado por los autores, se ha observado que el acceso y la cobertura de los servicios quirúrgicos esenciales no están ampliamente garantizados. De este modo, es relevante la caracterización del acceso a la asistencia quirúrgica, para identificar las principales barreras, limitantes y determinantes que se puedan presentar, con el fin de proporcionar estrategias de política efectivas que sean encaminadas al incremento del acceso y calidad del servicio, mejorando así el resultado final en la asistencia.

Para la resolución de los objetivos, los autores emplean una metodología de tipo cuantitativa por medio de la base de datos electrónica “Caja Negra de la Salud” a partir de marzo del 2014 a febrero de 2015. Las variables implementadas fueron falta de acceso, tiempo de espera para cirugía, tiempo de espera para consulta con especialista, tiempo de espera para realización de exámenes, cancelación de cirugía y especialidad quirúrgica; de lo cual se obtuvo que la mayor barrera para el acceso es la espera para la cirugía; según el resultado obtenido, los autores resaltan que se debe; principalmente, a que la demanda es mayor que la capacidad de suministro del sistema público, y que lo anterior, es debido a que tan solo el 7,2% del gasto público total es destinado a gasto público en salud, el cual es significativamente menor a el valor global de 14,3%.

Por otro lado, Rivera-Lozada, O., Bonilla-Asalde, & Rivera-Lozada, I. (2020) valoran las barreras de acceso a la atención de salud y la adherencia en pacientes con tuberculosis en una región de alta carga en el Perú para el año 2018. Los autores afirman que la tuberculosis es una enfermedad social, asociada a la pobreza y a la estigmatización, que afecta a la población menos favorecida, por lo cual es una de las enfermedades a las que el sistema de salud debe hacerle frente y, del mismo modo, garantizar el acceso y adherencia al sistema de forma efectiva. Además de esto, la Organización Mundial de la Salud asegura que el acceso y la cobertura significan que la población reciba los servicios sin discriminación, con oportunidad

y equidad. (OMS, 2008, citado en el documento de Rivera-Lozada, Bonilla-Asalde & Rivera-Lozada, 2020). Para esto se plantea un análisis mixto (cuantitativo y cualitativo), con el fin de poder tener un análisis y comprensión más riguroso y con mejores resultados.

Rivera-Lozada, Bonilla-Asalde, & Rivera-Lozada (2020) siguieron el modelo propuesto por Tanahashi (1978), el que considera cuatro etapas en el proceso de acceso: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, contacto y cobertura efectiva. Los resultados muestran que no hay adherencia al tratamiento en un 28,2 % de los casos de tuberculosis sensible y un 51 % en los casos MDR. Adicionalmente, las características sociodemográficas, con resultados estadísticamente significativos, son género, tipo de tuberculosis, estado civil, escolaridad, modalidad laboral, ingreso familiar y la adherencia al tratamiento.

De esta forma, las barreras de acceso evidenciadas, según el modelo Tanahashi (1978) (citado en el documento de Rivera-Lozada, Bonilla-Asalde & Rivera-Lozada, 2020), en el ámbito de la disponibilidad son la infraestructura, recursos humanos, horario de atención, suministro de información y la adherencia al tratamiento. Para el caso de accesibilidad, las principales barreras encontradas son el costo, distancia entre la residencia con el lugar de atención, el transporte al lugar de atención, los tiempos de espera, costos del traslado al centro de atención y la adherencia al tratamiento.

En la aceptabilidad están el temor o vergüenza de atenderse en un servicio de salud, desconfianza con los equipos de salud y la adherencia al tratamiento. En la dimensión contacto se encuentra la percepción de mala calidad de la atención, la falta de conciencia de la enfermedad, efectos secundarios de los medicamentos, el número y tamaño de las píldoras y la adherencia al tratamiento. Por último, el análisis cualitativo corrobora lo dicho anteriormente con relación a los resultados del modelo cuantitativo, ya que los pacientes afirman que hay deficiencias en la estructura, la calidad, la cantidad de oferentes y horarios excesivamente

prolongados con relación al tiempo de espera para la atención (Rivera-Lozada, Bonilla-Asalde & Rivera-Lozada, 2020).

Metodología

Para la resolución de los objetivos, este documento toma los datos de la ENCV 2019 como fuente primaria de datos, ya que en esta se puede encontrar información referente a la caracterización de las condiciones de vida de los colombianos. De esta manera, es posible encontrar datos con relación a educación, salud, cuidado de los niños, fuerza de trabajo, gastos e ingresos, que son necesarios al momento de definir la población en riesgo que se va a estudiar y que, por lo tanto, contienen las condiciones predisponentes (o determinantes individuales expuestos por Andersen & Newman, 1973) de los ciudadanos al momento de acceder a los servicios en salud.

Por medio de los datos obtenidos en la ENCV de 2019, el modelo propuesto por Ayala (2014) y la definición de acceso dada por Aday & Andersen (1974), se estimó el acceso a través de un modelo *probit*⁴, siendo esta una variable dicotómica. Esta estará en función de las características socioeconómicas de los encuestados como estrato, edad, sexo, etnia, ubicación geográfica y el conocimiento del sistema de salud, así como si la persona tiene cobertura de aseguramiento. Del mismo modo, se tendrá en cuenta el régimen de afiliación y número de prestadores habilitados por cada 100.000 habitantes por departamentos tomados como característica del sistema⁵, según los datos del REPS para el año 2019. En vista de que una buena medida de acceso debe considerar la utilización de los servicios cuando las personas los necesitan, este documento considera el acceso realizado y no el potencial.

⁴ Las regresiones o modelos probit, son implementadas en modelos de regresión que no son lineales, los cuales son diseñados para variables dependientes binarias (dicotómicas). Modeliza la probabilidad de $Y=1$ y los valores estimados se encuentran entre 0 y 1. Utiliza la función de probabilidad acumulada normal estándar.

⁵ La descripción de las variables se detalla en el Anexo A.

Desarrollo

Caracterización de las variables

Las variables estrato, edad, sexo, etnia y ubicación geográfica son definidas como claves para evaluar el acceso en servicios de salud, ya que se entienden como variables predisponentes de la población en riesgo; del mismo modo, se toma la comprensión del SGSSS como una característica que permite al paciente tener conocimiento previo al sistema de salud, dando paso a que la persona pueda tener una mayor confianza tanto con el sistema como con el personal médico. Por esta razón, un usuario que asiste al médico de manera preventiva tiene un mayor acercamiento al sistema y, por ende, se considera que tiene una mayor probabilidad de tener acceso. A causa de lo mencionado anteriormente, el conocimiento previo al sistema se considera a través de las preguntas P1699S1⁶ y P1699S2⁷ de la ENCV del año 2019.

Por último, según las características de SGSSS, se tuvieron en cuenta a las personas que están afiliadas al sistema (según el tipo de régimen, ya sea contributivo, subsidiado o especial) y aquellos quienes no están afiliados, al igual que el número de prestadores habilitados de salud por cada 100.000 habitantes como características del sistema de salud. De este modo se tienen en cuenta, no solo determinantes de la demanda, sino también de la oferta.

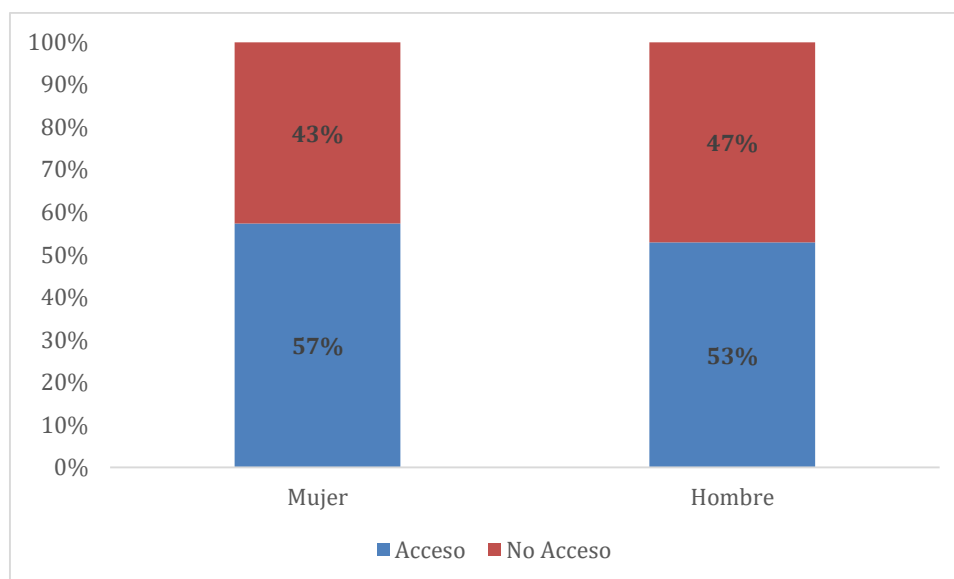
Inicialmente, se hace una determinación según las características socioeconómicas de la población encuestada. Teniendo en cuenta la ENCV para el año 2019, se perciben diferencias entre el acceso a los servicios de salud que no requirieran hospitalización según las características individuales de los encuestados. En la Figura 1 se observa que el porcentaje de acceso a los servicios de salud es mayor para las mujeres en 4pp, por lo cual se puede apreciar que, aunque el sexo puede ser una característica predisponente, en términos preliminares no es altamente determinante al momento de no acceder a la asistencia médica; no obstante, se puede

⁶ “Sin estar enfermo(a) y por prevención ¿... consulta por lo menos una vez al año? - Al médico?”

⁷ “Sin estar enfermo(a) y por prevención ¿... consulta por lo menos una vez al año? - Al odontólogo?”

intuir que las mujeres tienen mayor acceso a los servicios de salud que los hombres al momento de existir la necesidad por dichos servicios.

Figura 1. Acceso según sexo



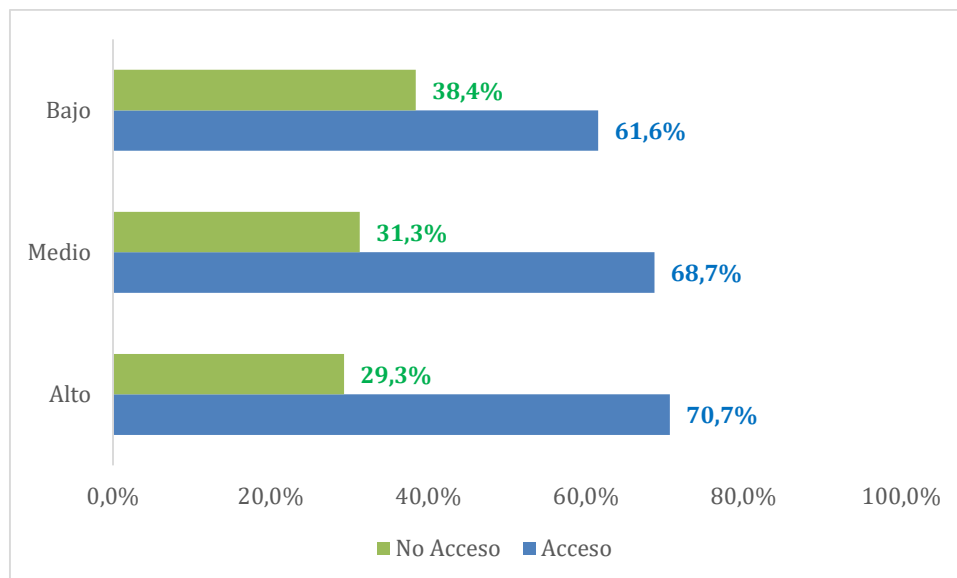
Nota. Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2019. Cálculos de la autora

Seguido de lo anterior, se puede apreciar que en la Figura 2 se muestran las personas que accedieron a los servicios en salud según la estratificación en vivienda, de lo que se concluye que aquellas personas que tienen una estratificación alta (5-6), son más propensas a lograr ingresar a dichos servicios seguido de aquellos que presentan un estrato medio (medio-bajo, medio, medio-alto); mientras que en el último grupo de personas están aquellas que presentan estratificación baja (bajo-bajo, bajo).

Se finiquita que el tipo de estrato o la clasificación, según los ingresos, puede no influir de manera demostrativa sobre el acceso al servicio de salud para personas de altos ingresos; debido a que entre la clasificación medio y alto hay poca diferencia en el porcentaje de personas que accedieron al servicio de salud (2pp); sin embargo, es significativo, según la estadística, para personas con menores ingresos como se puede apreciar en la Figura, ya que la población encuestada con un menor ingreso demuestra una mayor diferenciación en términos

porcentuales con respecto a los que poseen una clasificación en el ingreso alta o media (7pp-9pp).

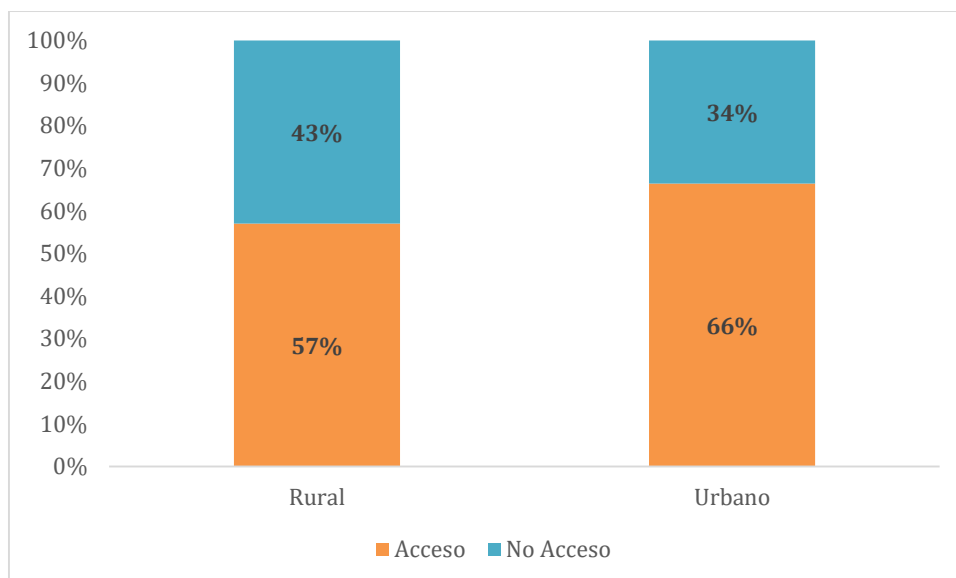
Figura 2. Acceso según estratificación de vivienda



Nota. Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2019. Cálculos de la autora

En el mismo sentido, se advierte una diferencia en el acceso dependiendo la ubicación en la cual se encuentre el paciente que presenta una necesidad en salud. En la Figura 3 se exhibe una diferenciación de 9pp entre aquellas personas que habitan en zona rural dispersa y los que habitan en zona urbana, por lo que se concluye que vivir en zonas rurales puede ser una clara desventaja y por ende presentar un menor acceso a los servicios de salud.

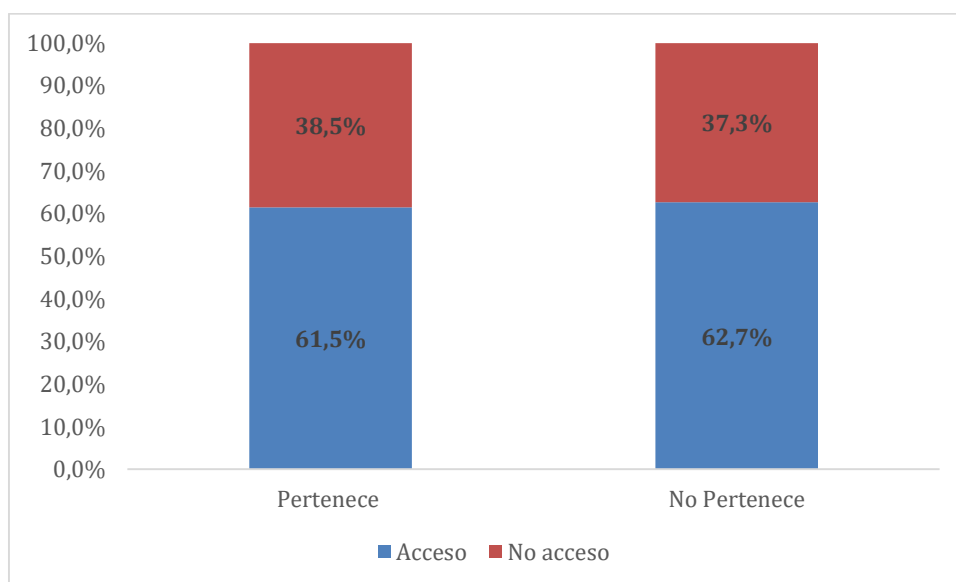
Figura 3. Acceso según ubicación geográfica



Nota. Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2019. Cálculos de la autora

Nótese que en la Figura 4 se observa que, aunque aquellas personas que no pertenecen a un grupo étnico tienen mayor acceso en términos porcentuales, la diferencia entre aquellos que sí pertenecen a una etnia no es alta en términos porcentuales (diferencia de 1,2pp).

Figura 4. Acceso según Etnia

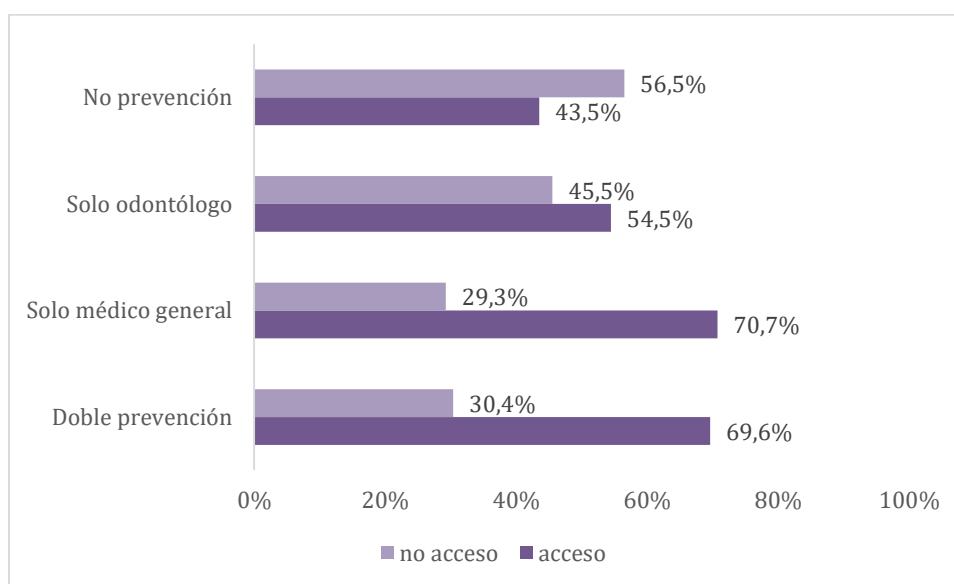


Nota. Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2019. Cálculos de la autora

Como se mencionó anteriormente, el que una persona consulte al médico de manera preventiva aumenta el acceso al sistema gracias a que, en primer lugar, tienen un conocimiento más amplio sobre el SGSSS que una persona que nunca ha solicitado una cita médica. En

segundo lugar, se espera que la consulta por prevención incremente la confianza que un paciente tiene sobre el personal médico, gracias al conocimiento que obtiene sobre el sistema al momento de solicitar dichos servicios. Según lo mencionado anteriormente, en la Figura 5 se muestra el acceso según el tipo de prevención del paciente.

Figura 5. Acceso según el tipo de prevención



Nota. Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2019. Cálculos de la autora

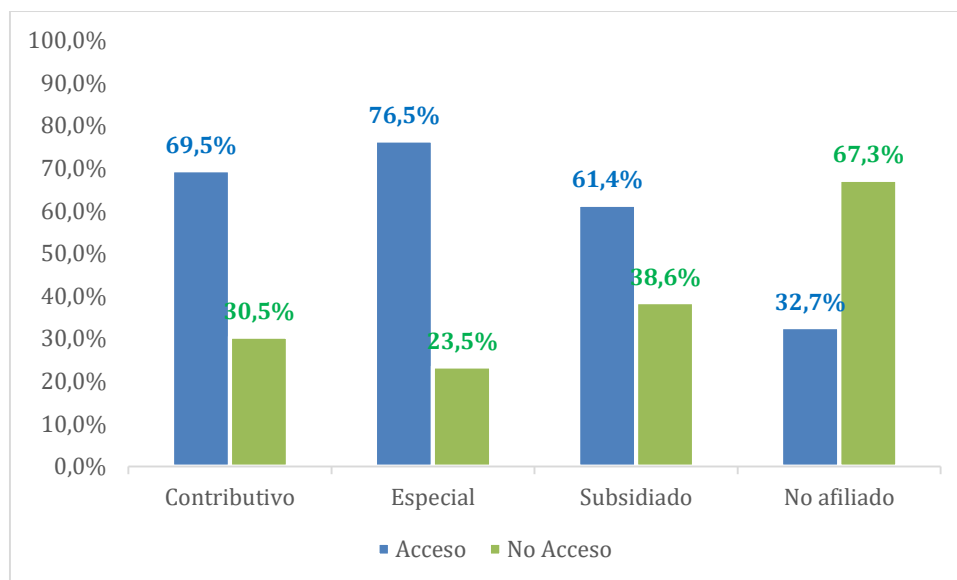
La Figura 5 muestra la estrecha relación que existe con respecto al visitar al médico de manera preventiva y el acceso a los servicios de salud. Se puede notar que, cerca del 70% de, tanto las personas que asistieron al médico general y al odontólogo sin estar enfermas, como aquellas que únicamente visitaron al médico general de manera preventiva accedieron a los servicios de salud cuando se presentó la necesidad por algún problema de salud que no requiriera hospitalización. De igual forma, el 54,5% de personas que visitaron únicamente al odontólogo de manera preventiva, accedieron al servicio de salud al tiempo de necesitarlo. Asimismo, se puede contrastar el 56,5% de las personas que no previeron ninguno de los servicios de salud no accedieron al sistema cuando se presentó la necesidad y solo el 43,5% de las personas lograron acceder.

De lo anterior se puede concluir que, de manera preliminar, la asistencia preventiva a ambos servicios médicos (médico general y odontología) incrementa el acceso de manera porcentual al sistema; de igual forma, el servicio predominante es la asistencia a médico general, sin dejar de lado la importancia de la prevención odontológica para el entendimiento del sistema. De esta forma, se corrobora que el conocimiento de SGSSS y la confianza sobre los médicos influye de manera activa en el nivel de acceso a servicios de salud.

Por último, las características del sistema de salud influyen en la forma en que las personas pueden o no acceder a dichos servicios, ya que esta puede facilitar o, por el contrario, impedir e inclusive ser una barrera para que la sociedad pueda utilizar el derecho a servicios de salud de manera satisfactoria; de esta forma, por las razones anteriormente mencionadas, es relevante demostrar cómo varía el acceso de las personas dependiendo el régimen de afiliación que presenten en Colombia.

Del mismo modo, se puede apreciar que según el tipo de cobertura que tengan las personas, son más propensas o no, a acceder al sistema de salud. Nótese que, la Figura 6 muestra que, el mayor porcentaje de personas que accedieron al sistema de salud, son aquellas que, no solo están cubiertas por el SGSSS, sino que, aquellas que están cubiertas por el régimen Especial tuvieron un mayor acceso (76,5% de las personas que presentaron un problema de salud, afiliadas a dicho régimen, obtuvieron acceso); mientras que, las que tuvieron el menor acceso, son aquellas que no están cubiertas por el sistema de salud, manifestando que el 67% no afiliadas al sistema no tuvo acceso, por lo cual no estar afiliado o cubierto por el SGSSS presenta una gran desventaja al momento de tener un problema de salud y requerir asistencia médica.

Figura 6. Acceso según cobertura en el sistema.



Nota. Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2019. Cálculos de la autora

Seguido del argumento anterior, se expone una desigualdad con respecto a las personas que están afiliadas al sistema de salud, en particular entre el régimen subsidiado y el régimen especial, ya que la diferencia de personas que accedieron a los servicios en salud es de 15,1pp; por lo que se puede concluir que el no estar afiliado a algún régimen contributivo disminuye la posibilidad de acceso e, igualmente, dentro de los tipos de cobertura, el subsidiado es el que puede llegar a presentar un menor acceso para las personas que pertenecen a dicho régimen.

Modelo

Para la implementación del modelo en el presente trabajo, se toma que el acceso está determinado en el porcentaje de personas que al momento de necesitar el servicio de salud en atención médica realmente lo utiliza, por lo cual se estima el acceso (Y_i) como variable dicotómica, que toma dos valores: es igual a uno si la persona (i) encuestada presentó un problema de salud que no requiriera hospitalización y recibió atención médica para ello, y cero en caso contrario. Con el fin de estimar los factores que intervienen en la probabilidad de que un colombiano acceda los servicios médicos cuando los necesita, se implementa un modelo *probit*. Ayala García (2014) propone formalmente:

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

Donde X_i representa el vector de características 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 error estocástico⁸. Las características del individuo tenidas en cuenta son la edad, sexo, etnia, estrato, ubicación geográfica y conocimiento del funcionamiento del SGSSS, mientras que las características del sistema (o estructurales) son la oferta de prestadores y la cobertura de aseguramiento. Las variables se describen en el Anexo A.

Resultados

Los resultados iniciales indican que, dentro de los determinantes del acceso para el caso de las características de la demanda, el pertenecer al estrato alto, pertenecer a una etnia, el sexo, y la consulta al odontólogo por prevención no influye significativamente para el año 2019 al momento de necesitar servicios en salud en medicina general. Así mismo, para este primer modelo, la variable “Número de Prestadores” arroja resultado contrario a la teoría, por lo cual se procede a implementar el logaritmo natural de la variable del número de prestadores; este primer resultado se muestra en el Anexo B. De este modo, se presenta una versión más estable del modelo al corregir las diferencias de escalas entre las variables.

La caracterización del modelo *probit* estimado se presenta en el Anexo C. Los resultados demuestran que, para el año 2019, los determinantes del acceso están dados tanto por características individuales, tales como, el estrato (medio, bajo), la etnia, ubicación geográfica, conocimiento del sistema (visitas al médico general por prevención), número de prestadores de salud y cobertura de aseguramiento (Cuadro 1).

⁸ Con $\sim N(0, \sigma^2)$

Nótese que, manteniendo todas las demás variables constantes⁹, aquellos que pertenecen al régimen especial tienen 24,51 pp más de probabilidad de recibir atención médica en caso de necesitarla, seguido de los pertenecientes al régimen contributivo, los cuales tienen 23,81 pp más de probabilidad; por último, aquellos quienes están afiliados al régimen subsidiado, presentan 19,16 pp más de probabilidad de recibir atención médica que aquellos que no están afiliados. La oferta de prestadores (logaritmo natural) resultó ser significativa y con el signo esperado, así como un efecto marginal grande; por lo que manteniendo las demás variables en el promedio, un aumento del 1% del número de prestadores por cada 100.000 habitantes, incrementa la probabilidad de tener acceso a servicios médicos en 47,01%.

Con relación a las características individuales de las personas, aquellos que visitan al médico de manera preventiva, incrementan la probabilidad de acceder al sistema en 21,11 pp. La edad resultó ser significativa, con un efecto marginal pequeño cercano a cero, pero con signo negativo, lo cual se puede observar debido a que, a medida que se incrementa la edad de una persona, la probabilidad de acceder al sistema de salud disminuye en 0,1 pp.

Las personas que habitan en una zona rural dispersa tienen 6,62 pp menos probabilidad de recibir atención médica cuando la necesiten que aquellos que viven en cabecera municipal o inspecciones de policía. Por último, aquellos que pertenecen al estrato bajo tienen 4,41 pp más de probabilidad de obtener acceso al sistema de salud al momento de requerir atención médica y los de estrato medio presentan 3,6 pp más; esto último se puede deber a que, los que están en estrato bajo pueden estar afiliados tanto al régimen subsidiado como al régimen contributivo o especial, además de que es la población que más necesitó asistencia médica en el periodo de estudio con respecto al total (87%), de esta forma, al ser la población que más requirió atención médica puede presentar una mayor probabilidad de acceso que aquellos que pertenecen al estrato medio o alto.

⁹ En el promedio

Cuadro 1. Determinantes del acceso en salud en Colombia, 2019¹⁰.

Variable dependiente: acceso a los servicios médicos, 2019		Efectos Marginales	Error Estándar
Características del SGSSS	Contributivo	0,231	0,016 ***
	Especial	0,245	0,018 ***
	Subsidiado	0,191	0,018 ***
	Número de Prestadores	0,470	0,099 ***
Características socioeconómicas y conocimiento del sistema	Prevención (medico)	0,211	0,008 ***
	Edad	-0,001	0,000 **
	Rural	-0,066	0,008 ***
	Estrato medio	0,036	0,018 .
	Estrato bajo	0,044	0,013 **

Nota. ***p<0,001, **p<0,01, * p<0,05, .<0,1. Datos tomados de Encuesta Nacional de Calidad de Vida (2019). Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), 2019. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas – DANE.

Estimación de la autora

Se puede evidenciar, teniendo en cuenta los resultados encontrados, que las variables de oferta (características del SGSSS) son más importantes cuando se pretende explicar la probabilidad de acceso a los servicios médicos que las características de demanda (características socioeconómicas y conocimiento del sistema).

Conclusiones.

En el presente documento se propuso definir cuáles son los determinantes de acceso a la salud en Colombia para el año 2019 teniendo en cuenta, tanto las características del sistema como las características individuales. De lo anterior se obtuvo que, aquellos determinantes que realmente influyeron en el acceso a los servicios de salud al momento de necesitarlos están dados por las características del sistema, siendo el mayor influyente, la oferta de prestadores (número de prestadores por cada 100.000 habitantes) que resultó ser significativa y con un efecto marginal considerable, lo cual podría significar que se requieren esfuerzos fiscales para

¹⁰ En el Anexo C se presenta los coeficientes de estimación del segundo modelo desarrollado.

reducir posibles desigualdades que se estén presentando en el país así como incrementar el acceso a dichos servicios.

De igual forma, estar afiliado al sistema incrementa la probabilidad de acceso de manera significativa, lo cual demuestra la importancia de la expansión de cobertura en el país para incrementar el acceso, en especial si se logra aumentar la población afiliada al régimen contributivo. Por último, no se deja de lado las características individuales de las personas, indicando que aquellos que tienen mayor conocimiento del SGSSS (visitas por prevención) tienen mayor probabilidad de acceder a los servicios médicos que aquellos que no. Asimismo, se resalta que las probabilidades con respecto al tipo de estrato fueron poco significativas y con efecto marginal pequeño, lo cual podría significar que las desigualdades de acceso por dicha característica se pueden estar erradicando en el país. No obstante, aquellos que viven en una zona rural tienen menor probabilidad de acceder a la atención médica que aquellos que habitan en zonas urbanas demostrando que, en este ámbito, aún se están presentando desigualdades.

Finalmente, se deben definir políticas destinadas a disminuir brechas con relación a la oferta de prestadores, incrementar la cobertura de las personas afiliadas al régimen contributivo y de esta forma aumentar el acceso, por lo que se debe tener en cuenta una mayor inversión en el sector que esté orientada a extender el número de prestadores de servicios médicos, de manera equitativa, y lo anterior, unido a las campañas que estén dirigidas a reforzar la confianza y conocimientos sobre los médicos y el sistema de salud, pasando de demanda por servicios curativos a servicios preventivos, con el fin de, en el largo plazo, reducir costos en el sistema y las personas estén mejor informadas sobre su funcionamiento.

En investigaciones futuras es considerable concentrar el debate hacia la equidad en el acceso a los servicios de salud, de esta forma, no solo se centran esfuerzos en el incremento de éste de manera indiscriminada, sino teniendo en cuenta las diferencias regionales que presenta

Colombia, con el propósito de realizar una comparativa e identificar las divergencias en el acceso en un contexto más específico, ya sea de carácter regional y/o departamental.

Referencias

- Aday , L., & Andersen, R. (1974). *A Framework for the Study of Access to Medical Care*. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1071804/pdf/hsresearch00560-0030.pdf>
- Andersen, R., & Newman, J. (1973). *Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States*. Retrieved from Milbank Mem Fund Q Health Soc: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690261/>
- Arrow, K. (1963, december). *uncertainty and the welfare economis of medical care*. Retrieved from The American Economic Review: <https://assets.aeaweb.org/asset-server/files/9442.pdf>
- Ayala García, J. (2014, julio). *La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso*. Retrieved from Documentos de Trabajo Sobre Economía Regional. Banco de la Republica: https://www.banrep.gov.co/sites/default/files/publicaciones/archivos/dtser_204.pdf
- Do Prado Tostes, M. F., Rocha Covre, E., & Molena Fernandes, C. A. (2016). *Acceso a la asistencia quirúrgica: retos y perspectivas*. Retrieved from Revista Latino - Americana de Enfermagem: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/4PkktTSGzKthDJxhcBFcTwz/?format=pdf&lang=es>
- ENCV. (2019). *Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2019*. Retrieved from DANE: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/calidad-de-vida-ecv/encuesta-nacional-de-calidad-de-vida-ecv-2019>
- Guerrero, R., Gallego, A., Becerril-Montekio, V., & Vásquez, J. (2011, febrero 9). *Sistema de salud de Colombia*. Retrieved from <https://www.scielosp.org/pdf/spm/v53s2/10.pdf>
- Lozano Salcedo, L., & Barrera Angarita, E. (2020, abril 13). *Barreras de acceso a los servicios de urgencias y su relación con las características socio-demográficas de la población, Villavicencio - Colombia, 2019*. Retrieved from <https://repository.usta.edu.co/handle/11634/22496>
- Ministerio de Salud. (2019, diciembre 31). *Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS*. Retrieved from Minsalud: <https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/>
- Minsalud. (2020, junio 30). *Un año de logros en el sector salud*. Retrieved from <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Un-ano-de-logros-en-el-sector-salud-.aspx>
- Olavarría Gambi, M. (2005). *Acceso a la salud en Chile*. Retrieved from <https://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v11n1/art06.pdf>
- Rivera-Lozada, O., Bonilla-Asalde, C., & Rivera-Lozada , I. (2020). *Determinantes del acceso a los servicios de salud y adherencia al tratamiento de tuberculosis*. Retrieved from Revista Cubana de Salud Pública: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v46n4/1561-3127-rcsp-46-04-e1990.pdf>
- Rodríguez Acosta, S. (2010). *Barreras y Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en Colombia* . Retrieved from <https://archivo.alde.es/encuentros.alde.es/antiores/xiveea/trabajos/r/pdf/059.pdf>

- Sachs, J. (2001, diciembre 20). *Macroeconomía y salud: Invertir en salud en pro del desarrollo económico*. Retrieved from Organización Mundial de la Salud: Informe de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42825/9243545507_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Stock, J. H., & Watson, M. M. (2012). Introducción a la Econometría. In J. H. Stock, & M. M. Watson, *Introducción a la Econometría* (p. 279). Madrid: Pearson Educación.
- Vargas J., J., & Molina M., G. (2009, julio 16). *Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias*. Retrieved from
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2009000200003

Anexos

Anexo A. Descripción de las variables.

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

Nota. Ayala García, J. (2014). Descripción de las variables del modelo econométrico. Obtenido de: Documentos de trabajo sobre economía regional. Banco de la Republica. “La salud en Colombia: más cobertura, menos acceso”.

Anexo B. Coeficientes de estimación del primer modelo.

Variable dependiente: acceso a los servicios médicos, 2019		Coeficientes	Error Estándar
Características del SGSSS	Contributivo	0,863	0,218 ***
	Especial	0,990	0,227 ***
	Subsidiado	0,688	0,217 **
	No afiliado	0,195	0,221
	Número de Prestadores	-0,002	0,000 ***
Características socioeconómicas y conocimiento del sistema	Prevención (medico)	0,532	0,027 ***
	Prevención (odontólogo)	0,019	0,026
	Edad	-0,004	0,001 **
	Edad al cuadrado	0,000	0,000 ***
	Mujer	0,032	0,021
	Rural	-0,152	0,023 ***
	Etnia	0,017	0,028
	Estrato alto	0,145	0,161
	Estrato medio	0,138	0,018 .
	Estrato bajo	0,146	0,013 **

Nota. *** $p < 0,001$, ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$, . $< 0,1$. Datos obtenidos de Encuesta Nacional de Calidad de Vida (2019). Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (2019). Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas – DANE.
Estimación de la autora.

Anexo C. Coeficientes de estimación del segundo modelo

Variable dependiente: acceso a los servicios médicos, 2019		Coeficientes	Error Estándar
Características del SGSSS	Contributivo	0,681	0,949 ***
	Especial	0,802	0,050 ***
	Subsidiado	0,502	0,047 ***
	Número de Prestadores	1,246	0,263 ***
Características socioeconómicas y conocimiento del sistema	Prevención (medico)	0,548	0,023 ***
	Edad	-0,004	0,001 **
	Edad al cuadrado	0,000	0,000 ***
	Rural	-0,174	0,023 ***
	Estrato medio	0,096	0,050 .
	Estrato bajo	0,116	0,035 **

Nota. ***p<0,001, **p<0.01, * p<0.05, .<0.1. Datos obtenidos de Encuesta Nacional de Calidad de Vida (2019). Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (2019). Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas – DANE.

Estimación de la autora