

# REGIMEN SUBSIDIADO Y ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

GLORIA PATRICIA RINCÓN MAZO\*

ASESOR: FABIO SÁNCHEZ

## RESUMEN

El sistema de salud en Colombia ha sido ampliamente estudiado en la cobertura y la financiación. Sin embargo la literatura habla poco del acceso a los servicios de salud. En este documento se presenta el acceso a salud como la atención efectiva de la población afiliada al Sistema de Seguridad Social ante la presencia de enfermedad. Para ello se toman los afiliados al sistema y se evalúa su probabilidad de acceso acorde a las características sociodemográficas, económicas y regionales de los individuos, para establecer si el aseguramiento permite la atención efectiva en salud. El modelo econométrico planteado permite concluir que la afiliación al sistema de salud por medio del aseguramiento aumenta substancialmente las probabilidades de acceso de los individuos frente a quienes no pertenecen al sistema de salud.

**Palabras claves:** Acceso a salud, aseguramiento, sistema de salud, régimen subsidiado, políticas públicas.

**Clasificación JEL:** I18, H41, H51, G22.

## ABSTRACT

The health system in Colombia has been studied in terms of its financing and health covered. However the related literature doesn't show a lot about the access to health services. This paper present access to health service as the effective attention to population who is affiliate to social security (in Colombia: Sistema General de Seguridad Social - SGSS) when they need attention of illness. Social security's affiliates are taken to evaluate their access' propability according to their sociodemographic, economic and regional characteristics, to establish if insurance allows the effective health care. The ecometric model allows concluding that social security' affiliate through insurance substantially raises the individuo's access probability in comparison whit those who do not belong to the health system.

**Key words:** Health Access, Insurance, Health System, Subsystem subsidiary, Government policy.

**JEL Classification:** I18, H41, H51, G22.

---

\* Trabajo de grado para optar al título de Master en Economía. Universidad de los Andes 2005. El autor agradece la valiosa colaboración del asesor, los aportes de Harold Coronado y Fernando Arias. También reconoce que en el desarrollo de este trabajo fueron muy importantes las recomendaciones de Jairo Núñez y el apoyo de Abel Buriticá.

## CONTENIDO

INTRODUCCIÓN .....	4
1. EVOLUCIÓN DEL SISTEMA: ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD –SGSSS.....	6
La salud antes de la década de los 90’S.....	7
El modelo Higienista (1886-1950).....	7
El Sistema Nacional de Salud (1970-1989).....	8
La salud después de la ley 100 .....	10
2. REVISIÓN DE LA LITERATURA SOBRE EL ACCESO A LA SALUD .....	13
Estudios e investigaciones internacionales.....	13
Estudios e investigaciones nacionales.....	15
3. OBJETIVOS Y ALCANCES DE LA INVESTIGACIÓN. ....	18
General.....	18
Específicos .....	18
4. MARCO TEÓRICO .....	19
4.1 EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD.....	19
4.1.1 Definición teórica de acceso.....	19
4.1.2 Procesos del acceso.....	20
4.2 EL ACCESO Y LA DEMANDA.....	21
5. EL RÉGIMEN SUBSIDIADO: ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS .....	24
Estructura de aseguramiento.....	24
Cobertura del régimen.....	25
Financiación.....	26
Características sociodemográficas: Procesos de acceso.....	28
Indicadores de proceso: Características sociodemográficas de la población .....	30
Indicadores subjetivos: análisis socio demográfico de acceso a los servicios.....	31
Indicadores de estructura: análisis sociodemográfico del uso de los servicios .....	32
Acceso a los servicios de salud. Estimaciones econométricas.....	33
6. Conclusiones.....	39

### Índice de tablas

Tabla 1: La regulación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.....	11
Tabla 2 Análisis de agrupación.....	28
Tabla 4 Estado de Salud Percibido .....	31
Tabla 5 Barreras de Uso .....	32
Tabla 6 Barreras de acceso .....	33
Tabla 7 Afiliación y enfermedad en el SGSSS.....	34
Tabla 8 Heckman Probit de Acceso.....	36

## **Índice de Cuadros**

Cuadro 1 Acceso a los Servicios de Salud.....	19
Cuadro 2: Financiación del Régimen Subsidiado según Ley 715 .....	27
Cuadro 3: Condiciones de acceso al Régimen Subsidiado .....	29
Cuadro 4: Procesos para analizar el acceso a Salud. ....	30
Cuadro 5: Clasificación de la población total.....	34

## **Índice de Gráficos**

Gráfico 1: Aseguramiento en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.....	12
Gráfico 2 Estructura del proceso de acceso.....	20
Gráfico 3: Afiliados al Régimen Subsidiado 1998-2004.....	24
Gráfico 4: Cobertura al Régimen Subsidiado .....	25
Gráfico 5: Cobertura Total del Sistema .....	26

## **INTRODUCCIÓN**

La seguridad social en Colombia se define por ley en la Constitución Política de 1991 como un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado. En sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad se garantiza a todos los ciudadanos el derecho irrenunciable a la seguridad social permanente y como un derecho colectivo. Para propender por la seguridad social en el país se diseñó en el año de 1993 el Sistema General de Seguridad Social<sup>1</sup> –SGSS- que permite brindar protección a la población en seguridad laboral y salud. Dado que el objetivo de este trabajo es analizar el acceso a los servicios de salud de los más pobres, centraremos nuestra atención en el sistema de salud y en la forma como este brinda protección a los ciudadanos colombianos.

De manera general el sistema puede resumirse como un seguro de salud que brinda protección por medio de dos regímenes de financiamiento: el régimen contributivo y el régimen subsidiado. El primero de estos, es un seguro privado para las personas con capacidad de pago, que es financiado por los aportes de los empleadores y de los empleados a través de cotizaciones al sistema. El régimen subsidiado, al cual acceden las personas sin capacidad de pago, es financiado por el Estado y por la solidaridad del régimen contributivo. Existe una población intermedia que no clasifica a ninguno de los dos regímenes a la cual se le conoce como vinculada, pero no es atendida por el seguro sino por subsidios a la oferta de salud.

El esquema del Régimen Subsidiado, que es admirado por la solidaridad en la financiación y por su objetivo altruista de atender a los más pobres, ha sido estudiado a profundidad en el área financiera y se ha tratado de vislumbrar como lograr la cobertura total de la población más vulnerable del país la cual en la actualidad alcanza los 13,999.110<sup>2</sup> beneficiarios, con un potencial por afiliar de aproximadamente 8.000.000 de

---

<sup>1</sup> El sistema fue diseñado por medio de la ley 100 de 1993, la cual contiene dos libros principales: el Sistema General de Pensiones en el libro I y el Sistema General de Seguridad Social en Salud libro II. En la actualidad esta norma se encuentra en un debate de reforma en el Congreso de la República, pero no se tomaran los elementos de la reforma en este análisis, sino las normas vigentes hasta septiembre de 2005.

<sup>2</sup> Cifra tomada de la base de datos de la Presidencia de República.

personas más. Aunque los avances en cobertura han sido positivos, el acceso a los servicios no ha sido evaluado y el hecho de que los individuos posean afiliación no implica que estén accediendo a los servicios de salud, pues la existencia del seguro no garantiza que se eliminen otras barreras de acceso de tipo financiero, geográfico, cultural u organizativo<sup>3</sup>. Por lo tanto, podría inferirse que la tenencia del carné del seguro no siempre garantiza la atención en salud.

La preocupación recae entonces sobre la necesidad de estudiar la posibilidad de obtener atención médica en el momento de enfermedad bajo la existencia del seguro, es decir, el acceso efectivo al servicio de salud<sup>4</sup>, lo cual requiere el análisis de la demanda desde la cobertura, y de la oferta desde la calidad del servicio pues los regímenes tienen planes de atención diferenciados<sup>5</sup>, estas diferencias plantean de entrada la disyuntiva con los principios de equidad e integralidad del sistema, pues existe diferenciación entre la atención a los ciudadanos según su capacidad de pago. Adicionalmente el principio de integralidad se viola ante la carencia de acceso pues no se cubren todas las etapas del proceso de salud, desde la promoción y prevención, hasta la rehabilitación.

Para acceder a los servicios de salud los individuos siguen un proceso general que está dado por:

- La necesidad percibida: sentir algún malestar en su salud.
- La oferta del servicio: Posibilidad de prestación de atención por parte de personal profesional.
- Utilización: tener capacidad de obtener el servicio sea pagado con gasto de bolsillo o por la existencia del seguro

---

<sup>3</sup> Para clarificar al lector sobre estas restricciones piense que las barreras de tipo financiero se refieren a la restricción presupuestal de los individuos para pagar gastos diferentes a los de la atención médica como el transporte. Las barreras geográficas se refieren a la distancia de los centros de atención, esta barrera es de especial cuidado en los sectores rurales. Las barreras culturales inciden ante las creencias de la población, por ejemplo las comunidades indígenas utilizan medicina natural. Finalmente las barreras organizativas dependen de la estructura de la oferta de salud, como la presencia de hospitales de nivel 1, 2 y 3 en una misma zona urbana.

<sup>4</sup> Especialmente cuando en la Ley 100 de 1993 se define que el sistema de salud regulará un servicio público y creará condiciones de acceso por parte de toda la población al servicio en todos los niveles de atención (artículo 152)

<sup>5</sup> la población del Régimen Subsidiado recibe un plan obligatorio de atención con menores prestaciones que el plan del régimen contributivo. Los planes se conocen como Planes Obligatorios de Salud –POS- que se identifica con el plan del Régimen Contributivo y el POSS que es definido así para el Subsidiado

- Habilidad para buscar la prestación del servicio: Conocimiento de las instituciones prestadoras del servicio y comprensión sobre los derechos del seguro.

Ante la existencia de la necesidad percibida, el problema económico se traduce en analizar cuáles son los determinantes del acceso a los servicios de salud y así identificar las barreras en el acceso por parte de las personas cubiertas por un seguro de salud como el Régimen Subsidiado. Esta investigación presenta una alternativa (que consiste en evaluar el acceso real a partir del momento en que el usuario recibe la atención) de estudio partiendo del análisis teórico del modelo de Aday y Andersen (1974), donde se aclara el concepto de acceso y se determina cómo el proceso se origina en la oferta y va hasta la demanda efectiva del servicio. La propuesta de estos autores, para medir el acceso comienza por el desarrollo institucional de los prestadores de los servicios y de cómo los individuos pueden acceder a los servicios de salud de acuerdo con la una necesidad percibida, con la disponibilidad de tiempo y con las posibilidades de suplir su demanda.

Este proyecto consta de cinco partes, en la primera se hace una aproximación general de la evolución del sistema como marco de referencia a los objetivos y la hipótesis del trabajo. En la segunda, se revisa la literatura existente en Colombia en materia de acceso al Régimen Subsidiado. En la tercera, se define el marco teórico sobre acceso y demanda en salud. En la cuarta parte, se realiza la especificación metodológica en dos etapas: 1) El análisis teórico en términos de la definición de acceso adicionando su interrelación con la demanda de servicios de salud en Colombia, y 2) La especificación estadística por medio del análisis descriptivo de la situación actual del Régimen Subsidiado y la especificación econométrica que servirá para realizar las estimaciones de los modelos que permiten capturar las características sociodemográficas para el acceso a los servicios de salud por regiones y departamentos. Posteriormente, en la parte final, se abre espacio a un apartado de discusión a modo de conclusiones.

## **1. EVOLUCIÓN DEL SISTEMA: ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD –SGSSS**

En el marco de un análisis histórico existen diversas formas de clasificar los procesos históricos de la salud en Colombia pues acaecen diversos momentos de cambios determinantes que han marcado la historia de la salud en el país y en general, los

investigadores coinciden en hacer el análisis en tres etapas: El modelo higienista, la constitución del Sistema Nacional de Salud y el esquema de aseguramiento. Para este trabajo se hacen sólo dos divisiones generales que no excluyen las tres etapas: La primera, es la salud antes de los 90's donde se abarca el modelo higienista y el SNS y, una segunda etapa donde se adopta el SGSSS.

## **La salud antes de la década de los 90'S**

### **El modelo Higienista (1886-1950)**

Para finales del siglo XIX la concepción de la salud en Colombia era higienista, es decir, la salud no se encontraba estructurada como una política pública del Estado; sin embargo, fue una constante preocupación en las reformas que se realizaron a la constitución de 1886. Hernández (1993) sustenta que en el Estado colombiano no se planteaba la salud como un derecho inalienable de los individuos, si no que la asumía como algo que entregaba a sus ciudadanos necesitados en forma de caridad pública. Bajo este esquema, el Estado se encargaba de la higiene pública, mientras que la atención en salud debía ser pagada por los propios individuos, pues la enfermedad no se concebía como responsabilidad del Estado y quienes no poseían capacidad de pago eran fortuitamente beneficiados por la atención de las instituciones religiosas. En general, podría decirse que la salubridad pública se limitaba a atender asuntos sanitarios y la atención preventiva y curativa estaba a cargo de la población y de algunas instituciones de caridad.

Con el arranque de la industria y la expansión cafetera a inicios de la década del siglo XX, se generaron estímulos proteccionistas en el Estado debido a que el país se encontraba frente a una serie de exigencias derivadas de una nueva situación de productividad y crecimiento demográfico (Hernández, 1993, Capítulo2) Con base en estas nuevas responsabilidades se instaura en el país la primera organización centralizada de la salud bajo el esquema de juntas departamentales de higiene, junta de salubridad y comisiones sanitarias<sup>6</sup>. No obstante, estas juntas se preocuparon principalmente de la prevención de enfermedades a través de un medio ambiente sano y un sistema de educación sanitario.

---

<sup>6</sup> García Medina 1914. Citado por Hernández 1993.

Para mediados del siglo XX, se consolida en el país el modelo norteamericano, el cual abre paso a un proceso irreversible de ver la salud de una manera integral y bajo la tutela del Estado. Este proceso se comienza a gestar al tiempo que en el mundo se está consolidando la concepción y la importancia de la salud como responsabilidad de las instituciones políticas y económicas de las naciones, gestión que queda plasmada con la creación de la Organización Mundial de la Salud –OMS- en 1946 y la Organización Panamericana de la Salud –OPS- en 1947.

Finalmente, esta etapa concluye con la instauración del Ministerio de Salud Pública dentro del plan Marshall. El Ministerio era una estructura vertical dirigida y administrada por técnicos norteamericanos con la colaboración de colombianos<sup>7</sup>, este esquema permitió un ministerio ágil y eficiente en técnica pero con una baja capacidad de atención integral. En este mismo período se crearon la Caja Nacional de Previsión –CAJANAL- y el Instituto Colombiano de Seguros Sociales<sup>8</sup> –ICSS- abriendo paso a una idea de la seguridad social en el país, aunque de forma segmentada entre los trabajadores públicos, privados y población en general. Por lo tanto, a mediados del siglo XX, tenemos un modelo segmentado, no integral y de atención a trabajadores. Las personas que no poseían un contrato laboral debían pagar de su propio bolsillo el costo del tratamiento de cualquier enfermedad. Para 1970, se piensa en poder integrar el sistema y brindar un nuevo servicio de salud a la población colombiana entrando, de esta forma, a la etapa del Sistema Nacional de Salud.

### **El Sistema Nacional de Salud (1970-1989)**

Los cambios determinados en 1950 abrieron paso a la seguridad social en la nación y a concebir la salud como un sistema integral. No obstante, debido a que las demandas provenían de la nueva estructura productiva del país, el desarrollo de la seguridad social estuvo enmarcado por una diferenciación entre los trabajadores privados, denominado seguridad social, y el de los funcionarios públicos, denominado de previsión. El Instituto Colombiano de Seguridad Social atendía a los trabajadores del sector privado, mientras que la previsión pública se dispersó en diferentes instituciones; la Caja Nacional de Previsión,

---

<sup>7</sup> Restrepo y Villa 1980, citado por Hernández 1993.

<sup>8</sup> El ICSS se conoce hoy como el Instituto de Seguros Sociales –ISS-



atendió a los empleados del gobierno central, mientras que instituciones como la Policía Nacional, el Congreso, ECOPETROL, Fuerzas Armadas y otros, lograron establecer sus propias unidades previsoras y, quienes no eran empleados fueron atendidos por el sector privado (Jaramillo, 1997, p.31)

El desarrollo del Sistema Nacional de Salud –SNS- fue difícil desde su constitución pues los tres subsectores que constituían el Sistema, esto es, el oficial, el de seguridad social y el privado, avanzaron cada uno por su lado, a su ritmo, según sus posibilidades. Al mismo tiempo, la dinámica mundial volvió a tener cambios importantes que se expresaron en salud con una gran meta, “Salud Para Todos en el Año 2000” y una estrategia global denominada Atención Primaria de Salud (OPS, 2002) El objetivo del diseño del Sistema Nacional de Salud era integrar los subsistemas y poder proveer protección en salud a la población colombiana.

Según la OPS, se preveía un sistema en el que las instituciones estarían articuladas por subsistemas que permitirían la coordinación o la integración funcional. Se esperaba entonces, cierta unidad en la oferta, aunque se tratara de diferentes entidades. Bajo esta meta se aprobó el decreto 056 de 1975 que establecía el Sistema Nacional de Salud a la cabeza del entonces llamado Ministerio de Salud. El sistema tenía dos regímenes: El de adscripción, al que pertenecían todas las instituciones de derecho público y, el de vinculación, al que pertenecían las instituciones de derecho privado.

Una de las principales características del nuevo sistema era la financiación con subsidios a la oferta transferidos desde el gobierno hasta las instituciones hospitalarias. Este nuevo diseño permitió desarrollar una serie de procedimientos y decisiones que mejoraron la capacidad operativa y permitieron aumentar la inversión pública y la red de servicios. Según la OPS (2002) el gasto público en atención médica directa del subsector oficial del SNS creció, en pesos constantes de 1975, de \$2.628,4 en 1972 a \$5.645,5 pesos por habitante en 1984. Adicionalmente de 825 instituciones hospitalarias con que contaba el país en 1975, se pasó a 920 en 1985<sup>9</sup>.

Diferentes problemas de la realidad nacional de entonces, tales como la presión de los sindicatos, no permitieron la integración del Instituto Colombiano de Seguridad Social a pesar de los adelantos del sistema. Esta desintegración causó problemas para lograr un

---

<sup>9</sup> Colombia DNP, 1980: tomo 2, 393; Yepes Luján, 1990: tomo 2, 368 Citado por OPS, 2002

estatuto único del sistema, pues el Instituto tenía cierta autonomía para la contratación con la red pública.

Además de los problemas nacionales, se sumaban nuevos cambios a nivel mundial y nacional que determinaron el fin del Sistema Nacional en Salud y abrieron paso al aseguramiento nacional. A nivel mundial se comenzó a gestar una nueva propuesta de atención denominada APS Atención Primaria en Salud, esta propuesta se concentraba en brindar atención no sólo a los trabajadores sino a toda la población, especialmente la rural, por medio de unidades primarias de atención, esto no fue fácil de lograr con la estructura del sistema. También sucedió que durante el segundo lustro de la década de los ochenta, se inició una transformación que todavía no termina y que se refiere a la reforma del Estado por la vía de la descentralización política, administrativa y fiscal (OPS, 2002). Este proceso determinó grandes cambios en la financiación y atención en salud, principalmente para el nivel I.

Pero el cambio estructural del sistema de salud hacia un modelo de atención integral estaría determinado por la evolución constitucional de 1991. La nueva Constitución determinó nuevos paradigmas para el Estado Colombiano al permutar su naturaleza de un Estado de Derecho a un “Estado Social de Derecho”. Bajo esta nueva perspectiva el papel del Estado era el de propiciar el bienestar social de la población nacional. Es así como en la Constitución se define el concepto de seguridad social y se consagra la salud como un derecho de todos los ciudadanos.

Para el año de 1993 se realiza el cambio radical en el sistema de salud, pues se aprueba la Ley 100 de seguridad social, que permite protección laboral en el área de las pensiones, los riesgos profesionales y la salud. Esta nueva normatividad diseñó el Sistema General de Seguridad Social el cual se constituyó en dos partes: protección en salud y protección laboral. En el siguiente apartado se especificará el funcionamiento del Sistema de Salud.

### **La salud después de la ley 100**

El Sistema General de Seguridad Social en Salud, consagrado en la Ley 100 de 1993 se fundamenta en un diseño de competencia regulada por el Estado, es un modelo de aseguramiento donde coexisten las instituciones públicas y privadas que brindan protección y atención en salud por medio de un esquema de aseguramiento financiado por aportes

obrero patronales y por recursos públicos. El diseño del Sistema es pensado en tres áreas: La regulación, la financiación y el aseguramiento.

La regulación es estatal en cabeza del Ministerio de Protección Social<sup>10</sup> apoyado por la Superintendencia Nacional de Salud y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud que se encarga de diseñar los ajustes anuales al sistema en materia de contenidos y la prima actuarial de aseguramiento denominada UPC. La tabla 1, del Grupo de economía de Salud –GES-, muestra el funcionamiento de la regulación dentro del sistema donde se describen las responsabilidades de los tres organismos: El Ministerio de Salud, define políticas y expide normas generales; la Superintendencia Nacional de Salud, inspecciona, vigila y controla las conductas de los agentes involucrados en las demás funciones del sistema; y el Consejo Nacional de Seguridad Social en salud, CNSSS, organismo de dirección permanente encargado de definir el precio del seguro y el cubrimiento del mismo, entre otras variables del sistema (GES- Observatorio 6, 2002).

**Tabla 1: La regulación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.**

Proceso	Organismo	Función Principal	Instrumentos y herramientas
Normativo	Ministerio de Protección Social	Definir políticas y normas de dirección	-Mercado: estudia y propone los niveles de las variables de mercado (POS, UPC, copagos); reglamenta requisitos para la entrada y operación de aseguradores; implementa políticas para proveedores de servicios (requisitos mínimos de operación, sistema de garantía de calidad, proceso de acreditación) -Financiamiento: desarrolla las políticas y la reglamentación financiera del sistema; coordina la distribución y asignación de los recursos. -Otros: impulsa la descentralización del sector, formula y propone políticas en salud pública y en prevención de la enfermedad y promoción de la salud.
	Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud	Dirigir el sistema en forma permanente	Mercado: define el POS (servicios y medicamentos), UPC, régimen de pagos compartidos y eventos objeto de reaseguro. -Financiamiento: define aportes al sistema (contribución obligatoria de los afiliados), aprueba criterios de utilización y distribución de los recursos del FOSYGA, presupuesta subcuentas (solidaridad y riesgos catastróficos), recomienda y define utilización de recursos (subcuenta promoción). -Operación: define porcentaje de UPC que los aseguradores destinan a promoción y prevención, la forma y condiciones de operación del régimen subsidiado, normas y eventos (urgencias) no previstas en la reglamentación general.
Fiscalización y control	Superintendencia Nacional de Salud	Ejercer inspección, vigilancia y control	Mercado: autoriza la constitución y permanencia en el mercado de las aseguradoras, y la posesión de revisores fiscales en aseguradoras y prestadoras de servicios; reglamenta los programas publicitarios de los aseguradores para evitar y corregir competencia desleal; sanciona el incumplimiento de la reglamentación expedida en el proceso normativo., -Financiamiento: publica los resultados de desempeño financiero de las entidades vigiladas; investiga situaciones financieras (aseguradores y prestadores) y manejo de recursos en el sector desde la generación y el recaudo hasta la utilización; solicita procesos disciplinarios en contra de funcionarios que incurran en conductas sancionables; y aplica las sanciones pertinentes.

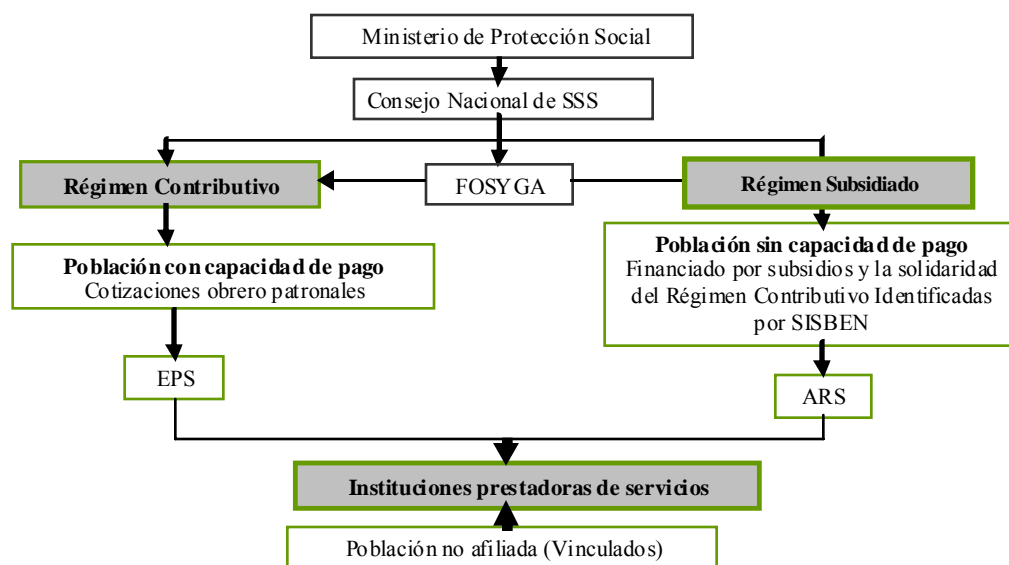
Fuente: Grupo de Economía de la Salud –GES- Observatorio No 6 – 2002

<sup>10</sup> Cuando se diseñó la Ley en 1993 el agente regulador era el Ministerio de Salud, en el año 2002 este ministerio fue fusionado con el Ministerio de Trabajo dando paso al Ministerio de la Protección Social.

La financiación, es gestionada por el Fondo de Solidaridad y Garantía –FOSYGA– quien administra los recursos en salud para los asegurados y no asegurados por medio de cuatro subcuentas: La de solidaridad para la atención de los pobres del Régimen Subsidiado, la de Compensación, para los trabajadores afiliados al régimen contributivo, el ECAT para eventos catastróficos y la subcuenta de promoción y prevención.

El aseguramiento es el pilar del sistema, funciona con dos regímenes de afiliación el contributivo para la población trabajadora, el cual es financiado con aportes obrero patronales del 12% del salario, los cuales son pagados 4% por el empleado y 8% por el empleador, este porcentaje cubre el Plan Obligatorio de Salud –POS–, la promoción y prevención y las licencias de los afiliados al régimen, además de que se gira 1% como solidaridad para el régimen subsidiado. Por su parte este último régimen es financiado por el Estado y las entidades territoriales, y cubre a la población pobre y vulnerable. En la grafica 1, se muestra la estructura de aseguramiento, comenzando por la regulación del sistema y terminando en los niveles de atención. Puede notarse que la población con capacidad de pago pertenece a un régimen y que la pobre a otro, pero que hay una determinada cantidad de personas que no está asegurada, denominadas vinculados, los cuales son atendidos por las Instituciones prestadoras de servicios –IPS– por medio de subsidios a la oferta.

**Gráfico 1: Aseguramiento en el Sistema General de Seguridad Social en Salud**



Fuente: Esquema diseñado por el autor con base en la Ley 100.

## 2. REVISIÓN DE LA LITERATURA SOBRE EL ACCESO A LA SALUD

En este apartado se presentan algunos de los resultados sobre investigaciones en el área de acceso a los servicios de salud. En el ámbito internacional el país latinoamericano que más se ha preocupado por el tema es Chile donde se han desarrollado estudios econométricos sobre el tema. En Colombia la mayor área de investigación en cuanto al Régimen Subsidiado se ha desarrollado entorno a la cobertura y la financiación, no obstante se hallaron dos estudios de “casos” para evaluar el acceso al Régimen Subsidiado y un estudio que analiza si el régimen genera bienestar a sus afiliados.

### Estudios e investigaciones internacionales.

Los estudios internacionales en general desarrollan análisis sobre poblaciones y sectores específicos. Son pocos los estudios de acceso a salud para los sistemas nacionales, sin embargo en Chile se han realizado dos estudios sobre el acceso los servicios de salud y la Organización Mundial de la Salud –OMS- ha evaluado el acceso a la salud y la salud pública. Por lo demás puede decirse que hay diversos estudios sectorizados por edades, regiones y servicios que determinan el acceso para ciertos grupos objetivos, como es el caso de:

- “How far to the hospital? The effect of hospital closures on access to care” (Buchmueller, Jacobson & Wold, 2004) Donde por medio del análisis de la base de datos de hogares Los Angeles County Health Surveys (LACHS) 1997 - 2001 con 8000 registros, la cual se complementa con el reporte anual de hospitales y la especificación econométrica para encontrar el efecto de la distancia de los hospitales sobre el acceso es  $Y_{zt} = \alpha \text{Dis tan } ce_{zt} + X' \beta + \gamma_t + \delta_z + \varepsilon_{zt}$ <sup>11</sup> concluyen que la cercanía de los hospitales disminuye los costos para acceder a los servicios de salud.
- “Geography and racial health disparities” (Chandra & Skinner, 2003) En el paper se utiliza como base de datos el Dartmouth Atlas of Health Care. Este permite clasificar

---

<sup>11</sup> El diseño econométrico es cuasi-experimental donde  $Y$  es el acceso, el vector  $X$  está definido como las características de los individuos de la LACHS, adicionalmente  $z$  determina el espacio geográfico y  $t$  el tiempo, por lo cual los parámetros  $\gamma_t$  y  $\delta_z$  fijan los efectos del tiempo y el área geográfica.

la población atendida en 306 hospitales por código de área con lo cual capturan las disparidades geográficas. Para las disparidades raciales el estudio toma la atención de ataques cardíacos a personas negras y blancas, de 468.663 registros de admitidos en dos años, 439.350 son personas blancas y 29.313 negros. El estudio diseña una variable delta de mortalidad para determinar las disparidades raciales como  $\Delta = E(\text{Mortalidad} | \text{Negro}) - E(\text{Mortalidad} | \text{Blanco})$ . En este estudio encuentran que el acceso a servicios de salud de las minorías está limitado por las disparidades geográficas y la segregación residencial de las poblaciones étnicas.

Es de especial atención que los países desarrollados centren su estudios en situaciones puntuales como la disparidad racial y la distancia de los hospitales en el acceso, sin hacer un análisis general del acceso al sistema, mientras que en América Latina el acceso es evaluado aún para todo el sistema de salud, especialmente se centran en la atención a los pobres. Uno de los sistemas más parecido al colombiano es el chileno, por tanto es de especial interés revisar la literatura de investigaciones sobre acceso en este país. Se encontró que en Chile el acceso es estudiado por Sapelli (1999) quien por medio de un análisis econométrico probabilístico donde la variable dependiente es el acceso y la dicotomía está en si el individuo es atendido o no, esta variable se regresa en función de las variables independientes de características demográficas (edad y sexo) y morbilidad (presencia de enfermedad) Los hallazgos del estudio permiten establecer que las oportunidades en el acceso a un buen servicio de salud están sustentadas por las diferencias en las prestaciones y la calidad de las prestaciones recibidas, adicionalmente, el autor encuentra que el ingreso económico tiene un gran peso en el acceso a la salud, pues la relación entre ambos es directa. La conclusión general es que la diferencia en el acceso está en detrimento de las personas de menor ingreso, y que si bien estas pueden recibir atención, la reciben tarde o es de baja calidad.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud –OMS- (2000) analizó la equidad en el acceso a la salud pública<sup>12</sup> encontrando que los factores que afectan el acceso a la atención en salud son: El tiempo de viaje y la distancia al centro de atención, las diferencias

---

<sup>12</sup> En el documento de la OMS no se entregan detalles de la metodología utilizada para la medición del acceso.

culturales, disponibilidad de recursos propios y la globalización. El tiempo de viaje entre las personas de altos ingresos y de bajos ingresos difiere entre 30 y 45 minutos extras, dado que los pobres viven en zonas periféricas y alejadas de los centros de atención médica. Las diferencias culturales se refieren a la percepción que los individuos tienen del sistema de salud acorde a sus costumbres, como se mencionó en la nota de pie de página 3 las creencias de las personas inducen a que usen o no usen el sistema, por ejemplo, es de esperarse que las comunidades indígenas acudan a tratamientos naturales antes que a tratamientos químicos por medio de fármacos. Y finalmente está la globalización la cual afecta el acceso a los servicios de salud por medio del incremento del costo de los medicamentos determinados por las patentes y los derechos de propiedad intelectual. En cuanto al acceso a la salud pública, se encuentra que este se ve afectado por la financiación, la estructuración de la oferta y la descentralización.

Olivarria (2005) realiza una nueva medición del acceso a la salud en Chile, por medio de un modelo multinomial que compara a los afiliados al subsistema público, el subsistema privado y los no afiliados. En este estudio encuentra que los pobres son probablemente más sanos, pero tienen una menor probabilidad de acceder a los servicios de salud. En este caso debe tenerse claro que el hecho de que los pobres se declaren más sanos no es aleatorio, pues la percepción de la enfermedad está ligada a la posibilidad de tener tiempo y facilidades para tener atención médica, por ejemplo, una persona pobre con el centro de atención lejos y dedicada a la informalidad se verá menos tentada a declararse enferma que una persona con el centro de atención cerca y con posibilidades de asistir a la atención sin ver disminuido su ingreso laboral que no depende de las horas laboradas en un día sino de un salario fijo mensual. Adicionalmente, encuentra que los pobres reciben la atención a través de atención a indigentes y tienen una baja probabilidad de pertenecer al sistema.

### **Estudios e investigaciones nacionales.**

En la revisión de literatura sobre el acceso a los servicios de salud, se encontraron 13 trabajos que permitieron analizar la situación de cobertura antes y después de la Ley 100: Dos trabajos de estudios de casos muestran la problemática del acceso a los servicios de salud en el Régimen Subsidiado y otro muestra el bienestar que brinda a los afiliados el

pertenecer al Régimen. Estos documentos permitieron abordar la situación del Régimen Subsidiado analizando indicadores y medidas de demanda que proporcionaron lineamientos para plantear hipótesis y preguntas claras para el desarrollo de esta investigación, en este apartado se presentan los estudios de caso y los estudios más recientes sobre cobertura y protección del Régimen Subsidiado.

El Grupo de Economía de la Salud –GES (2001) de la Universidad de Antioquia, realizó un estudio de la cobertura y los recursos del Régimen Subsidiado en el cual encontraron que la cobertura manifestó unas tasas de crecimiento en promedio del 1.8% entre 1995 y 1998 año a partir del cual la tasa de crecimiento promedio descendió a 0.6%. En general desde el diseño del sistema de salud colombianos la cobertura ha mostrado una tendencia creciente y se ha constituido en la principal preocupación del Estado, pero, aunque la ampliación de la cobertura es importante, la situación realmente significativa es si los pobres y vulnerable acceden a los servicios de salud porque la existencia del seguro no garantiza una atención efectiva. El estudio, luego de analizar la cobertura plantea la inquietud sobre el acceso desde la perspectiva de que la atención en salud limitada se da porque existen barreras al acceso que no permite a los protegidos obtener los beneficios del seguro, es el caso de la falta de capacidad de pago para cubrir las cuotas moderadoras y los copagos, los costos de transporte para desplazarse hasta los centros de atención, la lejanía de los hospitales, entre otras.

En el estudio sobre la demanda a los servicios de salud de Ramírez, Cortés y Gallego<sup>13</sup> se hace una aproximación a las barreras de acceso y se muestra que algunos hogares no accedieron a servicios de salud por falta de dinero y se demuestra cómo el porcentaje de ingresos corrientes destinado a salud es alto en los hogares colombianos; los hogares que pertenecen a regímenes especiales gastan el 5.7% de su ingreso, los del Régimen Subsidiado el 14.0% y los que no están afiliados el 12.4%. Los principales factores que generan el gasto de bolsillo en los afiliados al Régimen Subsidiado lo constituyen los medicamentos con el 5.48%, la hospitalización con 2.34% y el transporte con 1.34%. Cabe entonces pensar cómo este gasto puede convertirse en barreras de acceso monetario y cómo estas barreras inciden en los estándares de salud de los individuos.

---

<sup>13</sup> The determinants of the health status in a developing country: results from the Colombian case. Universidad del Rosario. Borradores de trabajo. N° 41



La limitación al acceso real puede afectar las condiciones de salud de la población, e incluso alterar los perfiles epidemiológicos, pero esto no se sabe a ciencia cierta pues, en realidad, no se ha realizado ningún estudio que permita evaluar el impacto en indicadores de morbilidad y las estadísticas al respecto no se han consolidado a nivel nacional. (Gaviria, comunicación personal, Septiembre, 2004) Por lo tanto podría especularse que las autoridades se han preocupado por brindar afiliación sin tener evidencia empírica sobre la eficiencia de la inversión en salud, la cual, es de anotar, ha sido creciente en el tiempo.

En los estudios de casos sobre acceso para Colombia, encontramos a Vásquez y Velandia (2001) quienes realizaron un análisis del acceso potencial y real a los servicios de salud para Antioquia, los datos utilizados corresponden a la Encuesta de Calidad de Vida de 1997 y un monitoreo local para los municipios antioqueños con poblaciones inferiores a 50.000 habitantes. La metodología de estimación es un probit donde la variable dependiente es el acceso si es atendido o no y las variables independientes son las características sociodemográficas de la población (ECV, 1997) y la oferta hospitalaria (Monitoreo, 1999) En el estudio encuentran que variables como la edad, el estado de salud y el pago de transporte disminuyen el acceso real a las consultas médicas en el departamento de Antioquia. El estudio concluye que el acceso está determinado por las características del sistema y de la región y que a la hora de acceder a los servicios de salud, la variable que más peso tiene es el costo del transporte, principalmente para las zonas rurales.

Un segundo estudio de casos para Colombia es desarrollado por Ruiz, Acosta, Ardila & otros (Sf) en este estudio se evalúan seis Administradoras del Régimen Subsidiado –ARS-. El estudio encuentra que los factores que influyen en el acceso a los servicios de salud en el Régimen Subsidiado son: las características culturales, la desintegración social y falta de credibilidad en las instituciones. Los factores culturales se refieren a la diversidad cultural de nuestras etnias, por ejemplo, los indígenas que tienen procesos de curación diferentes a los de la medicina general; la desintegración social se refiere a los fenómenos de violencia y desplazamiento que no permiten que la población lleve una vida estable por largos períodos de tiempo en determinadas zonas y, finalmente, la credibilidad en las instituciones está delimitada por la calidad de la atención y la forma en que se solucionan los problemas de salud de la población. En cuanto a la demanda por servicios de salud, el estudio deduce que el aseguramiento hasta ahora no ha generado una

demanda explosiva en el Régimen, es decir no se presenta el problema del riesgo moral, por lo tanto, la demanda de servicios se hace por lo general frente a la necesidad percibida por la presencia de enfermedad<sup>14</sup>. El estudio concluye que el acceso se ve limitado por la poca participación social en el sistema de protección, participación que es influenciada por las entidades territoriales.

En conclusión, los estudios coinciden en que los factores que determinan el acceso a los servicios de salud son: La distancia del centro de atención, la disponibilidad de ingresos y los factores culturales.

### **3. OBJETIVOS Y ALCANCES DE LA INVESTIGACIÓN.**

#### **General**

Determinar las condiciones de acceso real a los servicios de salud en el régimen subsidiado, por medio del análisis de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud –ENDS- de profamilia 2005, para generar recomendaciones de política pública que permitan mejorar las condiciones de acceso a los servicios de salud por parte de la población pobre y vulnerable.

#### **Específicos**

- Observar las características de la demanda de los servicios de salud en el régimen subsidiado.
- Analizar el cambio de la cobertura del SGSSS- Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Evaluar las barreras de acceso de los afiliados al SGSSS, especialmente para los afiliados al Régimen Subsidiado.
- Proponer soluciones viables al problema de acceso a la atención en salud, para efectos de política pública.

---

<sup>14</sup> El problema del riesgo moral aparece ante la presencia del seguro pues se espera que los individuos una vez afiliados a un seguro aumenten su demanda por el servicio aunque a veces no lo requiera, pero según el estudio de Ruiz, Acosta, Ardila & otros concluye que en el régimen subsidiado la población no presenta este tipo de comportamiento sino que demandan efectivamente lo que necesitan.

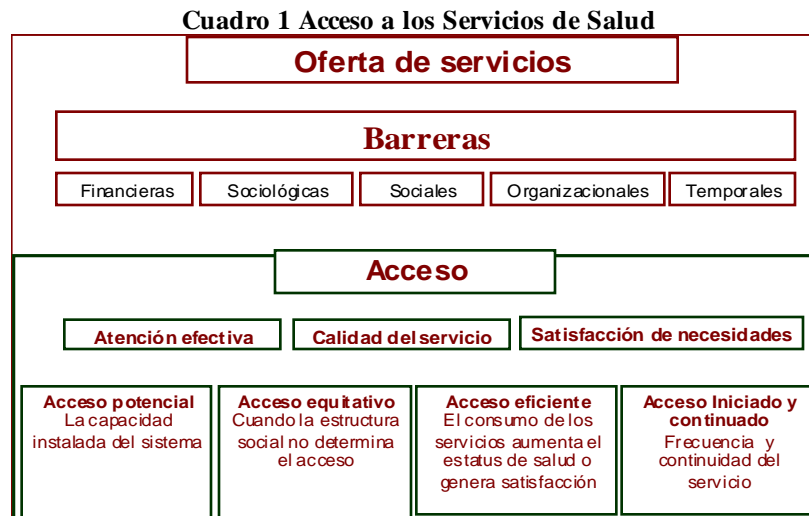
## 4. MARCO TEÓRICO

### 4.1 EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD.

#### 4.1.1 Definición teórica de acceso

El primer problema del acceso es su definición teórica y el entendimiento que se tiene sobre éste, dado que existen múltiples interpretaciones del mismo. Según Andersen (2000, p 4) el acceso a los servicios de salud es asumido como la existencia y la disponibilidad del servicio donde la oferta es necesaria para el acceso mas no es suficiente pues la prueba del acceso requiere la utilización del servicio.

Teóricamente, la mayoría de los sistemas de salud poseen una oferta que está determinada por las instituciones que prestan el servicio de salud, pero no todas las personas logran llegar hasta las instituciones para solicitar el servicio debido a la existencia de barreras financieras, sociológicas, sociales, organizacionales, temporales, entre otras. Estas barreras determinan diferentes grados de acceso a los servicios, por lo tanto, encontramos que el acceso, en general, es la atención efectiva con calidad y satisface la necesidad del individuo, pero que específicamente el acceso puede verse de cuatro formas: El acceso potencial, que está determinado por la capacidad instalada del sistema de salud; el acceso equitativo, donde no hay discriminación de la población; el acceso eficiente, que se da cuando al consumir el servicio el demandante logra mejorar su estado de salud, y el acceso iniciado y continuado, que se relaciona con la continuidad de los tratamientos y la rehabilitación. (Cuadro 1)

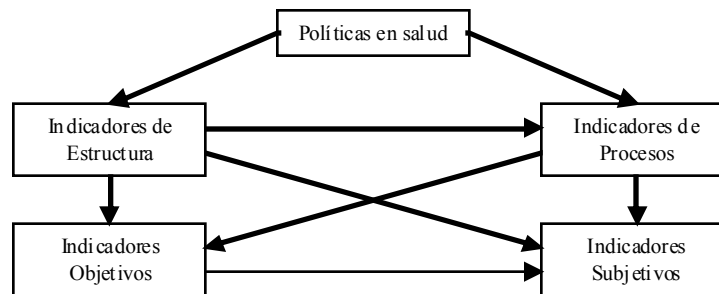


Fuente: Diseñado por el autor con base Andersen 2000.

#### 4.1.2 Procesos del acceso

Para acceder a los servicios de salud provistos por el Estado hay un proceso general establecido, por lo tanto, el estudio sobre el acceso debe hacerse bajo este marco analítico determinado por Aday y Andersen (1974) La estructura parte de tener claridad de las políticas en salud y de evaluar la organización del sistema para ofrecer los servicios por medio de indicadores. En el Gráfico 2 tenemos el proceso delimitado por cuatro indicadores: indicadores de estructura, indicadores de procesos, indicadores objetivos, e indicadores subjetivos.

**Gráfico 2 Estructura del proceso de acceso**



Fuente: Vásquez & Velandia 2001

*Indicadores de estructura:* Las características de la oferta para la prestación del servicio son denominadas indicador de estructura y se caracterizan por la disponibilidad del recurso y la organización. La disponibilidad del recurso, se refiere a los niveles de capital y trabajo usados en la producción de servicios de salud<sup>15</sup>, mientras la organización se refiere a la forma como está constituido el sistema en coordinación y control para la provisión de servicios donde pueden presentarse barreras de entrada, al interior y a la salida, por ejemplo; como barreras de entrada podría pensarse en barreras geográficas como la distancia; como barreras al interior podrían identificarse situaciones como el tiempo adecuado de atención en la consulta médica para identificar la enfermedad y, finalmente, como barreras a la salida está la posibilidad de continuar con un tratamiento que sea periódico.

<sup>15</sup> La atención de las personas depende del volumen de personal profesional en salud, del número de camas y de la disponibilidad de equipos.

*Indicadores de proceso:* Los procesos son indicadores más subjetivos pues dependen de las características propias de los individuos y de la forma como estos perciben la atención en salud. Están dentro de estos indicadores la predisposición, habilidades y necesidades del agente demandante de los servicios. La predisposición, se relaciona con características personales como la edad, el sexo, la cultura y la estructura social del individuo. Las habilidades, hacen parte de las particularidades para lograr acceder al servicio fácilmente, en este campo se ubica el nivel de ingreso como uno de los indicadores principales. La necesidad, es la causa más inmediata para acceder al servicio, pues esta se refiere a la presencia de enfermedad en el individuo.

*Indicadores objetivos:* Se interrelacionan con los indicadores de estructura pues se basan en las características de los mismos, es decir, se enfocan en las calidades del capital humano y del capital físico para la prestación de servicio.

*Indicadores subjetivos:* Dependen de los indicadores de proceso y están determinados por la percepción que los agentes tienen del servicio en términos de atención, calidad y satisfacción.

#### **4.2 EL ACCESO Y LA DEMANDA.**

Como vimos en el apartado anterior, el acceso está determinado en parte por los individuos que desean acceder al sistema de salud y efectivamente entran en contacto con este, desde este punto de vista se hace necesario concebir el comportamiento de la demanda por servicios de salud y el bienestar que estos pueden generar en los individuos.

La preocupación por el comportamiento de la demanda ha abierto el camino hacia una rama de estudio en la economía denominada economía de la salud, la cual se preocupa por estudiar las relaciones entre la salud de los individuos con las variables económicas de productividad, bienes públicos y provisión de los servicios de salud. Dentro de esta área de estudio se han desarrollado grandes avances, como la determinación de un modelo de demanda para los servicios de salud, desarrollada por Grossman en la década de los setenta.

El modelo de Grossman (1999)<sup>16</sup> consiste en una función de utilidad intertemporal de un individuo que es maximizada para una canasta de bienes que contiene salud  $H_t$  y otros bienes  $Z_t$ , descrita por:

$$U = U(\phi_0 H_0, \dots, \phi_t H_t; Z_0, \dots, Z_t), t = 0, 1, 2, \dots, n \quad (1)$$

Donde  $H_t$  es el stock de salud en el período  $t$  o en la edad  $t$ , por tanto  $H_0$  es el estado de salud al nacer. El individuo logra mantener su stock de salud por medio del consumo de servicios para ello se incluye el número de veces que se asiste al sistema como una serie determinada por  $\phi_t$  que es el flujo de servicios por unidad de stock, en base a este se define  $h_t = \phi_t H_t$  como el consumo total de servicios de salud, y  $Z_t$  es el consumo de otros bienes. El modelo de Grossman es un modelo de inversión salud donde el consumo de ésta genera utilidad al individuo. Cuando  $H_t \leq H_{\min}$  el sujeto no tiene posibilidad de invertir en salud y aparece la muerte. Por tanto la ecuación de inversión en salud cuenta con el componente de depreciación determinado por el aumento de la edad o la aparición de enfermedad que disminuyen el stock de salud

$$H_{t+1} - H_t = I_t - \delta_t H_t \quad (2)$$

La ecuación (2) describe la inversión en salud como la inversión bruta en salud ( $I_t$ ) menos el stock de salud ( $H_t$ ) por la depreciación ( $\delta_t$ ), por lo tanto si al individuo le interesa maximizar su utilidad deberá incluir en su canasta de bienes la inversión en salud más el consumo de otros bienes es así como la utilidad del individuo contiene

$$I_t = I_t(M_t, TH_t; E_t) \quad (3)$$

$$Z_t = Z_t(X_t, T_t; E_t) \quad (4)$$

La ecuación (3) muestra cómo la inversión bruta en salud depende de la atención médica ( $M_t$ ), el tiempo invertido en actividades saludables ( $TH$ ) y el stock de capital humano ( $E_t$ ), por su parte el consumo de otros bienes depende de la cantidad de bienes ( $X_t$ ) el tiempo dedicado a conseguir dichos bienes ( $T_t$ ) y también depende del stock de capital humano. Vemos entonces que el tiempo juega un papel importante como restricción

<sup>16</sup> El modelo de Grossman fue desarrollado en 1972 y el documento citado acá es un paper reeditado en 1999.

para los individuos, pues deben repartirlo entre el trabajo, la inversión en salud y la adquisición de otros bienes de comodidad. Según los hallazgos de Grossman hay un electo adicional para agregar al tiempo de los individuos y es  $(TL_t)$  que representa la pérdida de tiempo por enfermedad, el autor determina que la pérdida de tiempo por enfermedad está inversamente relacionada con el stock de salud y con el tiempo de trabajo por lo cual tiene influencia sobre los ingresos de las personas no sanas.

Luego de establecer la función de utilidad para los individuos, Grossman se detiene a analizar los diferentes factores que determinan la demanda de salud por medio de diferentes ejercicios econométricos por mínimos cuadrados ordinarios y análisis estadísticos encontrando un modelo de demanda con las siguientes características:

$$H_t = \beta_1 Y_t + \beta_2 E_t + \beta_3 D1 + U_t \quad (5)$$

Donde  $Y_t$  es el ingreso, que tiene un efecto positivo sobre la demanda de salud  $H_t$ ,  $E_t$  es la educación, también de relación positiva, D1 la depreciación que disminuye la salud y el término  $U_t$  es el error. En general, los resultados encontrados son los siguientes:

Tenemos entonces que un individuo consume  $(H_t, Z_t)$  y maximiza su utilidad en la elección de una canasta, elección que es transitiva frente a un conjunto de opciones, por lo tanto elegirá la combinación de bienes que le generen mayor beneficio en términos de bienestar. Si  $H_t$  depende de la cantidad de tiempo que el individuo invierte en salud y del stock de salud inicial, el individuo maximizará su utilidad ante el consumo de atención médica el cual ocurre cuando el individuo accede al servicio de salud, bajo esta perspectiva podemos hacer una modificación al modelo de Grossman y asumir que  $H = \text{Acceso}$  por tanto la ecuación (5) cambia a:

$$\text{Acceso}_t = \beta_1 Y_t + \beta_2 E_t + \beta_3 D1 + U_t \quad (6)$$

La variación al modelo de Grossman nos permite plantear la posibilidad de medir el acceso con una variable dicotómica probabilística, donde el individuo podrá realizar un mayor consumo de H que maximice U cuando acceso sea igual a 1. Este modelo será la base de las estimaciones econométricas desarrolladas en el capítulo 5.

## 5. EL RÉGIMEN SUBSIDIADO: ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS

### Estructura de aseguramiento.

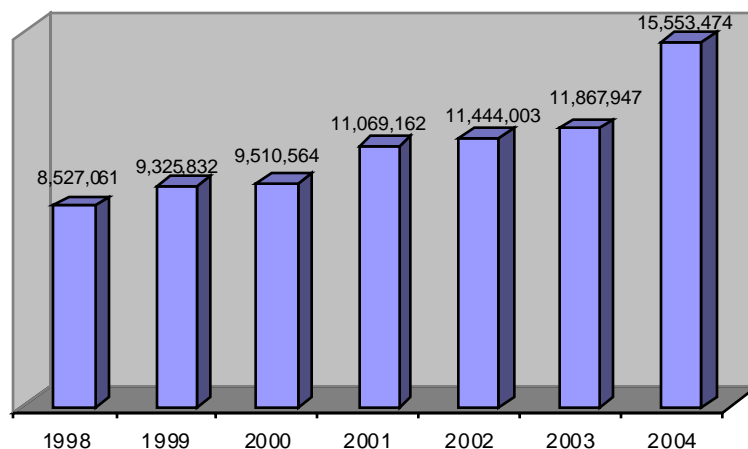
Para ser afiliado al régimen subsidiado la población es previamente identificada como pobre por medio de un mecanismo de identificación de beneficiarios denominado SISBEN, que clasifica a la población en seis niveles, 1, 2, y 3 son las categorías de los más pobres. El ser clasificado como SISBEN 1 o 2, da derecho automático a los jefes de hogar de pertenecer al sistema con todo su grupo familiar.

El mecanismo SISBEN es aplicado por la alcaldía, los beneficiarios del subsidio ingresan a una ARS como asegurados y estas se encargan de contratar con las IPS para que la población reciba la atención. Las ARS reciben del FOSYGA el valor de la Unidad de Capitación –UPC- por afiliado, esta capitación debe cubrir los costos de la atención contratados con las IPS.

Bajo esta metodología se han logrado afiliar en el país a 15.553.474 personas para diciembre del año 2004, por tanto el número de afiliados ha crecido en 82.39% entre 1998 y 2004 (ver

Gráfico 3). El aumento en el número de afiliados entre el 2003 y el 2004 se ha presentado por los esfuerzos del Ministerio de la Protección por aumentar los niveles de cobertura del Sistema General de Seguridad en Salud con miras a lograr el principio de universalidad.

**Gráfico 3: Afiliados al Régimen Subsidiado 1998-2004**



Fuente: Informe del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud- ICNSSS 2004-2005

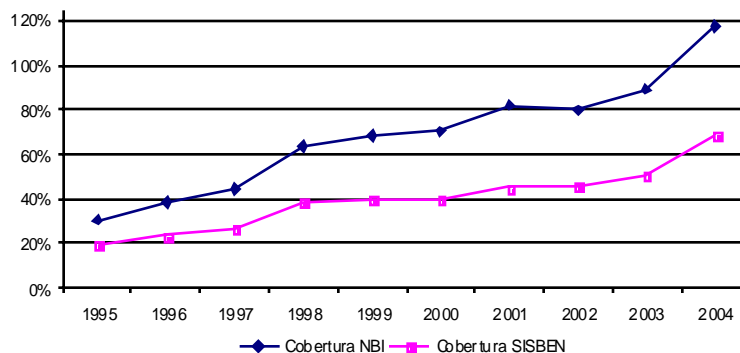


El crecimiento de los afiliados en el régimen subsidiado es un gran avance en términos de protección a la población pobre, pues antes de la implementación del sistema la cobertura era por persona y no por núcleo familiar como lo es actualmente. Se estima que antes de 1993 el 50% de la población no tenía posibilidad de acceso a los servicios de salud (Ministerio de Salud, 1994) ver anexo 1. En el siguiente apartado veremos con más detalle la evolución de la cobertura pues los avances del sistema son innegables en materia de brindar protección general a la población aunque no haya logrado las metas de universalización propuestas para el año 2000.

### Cobertura del régimen.

En el apartado anterior vimos el aumento del número de afiliados al sistema. Con base a este dato se puede evaluar la cobertura como proporción de la población pobre, esta se puede estimar por diferentes metodologías, en este caso aplicaremos dos instrumentos diferentes, en primera instancia se medirá el número de afiliados como proporción de la población NBI y luego como proporción de la población SISBEN. Con ambas metodologías la cobertura mantiene una tendencia creciente. En el Gráfico 54, vemos que la proporción de cobertura SISBEN ha aumentado del 20% en 1995 hasta el 70% en el 2004. La cobertura NBI aumenta por encima del 100% después de 2003, cabe aclarar que los niveles de cobertura NBI son mayores al 100% dado que la población afiliada no se focaliza por este criterio.

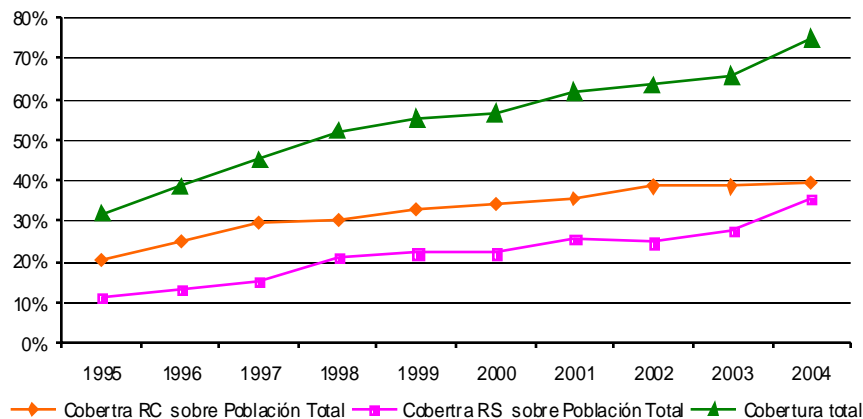
**Gráfico 4: Cobertura al Régimen Subsidiado**



Fuente: DNP, Cálculos del autor

El comportamiento del régimen subsidiado ha sido consistente con los esfuerzos del gobierno nacional por aumentar la cobertura universal. En el Gráfico 5, se muestra la evolución total del sistema en la cual la cobertura ha aumentado del 30% al 76% en el territorio nacional, la cobertura del régimen subsidiado muestra una tendencia creciente, mientras que el régimen contributivo tiene un estancamiento en los tres últimos años, una hipótesis a este estancamiento la constituye el hecho de que el régimen subsidiado se encuentra ligado al sector formal, el cual se vio muy afectado después de la crisis económica de 1998.

Gráfico 5: Cobertura Total del Sistema

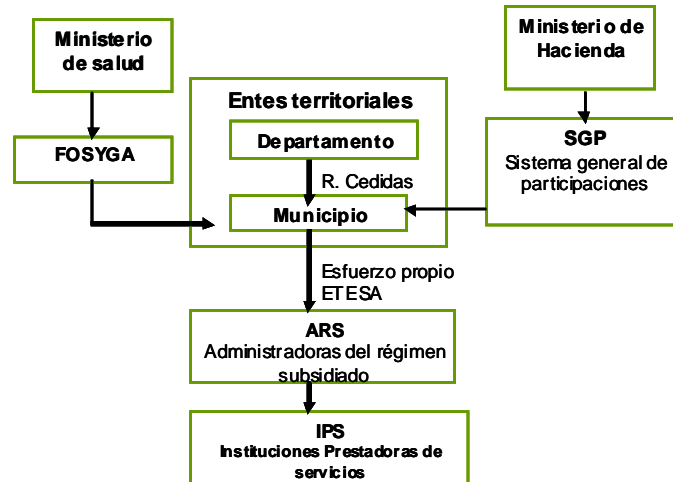


Fuente: DNP, Cálculos del autor

## Financiación.

La financiación del régimen subsidiado se presenta en el Cuadro 2 donde se muestra el esquema de financiamiento nacional después de la ley 715 de 2001. El esquema de financiamiento muestra una descentralización de los recursos pues el Sistema General de Participaciones hace giros directamente a los municipios, lo cual agiliza el flujo de los pagos dentro del sistema (Ver anexo 2) este tipo de estructura permitió un mayor crecimiento de los afiliados al régimen subsidiado con un gasto de crecimiento estable (ver anexo 3)

Cuadro 2: Financiación del Régimen Subsidiado según Ley 715



Fuente esquema diseñado con base en la Ley 715

Para evaluar la relación de las finanzas con el crecimiento de los afiliados se realizó un cluster municipal con el monto de las transferencias y los niveles de cobertura para 16 agrupaciones en donde los niveles 7 al 16 comprenden las principales ciudades capitales y los distritos especiales. La agrupación se realizó utilizando las variables Transferencias<sup>17</sup>, Esfuerzo propio, Cobertura del SISBEN, Población NBI y Población por atender en el sistema.

La Tabla 2 modela el resultado del cluster en donde los tres primeros grupos concentran la mayoría de la muestra, dada esta caracterización el análisis se hace en dos partes, primero se toman los tres grupos con mayor población y luego el resto. Para el primer caso, donde se concentran los grupos 1, 2 y 3 tenemos que el grupo 3 posee las mayores transferencias al tiempo que tiene la mayor cobertura. Entre los grupos 6 y 14 se denotan altas transferencias pero estas no alcanzan a impactar la cobertura, pues hay una alta proporción de población pobre. Lo que tenemos es que a mayor monto de dinero girado al municipio hay una mayor cobertura siempre y cuando los niveles de población pobre no sean muy altos, pues cuando los municipios tienen altos niveles de población pobre, los alcances en cobertura no superan el 55%, por tanto las características de estos últimos grupos es que el NBI pesa más sobre la cobertura que el monto de las transferencias.

<sup>17</sup> Las transferencias se refieren a la cantidad SGP que es destinado al municipio para cubrir los gastos de salud.

Tabla 2 Análisis de agrupación.

Clasificación	Transferencias	Esfuerzo	Cobertura SISBEN	Población NBI	Población por atender	Numero de Municipios
Grupo 1	688,375,115	196,892,652	0.53	9,488		15
Grupo 2	764,439,875	231,885,062	0.65	6,486	6,888	916
Grupo 3	2,715,871,055	944,619,873	0.81	25,165	24,249	118
Grupo 5	6,041,134,330	2,302,480,482	0.70	58,204	50,514	8
Grupo 7	9,056,366,111	902,143,166	0.91	56,884	99,093	3
Grupo 4	9,104,847,213	4,066,562,808	0.41	73,507	68,553	8
Grupo 6	12,082,205,079	4,599,486,070	0.54	79,076	76,893	5
Grupo 7	18,377,296,393	-	0.36	154,912	130,454	1
Grupo 8	14,774,407,962	7,000,312,449	0.47	92,070	78,562	1
Grupo 9	15,918,867,109	8,465,135,119	0.52	92,043	104,346	1
Grupo 10	20,544,054,707	6,962,071,997	0.21	167,290	233,137	1
Grupo 11	47,026,199,149	11,298,467,623	0.32	271,733	295,844	1
Grupo 12	43,189,011,471	-	0.33	244,960	390,208	1
Grupo 13	58,429,128,943	18,040,837,148	0.38	379,875	514,147	1
Grupo 14	46,357,397,033	44,316,440,808	0.48	210,239	270,387	1
Grupo 15	236,024,895,157	218,198,506,112	1.18	875,757	939,966	1
Total municipios						1,082

Fuente: DNP Ministerio de Protección Social, cálculos del autor

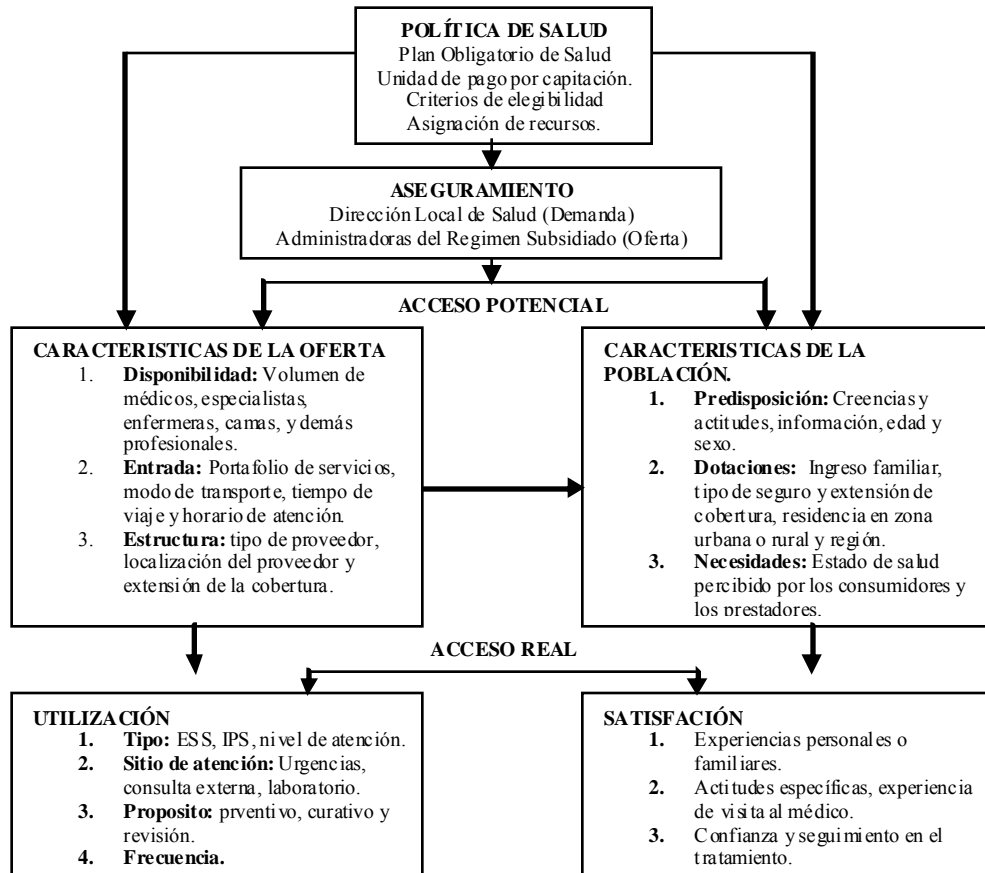
### Características sociodemográficas: Procesos de acceso.

Recogiendo todos los elementos del marco analítico presentados en el apartado 4.1 se puede pensar en el diseño de la medición de los determinantes del acceso. Para el análisis se usará un esquema realizado por el Grupo de Economía de la Salud de la Universidad de Antioquia, presentado en el Observatorio N.3 (2001), este esquema presenta la política de salud implementada por medio de los planes obligatorios, la unidad de pago por capitación, criterio de elegibilidad y la asignación de recursos. El acceso potencial se define desde los electos de oferta del sistema y por las características de la población, es decir por la estructura de demanda que al interactuar dan paso a al acceso real.

El acceso real se da por la utilización efectiva de los recursos desde la oferta y la satisfacción del usuario desde la demanda. Tenemos entonces que el concepto de acceso es complicado y con diversas especificaciones, pues el acceso es un proceso complejo que involucra desde la formulación de las políticas de salud hasta la satisfacción del usuario; y es el que concreta en la práctica el componente más real del derecho a la salud, siendo así uno de los elementos centrales para el análisis de la equidad en salud.

Con este esquema final, y teniendo en cuenta las definiciones anteriores, podemos definir nuestra variable de interés como los determinantes de acceso potencial y real al Régimen subsidiado de salud en Colombia para el 2005.

**Cuadro 3: Condiciones de acceso al Régimen Subsidiado**



Fuente: Grupo de Economía de la Salud –GES- Observatorio 6

La información para llevar a cabo el proyecto corresponde a la Encuesta Nacional de demografía y Salud (ENDS, 2005) de profamilia. Las preguntas por medio de las cuales se captara la información básica son las del módulo de hogares y en el anexo 4 se entrega un análisis similar usando la Encuesta de Calidad de Vida de 2003.

Los resultados de este trabajo se refieren a las características de la demanda de servicios de salud, basado en los esquemas de indicadores se desarrollan los patrones de procesos partiendo de las características de los individuos, en el sticas descriptivas de acceso dada la información contenida en las encuestas.

Cuadro 4 se muestra como se dividen y clasifican las estadísticas descriptivas de acceso dada la información contenida en las encuestas.

**Cuadro 4: Procesos para analizar el acceso a Salud.**

Indicadores de estructura	Indicadores objetivos	Indicadores de proceso	Indicadores subjetivos
<b>Organizativas:</b> Centro de atención lejos Muchos trámites para la cita No le han resuelto el problema	Servicios utilizados en medicina general y hospitalización	<b>Características de los individuos:</b> Edad, género, Estado civil, educación y posición ocupacional	Calidad del servicio Oportunidad del servicio Pago por los medicamentos formulados
<b>Disponibilidad de recurso:</b> <b>Producción de las ESE (Empresas Sociales del Estado):</b> Consultas generales, Hospitalización, Odontología, Laboratorio y Urgencias		<b>Predisposición:</b> Tiempo Percepción del servicio	
<b>Personal:</b> Profesionales médicos Enfermeras Profesionales odontológicos		<b>Habilidad:</b> Facilidad, tener el seguro Barreras, no usar el servicio por falta de dinero	

Fuente: Esquema diseñado por el autor.

### Indicadores de proceso: Características sociodemográficas de la población

Los indicadores de procesos tienen que ver con la población, en la Tabla 3 se presentan las proporciones de afiliados al sistema y sus características discriminadas por género, para la ECV de 2003 y la ENDS de 2005.

**Tabla 3 Indicadores de proceso de los afiliados al Régimen Subsidiado**

	ECV 2003			ENDS 2005		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Afiliados ARS	46%	54%		48%	52%	
Jefe de Hogar			24%			25%
Conyuge			18%			19%
Hijos			46%			49%
Dependientes			13%			7%
Edad promedi	27	29		24	25	
Edad maxima	93	99		93	99	
<b>Educación</b>						
Primaria incor	30%	32%		41%	42%	
Primaria Com	15%	15%				
Secundaria in	9%	11%		43%	42%	
Tecnica o Uni	14%	1%		3%	0.1%	
Sin estudio	33%	41%		13%	16%	
<b>Empleabilidad</b>						
Empleados			26%			
Cuanta propia			41%			
Trabajo familiar			11%			
Trabajo finca			9%			
Negocio Familiar			7%			
Jornalero			6%			

Fuente: ECV 2003 – ENDS 2005. Cálculos del autor

Los resultados permiten ver que la mayoría de afiliados al régimen son mujeres y en la estructura de cobertura del hogar la mayoría son hijos. Ambas muestras contienen una edad máxima para hombres y mujeres de la misma magnitud. Lo que si difiere ampliamente entre las muestras es el nivel educativo de los individuos. Bajo estas características se espera una demanda alta por servicios de salud dada la alta proporción de mujeres e hijos cubiertos por el régimen subsidiado. Esta alta demanda se espera por que las características fisiológicas de las mujeres con una edad promedio de 29 años, determinan una demanda mayor por situaciones como el embarazo y los menores de edad, por ejemplo, son más vulnerables a las enfermedades infecciosas.

### Indicadores subjetivos: análisis socio demográfico de acceso a los servicios

Dentro de los indicadores subjetivos capturados por las encuestas está el estado de salud percibido. Para la ENDS de 2005 se denota un mayor porcentaje de personas enfermas respecto a la ECV de 2003. Una posible razón de esta situación la puede determinar el hecho de que la ENDS está enfocada a variables de salud y las personas se ven más incentivadas a declararse enfermas<sup>18</sup>.

**Tabla 4 Estado de Salud Percibido**

Estado de salud percibido	ECV 2003			ENDS 2005		
	Se enfermó	No se enfermó	Total	Se enfermó	No se enfermó	Total
Excelente				885,718 2.11%	1,891,705 4.50%	2,777,423 6.61%
Muy bueno	33,879 0.08%	2,035,587 5.04%	2,069,466 6.06%	1,009,495 2.40%	1,535,839 3.65%	2,545,333 6.06%
Bueno	1,402,270 3.47%	22,093,755 54.73%	23,496,025 58.21%	9,393,114 22.35%	16,530,000 39.34%	25,930,000 61.69%
Regular	2,110,629 5.23%	10,821,996 26.81%	12,932,625 32.04%	4,285,113 10.20%	5,750,273 13.68%	10,040,000 23.88%
Malo	586,169 1.45%	1,281,327 3.17%	1,867,496 4.63%	303,614 0.72%	437,930 1.04%	741,545 1.76%
<b>Total</b>	4,132,948 10.24%	36,232,664 89.76%	40,365,612 100%	15,880,000 37.78%	26,150,000 62.22%	42,030,000 100%

Fuente: ECV 2003 y ENDS - Profamilia 2005. Cálculos del autor

<sup>18</sup> LA declaración de enfermedad o no enfermedad dentro de las encuestas se constituye en un sesgo de selección para las estimaciones econométricas, este tema se abordará en el apartado de las estimaciones econométricas.

En esta encuesta notamos que el 6.61% considera tener un estado de salud excelente, el 6,06% siente su estado de salud muy bueno, bueno el 61.69%, regular el 23.88% y malo el 1,76%. Del total a los que se les preguntó por el estado de salud se enfermaron un 37.78%. La Tabla 4 muestra que en el régimen subsidiado el 25,5%<sup>19</sup> percibe su salud como regular o malo, el resto perciben un estado de salud saludable, esto lleva a pensar en que la demanda de salud por estado percibido será menor, la cuestión inquietante es si el 61.69% que percibe un estado salud bueno no tienen una aceptación de enfermedad, así por ejemplo un padre de familia trabajador informal podrá sentirse enfermo pero la necesidad de trabajar para llevar el sustento a su casa no lo incentiva a revelar su verdadero estado de salud y lo declara como bueno.

### Indicadores de estructura: análisis sociodemográfico del uso de los servicios

Los indicadores de estructura analizan las características de la oferta para la prestación del servicio, en el caso de la encuesta de demografía y salud analizamos la utilización de los servicios de quienes sintieron la necesidad de atención y no asistieron al médico por barreras de tipo geográfico, lo cual se determina tomando la pregunta sobre por la cuál no se solicitó asistencia médica, en esta el 2.97% no accedieron por que el centro queda lejos y por que no tenían tiempo el 9.23% valores de la Tabla 5 Barreras de Uso. Adicionalmente se puede observar que la principal barrera de acceso al servicio médico es la falta de dinero, sin embargo, se encuentra que una barrera importante para la persona es la calidad del servicio, donde 12.95% del total de los afiliados que se enfermaron no asistieron por la mala calidad del servicios, una de las posibles explicaciones a este fenómeno es el diseño del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado pues los tratamientos entregados pueden no solucionar en algunos casos el problema de enfermedad.

**Tabla 5 Barreras de Uso**

Barreras de acceso de uso	
No tenía tiempo	9.23%
El centro de atención queda lejos	2.97%
Falta de dinero	37.28%
Muchos trámites para la cita	9.33%
Servicio es malo	12.95%
Otros	30.82%

Fuente: ENDS - Profamilia 2005. Cálculos del autor

<sup>19</sup> Nótese que el 25.5% se obtiene de sumar los porcentajes de la población afiliada al régimen subsidiado que sienten estado de salud regular 23.88% y estado malo 1.76%



En la Tabla 6 se observa la distribución de las barreras y el porcentaje total para cada tipo de afiliación ante la presencia de enfermedad, en general el 92.67% asistieron al médico ante la presencia de enfermedad, de los que no asistieron el 2.4% no lo hicieron por que le caso era leve y el 1.8% por falta de dinero. Si analizamos la tabla por afiliación encontramos que las barreras de acceso más altas las tienen los afiliados al Instituto de Seguros Sociales y los Afiliados a las ARS con unas barreras de acceso de 4.49% y 4.16% respectivamente. Sin duda alguna los no afiliados y quienes no saben si están afiliados tienen las barreras de acceso más altas con el 14.5% donde la barrera de los vinculados representa el 9.29%. En el anexo 4 se muestra el cálculo de la barrera de acceso para la ECV de 2003 la cual asciende al 17.4% para los afiliados al Régimen Subsidiado y del 40% para los no afiliados al sistema.

Tabla 6 Barreras de acceso

Razón no solicitó atención médica	ISS	EIS	ARS	Empresa solidaria	Fuerzas militares	Ecopetrol	Magisterio	Foncol Puertos	No está afiliado(a)	No sabe	Total	% Total
Asistió	413,773	3,302,664	6,528,961	20,902	314,816	1,608	514,476	4,099	3,499,076	112,323	14,712,699	92.67%
Caso leve	15,206	103,879	121,678	1,129	10,436	178	17,705	.	121,609	3,132	394,953	2.49%
Falta de tiempo	1,542	11,879	37,931	65	165	.	370	.	17,291	1,690	70,935	0.45%
Servicio queda lejos	376	2,459	13,046	.	601	.	50	.	6,321	.	22,853	0.14%
Falta de dinero	839	4,272	44,617	78	160	.	24	.	234,690	2,177	286,857	1.81%
Servicio es malo	10,013	27,083	45,073	239	41	.	208	.	15,500	1,490	99,648	0.63%
No lo atendieron	55	519	7,963	195	.	.	978	.	6,203	.	15,913	0.10%
No confía en médicos	1,550	9,762	24,027	.	.	.	.	.	16,510	102	51,951	0.33%
No resuelven el problema	818	12,193	31,382	100	216	.	81	.	17,665	.	62,455	0.39%
Muchos trámites	2,047	6,370	38,773	57	2,451	.	298	.	21,700	62	71,757	0.45%
Otra	2,193	14,748	40,631	65	1,383	.	5,510	.	22,426	79	87,033	0.55%
Total	448,413	3,495,828	6,934,083	22,830	330,270	1,786	539,700	4,099	3,978,990	121,055	15,877,054	100.00%
<b>BARRERA</b>	<b>4.49%</b>	<b>2.63%</b>	<b>4.16%</b>	<b>3.68%</b>	<b>1.57%</b>	<b>0.00%</b>	<b>1.44%</b>	<b>0.00%</b>	<b>9.29%</b>	<b>4.75%</b>	<b>4.97%</b>	

Fuente:ENDS - Profamilia 2005. Cálculos del autor

### Acceso a los servicios de salud. Estimaciones econométricas.

Para este estudio los factores de acceso están determinados por las características de la demanda, los cuales incluyen edad, educación, quintiles de pobreza, y tipo de afiliación a salud. En el Cuadro 5, puede observarse de manera agregada la distribución de la población colombiana de acuerdo a su estado de afiliación.

Cuadro 5: Clasificación de la población total según ENDS y ECV

EPS, Prepagada, Regímenes especiales, ISS, otra afiliación pagada <u>22.27%</u>	
Población SISBEN <u>NO</u> carnetizada.  Nivel III, Indigentes,...  <u>24.22%</u>	Población SISBEN <u>Carnetizada</u> . Afiliados al Régimen Subsidiado <u>44.43%</u> <b>No enfermo</b>
	Afiliados al Régimen Subsidiado <b>Enfermo</b> Asiste o no asiste

De acuerdo a la ENDS de Profamilia, se puede observar la distribución porcentual de afiliación al sistema, donde los afiliados a las ARS son el 44.43%, seguidos por los afiliados a las EPS con el 22.27%, los regímenes especiales suman el 5,5%, los no afiliados ascienden a 24.22% y hay un porcentaje del 3.58% que no saben si están afiliados o no. La Tabla 7 muestra la distribución de afiliación y la presencia de enfermedad para los encuestados en el último mes, del total de afiliados el 37.78% manifestó haber estado enfermo, de los cuales el 43.67% pertenecían a las ARS, no afiliados 25.06% y afiliados a las EPS 22.02%. La muestra para realizar el análisis econométrico la constituyen los enfermos para la determinación del acceso real y para la probabilidad de enfermarse de toma toda la muestra.

Tabla 7 Afiliación y enfermedad en el SGSSS

Sistema de afiliación	Enfermo		No Enfermo		Total	
	Personas	%	Personas	%	Personas	%
ISS	448,413	2.82%	738,107	2.82%	1,186,521	2.82%
EPS	3,495,828	22.02%	5,865,408	22.43%	9,361,236	22.27%
ARS	6,934,083	43.67%	11,737,996	44.89%	18,672,078	44.43%
Empresa solidaria	22,830	0.14%	65,818	0.25%	88,648	0.21%
Fuerzas militares	330,270	2.08%	426,327	1.63%	756,597	1.80%
Ecopetrol	1,786	0.01%	4,271	0.02%	6,057	0.01%
Magisterio	539,700	3.40%	900,339	3.44%	1,440,039	3.43%
Foncolpuertos	4,099	0.03%	5,931	0.02%	10,031	0.02%
No está afiliado(a)	3,978,990	25.06%	6,201,707	23.72%	10,180,697	24.22%
No sabe	121,055	0.76%	204,802	0.78%	325,857	0.78%
<b>Total</b>	<b>15,877,054</b>	<b>37.78%</b>	<b>26,150,708</b>	<b>62.22%</b>	<b>42,027,761</b>	<b>100%</b>

Fuente: Profamilia 2005. Cálculos del autor

Para determinar la probabilidad de acceso es necesario identificar la variable que la medirá, en este caso se toma como el hecho de asistir al médico ante la presencia de enfermedad, esta variable se ve afectada por las siguientes barreras: Falta de tiempo,

Servicio queda lejos, Falta de dinero, Servicio es malo, No lo atendieron, No confía en médicos, No resuelven el problema, Muchos trámites u Otra.

Para determinar la probabilidad de acceso se pensó en usar un modelo Probit de la siguiente forma:

$$\Phi(\text{Acceso}) = f(\text{Indicadores de procesos, afiliación, variables regionales})$$

Donde  $\Phi$  representa la distribución probabilística de acceder al sistema de salud, donde acceso=1 si asiste al médico ante la enfermedad y acceso=0 si no asiste. Los indicadores de procesos están determinados por las características sociodemográficas de la población constituidas por la educación, la edad y el sexo. Las variables de afiliación están determinadas por el tipo de seguro que tiene el individuo en cualquiera de los regímenes (Contributivo, Subsidiado, Especial) o la no afiliación al sistema. Finalmente las variables regionales se constituyen por las regiones Andina, Oriental, Amazonía, Pacífica y Caribe.

Este primer modelo se probó con la ENDS (2005) y encontramos una probabilidad de acceso del 90% para los afiliados al sistema, donde las características de la población, el tipo de afiliación, la educación y la región juegan un papel determinante a la hora de acceder a los servicios de salud. Los resultados muestran una alta probabilidad de acceso al régimen subsidiado, sin embargo, al realizar el modelo probabilístico se está subestimando la muestra, dado que en la base de datos es viable identificar el acceso para los que se enfermaron y los que no se enfermaron son valores perdidos, por lo tanto existe un sesgo de la muestra. Para corregir este problema (Heckman 1979) propone una regresión probit en dos etapas<sup>20</sup>, donde primero se establece la probabilidad de enfermarse y usando esta regresión probit se determina en una segunda etapa la probabilidad de acceso:

$$\Phi(\text{Enfermo}) = f(\text{Indicadores de procesos, afiliación, variables regionales, ingresos, condiciones de vida})$$

De esta forma  $\Phi(\text{Enfermo})$  estimada se ajusta como una variable a la regresión inicial de acceso. El planteamiento formal se define desde un punto de vista analítico con la existencia la siguiente ecuación latente

$$Y^*_j = X_j\beta + u_{1j}$$

Dado lo anterior el resultado binario es observado por la ecuación PROBIT:

---

<sup>20</sup> Este modelo se conoce como Heckman Probit.

$$Y^{probit}_j = (Y_j^* \geq 0)$$

Para capturar el efecto de la enfermedad se introduce la ecuación

$$Z_j\gamma + u_{2j} \geq 0$$

Y de esta forma queda el PROBIT ajustado

$$Y^{final}_j = (Z_j\gamma + u_{2j} \geq 0)$$

En donde:  $u_1 \sim N(0,1)$ ,  $u_2 \sim N(0,1)$  y  $\text{corr}(u_1, u_2) = \rho$

Al correr un Heckman probit para el acceso, controlando por la probabilidad de enfermarse se obtienen los resultados de la Tabla 8.

**Tabla 8 Heckman Probit de Acceso**

Variable	Enfermo	Acceso
Constante	0.3593 (0.0014)***	2.9559 (0.0366)***
Edad	0.0027 (0)***	-0.008 (0.0002)***
Edad al cuadrado	0.0000012 (0)***	0.000051 (0)***
Educación	0.0018 (0.0001)***	
Educación al cuadrado	-0.0001 (0)***	
Afiliación ISS	-0.0218 (0.0013)***	-0.1774 (0.0042)***
Afiliación ARS	-0.0564 (0.0006)***	-0.2083 (0.0029)***
Afiliado Régimen especial	-0.0437 (0.0009)***	0.249 (0.0049)***
No afiliado	-0.1124 (0.0006)***	-0.6108 (0.0045)***
Afiliado NS/NR	-0.0373 (0.0023)***	-0.199 (0.008)***
Región Atlántica	-0.0631 (0.0012)***	-0.0138 (0.0043)***
Región Bogotá	-0.0346 (0.003)***	-0.1566 (0.0091)***
Región Central	0.0849 (0.0014)***	0.1058 (0.0054)***
Región Oriental	-0.3324 (0.0017)***	-0.6178 (0.0127)***
Región Orinoquía y Amaz	-0.1264 (0.0012)***	0.1367 (0.0055)***
Hombre	0.0177 (0.0004)***	

Variable	Enfermo	Acceso
Quintil Medio	-0.0086 (0.0008)***	-0.1721 (0.0028)***
Quintil Muy Pobre	0.1549 (0.0008)***	-0.124 (0.0053)***
Quintil Muy Rico	-0.1201 (0.0011)***	-0.0056 (0.0059)***
Quintil Pobre	0.0712 (0.0008)***	-0.2064 (0.0034)***
Sin alcantarillado	-0.0388 (0.0005)***	
Sin nivel educativo		-0.1847 (0.0059)***
No sabe el nivel		0.0543 (0.0081)***
Con postgrado		0.1319 (0.0105)***
Con preescolar		0.1684 (0.006)***
Con Primaria		0.0668 (0.0031)***
Con secundaria		0.0935 (0.0029)***
Con tecnológico		0.3508 (0.005)***
Observaciones expandidas	42'030.000	
Rho	2.4	

La regresión que controla la enfermedad indica que los valores positivos influyen de manera directa en el hecho de enfermarse, mientras que valores negativos dan indicios de bienestar en salud. Así por ejemplo, el hecho de ser muy pobre afecta de manera directa en el hecho de enfermarse al igual que lo afecta el hecho de no tener alcantarillado.

Por otro lado la regresión de acceso muestra que entre menor sea el valor menor es el acceso y por ende mayor la barrera de acceso al sistema. Las variables probabilísticas arrojan los siguientes resultados:

- En las variables de ingreso donde la variable dummy cero es el quintil rico, se denota, por ejemplo, que el hecho de ser muy rico implica un mayor acceso al sistema y el hecho de ser muy pobre indica una mayor barrera.
- Por regiones tomando como cero la región pacífica se presenta una mayor barrera de acceso en la región oriental seguida por Bogotá, Atlántico y Orinoquía mientras que la región central se muestra bastante acceso al sistema.

- Progresivamente la educación muestra que a mayor nivel de educación menor es la barrera de acceso a la salud.
- Por último los sistemas de afiliación muestran un orden de mayor acceso empezando por los regímenes especiales, el seguro social, el SISBEN, las personas que no saben su sistema y por último aquellos que no pertenecen a ningún sistema de salud. En este caso la variable dummy cero es la afiliación al régimen contributivo

Este ultimo resultado es el más importante de la regresión, pues muestra como la afiliación al sistema de salud garantiza el acceso a los servicios de salud para los afiliados por encima de los no afiliados. En definitiva si se es afiliado a un régimen especial se tiene mayor acceso que si se es afiliado al contributivo, sin embargo ser afiliado al contributivo genera mayor acceso que ser afiliado al subsidiado y a su vez ser afiliado al subsidiado da mayor acceso que no ser afiliado al sistema. Esto permite concluir que el aseguramiento, manteniendo lo demás constante, garantiza un mayor acceso a los servicios de salud.

En el Anexo 4 se realizan las estimaciones econométricas con la Encuesta de Calidad de Vida de 2003, según este análisis las barreras de acceso son más altas, por ejemplo la barrera de acceso del régimen subsidiado ya no es 3% sino que asciende a 17% frente a los afiliados al régimen contributivo, la diferencia para los no afiliados se mantiene, pues siguen siendo los que menor acceso tienen, aunque los datos muestran que para el 2003 el no acceso para los vinculados era del 40%, mientras que para 2005 asciende tan sólo al 9.21%. Las diferencias regionales muestran por su parte que zonas como la Andina y Bogotá poseen los mayores niveles de acceso a salud, lo cual es cierto con ambas encuestas. Adicionalmente la estimación corrobora que la afiliación al sistema garantiza el acceso en el mismo orden que se determina en la ENDS.

## **6. Conclusiones.**

Basados en los datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS, 2005) el acceso al régimen subsidiado se estima alrededor del 98%, por lo tanto no es posible afirmar que exista una barrera de acceso para los afiliados al régimen subsidiado y en general para ningún afiliado al sistema, sin embargo las personas que no están afiliadas, que son el 25% de la población, muestran una barrera de acceso a los servicios del 9.10%. Por su parte para el 2003 la ECV muestra que el acceso para un afiliado al Régimen Subsidiado está alrededor del 71%. En ambas encuestas se haya que la probabilidad de acceder a los servicios de salud es menor para los afiliados al Régimen Subsidiado y para los vinculados frente al acceso de la población perteneciente al Régimen Contributivo. Otro hallazgo interesante es que al ajustar la probabilidad de acceso por la probabilidad de autoconsiderarse enfermo, ingresos y regiones, el nivel de accesibilidad para el régimen subsidiado se mantiene.

Es posible que variables no observadas afecten el acceso a salud, como la estructura epidemiológica de la población frente al POSS, la dispersión de los centros de atención, el sistema de focalización, la carnetización y la estructura de la oferta, por lo tanto es necesario evaluar el acceso de manera más detallada si se logra obtener información sobre estas variables.

El porcentaje de la población que no accede a los servicios tiene dos razones fundamentales para no hacerlo, la falta de dinero y que el centro de atención queda lejos, es posible que la falta de dinero se vea sujeta al costo que debe cubrirse en pasajes y en la cuota moderadora del sistema, en cuanto a la lejanía del centro de atención la necesidad de la atención debe influir en la decisión de ir al médico, por tanto para enfermedades como gripes y fiebres es factible que se esté presentando la automedicación.

En general podría concluirse que el Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS- presenta altos niveles de acceso para la población afiliada, haciendo un análisis desde los factores de demanda. En este caso el esquema de aseguramiento podría considerarse eficiente, pues las personas están siendo protegidas contra las contingencias que genera una enfermedad costosa. En otras palabras, cuando las personas tienen un caso

medico de costos altos el seguro actúa como catalizador del gasto en que debe incurrir la persona por el costo de la enfermedad.

Cabe aclarar que en este estudio no se evalúa la calidad de la prestación del servicio, sino el hecho de que la persona entre en contacto con el sistema y dicha probabilidad es del 98% para el 2005 si está afiliado, ahora bien, si el problema de salud es solucionado de una forma eficiente, o si deben hacerse demasiados trámites para obtener el servicio debe ser materia de otro estudio que permita evaluar la calidad del acceso y la eficiencia del sistema.

Finalmente y asumiendo que los datos de las encuestas puedan ser comparables podríamos pensar que los esfuerzo del gobierno aparte de generar un mayor cobertura también han permitido un mayor acceso de la población pobre y vulnerable a los servicios de salud, pues la barrera de acceso a mostrado disminución entre 2003 y 2005.

### **Recomendaciones de política**

- Los resultados muestran que el aseguramiento en salud es una herramienta positiva para brindar protección, pues ante la existencia del seguro las personas cuentan con un mayor acceso a los servicios ante la presencia de enfermedad. Por lo tanto el esquema debe mantenerse en el sistema.
- El acceso en el régimen subsidiado funciona eficientemente en la protección a los más pobres. Es así como puede concluirse que ha sido acertado el diseño de la política pública en la ley 100 y que los problemas pueden estar en la implementación o el funcionamiento de los intermediarios.
- Las regiones geográficas como la oriental presentan mayores problemas de acceso frente al resto de las regiones, sería interesante evaluar si factores externos al sistema como la violencia, la presencia de grupos armados al margen de la ley y la dispersión geográfica generan problemas de acceso.
- Esta primera aproximación al acceso permite verificar que la tenencia del carné del seguro garantiza un contacto superior al sistema de salud que no tenerlo. Sin embargo las limitaciones de información no permiten medir el acceso real. Es necesario que se implementen políticas de seguimiento a las ARS para verificar la atención efectiva de la población pobre y vulnerable.



## **BIBLIOGRAFIA**

**ANDERSEN**, Ronald. Access to health care: The concept, application to rural populations and implications for nurses. Working paper 60713. Diciembre 2000.

**ANDERSEN**, Ronald. **ADAY**, Ann. “A theoretical framework for the study of access to medical care” En: Health Service Research. Vol 9, Pag 208-22. 1974

**CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD –CNSSS-** Informe del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud 2004. Reportes anuales enviados por el CNSSS al Congreso de la República de Colombia. Documento facilitado por el Dr. Carlos Ignacio Cuervo V. Representante a la Cámara. Resumen disponible en la World Wide Web: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/MseContent/images/news/DocNewsNo603701.pdf>

**CORTÉS**, Darwin. **GALLEGO**, Juan M. El gasto en salud de los hogares colombianos: un análisis descriptivo Manuel Ramírez. Universidad del Rosario. Borradores de trabajo. N°20

**CURRIER**, Janeth. **REAGAN**, Patricia. Distance to hospital and children’s access to care: is being closer better, and for whom? Working paper 6836. Recuperado el 6 de Abril de 2005. Disponible en la World Wide Web: <http://www.nber.org/papers/w6836>

**CHANDRA**, Amitabh. **SKINNER**, Jonathan (2003). Geography and racial health disparities. National Bureau of Economics Research –NBER- Working paper 9513. Recuperado el 24 de Marzo de 2005. Disponible en la World Wide Web: <http://www.nber.org/papers/w9513>

**FRIEDMAN**, Gary. Principios de Epidemiología para profesionales y técnicos de las ciencias de la salud. Editorial Medica Panamericana, Buenos Aires Argentina, 1975.

**GAVIRIA**, Alejandro. Comunicación personal, Septiembre, 2004.

**GREENE**, William H. Econometric Analysis. Prentice Hall. Pearson Education. New Jersey. 2003

**GROSSMAN**, Michael. (1999) The human capital model of the demand for health. Working paper 7078. Disponible en el World Wide Web <http://www.nber.org/papers/w7078> Recuperado el 2 de Marzo de 2005.

**HERNÁNDEZ**, Mario; **MIRANDA**, Nestor; **QUEVEDO**, Nestor (1993) Historia Social de la ciencia en Colombia. Tomo VIII Medicina (2). COLCIENCIAS. Bogotá.

**JARAMILLO**, Iván (1997) El futuro de la salud en Colombia. Fundación Corona, FESCOL, FES y FRB. Tercer Mundo editores.

-----, y otros. (2002) Evaluación del régimen Subsidiado Universidad Nacional. Estudio contratado por el Ministerio de Salud.

**GRUPO DE ECONOMIA DE LA SALUD –GES-**, Observatorio de la Seguridad Social. Diciembre de 2001 Año 1 No 3. Centro de Investigaciones Económicas –CIE- Universidad de Antioquia.

**GRUPO DE ECONOMIA DE LA SALUD –GES-**, Observatorio de la Seguridad Social. Diciembre de 2002 Año 2 No 6. Centro de Investigaciones Económicas –CIE- Universidad de Antioquia.

**HECKMAN**, J. (1979). Sample selection as a specification error. *Econometrica* 47, pp. 131-161.

**LONDOÑO FERNANDEZ**, Juan Luís. (2000) Metodología de la investigación epidemiológica. Editorial Universidad de Antioquia. Medellín Colombia.

**MINISTERIO DE SALUD** (1994) La Reforma a la Seguridad Social en Salud. Tomo1: Antecedentes y resultados. República de Colombia.

**MOLINERO**, Luis. Sf. La regresión logística. Documento PDF. Recuperado el 15 de Septiembre de 2005. Disponible en la World Wide Web: <http://www.alceingenieria.net>

**NICHOLSON**, Walter. Teoría Macroeconómica. Principios y aplicaciones. Séptima edición. Editorial McGrawhill. Santa Fe de Bogotá. 1999

**OPS** – Organización Panamericana de la Salud (2002). La OPS y el Estado colombiano: Cien años de historia 1902-2002. Recuperado el 20 de Noviembre de 2005. Disponible en la World Wide Web: <http://www.col.ops-oms.org/centenario/introopsestado100.asp>

**OLAVARRIA**, Mauricio (2005) Acceso a la Salud en Chile. *Acta bioeth.* [online], vol.11, no.1 [citado 19 Enero 2006], p.47-64. Disponible en la World Wide Web: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726569X2005000100006&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726569X2005000100006&lng=es&nrm=iso). ISSN 1726-569X

**PEÑALOZA**, Enrique y otros. Evolución y resultados del Régimen Subsidiado de Salud en Colombia: 1993-2000 Fundación Corona, Cendex, Banco Interamericano de Desarrollo.

**RAMÍREZ**, Manuel. **GALLEGO**, Juan M. **SEPÚLVEDA**, Carlos. The determinants of the health status in a developing country: results from the colombian case. Universidad del Rosario. Borradores de trabajo. N°41

**RESTREPO**, Jairo Humberto. **GARCÍA**, Sandra. **VELANDIA**, Durfai. Régimen Subsidiado en Salud: el caso de Antioquia. Universidad de Antioquia Borradores CIE Gaviria, Alejandro. Del romanticismo al realismo Social: lecciones de la década del 90. Universidad de los Andes. CEDE

**ROTHMAN**, Kenneth. **GREELAND**, Sander. Modern Epidemiology. Editorial Lippincott Williams & Wilkins. United Estates of America. 1998.

**RUIZ**, Fernando, **ACOSTA**, Naydu, **ARDILA**, Zayda, **ESLAVA**, Julia, **PEÑALOZA**, Enrique, **PUENTE**, Carlos, **REYES**, Sandra. Sf. Entorno, Aseguramiento y acceso en el régimen subsidiado en Colombia: Seis estudios de casos. CENDEX, Universidad Javeriana. Fundación Corona y Fundación Ford.

**SAPPELLI**, Claudio; **VIAL**, Bernardita. Acceso a las prestaciones de salud en Chile: Un análisis econométrico. Documento de trabajo No 184 Pontificia Universidad Católica de Chile. Oficina de publicaciones.1998.

**STIGLITZ**, Joseph. Economics of the public sector. 3rd ed. New York 2000.

**SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD**, *Régimen Contributivo: Boletines Estadísticos*. Boletines 10, 11, y 12. Recuperados el 3 de Agosto de 2005. . Disponibles en la World Wide Web: <http://www.supersalud.gov.co/serviciosonline/publicaciones.asp>

**VÁSQUEZ**, Johanna. **VELANDIA**, Durfari. Determinantes socioeconómicos del acceso potencial y real a los servicios de salud: Régimen Subsidiado en Antioquia. Grupo de Economía de la Salud. Universidad de Antioquia. 2001.

**Ley 100 de 1993.**

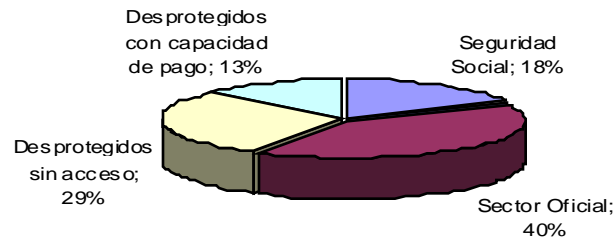
**Ley 715 de 2001**

## ANEXOS

### ANEXO1

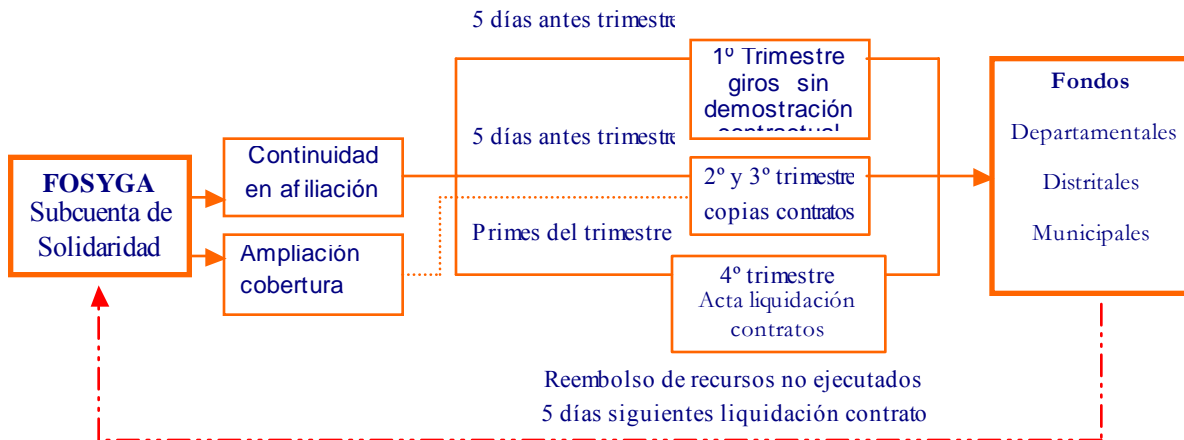
#### Cobertura de la salud en Colombia antes de la ley 100 de 1993.

##### Antecedentes de protección



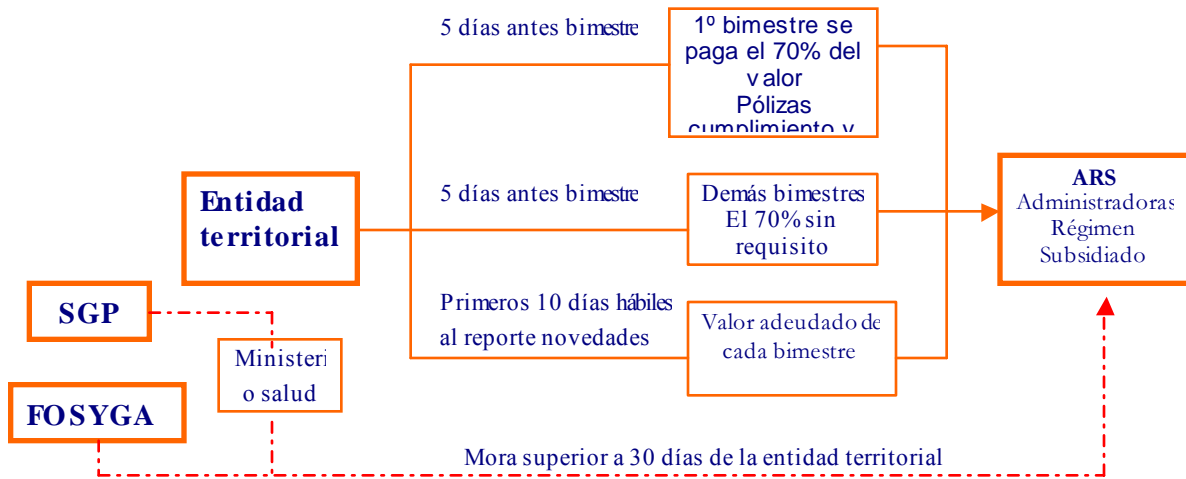
### ANEXO 2

#### Giro de la Nación a las Entidades Territoriales



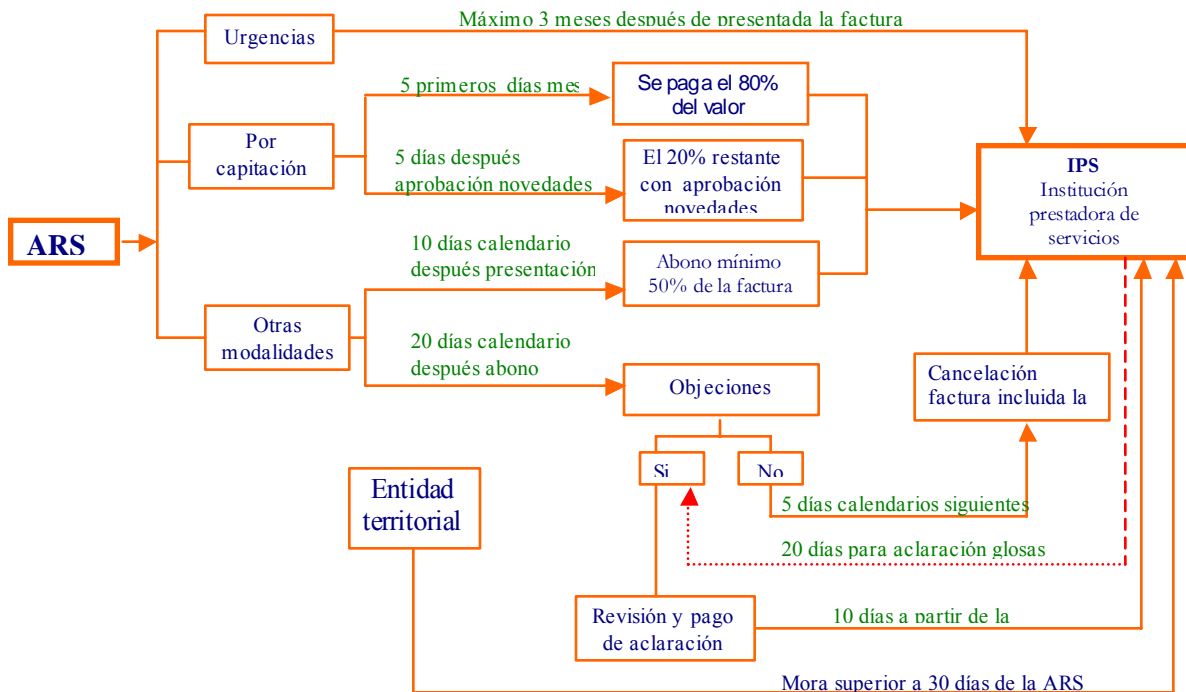
Fuente: Esquema diseñado por el autor. Basado en ley 715 y decreto 050

### Giro de la nación a las Entidades Territoriales a las ARS



Fuente: Esquema diseñado por el autor. Basado en ley 715 y decreto 050

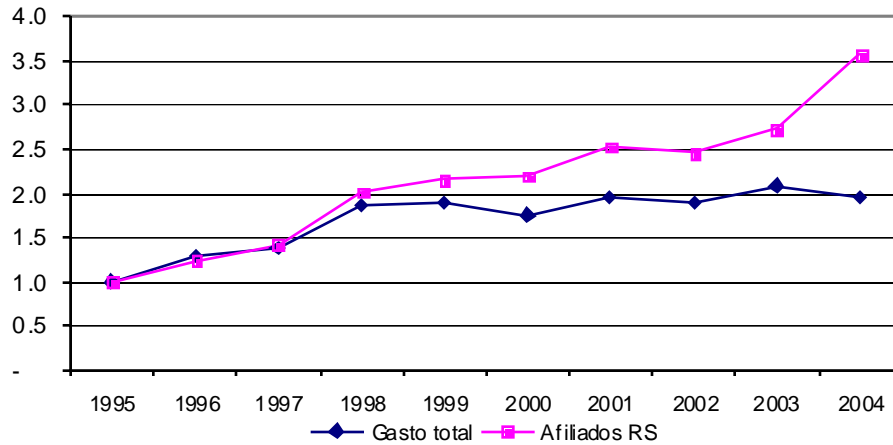
### Giro de las ARS a las IPS



Fuente: Esquema diseñado por el autor. Basado en ley 715 y decreto 050

### ANEXO 3

Variación del Gasto en Salud y de los Afiliados Régimen Subsidiado



### ANEXO 4

#### CÁLCULOS DE LA ECV 2003

##### Indicadores de estructura: análisis sociodemográfico del uso de los servicios

Para el caso de la utilización de los servicios suponemos que de quienes sintieron la necesidad de atención, no asistieron al médico por barreras de tipo geográfico, tomando la pregunta sobre por la cuál no se solicitó asistencia, se denota que aproximadamente el 13,5% no accedieron por que el centro queda lejos y por que no tenían tiempo, asumiendo los supuestos del modelo económico de demanda podemos sumar los dos primeros valores de la tabla Barreras de Uso.

##### Barreras de uso

Barreras de acceso de uso	
No tenía tiempo	7.04%
El centro de atención queda lejos	5.53%
Falta de dinero	29.37%
Muchos trámites para la cita	4.73%
Total	46.67%

Fuente: ECV 2003 Cálculos del auto

## Barreras de uso

Razones por las cuales no solicito asistencia médica	
Caso era leve	36.97%
No tenía tiempo	7.04%
El centro de atención queda lejos	5.53%
Falta de dinero	29.37%
Mal servicio	5.59%
No lo atendieron antes	3.66%
No confía en los médicos	2.39%
Consultó y no le resolvieron el problema	4.72%
Muchos trámites para la cita	4.73%
Total	100.00%

Fuente: ECV 2003. Cálculos del autor

## Estadísticas descriptivas sobre el acceso a Salud ECV- 2003

ANTE ENFERMEDAD	% ACCESO			% ACCESO SIN CASO LEVE					
	EPS	ARS	Vinculados	EPS	ARS	Vinculado	EPS	ARS	Vinculado
Asistieron	1,676,005	903,966	1,332,239	81.32%	74.95%	52.11%	91.57%	82.60%	59.94%
No asistieron por									
Caso leve	230,555	111,711	334,302	11.19%	9.26%	13.07%			
No tuvo tiempo	27,795	21,275	34,129	1.35%	1.76%	1.33%	1.52%	1.94%	1.54%
Distancia al centro	21,092	16,713	39,561	1.02%	1.39%	1.55%	1.15%	1.53%	1.78%
Falta de dinero	34,842	88,739	696,819	1.69%	7.36%	27.25%	1.90%	8.11%	31.35%
Mal servicio o cita muy lejos	20,206	16,891	17,219	0.98%	1.40%	0.67%	1.10%	1.54%	0.77%
No lo atendieron	14,925	11,056	13,686	0.72%	0.92%	0.54%	0.82%	1.01%	0.62%
No confía en médicos	6,574	7,230	41,514	0.32%	0.60%	1.62%	0.36%	0.66%	1.87%
Consulto antes y no le resolvieron	10,447	14,259	23,147	0.51%	1.18%	0.91%	0.57%	1.30%	1.04%
Muchos tramites para la cita	18,435	14,262	24,204	0.89%	1.18%	0.95%	1.01%	1.30%	1.09%
<b>TOTAL</b>	<b>2,060,879.16</b>	<b>1,206,103</b>	<b>2,556,820.95</b>	<b>18.68%</b>	<b>25.05%</b>	<b>47.89%</b>	<b>8.43%</b>	<b>17.40%</b>	<b>40.06%</b>
				No acceso			BARRERA		

Fuente: ECV 2003. Cálculos del autor

## Estimación del Heckman probit ECV-2003

Heck Probit	Acceso	Enfermo
<b>VARIABLES DE AFILIACIÓN</b>		
AfilidosRS	-0.341 [6.56]***	-0.093 [4.79]***
AfilidosRE	0.105 [1.06]	-0.005 [0.17]
Vinculados	-0.917 [20.95]***	-0.092 [5.74]***
Afilido a Otra	-0.203 [2.48]**	0.019 [0.62]
<b>VARIABLES DE INDICADORES DE PROCESOS</b>		
Edad	-0.02 [8.15]***	-0.008 [8.38]***
Edad2	0 [7.47]***	0 [6.04]***
Educacion	0.018 [4.83]***	0.011 [7.58]***
Sexo	-0.1 [3.01]***	-0.074 [6.09]***
Ingreso	0.03 [1.84]*	0.02 [0.41]
<b>VARIABLES REGIONALES</b>		
Región Oriental	-0.08 [1.30]	0.135 [5.33]***
Región Amazonía	-0.094 [1.70]*	0.137 [6.10]***
Región Pacífica	0.143 [2.71]***	0.217 [9.79]***
Región Andina	0.175 [2.56]**	0.132 [5.21]***
Zona Rural	-0.055 [2.22]**	-0.049 [4.21]***



Heck Probit	Acceso	Enfermo
<b>Variables de Indicadores Subjetivos</b>		
Estado_salud_bueno		0.112 [4.75]***
Estado_salud_regular		0.734 [28.83]***
Estado_salud_malo		1.195 [32.47]***
<b>Condiciones de Vida</b>		
Vive en casa		-0.105 [2.79]***
Vive en apartamento		-0.061 [1.59]
Vive en cuarto arrendado		0.104 [1.76]*
Piso de Marmol		0.111 [2.69]***
Alfombra		0.167 [4.01]***
Baldosa		0.135 [4.46]***
Piso madera burda		0.135 [4.04]***
Piso Cemento		0.135 [4.74]***
Vivienda sin servicios públicos		-0.019 [0.49]
Vivienda en zona de Riesgo		0.127 [7.49]***
Vivienda cercana a factores contaminantes		0.058 [4.24]***
Constante	1.117 [8.75]***	-1.55 [26.44]***
Observaciones	85148	85148

Valor absoluto de Z en paréntesis

\* Significativo al 10%; \*\* Significativo al 5%; \*\*\* Significativo al 1%