

Gastos de bolsillo en salud para Colombia
Un análisis desde las barreras de acceso al SGSSS para el año 2019

Angie P. González. V Daniel F. Franco. A

Resumen

El presente estudio tiene como objetivo describir el gasto de bolsillo en salud considerando algunas barreras de oferta y demanda que influyen en el acceso al SGSSS, empleando la información disponible en la Encuesta Nacional del presupuesto de los Hogares 2016-2017 ENPH para caracterizar el gasto de bolsillo en artículos de salud y la Encuesta Nacional de Calidad de Vida ENCV 2019 con el fin de identificar el efecto de las características sociales y las barreras al acceso sobre el gasto de bolsillo en salud.

Los resultados encuentran como variables significativas a la ubicación geográfica de las familias, el régimen de afiliación y el género; adicionalmente, se demuestra la presencia de diferencias regionales e intrarregionales al momento de explicar la probabilidad de que una persona se enfrente a barreras de demanda y a la probabilidad de contar con mayores gastos de bolsillo.

Palabras clave: Gasto de Bolsillo en salud (GBS), barreras de oferta y demanda

Clasificación JEL: I11, I12, I13, I14

Introducción

El Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS creado a partir de la ley 100 del año 1993 se estableció como un servicio público de carácter obligatorio garantizando el derecho irrenunciable a la seguridad social (artículo 48 de la constitución), en la cual el Estado es garante de brindar el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación. Para lograr este fin de universalización y acceso del servicio, se establecieron niveles de afiliación obligatoria por tipo de régimen ante una entidad promotora de salud (EPS) correspondientes al régimen contributivo, régimen subsidiado y régimen especial.

El modelo de seguridad social propuesto por la ley 100 está basado en el pluralismo estructurado que evita los extremos del sector público y los monopolios en el sector privado (Cuesta, 1997, como se citó en Bernal y Barbosa, 2015). Esta ley se complementa en el año 2000 con la creación de la ley 60, la cual certificó a los municipios bajo unos parámetros establecidos por la misma para poder recibir recursos adicionales de parte de las autoridades departamentales, que debían invertirse en el régimen subsidiado (subsidios a la demanda), en la salud pública y la población pobre no asegurada (subsidios a la oferta) con el fin de ser

progresiva al momento de incluir a toda la población al sistema de salud (Karelys Katina, 2013).

La focalización del servicio de salud en Colombia refleja que el crecimiento de la cobertura fue más notable entre el quintil más pobre, donde la porción asegurada de la población aumentó casi ocho veces (Escobar 2005, como se citó en Giedion U. 2007) indicando la progresividad que tiene el régimen subsidiado al aumentar su cobertura de acuerdo con el nivel de pobreza, pese a ello se presenta un problema de sostenibilidad, ya que su financiación es de carácter solidario y depende del presupuesto nacional en salud y de transferencias del régimen contributivo, el cual si resulta ser más regresivo al momento de analizar su cobertura (Panopoulus y Vélez, 2001) debido principalmente a que la población afiliada está acogida a las políticas de empleo formal que se tienen en el país, las cuales en la actualidad favorecen la empleabilidad de manera informal generando problemas tanto de acceso como de financiación al servicio.

Lo anterior refleja que la cobertura no es el único factor que establece la prestación del servicio, puesto que aunque una persona esté afiliada al SGSSS existen barreras que pueden evitar que reciba atención médica (Ayala, 2014; Reina 2014) Estas barreras se pueden caracterizar como barreras de oferta, relacionadas con calidad y prestación del servicio y barreras de demanda asociadas a circunstancias que rodean a los individuos¹ como condiciones de calidad de vida, nivel de ingresos o el entorno a los que la población se enfrenta que inciden de manera directa o indirecta en el sistema de atención en salud.

Con la caracterización realizada sobre las barreras hecha por Ayala, (2014) y Reina, (2014) se evidencia que la demanda por atención médica, depende de factores como el ingreso y los costos de atención (Musgrove, 1985; Gallego, 2008) las cuales, implican un gasto de financiación que resulta siendo inequitativo, puesto que este se realiza a partir del gasto privado, reflejando que la atención médica está en función de la capacidad de pago y no de las necesidades de salud de las personas (Estrada, Guzman, Hoz, 2004), siendo entonces, el gasto de bolsillo en salud una consecuencia asumida por la población, derivada de las barreras de acceso al servicio de salud.

El gasto de bolsillo en salud (GBS), de acuerdo con el MinSalud (2014); corresponde a los pagos directos realizados por los hogares en bienes y servicios del sector salud como

¹Dichas circunstancias son conocidas como *determinantes sociales de la salud*, definidas como las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud y son consecuencia directa de la distribución del dinero a nivel local y nacional (OMS, 2020)

medicamentos, hospitalizaciones o procedimientos ambulatorios, independientemente de si se encuentre o no afiliado a algún régimen en el país. Esta óptica omite pagos indirectos como son gastos de transporte y nutrición especial.

Pese a que lo anterior establece una claridad conceptual sobre la definición del GBS, los estudios previos evidencian dos limitaciones importantes sobre su análisis; primero se presenta una divergencia metodológica sobre su medición y las variables que se deben incluir al momento de calcularlo (Prada & Sarria, 2016), y en segunda instancia no está tan bien documentado el efecto de las barreras al acceso del SGSSS sobre el GBS.

Estableciendo un aporte complementario al análisis del GBS el siguiente trabajo tiene como objetivo analizar el gasto de bolsillo en salud para las diferentes regiones de Colombia considerando algunas barreras de oferta y demanda que influyen en el acceso al servicio del SGSSS para ello primero se definirá el perfil de gasto de bolsillo de los hogares en artículos de salud, luego se identifican las barreras de oferta y demanda que pueden relacionarse con el acceso a los servicios del SGSSS y por último se contrastan cuáles de estas limitaciones son las que más incidencia tienen sobre el gasto de bolsillo.

Este artículo está estructurado en seis secciones incluyendo esta introducción. La segunda sección describe la revisión literaria de investigaciones que abordan el estudio del GBS y las barreras de acceso al servicio. La tercer parte presenta la metodología desarrollada para llevar a cabo el análisis correlacional y descriptivo de este trabajo. En la cuarta sección se presentan los resultados obtenidos y en el apartado cinco se realiza una breve discusión; por último, en la sección 6 se dan a conocer las conclusiones.

2. Referentes metodológicos

Como antecedente teórico y empírico que respalda la medición del gasto de bolsillo en salud a partir de la teoría del consumidor, Deaton & Muellbauer, 1980 analizan el comportamiento del consumidor desde la óptica del conjunto de posibilidades de elección donde los individuos deben elegir una canasta en bienes y servicios en salud, de acuerdo con su capacidad de compra que a la vez se establece, dadas unas características socioeconómicas y demográficas para definir sus preferencias (Grossman, 1972)

Investigaciones para Colombia como Barón, 2007 analizan el (GBS) a través de diversos módulos seleccionados de diferentes encuestas². Los resultados muestran que el GBS pasó de 2.7% del PIB en 1993 a 0.6% del PIB en 2003 (Barón, 2007 como se cita en Prada y Sarria, 2016). De igual forma, la Encuesta Nacional de Salud Pública del 2007 promovida por el Ministerio de la Protección Social junto a Colciencias, caracteriza al GBS en gasto de consulta externa y gasto de hospitalización, además de incluir pagos indirectos. Estiman un GBS de \$8,39 billones de pesos corrientes, que equivale a 2.02% del PIB para el 2007. (Rodríguez, y otros, 2009).

Por otro lado, Ramírez, Cortés y Gallego, (2002) estudian los perfiles de gasto en salud de los hogares colombianos clasificándolos por características geográficas, socioeconómicas y demográficas con un análisis de varianza por medio de estimaciones de medias. Observan que el gasto en salud es creciente en regiones urbanas de alto desarrollo industrial, en hogares con altos niveles socioeconómicos y con alto riesgo de que sus miembros se enfermen.

Asimismo, Valbuena y Ureña elaboran un estudio del GBS desde una perspectiva microeconómica, analizando el comportamiento de los hogares en diferentes regiones del país con base en distintas características de las familias. Llevan a cabo un examen del GBS gracias a un enfoque de patrones de compra de bienes y servicios junto con diversas características de los hogares utilizando la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos (ENIG) 2006-2007. Los resultados muestran que los hogares destinan el 3,1% del total de gastos a pagos directos a la salud.

En cuanto al análisis de las barreras de acceso al SGSSS, Ayala (2014) en su estudio evalúa los determinantes del acceso a los servicios médicos en Colombia con datos de la ENCV del 2012. Concluye en su análisis que aquellas regiones que presentaron la mayor necesidad de servicios de salud son las que tuvieron la menor disponibilidad de prestadores de servicios y las variables más representativas al momento de diferenciar el acceso al sistema de salud son: la ubicación geográfica, la disponibilidad de recursos y el régimen por el cual se encuentra cubierta la persona.

Respecto al comportamiento de las barreras de acceso al sistema de salud, se presenta una mayor prevalencia de barreras de demanda, siendo el factor económico el más notable

² Las encuestas empleadas en este estudio fueron Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN), de 1993 del DNP; la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECNV) del DANE, de 1997 y 2003; y la Encuesta de Hogares (EH-Etapa 107), de 2000. Los años 1994, 1995, 1996, 1998, 1999, 2001 y 2002 fueron imputados usando el método Kriging Universal. Este es un método de interpolación basado en predicciones lineales (Prada & Sarria, 2016)

(Rodríguez, 2010; Reina, 2014) adicional a esto menciona el principal argumento para no acceder al servicio médico es la falta de dinero, por el lado de la oferta se observa que para las personas afiliadas a la seguridad social la principal barrera son los excesivos trámites para conseguir una cita, aún si la persona está afiliada en cualquiera de los dos regímenes no obtiene el servicio por los mecanismos establecidos por la institución prestadora de salud (Ramírez, Cortés, Gallego, 2002).

3. Definición de variables y datos

En primer lugar, para consolidar el perfil de GBS de los hogares se realiza un análisis descriptivo donde se utiliza la Encuesta Nacional del Presupuesto de los Hogares 2016-2017 elaborada por el DANE, sobre los niveles de gasto en bienes y servicios en los que incurre la población colombiana discriminada por artículo o bien y el monto pagado por el mismo, de modo que se elaboró una categorización (Anexo 1), para definir el conjunto de posibilidades de elección de los hogares, basada en la metodología hecha por Valbuena y Ureña, excluyendo algunos grupos de artículos dada la información que se encontró en la encuesta mencionada³

En segundo lugar, con el fin analizar la posible relación sobre el GBS dadas las barreras de acceso al SGSSS, se realiza un análisis de tipo correlacional con la información disponible en la encuesta nacional de calidad de vida ENCV de 2019, realizada por el DANE de forma anual; la base original cuenta con 93,993 hogares con encuestas completas equivalentes a 289,558 individuos, para efectos del estudio se tuvo en cuenta las secciones de características y composición del hogar, salud y datos de la vivienda.

Partiendo de los datos presentados en la ENCV/2019, en el análisis de barreras y el GBS se tomaron como *variables explicativas o independientes aquellas* que mostraran las características socioeconómicas de los encuestados como lo son el nivel de ingreso per cápita percibido, afiliación como parte visual del SGSSS, régimen al que pertenece como variable proxy de estratificación debido a que en la base de datos no se contó con la información, género, etnia y las regiones para lograr contrastar las diferencias regionales e interregionales en los resultados.

³ En esta categorización se excluyeron los grupos Servicios Dentales y Servicios Paramédicos debido a que no se encontró información de estos en la ENPH (2016-2017). Adicionalmente, a la hora de tratar la base de datos se reagruparon los departamentos de varias regiones para efectos de la presentación de la información.

3.1 Definición de la Barreras de acceso al servicio de salud

Para analizar el perfil de barreras, se tomó la pregunta P800 como variable dependiente ya que esta además de caracterizar las barreras tanto de oferta como de demanda induce una aproximación a la utilización de servicios de salud, así mismo se crearon dos variables Dummy con el fin de conformar de manera independiente el modelo de barrera de oferta y el modelo de barrera de demanda teniendo en cuenta el marco teórico propuesto por (Aday y Andersen 1974, Andersen 1995 como se cita en la revisión de Restrepo et. al., 2006)

Cuadro 1. Descripción y análisis de las barreras de acceso al SGSSS

Modelos	Clasificación	Categorización	Metodología
Barreras de Demanda	Habilidad	Por falta de dinero	1= Persona ecuestada responde afirmativamente a cualquiera de las variables seleccionadas, 0= de lo contrario
		Dificultad para viajar	
	Predisposición	No le interesa o descuido	
		No tiene tiempo	
Necesidad	Considera que su estado de salud es bueno		
Barreras de Oferta	A la entrada	Centro de atención está muy lejos	1= Persona ecuestada responde afirmativamente a cualquiera de las variables seleccionadas, 0= de lo contrario
		Es difícil conseguir una cita oportuna	
	Al interior	Muchos tramites	
Considera que le hacen esperar mucho para atenderlo			

Fuente: Restrepo et. al., 2006, ENCV/19

3.2 Construcción de la variable para la medición de GBS

En lo referente a la medición de los gastos de bolsillo, se planteó usar la pregunta P8556 debido a que genera una discriminación de las fuentes de financiación para cubrir los costos de atención en salud y permite evaluar el comportamiento de los hogares frente al GBS. Así mismo, tiene en cuenta la asistencia al servicio de salud en conjunto con las condiciones socioeconómicas que enfrentan los individuos. No obstante, presenta una limitación en la información puesto que esta solo identifica a las personas que responden de manera afirmativa reduciendo el número de datos a analizar. Para efectos del estudio se recategorizó la pregunta como se muestra en el cuadro 2.

Cuadro 2. Elección de categorías para el perfil de gasto en salud

Modelo de GBS			
Variables	Definición	Categoría	
P8556	Cuáles de las siguientes fuentes utilizó para cubrir los costos de atención en salud en los últimos 30 días? (incluya consulta médica, exámenes y medicamentos)	Eps o entidad de seguridad social en salud a la cual esta afiliado(a)	
		Plan o seguro voluntario (Seguro médico, plan complementario o medicina prepagada)	✓
		Seguros obligatorio de accidentes, de tránsito (soat)	
		Secretaria de salud o alcaldía	
		Recursos propios o familiares	✓
		Recursos de otras personas	✓
		No requirio pago	

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENCV 2019

En otras palabras, la variable dependiente en el modelo de este apartado es una dummy que determina cómo los individuos cubrieron los costos de atención en salud en los últimos 30 días; por lo que toma el valor de 1 cuando las personas responden afirmativamente utilizar algún plan complementario o seguro voluntario, recursos propios o familiares y recursos de otras personas, y el valor de 0 en caso contrario; evaluando con las variables socioeconómicas establecidas previamente como independientes.

3.3 Categorización de las barreras de acceso que inciden en el GBS

En esta sección como variable dependiente se emplea la pregunta P799 de la ENCV del 2019 como variable proxy, puesto que presenta de manera generalizada el gasto de bolsillo en términos de planes o servicios complementarios en salud ya que con esta se integra lo expuesto en la pregunta P8556 descrita en el apartado anterior con el fin de cumplir con los objetivos del estudio, se decidió analizar únicamente categorías que implican financiación por recursos propios.

La clasificación de las barreras de acceso en el modelo de este apartado se toma como variables dicotómicas teniendo como resultado 10 variables dummy independientes de las cuales 6 responden a las barreras de demanda y 4 a barreras de oferta (ver anexo 2). Cabe subrayar que se dejan solo 10 variables de 12 doce posibles, primero por la relevancia de la información y segundo por una posible colinealidad al contenerse en un mismo modelo.

3.4 El modelo

Con respecto a la modelación, se utiliza una función tipo logística binomial ya que como menciona Rodríguez, (2010), estos modelos de elección discreta son apropiados para analizar los determinantes o la correlación existente entre variables dado que los estimadores resultantes suelen ser más robustos al momento de realizar el análisis de varianza en el comportamiento del gasto de bolsillo (Ramírez, Cortés, & Gallego 2009). Este es el lineamiento que sigue la estructura de los datos descritos en los anteriores ítems de este tercer apartado (Anexo 3)

La función presenta la siguiente estructura:

$$\text{Log} = \left(\frac{\pi_{\mu}}{1 - \pi_{\mu}} \right) = XB + \varepsilon$$

Donde $\left(\frac{\pi_{\mu}}{1 - \pi_{\mu}} \right)$ representa la $P(Y=1|X)/P(Y=0|X)$, es decir;

Cuando $P(Y=1|X)/P(Y=0|X) < 1$; la relación entre la variable dependiente frente a variables observadas es inversa;

Cuando $P(Y=1|X)/P(Y=0|X) > 1$; la relación entre la variable dependiente frente a variables observadas es directa;

Cuando $P(Y=1|X)/P(Y=0|X) = 1$; no representa una relación

4. Resultados

4.1. Perfil de gasto de los hogares

Para empezar, el cuadro 3 muestra el perfil de GBS de los hogares desde el punto de vista de consumo en artículos de salud; donde los grupos más representativos son productos farmacéuticos, pagos complementarios a seguridad social y artefactos y equipos terapéuticos. De igual manera, se observa que a nivel regional hay preferencia de consumo en ciertos grupos de artículos, como es el caso de Orinoquia, Bogotá y Andina en los pagos complementarios a seguridad social o Amazónica y Caribe en productos farmacéuticos.

Cuadro 3. Gasto en artículos de salud como porcentaje del gasto en salud

Región	Gasto en artículos de salud como porcentaje del gasto en salud					
	Artefactos y equipos terapéuticos	Otros productos médicos	Pagos complementarios a seguridad social	Productos farmacéuticos	Servicios de Hospital	Servicios médicos
AMAZÓNICA	21,9%	1,0%	5,0%	68,1%	1,8%	2,1%
ANDINA	32,3%	0,6%	29,5%	30,0%	4,3%	3,2%
BOGOTÁ	18,4%	0,4%	64,1%	13,3%	2,2%	1,6%
CARIBE	20,0%	0,8%	20,2%	48,1%	9,7%	1,2%
ORINOQUÍA	22,8%	1,1%	11,9%	40,0%	20,8%	3,2%
PACÍFICA	19,3%	0,5%	37,3%	35,4%	5,5%	2,0%

Fuente: ENPH (2016-2017). Elaboración propia.

Cabe resaltar que, los grupos de artículos en que menos gastan los hogares son otros productos médicos y servicios médicos. Por último, el comportamiento presentado por los pagos complementarios a seguridad social reafirma la utilización de la pregunta P799 como variable representativa para analizar el GBS en los modelos del presente artículo.

4.2. Resultados de los modelos

En el segundo análisis de tipo correlacional, los resultados encontrados indican como variables más relevantes dentro de los diferentes modelos, la ubicación geográfica de las familias, el régimen al cual pertenecen y el género; adicional a esto, se demuestra la presencia de diferencias regionales e intrarregionales significativas al momento de explicar la probabilidad de que una persona se enfrente a barreras de demanda y a la probabilidad de contar con mayores gastos de bolsillo.

Asimismo, los modelos que explican la probabilidad de que una persona afronte barreras tanto de oferta como de demanda al momento de acceder al servicio de salud, demuestran un comportamiento inverso en cuanto a su relación con las variables socioeconómicas especificadas en la región andina y caribe.

Cuadro 4, Comportamiento de las barreras de acceso al SGSSS-Con variable controlada

	Barreras de Demanda			Barreras de Oferta		
	DD	Std. Error	z value	DD	Std. Error	z value
Región Andina	1.1373***	0.0164	7808	1.5302***	0.0237	-17.934
Región Bogotá	1.0364	0.0399	-1053	1.7032***	0.0568	-9.361
Región Caribe	1.6672 ***	0.0157	32387	2.1556***	0.0244	-31.472
Región Orinoquia	1.2219***	0.0199	10069	1.1385***	0.0263	4.924
Región Pacífica	1.4756***	0.0187	20715	1.0981***	0.0257	3.628
Región Eje Cafetero - Antioquia	1.9663***	0.0257	26226	1.0580	0.0385	1.462
Régimen Especial	1.4682***	0.0424	-9049	1.2140*	0.0754	-2.571
Régimen No afiliado	5.1875***	0.0184	89156	3.4650***	0.0296	41.949
Régimen No sabe. no informa	3.2235***	0.0834	14026	3.9208***	0.1131	12.081
Régimen Subsidiado (eps-s)	1.5317***	0.0125	33990	1.8789***	0.0224	28.076
Sexo Mujer	1.8382***	0.0091	-66522	1.1206***	0.0142	-7.987
Etnia Indígena	3.4230***	0.2722	4521	1.0444	0.3674	-0.118
Etnia Negro (a). mulato (a) afrocolombiano(a)	3.8522***	0.2722	4955	1.2789	0.3674	0.670
Etnia Ninguno de los anteriores	2.7050 ***	0.2719	3660	1.2579	0.3669	-0.625
Etnia Palenquero (a) de San Basilio	6.3744***	0.3295	5622	1.5616	0.4954	0.900
Etnia Raizal ASPS	2.2063**	0.2857	2770	1.1483	0.4089	-0.338
Ingreso per cápita	1.0000***	0.0000	-13941	1.0000***	0.0001	-12.557

***z<0.001, **z<0.01, *z<0.05. N=289558 ASPS: Archipiélago de San Andrés y Providencia

Nota: Los grupos de control son: La región amazónica, el régimen contributivo, género Hombre y etnia Gitano(a)

Analizando en conjunto el comportamiento de las barreras de demanda como de oferta el modelo logit muestra que con respecto a la región Amazónica existe una mayor probabilidad de que una persona residente en las regiones Orinoquia y Pacífica al momento de consultar al médico o al odontólogo se enfrente a barreras tanto de oferta como de demanda, siendo en la región Pacífica la probabilidad de barrera de demanda 1.47 veces mayor. Mientras que la región Caribe es la segunda región en presentar una mayor barrera de demanda siendo 1.66 veces mayor con respecto a la región Amazónica, en contraste con tener una probabilidad 2.17 veces menor de presentar barreras de oferta.

Con respecto al régimen de afiliación, se observa que las personas que no están afiliadas y no responden a la encuesta son las que más riesgo tienen al momento de afrontar barreras de acceso al servicio de salud, para el caso de las personas que informan no estar afiliadas la probabilidad de verse enfrentadas a una barrera de demanda es 5.58 veces superior respecto al régimen contributivo, no obstante, las personas afiliadas al régimen especial presentan un riesgo de percibir barreras de demanda y de oferta de 1.46 y 1.21 veces inferior respecto al régimen contributivo.

En el caso de las mujeres la probabilidad de tener que enfrentarse a algún tipo de barrera ya sea de demanda o de oferta, se ve reducida en un 1.83 y 1.12 veces respectivamente comparado con los hombres, posiblemente porque que en la práctica tienden a cuidar más de

su salud y por lo tanto usar de manera más frecuente el servicio de salud por temas preventivos (Giedion, 2007)

El pertenecer a un grupo étnico, como era de esperarse, representa una mayor probabilidad al momento de enfrentarse a barreras de demanda, como mencionan en la mayoría de estudios, estos grupos sostienen su habilidad en métodos tradicionales, generando una aversión al tratamiento médico convencional; aun así, se evidencian diferencias interregionales importantes a destacar, puesto que una persona que pertenece a la etnia palenquera o afrocolombiana, tiene una probabilidad de 6.37 y 3.42 veces mayor con respecto a la etnia gitana de presentar dichas barreras. Para el caso de análisis específico de barreras de oferta no se encuentra una relación estadísticamente significativa.

Examinando el comportamiento del GBS. El modelo logit muestra que la región con mayor probabilidad de financiamiento para cubrir los costos de atención en salud mediante el uso de recursos propios o familiares es la Pacífica en 3,20 veces frente a la región Amazónica. Esto podría deberse a que los perfiles de gasto para esta región, como se muestra en el (cuadro 3), específicamente para el grupo de pagos complementarios a seguridad social representa el 37,26% de gasto.

Cuadro 5. Comportamiento del Gasto de bolsillo en salud-Con variables controladas

Modelo GBS			
	DD	Std. Error	z value
Regiones Andina	1.4379***	0.1050	3.459
Regiones Bogotá	1.4612*	0.1594	2.380
Regiones Caribe	1.9770***	0.1035	6.586
Regiones Orinoquia	1.0579	0.1338	0.421
Regiones Pacífica	3.2050***	0.1093	1.066
Regiones Región Eje Cafetero - Antioquia	1.1953	0.1638	1.090
Régimen Especial	1.0472	0.1401	0.329
Régimen No afiliado	1.2020*	0.0845	2.178
Régimen No sabe, no informa	1.6490	0.5805	-0.853
Régimen Subsidiado (eps-s)	1.9179***	0.0549	-11.852
Sexo Mujer	5.2141***	0.0487	3.983
Etnia Indígena	1.2144	3.5020	0.034
Etnia Negro (a), mulato (a) (afrodescendiente), afrocolombiano(a)	1.6355	3.5020	0.034
Etnia Ninguno de los anteriores	1.6868	3.5020	0.036
Etnia Palenquero (a) de San Basilio	2.7329	3.5020	0.039
Etnia Raizal ASPS	1.4499	3.7350	-0.001
Ingreso per cápita	1.0000***	0.0007	6.215

***z<0.001, **z<0.01, *z<0.05. N=289558 ASPS: Archipiélago de San Andrés y Providencia

Nota: Los grupos de control son: La región amazónica, el régimen contributivo, género Hombre y etnia Gitano(a)

En cuanto al género, las mujeres tienen mayor probabilidad de usar recursos propios o familiares para cubrir los costos de atención en salud en 5,21 veces más que los hombres, este resultado muestra lo inequitativo que puede ser el GBS, puesto que como se muestra en el cuadro 6, los hombres tienen mayor nivel de ingreso per cápita que las mujeres.

Cuadro 6⁴. Relación de género respecto al ingreso

	Hombre	Mujer	Total
Pobreza Monetaria	47.298 (48.6%)	49.993 (51.4%)	97.291 (33.6%)
Pobreza Monetaria Extrema	26.705 (47.9%)	29.061 (52.1%)	55.766 (19.3%)
Por encima de la línea de pobreza	68.359 (50.1%)	68.142 (49.9%)	136501 (47.1%)
total	142362	147196	289558

Algo similar ocurre al momento de contrastar el nivel de ingreso per cápita percibido con respecto a las barreras de acceso, puesto que se encuentra que a medida que aumenta el ingreso la probabilidad de enfrentarse a barreras de demanda y oferta es cada vez mayor y aunque la relación con respecto al modelo de GBS no se muestre de manera precisa dentro del modelo presentado, se puede realizar un análisis con respecto a los regímenes de afiliación.

Cuadro 7. Relación entre el nivel de ingresos respecto al régimen de afiliación

	Contributivo	Especial	No afiliado	No sabe, No responde	Subsidiado	Total
Pobreza Monetaria	10.364 (10.7%)	534 (0.5%)	7.240 (7.4%)	171 (0.2%)	78.982 (81.2%)	97.291 (33.6%)
Pobreza Monetaria Extrema	2.449 (4.4%)	258 (0.5%)	4.970 (8.9%)	162 (0.3%)	47.927 (85.9%)	55.766 (19.3%)
Por encima de la línea de pobreza	63.044 (46.2%)	5.286 (3.9%)	6.823 (5.0%)	294 (0.2%)	61.054 (44.7%)	136.501 (47.1%)
Total	75.857	6.078	19.033	627	187.963	289.558

Al analizar la categorización de nivel de ingresos de acuerdo al régimen se encuentra que la mayoría de personas por encima de la línea de pobreza pertenecen al régimen

⁴ Metodología tomada del Informe de pobreza monetaria realizado por el DANE en donde clasifica la línea de pobreza monetaria extrema per cápita nacional para 2019 en \$137.350 y la línea de pobreza monetaria per cápita nacional en \$327.674.

contributivo y subsidiado, reflejando que la clase media del país se enfrenta a mayores probabilidades de tener que financiarse con recursos propios al momento de utilizar el servicio de salud.

Por último, en lo que respecta al análisis del GBS frente a las barreras de acceso al SGSSS, se encuentra que las barreras que más incidencia tienen en ocasionar un mayor gasto en planes o seguros complementarios en salud son la falta de dinero, considerar un buen estado de salud, no tener tiempo y demoras en el tiempo de atención; no obstante el comportamiento por no interés o descuido resultó ser discordante a lo esperado.

Cuadro.8 Gasto de bolsillo en salud respecto a las barreras de acceso al SGSSS

Coeficientes GBS-Barreras			
	d/dx	Std. Error	z value
Por falta de dinero	0.4593***	0.1923	-4.045
Considera que su estado de salud es bueno	1.9706***	0.1281	5.294
Dificultad para viajar	0.7178	0.2805	-1.182
No confía en lo médicos	1.4616	0.2748	1.381
No le interesa o descuido	2.8484***	0.1394	7.509
No tiene tiempo	3.0728***	0.1602	7.003
Muchos trámites	1.2272	0.1555	1.316
Considera que le hacen esperar mucho para atenderlo	2.0612***	0.1543	4.688
Centro de atención esta muy lejos	0.8338	0.1785	-1.017
Es difícil conseguir una cita oportuna	0.9935	0.1844	-0.035

***z<0.001, **z<0.01, *z<0.05.

En el caso de barreras de demanda; considerar tener un buen estado de salud incrementa la probabilidad de adquirir un plan o seguro complementario en 0,97%, en otras palabras; esta percepción puede implicar que estas personas trabajan en su autocuidado y por lo tanto quieren preservarlo mediante la adquisición de planes o seguros complementarios en salud.

La falta de dinero, disminuye la probabilidad de adquirir un plan complementario en salud en un 0.55%, este comportamiento reafirma lo expuesto por (Rodríguez, 2010) quien explica cómo la ausencia de dinero sigue siendo una importante barrera al acceso tanto para población Afiliada como para la población No afiliada.

Las barreras de demanda que más afectan la probabilidad de adquirir un plan complementario en salud son, no tener tiempo y no le interesa o descuido en 2,07% y 1,84% respectivamente. Esta conducta se puede analizar a partir de la información brindada en el cuadro 9.

Cuadro.9 Frecuencia de género frente a las Barreras de acceso al SGSSS

Barreras	Distribución por Genero		
	Hombre	Mujer	Total
Centro de atención esta muy lejos	2.874 (50,9%)	2.769 (49,1%)	5.643 (5,9%)
Considera que la atención es mala	1.093 (55,1%)	890 (44,9%)	1.983 (2,1%)
Considera que le hacen esperar mucho para atenderlo	2.508 (53,6%)	2.169 (46,4%)	4.677 (4,9%)
Considera que su estado de salud es bueno	29.703 (61,6%)	18.494 (38,4%)	48.197 (50,6%)
Dificultad para viajar	789 (46,7%)	900 (53,3%)	1.689 (1,8%)
Es difícil conseguir una cita oportuna	2.076 (49,3%)	2.134 (50,7%)	4.210 (4,4%)
Muchos trámites	3.891 (53,0%)	3.444 (47,0%)	7.335 (7,7%)
No confía en los médicos	581 (65,3%)	309 (34,7%)	890 (0,9%)
No le interesa o descuido	4.672 (63,3%)	2.713 (36,7%)	7.385 (7,7%)
No tiene tiempo	1.740 (66,4%)	879 (33,6%)	2.619 (2,7%)
Otro	1.493 (50,4%)	1.468 (49,6%)	2.961 (3,1%)
Por falta de dinero	4.016 (52,0%)	3.711 (48,0%)	7.727 (8,1%)
Total	55.436	39.880	95.316

A partir de la perspectiva de género, se observa una tendencia por parte de los hombres a tener mayor desinterés o descuido en 63,3%, además de una predisposición en las categorías de consideración; mala atención (55,1%), demoras en el tiempo de atención (53,6%) y buen estado de salud (61,6%)

Para el caso de barreras de oferta, considerar que le hacen esperar mucho para atenderlo genera una probabilidad en 1,06% de querer adquirir un plan o seguro complementario en salud. Sumado a lo anterior los excesivos trámites dejan un precedente de que estas limitaciones se siguen perpetuando dentro de la dinámica de sistema o prestación del servicio como lo muestra Ramírez en su estudio.

Desde otra perspectiva, tener centros de atención en salud muy lejos genera una probabilidad de 17% de no querer adquirir un plan o seguro complementario en salud, esta dinámica se observa en el cuadro 7 el cual, muestra que el 52.6% de la población está sobre o debajo de la línea de pobreza monetaria indicando que dado el nivel de ingresos para los encuestados es mucho menos probable que puedan adquirir plan complementario en salud.

5. Discusión

El enfoque propuesto por Deaton y Muellbauer (1980) donde reconocen el comportamiento de consumo de las personas como un conjunto de posibilidades de elección da pie a que en el análisis descriptivo del perfil de gasto en artículos de salud a nivel regional se determine una dinámica en línea con lo expuesto por Valbuena y Ureña, (2015) en vista de que el artículo con más frecuencia de compra son los productos farmacéuticos; esto puede explicarse por la cultura de automedicación cuando se tienen síntomas leves de alguna enfermedad y además dado que la atención en salud tiene un componente curativo-asistencial, genera que la demanda y la infraestructura incentiven el consumo de productos farmacéuticos (Eslava, 2002)

Desde otro ángulo, los resultados encontrados para las regiones del Caribe y Pacífica en el cuadro 1, evidencian una concentración del gasto en planes complementarios y artefactos y equipos médicos, artículos que en realidad no reflejan una relación clara entre la pobreza y el desarrollo de los departamentos y los gastos de bolsillo (Valbuena & Ureña, 2015), el comportamiento de estas regiones contradice lo señalado por Ramírez, Cortés, Gallego (2002) sobre cómo las características geográficas a nivel microeconómico limitan la disponibilidad y acceso de los bienes y servicios en salud.

Esto también se evidencia en los modelos de barreras y gastos de salud, ya que la relación encontrada con respecto al comportamiento en las barreras de acceso al SGSSS en la región Caribe refleja que en la medida en la que se presentan mayores barreras de demanda es más probable que haya una tendencia a que se presenten menores barreras de oferta. Una explicación a este resultado, se evidencia en el modelo que relaciona el gasto de bolsillo en salud con respecto a las barreras de acceso escogidas, dado que variables como dificultad para viajar o la distancia al centro de salud y no le interesa o descuido, incentiva a que las personas no estén al tanto de sus derechos por el acceso al sistema (Panopoulus y Vélez, 2001), generando una menor percepción de barreras de oferta al no utilizar el servicio.

Para el caso de la región pacífica, la percepción de mayor gasto de bolsillo en salud evidencia el problema que menciona Sergio Prada (coautor del estudio publicado en el

periódico *The Lancet*), en donde recalca que el gasto de bolsillo expone a las familias al riesgo de empobrecerse como consecuencia de una enfermedad (Universidad ICESI, 2019). En contraste con este resultado, (Flórez Nieto et al, 2007) encontraron que la población que acude a los servicios de salud aumenta consistentemente con el nivel de riqueza: la población más rica usa 50% más los servicios de salud que los más pobres; lo cual concuerda con la tendencia regional del modelo presentado.

Por último, la diferencia interregional más notoria mencionada en los resultados del modelo con respecto a las etnias aunque refleja una ausencia de barreras de oferta, se puede explicar a partir de los fenómenos que reporta Soledad Aguilar, encargada de la visualización de las comunidades indígenas de la secretaría de salud de Bogotá, en su testimonio para la revista salud Colombia en 2009 en donde indica que el Sistema de SGSSS, no está atendiendo a la población dispersa en el país.

Esto, debido a que el servicio se queda en las capitales de las regiones, donde éstas comunidades y poblaciones dispersas no tienen acceso y por tanto, en la práctica, no reciben ningún servicio, adicional a esto menciona el problema de uniformidad del sistema que no se adapta a las particularidades ni de las poblaciones dispersas ni de las comunidades indígenas, debido a las condiciones de mercado con el que este opera.

6. Conclusiones

A modo de conclusión, el análisis evidencia que las barreras con más impacto en el acceso al SGSSS siguen siendo las de demanda a nivel regional y los limitantes que tienen una mayor incidencia en los gastos de bolsillo están relacionados a la predisposición y necesidad de las personas, esto principalmente debido al nivel de ingresos y las condiciones de prestación del servicio que tiene el sistema en la actualidad.

Mientras que para el análisis de barreras de oferta en las regiones apartadas del país como es el caso de la región Caribe y Pacífica se encuentra que su relación es inversa con respecto al comportamiento de las barreras de demanda, lo que implica un desconocimiento por parte de la población hacia el sistema causando que estas regiones tengan mayores gastos de bolsillo en salud.

Así mismo el análisis refleja que el perfil de gasto de los hogares en el país se concentra en la compra de artículos farmacéuticos y la población que es más vulnerable en asumir mayores cargas en gasto de bolsillo en salud son las mujeres, por su tendencia de autocuidado y las personas que no están afiliadas al SGSSS debido a que la atención del sistema como

enfoque de mercado está relacionado al ingreso de las personas y no contempla sus necesidades.

En concreto, esto demuestra que pese a la universalización del sistema, el reto en la actualidad es comprender el patrón de necesidades en salud que tienen las regiones e identificar políticas que sirvan para disminuir la generación de las barreras al acceso del servicio, con el fin de lograr llegar a atender a la población dispersa y ser más eficiente en la prestación del servicio para lograr afiliar de una manera más organizada a la población del país.

Referencias bibliográficas

- Bernal, O. y Barbosa, S. (2015). La Nueva Reforma A La Salud En Colombia: El Derecho, El Aseguramiento Y El Sistema De Salud. [En línea] Medigraphic.com. Disponible en: <<https://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2015/sal155j.pdf>>
- Karelys Katina, G. (2013). Los subsidios de oferta y el régimen subsidiado de salud en Colombia. Recuperado: <https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/4695/GuzmanFinol-KarelysKatina-2013.pdf;jsessionid=6D790089417E54846E7E8EB335BE77CB?sequence=1>
- Gideon, U. (2007), "The Impact of Subsidized Health Insurance on Access, Utilization and Health Status: The Case of Colombia", Draft Report, World Bank, recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/228233420_The_Impact_of_Subsidized_Health_Insurance_on_Access_Utilization_and_Health_Status_in_Colombia
- Panopoulos, G. y Velez, C. (2001), "Subsidized Health Insurance, Proxy Means Testing and the Demand for Health Care among the Poor in Colombia"
- Musgrove, P. (1985). Reflexiones sobre la demanda por salud en América Latina. Cuadernos de Economía, 293-305.
- Gallego, J. (2008). Demanda por seguro de salud y uso de servicios médicos en Colombia: diferencias entre trabajadores dependientes e independientes. Lecturas de Economía, 95-120.
- Ayala, G. (2014). "La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso," Documentos de Trabajo Sobre Economía Regional y Urbana 011883, Banco de la República - Economía Regional.
- Estrada, L., Guzmán, N., & De la Hoz, F. (2006). Gasto Privado en Salud de los Hogares de Cartagena de Indias, 2004. Recuperado De: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v9n1/v9n1a04.pdf>
- Valbuena, G., & Ureña, A. (2015). Una mirada a los gastos de bolsillo en salud en Colombia, recuperado de: https://www.banrep.gov.co/sites/default/files/publicaciones/archivos/dtser_218.pdf
- Grossman, M. (1972). On the concept of health capital and the demand for health. Recuperado de: <https://mgrossman.ws.gc.cuny.edu/files/2017/06/conceptofhealthcap.pdf>
- Deaton, A., & Muellbauer, J. (1980). Economics and consumer behavior. de:

<http://www.library.fa.ru/files/Deaton-Economics.pdf>

ESLAVA C., JUAN CARLOS. (2002). Promoción y Prevención en el Sistema de Salud en Colombia.

Revista de Salud Pública, 4(1), 1-12. Recuperado de:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642002000100001&lng=en&tlng=e

MINSALUD. (2014). CIFRAS FINANCIERAS DEL SECTOR SALUD. Recuperado

de:<https://docplayer.es/2038710-Cifras-financieras-del-sector-salud.html>

OMS. (2020). | Determinantes sociales de la salud, desde: https://www.who.int/social_determinants/es/

Prada, Sergio & Sarria, Mayra & Guerrero, Ramiro. (2016). Medición del gasto de bolsillo en salud usando la Encuesta Nacional de Calidad de Vida de Colombia. 10.13140/RG.2.1.2426.5369.

Rodríguez A., Sandra. (2010). Barreras y Determinantes del acceso a Servicios de Salud en Colombia.

Recuperado

de:https://www.researchgate.net/publication/266447314_Barreras_y_Determinantes_del_Acceso_a_los_Servicios_de_Salud_en_Colombia/citation/download

Ramírez, M., Cortés, D., & Gallego, J. M. (2009). El gasto en salud de los hogares

Colombianos: Un análisis descriptivo. *Lecturas De Economía*, (57), 87 - 125.

<https://doi.org/10.17533/udea.le.n0a3258>

Reina, Y. (2014). Acceso Al Servicio De Salud En Las Principales Ciudades Colombianas (2008-2012).

[Online] Banrep.gov.co. Disponible en:

<https://www.banrep.gov.co/sites/default/files/publicaciones/archivos/dtser_200.pdf>.

Revista Salud Colombia. (Septiembre, 2009). Mesa redonda con Soledad Aguilar – [Salud de las comunidades indígenas y otras etnias en Colombia]. Recuperado de

<http://www.saludcolombia.com/actual/Salud%2084/report84.htm>

Universidad ICESI. (2019). Gasto de bolsillo en salud de los colombianos es de los más bajos del mundo

revela estudio de the Lancet. Recuperado de <https://www.icesi.edu.co/unicesi/5266-gasto-de-bolsillo-en-salud-de-los-colombianos-es-de-los-mas-bajos-del-mundo-revela-estudio-de-the-lancet>

Flórez Nieto, C., Soto, V., Acosta, O., Karl, C., Misas, J., Forero, N. and Lopera, C., 2007. *Avances Y Desafíos De La Equidad En El Sistema De Salud Colombiano*. 1st ed. Bogotá: Fundación Corona, p.20.

DANE, *Informe sobre pobreza monetaria en Colombia*; publicado el 13 octubre de

2020, recuperado de: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/pobreza-y-desigualdad/pobreza-monetaria-y-multidimensional-en-col-2019>

Anexo 1

Clasificación Artículos de salud

Grupo de bienes y servicios	Bienes y servicio de la salud
Productos farmacéuticos	Analgésicos, antiácidos, antibióticos, antialérgicos, antigripales, Antiparasitario, antiamibiásicos, purgantes, laxantes, antiartríticos, antirreumáticos, antidiabéticos, antiespasmódicos, antidiarreicos, antiinflamatorios, cardiovasculares, desinfectantes, suero oral, vacunas, vitaminas, reconstituyentes, calcio y otros minerales, aceite de hígado de bacalao, productos formulados para uso dermatológico, gotas para oídos, ojos y nariz, anticonceptivos orales (píldoras), óvulos, inyecciones, cremas anticonceptivas y parches, medicamentos homeopáticos y bioenergéticas, y otras drogas sueltas tales como: anestésicos, enzimas y sales biliares, diuréticos orales e inyectables y otros.
Artefactos y equipos terapéuticos	Anteojos, gafas o lentes de contacto formulados, sillas de ruedas, camas y colchones especiales (de hospital para uso en el hogar), muletas, bastones ortopédicos, zapatos ortopédicos, soportes de cuello, bragueros, fajas quirúrgicas, medias elásticas para traumatología, soportes para rodilla, pie, brazo, etc., equipo para masajes médicos, prótesis (miembros artificiales), dentaduras postizas, otros aparatos ortopédicos (ojos de cristal, audífonos ortopédicos), tensiómetros (Eléctricos, manuales y de otro tipo), estetoscopios, glucómetros, y reparación de artefactos y equipos terapéuticos.
Servicios médicos	Consulta médica general con médico particular, consulta médica con especialista particular: pediatría, oftalmología, ginecología, psiquiatría, traumatología, cardió, servicios de especialistas en ortodoncia, Consulta particular con médicos homeópatas, bioenergéticas y otros no tradicionales.
Servicios paramédicos	Servicios para particulares en centros de rayos X (radiografías (incluyendo las dentales), urografías, mamografías, etc.), exámenes de laboratorio para particulares (de sangre, bacteriológicos, serológica, etc.), servicios independientes de: acupunturistas, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, etc., terapia de gimnasia correctiva recetada por médicos, baños termales o tratamientos con agua de mar, servicios de enfermería y maternidad en el hogar (partera, comadrona, enfermera privada), consulta con teguas, empíricos, curanderos, yerbateros, comadronas, etc., y otros servicios extra hospitalarios (alquiler de equipo terapéutico, etc.)
Pagos complementarios a la seguridad social	Cuotas moderadoras EPS, ARS (medicina, odontología, especialistas, medicamentos, exámenes, etc.), y bonos de medicina prepagada o pago en efectivo por consultas, odontología, medicamentos, exámenes, etc.
Servicios de hospital	Servicios básicos hospitalarios para pacientes particulares internos (alojamiento, alimentación, transporte en ambulancia, medicamentos, etc.), servicios médicos hospitalarios para particulares (atención de médicos (generales y especialistas), odontólogos, paramédicos, exámenes, radiografías y terapias, servicios médicos menores (pequeña cirugía, cirugía ambulatoria, urgencias, etc.), y copagos (pago adicional por hospitalizaciones o cirugías de beneficiarios de EPS).

Fuente: Valbuena & Ureña, (2015). DANE (ENPS 2016-2017)

Anexo 2

Modelo de GBS - Barreras de Acceso		
Variables	Definición	Categoría
P799	¿Cuáles de los siguientes planes o seguros COMPLEMENTARIOS de salud tiene ____? ¿Cuáles de los siguientes planes o seguros VOLUNTARIOS de salud tiene ____?	Medicina prepagada, Plan complementario de salud con una EPS, Póliza de hospitalización o cirugía, Otro (ambulancia, asistencia médica domiciliaria, etc.)
P800	¿Por qué razón principal no consulta al médico ni al odontólogo?	
BD_1	Por falta de dinero	1= Persona encuestada responde afirmativamente, 0= de lo contrario
BD_2	Considera que su estado de salud es bueno	1= Persona encuestada responde afirmativamente, 0= de lo contrario
BD_3	Dificultad para viajar	1= Persona encuestada responde afirmativamente, 0= de lo contrario
BD_4	No confía en los médicos	1= Persona encuestada responde afirmativamente, 0= de lo contrario
BD_5	No le interesa o descuido	1= Persona encuestada responde afirmativamente, 0= de lo contrario
BD_6	No tiene tiempo	1= Persona encuestada responde afirmativamente, 0= de lo contrario
BS_1	Muchos tramites	1= Persona encuestada responde afirmativamente, 0= de lo contrario
BS_2	Considera que le hacen esperar mucho para atenderlo	1= Persona encuestada responde afirmativamente, 0= de lo contrario
BS_3	Centro de atención está muy lejos	1= Persona encuestada responde afirmativamente, 0= de lo contrario
BS_4	Es difícil conseguir una cita oportuna	1= Persona encuestada responde afirmativamente, 0= de lo contrario

Anexo 3

Estimadores presentados en los modelos:

	Barreras de Demanda				Barreras de Oferta			
	Estimate	Std. Error	z value	Pr(> z)	Estimate	Std. Error	z value	Pr(> z)
(Intercept)	-2.5980	0.2725	-9.533	0.0002***	-2.4950	0.3681	-6.7760	0.0001***
Región Andina	0.1287	0.0164	7808	0.0005***	-0.4254	0.0237	-17.934	0.0000***
Región Bogotá	-0.0357	0.0399	-1053	0.2925	-0.5324	0.0568	-9.361	0.0000***
Región Caribe	0.5112	0.0157	32387	0.0000***	-0.7680	0.0244	-31.472	0.0000***
Región Orinoquia	0.2005	0.0199	10069	0.0000***	0.1297	0.0263	4.924	0.0008***
Región Pacífica	0.3891	0.0187	20715	0.0000***	0.0935	0.0257	3.628	0.0002***
Región Eje Cafetero - Antioquia	0.6762	0.0257	26226	0.0000***	0.0563	0.0385	1.462	0.1436
Régimen Especial	0.3839	0.0424	-9049	0.0000***	-0.1939	0.0754	-2.571	0.0101*
Régimen No afiliado	1.6460	0.0184	89156	0.0000***	1.2430	0.0296	41.949	0.0000***
Régimen No sabe. no informa	1.1700	0.0834	14026	0.0000***	1.3660	0.1131	12.081	0.0000***
Régimen Subsidiado (eps-s)	0.4264	0.0125	33990	0.0000***	0.6307	0.0224	28.076	0.0000***
Sexo Mujer	-0.6087	0.0091	-66522	0.0000***	-0.1139	0.0142	-7.987	0.0001***
Etnia Indígena	1.2310	0.2722	4521	0.0006***	-0.0435	0.3674	-0.118	0.9057
Etnia Negro (a). mulato (a) afrocolombiano(a)	13490	0.2722	4955	0.0007***	0.2461	0.3674	0.670	0.5029
Etnia Ninguno de los anteriores	0.9951	0.2719	3660	0.0002***	-0.2293	0.3669	-0.625	0.5320
Etnia Palenquero (a) de San Basilio	1.8520	0.3295	5622	0.0001***	0.4458	0.4954	0.900	0.3682
Etnia Raizal ASPS	0.7913	0.2857	2770	0.0056**	-0.1383	0.4089	-0.338	0.7352
Ingreso per cápita	-0.0009	0.0000	-13941	0.0000***	-0.0001	0.0001	-12.557	0.0000***

Modelo GBS				
	Estimate	Std. Error	z value	Pr(> z)
(Intercept)	-1.7860	0.0350	-0.051	0.9593
RegionesAndina	0.3632	0.1050	3,459	0.0005***
Regiones Bogotá	0.3793	0.1594	2,380	0.0173*
Regiones Caribe	0.6816	0.1035	6,586	0.0004***
Regiones Orinoquia	0.0563	0.1338	0.421	0.6738
Regiones Pacífica	1.1650	0.1093	10,660	0.0000***
Regiones Región Eje Cafetero - Antioquia	0.1784	0.1638	1,090	0.2758
Régimen Especial	0.0461	0.1401	0.329	0.7419
Régimen No afiliado	0.1840	0.0845	2,178	0.0294*
Régimen No sabe, no informa	-0.4950	0.5805	-0.853	0.3938
Régimen Subsidiado (eps-s)	-0.6512	0.0549	-11,852	0.0000***
Sexo Mujer	0.1943	0.0487	3,983	0.0006***
Etnia Indígena	1.2000	3.5020	0.034	0.9726
Etnia Negro (a), mulato (a) (afrodescendiente), afrocolombiano(a)	1.2040	3.5020	0.034	0.9725
Etnia Ninguno de los anteriores	1.2520	3.5020	0.036	0.9714
Etnia Palenquero (a) de San Basilio	1.3590	3.5020	0.039	0.9690
Etnia Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa C	-0.3710	3.7350	-0.001	0.9992
Ingreso per cápita	0.0004	0.0007	6,215	0.0005***

Coefficientes GBS-Barreras				
Coefficients:	Estimate	Std. Error	z value	Pr(> z)
Por falta de dinero	-0.777919	0.192315	-4045	0.0005 ***
Considera que su estado de salud es bueno	0.678377	0.128148	5294	0.0000 ***
Dificultad para viajar	-0.331477	0.280510	-1182	0.237
No confía en los médicos	0.379586	0.274879	1381	0.167
No le interesa o descuido	1046770	0.139405	7509	0.0000 ***
No tiene tiempo	1122612	0.160299	7003	0.0000 ***
Muchos trámites	0.204798	0.155572	1316	0.188
Considera que lo hacen esperar mucho para atenderlo	0.723300	0.154302	4688	0.0002 ***
Centro de atención está muy lejos	0.181681	0.178599	-1017	0.309
Es difícil conseguir una cita oportuna	-0.006426	0.184423	-0.035	0.972