

ESTIMACIÓN DE LOS DETERMINANTES DEL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA REGIÓN CARIBE *

Sandra Rodríguez **, Paola Roldán ***

* Este artículo hace parte de los resultados del proyecto “Determinantes del acceso a los Servicios de Salud en el Caribe: una perspectiva desde la economía de la salud”, financiado por la Dirección de Investigaciones y Proyectos –DIP–, Universidad del Norte, Barranquilla (Colombia). Fue presentado en la *VII European Conference on Health Economics: Health Economics and Global Renaissance*, desarrollada del 23-26 de junio de 2008.

** Docente-investigadora del Instituto de Estudios Económicos del Caribe.
rsandra@uninorte.edu.co

*** Docente-investigadora del Instituto de Estudios Económicos del Caribe.
proldan@uninorte.edu.co

Correspondencia: Universidad del Norte, Km 5 vía a Puerto Colombia, A.A. 1569, Barranquilla (Colombia).

RESUMEN

En este artículo se analiza el acceso a los servicios de salud para la población perteneciente a los regímenes Contributivo y Subsidiado en la región Caribe colombiana. Se construyen modelos de elección discreta –*logit simples y Heckman probit*– para conocer los determinantes del uso de los servicios de salud tanto por motivos preventivos como curativos. Entre los principales resultados se encontró que mientras la diferencia en la probabilidad de acceso para los no afiliados es muy importante en el caso de uso de los servicios por prevención, esta diferencia no existe en el caso de hospitalización. Esto sugiere que la severidad de la enfermedad reduce la diferencia de acceso a los servicios de salud de los no afiliados con respecto a aquellos que pertenecen a algún régimen de afiliación.

PALABRAS CLAVES: Acceso a servicios de salud, economía de la salud, aseguramiento, modelos de elección discreta.

CLASIFICACIÓN JEL: I10, C35, H18, I11

ABSTRACT

This document analyzes the access to health services for the population belonging to the contributive and subsidized regimes in the Colombian Caribbean region. Models of discreet selection are constructed - simple logit and Heckman probit - to gain insight about the determinants for the use of health services because of both preventive and curative reasons. Among the main results were that while the difference in the probability of access for the affiliated is very important in the case of use of the services because of prevention, this difference does not exist in the case of hospitalization. This suggests severity of the disease reduces the access difference to health services of the non affiliated with respect to those belonging to any regime of affiliation.

KEY WORDS: Access to health services, health economics, insurance, discrete selection models.

JEL CLASIFICATION: I10, C35, H18, I11

I. CONTEXTO

La problemática característica del sistema de salud en Colombia antes de la reforma (Ley 100 de 1993) puede resumirse en la existencia de mucha población con dificultades para el acceso a los servicios de salud, provocada principalmente por limitaciones financieras. Sin embargo, siguiendo los elementos teóricos sobre accesibilidad y seguros de salud, algunas investigaciones a nivel nacional han encontrado que transcurridos más de diez años de la reforma al Sistema de Salud, el principal limitante del acceso a los servicios sigue siendo el factor económico. Este determinante del acceso ha tenido ciertas mutaciones a lo largo del tiempo, y al parecer ahora limita el acceso no solamente vía la financiación de la prima del seguro sino copagos, cuotas moderadoras, costos de viajes, entre otros, que serán verificados por este estudio.

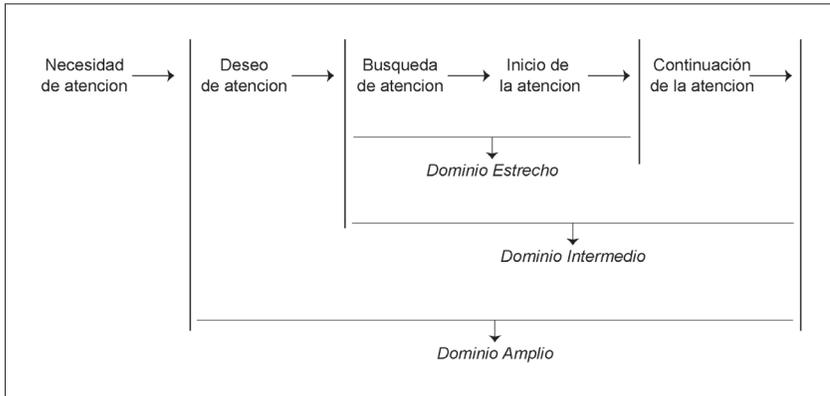
Esta investigación busca encontrar los determinantes del acceso a los servicios de salud para la población perteneciente al régimen de aseguramiento Contributivo y Subsidiado en la región Caribe.

II. TÓPICOS TEÓRICOS

En lo que respecta a la discusión sobre acceso a los servicios de salud, los aportes más reconocidos y en torno a los cuales existe un mayor consenso son los de Avedis Donabedian (1973) y Julio Frenk (1985). En particular, se concibe la accesibilidad como un concepto más general que incluye el acceso y se refiere al “grado de ajuste” entre las características de la población y las de los recursos de atención de la salud (Donabedian, 1973).

Además, se plantean diferentes dominios para el estudio de la accesibilidad, desde un dominio estrecho, que solamente involucra la búsqueda de la atención y el inicio de ella (el acceso o la demanda efectiva), a uno intermedio, que además de la anterior también

considera la continuación en la atención y, finalmente, un dominio amplio que incorpora el deseo de la atención (ver esquema 1).



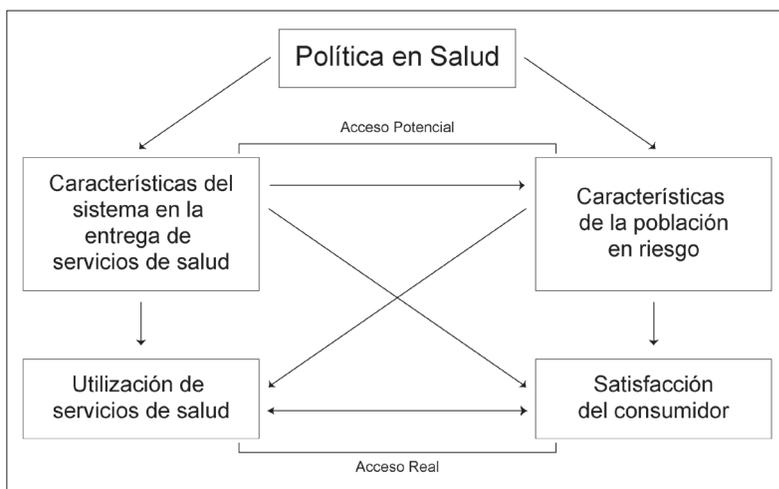
Fuente: Frenk (1985, p. 440).

Esquema 1. Dominios del acceso a los servicios de salud

Con estas consideraciones, se aprecia la naturaleza del acceso como un proceso mediante el cual puede lograrse que una necesidad de atención, bien sea por el deterioro en el estado de salud o por un diagnóstico sobre el mismo y la promoción de su mejoramiento, se satisfaga completamente.

En ese proceso están involucradas varias etapas que pueden ser objeto de análisis: la motivación que tienen las personas para solicitar una atención, la facilidad para entrar en contacto con los servicios de salud y su satisfacción final.

Pero además debe considerarse que en el proceso intervienen varios agentes, como los médicos y el personal de salud, los administradores de los servicios, los usuarios y las entidades públicas de regulación o financiamiento, quienes también pueden ser estudiados y abordados desde la política de salud.



Fuente: Aday y Andersen (1974).

Esquema 2. Marco teórico para el estudio del acceso a la atención médica

Partiendo del anterior esquema, en lo que respecta a los determinantes del acceso, es posible identificar las dificultades o barreras para que el proceso de necesidad, búsqueda y obtención de los servicios transcurra de manera normal y se logre la satisfacción de los usuarios y la mejora o conservación de su nivel de vida (ver esquema 2).

Las barreras al acceso potencial, originadas en el sistema de prestación de servicios, se refieren a la influencia que la organización de dicho sistema ejerce sobre las posibilidades para facilitar el acceso, de modo que se tienen en cuenta los problemas que puedan presentarse para la entrada de los usuarios al sistema, es decir, su contacto inicial con quien debe atender su necesidad. Desde esta perspectiva, también referenciada en la literatura como barreras ecológicas, los obstáculos al acceso se expresan en la localización y disponibilidad de los servicios.

Además de las barreras a la entrada, el acceso también puede dificultarse por problemas atribuidos a la estructura u organización característica de la fuente regular de servicios o centro de atención

al que acuden los usuarios. En este caso, una vez que se tiene el contacto inicial, esto es, luego de haber superado la distancia y haberse ajustado a la oferta del centro de atención, el usuario se ve abocado a tiempos de espera y trámites para ser atendido. Por último, el sistema también puede presentar barreras a la salida, de modo que se dificulta la continuidad de la atención, no se resuelve la demanda o ésta queda mal atendida. Una expresión de este tipo de barreras se encuentra en la asistencia frecuente a algunos servicios, como el caso de urgencias o consulta médica, lo cual puede atribuirse al hecho de no tener resuelto el problema de salud por falta de atención apropiada, en el sentido de que si bien la persona es atendida y se busca su salida del sistema, ella acude nuevamente porque su necesidad en realidad aún no se resuelve.

Las barreras al acceso potencial también pueden provenir del lado de la demanda, en cuyo caso el interés recae específicamente sobre la predisposición de los individuos. Algunas características individuales marcan la pauta de la demanda por servicios de salud, como sucede con las variables demográficas, la estructura social y la cultura. Como ejemplo, son varios los trabajos empíricos que dan cuenta de diferencias significativas en el acceso entre población femenina y masculina, entre grupos de edad y niveles de educación. La habilidad también constituye una característica importante de la población que facilita o dificulta el acceso, y se refiere, en términos generales, a las dotaciones individuales para acercarse al sistema de prestación de servicios. Un último conjunto de características de la demanda se refiere a las necesidades de los individuos en materia de salud, las cuales se encuentran determinadas por cuestiones epidemiológicas y psicológicas.

En cuanto al acceso real, las barreras y facilidades se relacionan directamente con la continuidad del tratamiento, específicamente con las características de la utilización y la satisfacción del servicio. En el primer caso, intervienen elementos como el tipo de entidad o el profesional consultado, mientras que en el segundo se trata de

elementos subjetivos o de percepción de los usuarios acerca de las características y prácticas de los proveedores que determinan su continuidad en él.

III. ANTECEDENTES

De la lectura de los trabajos que han abordado el tema del acceso en el país se destacan en la revisión de Restrepo et al. (2006) 11 trabajos realizados entre 1965 y 1992, de los cuales cabe subrayar que el aspecto más estudiado ha sido el de utilización de servicios, seguido por la cobertura de servicios, la afiliación a la seguridad social y el ingreso (Tono, 2000).

Con base en el esquema de Aday y Andersen, la mayoría de los aspectos estudiados en estos trabajos corresponden a variables del acceso potencial, mientras el acceso real —especialmente la demanda insatisfecha—, junto con las condiciones de acceso de la población rural, son los menos explorados. Cabe destacar también que en más de la mitad de los estudios sobre el tema se muestran las desigualdades en el acceso al indagar por el ingreso como condicionante del uso de servicios o en relación con la necesidad en salud efectivamente atendida.

Dentro de los indicadores empleados en esos estudios se destacan tres que permiten caracterizar la situación del acceso real: la necesidad final atendida, referida a la atención por médico u otro recurso de salud, dado que se tiene una necesidad sentida; la inequidad, en cuanto a la necesidad final no atendida, debido a barreras de cualquier tipo; y la demanda insatisfecha, entendida como tasa de rechazo en atención ambulatoria y hospitalización.

Finalmente, los resultados de estos estudios se integran y sintetizan en tres de los aspectos más estudiados o importantes: 1) la baja cobertura de servicios y de afiliación a la seguridad social; 2) el costo de los servicios y las barreras económicas como los

condicionantes más importantes para el acceso a los servicios; y 3) las inequidades en ese proceso de acceso (ver tabla 1).

Tabla 1
Colombia: limitantes del acceso a los servicios de salud antes y después de la Ley 100

Antes de la Ley 100			
Cobertura	1965	8,8% de la población total	cubierto por seguridad social
	1977	16% de la población total	cubierto por seguridad social
	1986 - 1989	24% de la población total	cubierto por seguridad social
Barreras económicas	1976	65,5% población bajos ingresos	No utilizó
		9,4% población bajos ingresos	No utilizó
	1992	55% población bajos ingresos	No utilizó
Equidad en acceso	1977	67% población bajos ingresos	Necesidades insatisfechas en Salud
		0,7% población altos ingresos	
	1990	50% población bajos ingresos	Necesidad final atendida
		100% población altos ingresos	Necesidad final atendida
Después de la Ley 100			
Cobertura	1997	54,0%	Cubierto por seguridad social
Barreras económicas	1995 - 2000	55% población bajos ingresos	No utilizó
Equidad en acceso	1993 - 1997	No hay efecto claro	

Fuente: Elaboración propia con base en Pabón *et al.* (1984), Molina y Giedion (1994), Londoño (1992), Céspedes (2000), Profamilia (2000).

Trabajos más recientes como el de Ramírez *et al.* (2004) hacen una caracterización del acceso a nivel nacional utilizando la Encuesta de Calidad de Vida –ECV– 2003. Dicho trabajo destaca que según esta encuesta el 61.8% de la población del país se encuentra cubierta; superior en 4.6 puntos porcentuales a la registrada en la Encuesta de 1997.

La composición de la población siguiendo la ECV - 2003 puede establecerse así: un 4% de la población, que recibe los mayores

recursos en términos per cápita, está conformado por empleados estatales de las Fuerzas Militares, maestros y la Empresa Colombiana de Petróleo (régimenes especiales); el 34% de la población está compuesto por afiliados al Régimen Contributivo, cotizantes y sus familias; el 23% lo conforman personas afiliadas al Régimen Subsidiado; un cuarto grupo se refiere a la población que recibe sólo la atención de alto costo, o beneficiaria de subsidios parciales; en el quinto grupo, 25% de la población, se agrupan las personas sin capacidad de pago y no cubiertas por el seguro; y por último, se encuentra un 10% de población con capacidad de pago y no afiliada (Ramírez, 2004).

En su estudio Ramírez destaca que el seguro de salud es una facilidad para el acceso, aunque también sugiere dificultades propias para las personas aseguradas. Según sus datos, la posibilidad de que una persona enferma reciba atención médica asciende al 82,3% para personas en régimenes especiales, al 80,2% para las del Régimen Contributivo, al 75,1% para las del Régimen Subsidiado y al 52,1% para los no afiliados al sistema (Ramírez, 2004).

Cuando se analiza de manera particular la región Caribe colombiana, es posible identificar que las problemáticas relacionadas con el acceso se mantienen, y en la mayoría de los casos hasta tienden a profundizarse. La problemática asociada al funcionamiento del Sistema de Salud en el Caribe colombiano trae consigo los fallos ya característicos del sistema a nivel nacional, así como las consideraciones particulares de la región asociadas a la mala administración de los recursos que financian la salud, la falta de políticas de largo plazo y la ausencia de sistemas de información, monitoreo y seguimiento tanto del sistema como de la salud de los habitantes de la región Caribe.

La región Atlántica¹ colombiana, según el Departamento Nacional de Estadísticas –DANE– está conformada por siete

1 Esta es la región que en este estudio se denomina región Caribe.

departamentos: Bolívar, Cesar, Córdoba, La Guajira, Magdalena, Sucre y Atlántico. Analizados en conjunto los departamentos de esta región no presentan grandes diferencias en cuanto a los resultados en salud; se destacan las aún bajas coberturas en seguridad social, persistencia de altos porcentajes de la población con necesidades básicas insatisfechas y la inercia de la tasa de mortalidad infantil. Adicionalmente, en los departamentos se observan grandes diferencias entre lo que sucede en las capitales y el resto del departamento. Es así como la mayor proporción de la población y, por tanto, de infraestructura hospitalaria está ubicada en las capitales de cada departamento (ver tabla 2).

IV. METODOLOGÍA

Siguiendo la metodología utilizada por Restrepo *et al.* (2006) y empleando datos ofrecidos por la ECV (2003) se analizaron los determinantes socioeconómicos del acceso y utilización de los servicios de salud preventivos, curativos y hospitalización por parte de la población perteneciente a los regímenes Contributivo y Subsidiado.

Para analizar los determinantes del acceso a servicios de salud preventivos, se construyó un modelo cuya variable endógena –correspondiente a la pregunta F09 de la ECV-2003– indica si la persona acude o no –por prevención– al Sistema de Salud. En la estimación de la probabilidad de acceder a los servicios curativos se utilizó de la misma encuesta la pregunta F13 para construir una variable dependiente binaria que indica si la persona accede o no al sistema formal² en caso de experimentar un problema de salud.

² Tomando como sistema formal de salud los servicios prestados por las personas de las opciones 1y2 de la pregunta mencionada.-

Tabla 2
Región Caribe: características demográficas y de salud

Característica/Departamento	Bolívar	Cesar	Córdoba	La Guajira	Magdalena	Sucre	Atlántico
Población total	1993	758,386	1,214,837	432,317	1,032,483	670,987	1,802,241
	2005	1,878,993	903,279	1,467,929	681,575	772,010	2,166,156
% Población NBI	1993	54.19%	65.88%	64.08%	55.15%	65.21%	31.46%
	2005	46.56%	44.50%	59.02%	65.20%	54.93%	24.60%
Tasa de mortalidad infantil*	1990-1995	45.30	47.70	40.60	47.10	39.90	25
	2000-2005	42.90	41.50	38.40	41.60	34.80	24.4
Cobertura de salud 2005	Régimen Subsidiado	47%	69%	19%	80%	66%	40.4%
	Régimen Contributivo	25%	24%	44%	20%	34%	n.d
Infraestructura hospitalaria 2005	N° de IPS	198	118	241	87	133	85 (sin la capital)
	N° de servicios	2,426	2,328	2,481	1,269	1,094	n.d
	N° camas	959	861	755	439	n.d	649 (sin la capital)
	N° salas de quirófano	31	27	33	17	35	22
	N° salas de parto	38	38	44	15	55	43

Fuente: Cálculo de autores basados en datos de del Departamento Nacional de Planeación (DNP).

Nota: (*) por cada mil niños nacidos vivos.

Para la ecuación de hospitalización se procede de una forma similar; en este caso se utiliza la pregunta F24 para construir la variable endógena del modelo que permita estimar la probabilidad de usar los servicios de hospitalización.

Las variables independientes en los modelos dan cuenta de factores que facilitan o imponen barreras a la utilización de los servicios de salud. Como características de predisposición se usaron las variables sexo –variable dicótoma que toma el valor de 1 si el individuo es hombre–, edad, estado civil –de la cual se crearon dummies de unión libre, casado, divorciado-viudo y soltero– y años de educación. Para tener en cuenta las dotaciones de las personas se incluyó la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud –Régimen Contributivo, Régimen Subsidiado y ninguna afiliación– y el Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas –Dummy que toma el valor de uno si la persona tiene al menos una necesidad básica insatisfecha y cero en otro caso. Para controlar por las necesidades de uso de los servicios se incluyó el estado de salud percibido –bueno, regular y malo–, mientras que para tener en cuenta la ubicación geográfica se tomó la variable clase de municipio en el que vive la persona, urbano o rural.

Para estimar la probabilidad de acceder a los servicios de salud preventivos y de hospitalización se estimaron modelos de elección discreta o binaria –*logit simples*– de la siguiente forma:

$$P(D_i = 1) = \alpha + X_i\beta + \varepsilon_i$$

Donde la variable endógena toma el valor de uno para cada caso según se especificó anteriormente y el vector X contiene las barreras al acceso impuestas desde la demanda, las cuales fueron agrupadas en variables de predisposición, habilidad y necesidades.

La estimación del modelo de acceso a los servicios curativos se realizó a través del procedimiento en dos etapas de Heckman

(1979), debido a que la información proporcionada por la encuesta sólo permite identificar la utilización de los servicios curativos de quienes reportaron haber estado enfermos el mes previo a la entrevista; esto puede introducir un sesgo en la muestra, ya que quienes no estuvieron enfermos durante dicho período son valores perdidos en la estimación. Para tener en cuenta el posible sesgo, se estimó la probabilidad de enfermedad³ y se utilizó la información obtenida en este modelo en la estimación del acceso a los servicios curativos.

Formalmente, lo que se hizo fue añadir explícitamente a la ecuación de interés $P(D_i = 1) = \alpha + X_i\beta + \varepsilon_i$ –Modelo de utilización de los servicios de salud en presencia de enfermedad– una ecuación de selección usando la muestra completa $s[Z\gamma + v \geq]$ –Modelo de probabilidad de enfermarse, el cual incluye a todas las personas de la muestra. Donde $\varepsilon_i \sim N(0, 1)$, $v_i \sim N(0, 1)$ y $\text{corr}(\varepsilon_i, v_i) = \rho$

V. SOBRE LOS DATOS

La Encuesta de Calidad de Vida de 2003 cubre 65 110 individuos y es representativa para 9 regiones de Colombia, una de ellas es la región caribe, objeto de esta investigación. La información utilizada corresponde a los módulos E, I y F de la Encuesta, los cuales contienen datos sobre las características sociodemográficas e indicadores de salud para todas las personas del hogar.

Como se observa en la tabla 3, en la región Caribe se encuestaron 4 285 individuos, de los cuales el 48% son hombres y el 52% mujeres. En cuanto a variables sociodemográficas, se observan bajos niveles de educación, pues en promedio se tienen 7 años, lo cual corresponde a secundaria incompleta. El promedio de edad es 36 años y el estado civil del mayor porcentaje de individuos (37.1%)

3 Modelo estimado a partir de las variables incluidas en la ecuación de utilización de servicios curativos además de las variables que dan cuenta del estado civil.

es soltero. De otro lado, en términos de características regionales el 72% vive en zonas urbanas y el 28% en la zona rural. Además que un 27 % tiene necesidades básicas insatisfechas (NBI).

Tabla 3
Características Generales de la Población de estudio

Población y Sexo	Población	4281
	Hombres	48%
	Mujeres	52%
Estado Civil	Soltero	37,10%
	Unión Libre	28,30%
	Casado	19,40%
	Divorciado	10,10%
	Viudo	5,10%
Ubicación	Urbano	72,10%
	Rural	27,90%
Afiliación	Contributivo	30,10%
	Subsidiado	26,80%
	Ninguna	43,10%
Uso: preventivo	Sí	46,60%
	No	53,40%
Uso: curativo	Sí, formal	67,10%
	Sí, informal	27,10%
	No	4,70%
Otras Características	Edad	36
	NBI	27%
	Educación (años)	8

Fuente: DANE, encuesta de Calidad de Vida. Cálculos de los autores.

En cuanto a las variables de salud, se observa que el 30% de los individuos de la muestra se encuentra afiliado al Régimen Contributivo, el 27% al Régimen Subsidiado y un porcentaje elevado (43%) no se encuentra afiliado. Además, que el 47% de la

población hace uso de los servicios de salud de manera preventiva, mientras que cuando tienen problemas de salud, el 67% de la población acude al sistema formal –médico, especialista, homeópata, acupunturista, odontólogo, terapeuta, institución de salud, promotor de salud o enfermero–, el 27% al sistema informal –farmaceuta, tegua, empírico, curandero, terapias alternativas, remedios caseros, autorecetas–, y aproximadamente el 5% no acude a entidad de salud alguna.

Tabla 4

Región Caribe: Características del Acceso a los servicios de salud

Barreras al Acceso	Subsidiado	Regimen Contributivo	No afiliado
Personas enfermas que no usaron los servicios (%)	25,53	23,54	48,09
Barreras de la oferta (%)			
A la entrada (geográficas)	0	2,71	0
Al interior	15,41	20,72	0,67
A la salida (continuidad)	1,53	0	2,23
Barreras de la demanda (%)			
Disponición	4,17	12,42	1,17
Barreras económicas	34,43	12,34	57,42
Necesidad percibida	41,85	51,82	35,28
Barreras culturales	2,6	0	3,23

Fuente: DANE, encuesta de Calidad de Vida. Cálculos de los autores.

La tabla 4 evidencia dos aspectos importantes del acceso a los servicios de salud en la región Caribe; uno de ellos es que las personas que están aseguradas tienen más posibilidades de utilizar los servicios, pues como se observa, entre las personas del Régimen Contributivo que manifestaron haber estado enfermas en 2003, cerca del 76% asistieron a los servicios de salud, mientras que para el Régimen Subsidiado fue un poco menor (74%), pero para los vinculados se redujo hasta el 52% aproximadamente.

El otro aspecto importante tiene que ver con las barreras al acceso que persisten aun cuando se está afiliado, pues como se muestra, las personas del Régimen Contributivo que estando enfermas no accedieron a los servicios, manifestaron que las principales razones para no hacerlo fueron necesidad percibida –caso leve– 51,82% o barreras al interior –muchos trámites y tiempos de espera– 20,7%; mientras que en el Régimen Subsidiado las causas predominantes fueron necesidad percibida y falta de dinero, con 41.85 y 34.3% respectivamente. Por lo tanto, a pesar de que la población asegurada tiene una mayor posibilidad de recibir atención médica, en el Régimen Subsidiado la falta de dinero se mantiene como una barrera importante.

VI. RESULTADOS

Tabla 5

Región Caribe: Efectos Marginales de los modelos estimados para uso preventivo, curativo (Heckman probit) y de hospitalización

	Uso preventivo (Dummy 1-0)		Uso Curativo (Dummy 1-0)		Hospitalización (Dummy 1-0)
Sexo	-.0914	***	-.02796	***	-.0198
	(.0186)		(.0083)		(.0074)
Educación (años)	.0064	**	.0011		.0010
	(.0027)		(.0012)		(.0011)
Edad	.0002		.0032	***	.0001
	(.0023)		(.0011)		(.0009)
Edad al cuadrado	.000007		.00003	***	.000003
	(.0000)		(.0000)		(.0000)
E. Salud bueno	-.0565		-.1731	***	-.1224
	(-.0565)		(.0406)		(.03322)
E. Salud regular	-.0385		-.0439		-.0372

Continúa...

	(.0558)		(.0161)		(.0112)
NBI	-0.0619	**	-.0095		.0041
	(.0246)		(.0107)		(.0105)
Contributivo	.2925	***	.0422	***	.0153
	(.0207)		(.0139)		(.0010)
Subsidiado	.1387	***	.0210	**	.0035
	(.0230)		(.0142)		(.0010)
Urban	.0410	**	.0230	**	.0251
	(.0214)		(.0096)		(.0069)
Observaciones	4185		4185		4185
rho			.9905		

Notas: errores estándar en paréntesis. * Significativo al 10%, ** Significativo al 5%, *** Significativo al 1%.

La tabla 5 muestra los efectos marginales de la estimación *logit* para las ecuaciones de uso preventivo y hospitalización, y los efectos marginales del Heckman probit de uso curativo⁴.

La primera columna presenta un modelo de acceso a los servicios de salud por prevención. En dicho modelo aparentemente las variables que dan cuenta de la edad y el estado de salud percibido no están relacionadas con el acceso a los servicios de salud por prevención, mientras que las variables sexo, años de educación, Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas, afiliación y ubicación parecen tener una clara relación con el acceso: los hombres y quienes tienen necesidades básicas insatisfechas tienen menos probabilidad de acceder a los servicios de salud de manera preventiva, mientras que estar afiliado a algún régimen de salud, vivir en el área urbana y los años de educación aumentan las probabilidades de acceso.

En este sentido, estar afiliado al Sistema de Salud aumenta la probabilidad de usar los servicios de salud de una manera preventiva.

⁴ En el anexo se muestran los resultados para las ecuaciones de acceso a los servicios de salud curativos –con y sin corrección de sesgo muestral.

Al respecto es importante resaltar que frente a quienes no tienen ningún tipo de afiliación, aquellos que pertenecen al Régimen Contributivo tienen una probabilidad mucho más alta de acceder a servicios de salud por prevención que quienes pertenecen al Régimen Subsidiado⁵.

En la segunda columna se muestra un modelo de utilización de los servicios cuando se está enfermo –corregido por sesgo de selección muestral. En este modelo, las variables que no resultaron ser significativas fueron la edad y el Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas. Con respecto al resto de variables incluidas, se encontró que los hombres tienen una menor probabilidad de utilizar los servicios de salud, mientras que estar asegurado o vivir en áreas urbanas incrementa la probabilidad de utilizar los servicios para aquellos que experimentan algún tipo de enfermedad. Mayores niveles de educación y la edad también incrementan la probabilidad de usar los servicios de salud en presencia de enfermedad.

A pesar de que estar asegurado incrementa la probabilidad de usar los servicios de salud curativos, se encontró que, a diferencia del modelo de uso preventivo, las magnitudes no difieren mucho entre los regímenes Contributivo y Subsidiado con respecto a quienes no se encuentran afiliados. Esto podría explicarse por el hecho que el uso preventivo es evitado por quienes no están afiliados al Sistema de Salud; sin embargo, la presencia de enfermedad incrementa el costo de oportunidad, de tal forma que aun sin seguridad social en salud los individuos buscan atención en salud.

La tercera columna presenta un modelo de utilización de los servicios de hospitalización. Las variables que se encontraron significativas en este modelo son aquellas relacionadas con la afiliación al Sistema de Salud, la edad, los años de educación y el Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas. Una vez más, los

5 Las magnitudes de estos efectos son similares a los encontrados por Mejía et al. (2007) para el departamento de Antioquia.

resultados muestran que hay evidencias para afirmar que los hombres tienen menor probabilidad que las mujeres de usar los servicios de salud —en este caso hospitalización—; aquellas personas que consideran que su estado de salud es bueno o regular tienen menor probabilidad de usar los servicios de hospitalización que quienes consideran que su estado de salud es malo. Por otro lado, quienes viven en áreas urbanas tienden a usar más los servicios que los que viven en áreas rurales.

Pareciera que la severidad de la enfermedad redujera la diferencia de acceso a los servicios de salud de los no afiliados con respecto a aquellos que pertenecen a algún régimen de afiliación. Los resultados sugieren que mientras la diferencia en la probabilidad de acceso para los no afiliados es muy importante en el caso de uso de los servicios por prevención, esta diferencia no existe en el caso de hospitalización.

CONCLUSIONES

La región Caribe colombiana se ha caracterizado históricamente por las deficiencias de su sistema de salud; no obstante contar en algunas ciudades capitales con infraestructura hospitalaria de última generación, persisten grandes diferencias, las cuales van desde la dotación hospitalaria, el número de médicos por mil habitantes hasta los limitantes al acceso.

Adicionalmente debe resaltarse que cualquier investigación sobre esta región se enfrenta también a una alta pobreza en calidad y cantidad de información sobre el sector salud. Esta ausencia de información impide hacer análisis particularizados sobre el desarrollo del Sistema de Salud a nivel, por ejemplo, de los municipios y zonas rurales.

Para suplir este tipo de deficiencias y poder aproximarnos a los cambios que la Ley 100 ha generado sobre el acceso de la población

a los servicios de salud, se utilizaron los datos de la ECV de 2003, la cual no ha sido utilizada con este propósito en la región.

A partir de las estimaciones realizadas se puede observar que en la región Caribe las personas que están afiliadas al sistema formal de salud tienen mayor probabilidad de recibir asistencia médica tanto preventiva como curativa. Un aspecto importante que se debe tener en cuenta es que aunque para los individuos que pertenecen a los regímenes Contributivo y Subsidiado la principal barrera para el acceso es la necesidad percibida, la falta de dinero sigue siendo un aspecto importante que limita el acceso y utilización de los servicios en el Régimen Subsidiado. Al respecto vale la pena resaltar que para los vinculados (no cubiertos ni por Régimen Contributivo ni Subsidiado) la barrera económica es la que mayor peso tiene.

Persisten diferencias por localización geográfica, pues la población rural tiene menor probabilidad de usar los servicios de salud, tanto preventivos como curativos, respecto la población ubicada en los centros poblados.

Se evidencia un mayor impacto del aseguramiento sobre la asistencia médica cuando la utilización de los servicios se da por causas preventivas que cuando hay presencia de enfermedad o necesidad de hospitalización –donde la diferencia es nula. Esto podría implicar que aumentar el número de afiliados al Sistema de Salud (especialmente en el Régimen Contributivo) puede tener importantes efectos sobre la prevención de enfermedades y/o su diagnóstico temprano, lo cual resulta usualmente menos costoso que un tratamiento o una cirugía.

REFERENCIAS

Andersen, Ronald (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of Health and Social Behaviour*, Vol. 36 (March), 1-10.

- Aday, Ann and Andersen, Ronald (1980). A Theoretical Framework For The Study Of Access To Medical Care. *Health Care in the United States*, 25 - 455.
- Aday, Lu Ann y Andersen, Ronald (1974). A Theoretical Framework for the study of Access to Medical Care. *Health Services Research*, 9 (3), 208-220.
- Céspedes, Juan Eduardo *et al.* (2000). Efectos de la reforma de la Seguridad Social en Salud en Colombia sobre la equidad en el acceso y utilización de Servicios de Salud. *Revista de Salud Pública*, 2 (2), 145-164. Bogotá: Universidad Nacional.
- Centro de Investigaciones Económicas-CIE (2001). Cobertura del seguro de salud en Colombia. En *Observatorio de la Seguridad Social*. Boletín del Grupo de Economía de la Salud. Centro de Investigaciones Económicas, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Antioquia, año 1, N° 1, 2-6. Medellín.
- Defensoría Nacional del Pueblo. Defensoría Delegada para la Salud y la Seguridad Social (2000). Primera Encuesta Nacional de Calidad en Salud percibida por los usuarios. Investigación dirigida por Juan Carlos Giraldo. Bogotá.
- Departamento Nacional de Planeación - Misión Social (1998). Análisis de las encuestas de calidad de vida para evaluar el impacto del nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia: 1993-1997. Informe final (octubre). Santafé de Bogotá.
- Donabedian, Avedis (1973). *Aspects of Medical Care Administration*. Cambridge: Harvard University Press.
- Frenk, Julio. (1985). El concepto y medición de la accesibilidad. *Salud Pública de México*.
- Giedion, Úrsula y Wülner, Andrea (1996). *La unidad de pago por capitación y el equilibrio financiero del sistema de salud*. Santafé de Bogotá: Fedesarrollo.
- Gobernación del Atlántico (2004). *Plan de desarrollo departamental 2004 - 2007: Compromiso para una vida digna*. Barranquilla.

- Heckman, J. (1979). Sample selection as a specification error. *Econometrica*, 47, 131- 161.
- Mejía, Aurelio; Sánchez, Andrés y Tamayo, Juan Camilo (2007). Equidad en el acceso a servicios de salud en Antioquia (Colombia). *Revista de Salud Pública*, 9 (1).
- Ministerio de Salud. Dirección de Estudios Económicos e Inversión Pública (1998, junio). *El plan obligatorio de salud –POS– contributivo y subsidiado*. Santafé de Bogotá.
- Molina, Carlos G. y Guideón, Ursula (1994, noviembre). Análisis Nacional de cobertura y utilización de servicios y gastos en salud. Con base en la Encuesta Nacional de Hogares de 1992. *Coyuntura Social*, 11, 75. Bogotá (Colombia).
- Mora, Humberto y Malabet, María Pía (1998, noviembre). Utilizaciones de servicios del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado en una muestra de Administradoras del Régimen Subsidiado en Santafé de Bogotá (pp. 89 - 125). Santafé de Bogotá.
- Pabón, A., Rodríguez, E. y Rico, J. (1984). Demanda y Utilización de Servicios de Salud. *Estudio Nacional de Salud*. Bogotá. Colombia. Los autores se basaron en datos de la Segunda Encuesta Nacional de Salud realizada en 1977. Citado por Tono, Teresa (2000), 147.
- Pabón, Alfredo (1983). Población y mortalidad general. Vol. I: Morbilidad sentida 1977-1980. *Estudio Nacional de Salud*. Bogotá: Minsalud - Instituto Nacional de Salud. Citado por Tono, Teresa (2000), 145-146.
- Philp, Musgrove (1985). Reflexiones sobre la demanda por salud en América Latina. *Cuadernos de Economía*, 66 (agosto), 293-305. Santiago.
- Plaza, Beatriz y Barona, Beatriz (1999). *Afiliación de población pobre al sistema de salud: el caso colombiano*. Santafé de Bogotá: Fundación Corona.

- Pro familia (2000). Capítulo XIII Afiliación al Sistema Nacional de Salud: niveles y percepciones. En *Salud sexual y reproductiva en Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2000*. Resultados (p. 194). Bogotá.
- Ramírez, M., Gallego, J. M. y Sepúlveda, C. (2004). The Determinants of the Health Status in a Developing Countries: Results from the Colombian Case. *Borradores de Investigación*, N° 41, Facultad de Economía, Universidad del Rosario, Bogotá.
- Restrepo, Jairo y Rodríguez, Sandra (2003). Evaluación institucional de la función de regulación en el sistema de salud colombiano. *Informe Técnico final*, proyecto Evaluación institucional de la función de regulación en el sistema de salud colombiano. Colciencias-1115 - 04 - 11914.
- Restrepo, Jairo, Echeverri, Esperanza, Vásquez, Johanna y Rodríguez, Sandra (2006). *El seguro subsidiado y el acceso a los servicios de salud*. Editorial Centro de Investigaciones Económicas, Universidad de Antioquia.
- Rodríguez, Sandra (2001a). El Régimen Subsidiado de salud 1995-2000: lectura de los acuerdos expedidos por el CNSSS. Borrador de trabajo N° 2, elaborado en el marco del proyecto Condiciones de Acceso y Sostenibilidad financiera del Régimen Subsidiado en Antioquia.
- Ruiz, Fernando (1999). *Entorno, aseguramiento y acceso en el Régimen Subsidiado de salud en Colombia. Seis estudios de caso*. Santafé de Bogotá: Fundación Corona.
- Tono, Teresa (2000). Acceso a los servicios de salud en Colombia: Efectos del Ingreso y de la disponibilidad de proveedores sobre el uso de servicios médicos. *Coyuntura Social*, 23 (noviembre), 143-167. Bogotá: Fedesarrollo.

ANEXO

Ecuaciones de acceso a los servicios de salud curativos,
con y sin corrección de sesgo muestral

	Enfermarse Coeficientes		Uso curativo Efectos Marginales Heckman		Uso curativo Efectos Marginales	
Sexo	-.1728	***	-.02796	***	-.0229	***
	(.0589)		(.0083)		(.0075)	
Unión Libre	-.0510		-		-	
	(.0618)		-		-	
Casado	-.0941		-		-	
	(.0694)		-		-	
Divorciado / Viudo	.0379		-		-	
	(.0737)		-		-	
Educación (años)	.0115		.0011		.0018	*
	(.0084)		(.00012)		(.0010)	
Edad	.0213	***	.0032	***	.0029	***
	(.0078)		(.0011)		(.0009)	
Edad al cuadrado	-.0002	***	-.0000303	**	-.00003	**
	(.00009)		(.00001)		(.00001)	
E. salud bueno	-1.151	***	-.1731	***	-.1716	***
	(.1555)		(.0406)		(.0383)	
E. salud regular	-.5153	***	-.0439	***	-.0382	***
	(.1536)		(.0161)		(.0122)	
NBI	-.1318		-.0095		-.0093	
	(.0828)		(.0107)		(.0099)	
Contributivo	.1527	**	.0422	***	.0369	***
	(.0718)		(.0139)		(.0111)	
Subsidiado	.0583		.0210	**	.0237	
	(.0772)		(.0142)		(.0120)	**
Urban	.3337	***	.0230	**	.0217	***
	(.0655)		(.0096)		(.0074)	
Observaciones	4185				4185	
rho		.9905233				

Notas: errores estándar en paréntesis. * Significativo al 10%, ** Significativo al 5%, *** Significativo al 1%.