

**Un análisis regional de la salud
en Colombia**

Por: Jaime Bonet-Morón
Karelys Guzmán-Finol

Núm. 222
Agosto, 2015



Documentos de trabajo sobre
ECONOMÍA REGIONAL



BANCO DE LA REPÚBLICA

CENTRO DE ESTUDIOS ECONÓMICOS REGIONALES (CEER) - CARTAGENA

ISSN 1692 - 3715

La serie **Documentos de Trabajo Sobre Economía Regional** es una publicación del Banco de la República - Sucursal Cartagena. Los trabajos son de carácter provisional, las opiniones y posibles errores son de responsabilidad exclusiva de los autores y no comprometen al Banco de la República ni a su Junta Directiva.

Un análisis regional de la salud en Colombia*

Jaime Bonet-Morón♦

Karelys Guzmán-Finol*

* Los autores agradecen los comentarios realizados por los economistas Karina Acosta, Yuri Reina, Julio Romero, Lucas Hahn, Gerson Javier Pérez y Antonio Orozco.

♦ Gerente de la sucursal del Banco de la República en Cartagena.

* Economista del CEER del Banco de la República en Cartagena.

Cualquier comentario o sugerencia a este documento puede dirigirse a los correos electrónicos jbonetmo@banrep.gov.co y kguzmafi@banrep.gov.co.

Resumen

El sistema de salud colombiano ha experimentado transformaciones importantes en las últimas décadas. En la medida en que en algunos casos los avances logrados en materia de cobertura y en los indicadores del estado de salud de la población muestran diferencias entre las regiones del país, el Centro de Estudios Económicos Regionales (CEER) desarrolló una agenda de investigación en esta área. Este documento tiene dos propósitos: (i) sintetizar los principales resultados que en esta materia arrojan los estudios del CEER; y (ii) presentar las recomendaciones de política que surgen del análisis de la problemática regional del sector salud. El trabajo concluye que aún existen algunas disparidades regionales en el estado de salud, la oferta de servicios y el acceso a los mismos. Un mayor esfuerzo para reducir esas diferencias debería ser una prioridad de la política de salud pública en Colombia.

Palabras clave: Salud pública, regiones, Colombia.

Clasificación JEL: I13, I18, H75, R28.

Abstract

The Colombian health system has undergone major transformations in recent decades. Since there is evidence that shows the progress made in terms of coverage and indicators of the health status of the population varies among regions, the Center for Regional Economic Studies (CEER) developed a research agenda in this topic. This document has two purposes: (i) to synthesize the main results of the CEER's work; and (ii) to provide some policy recommendations arising from this analysis. The paper concludes that there are still some regional disparities in health status, the supply of services and access to them. An additional effort to reduce those differences should be a priority of public health policy in Colombia.

Keywords: Health care, regions, Colombia.

JEL classification: I13, I18, H75, R28.

1. Introducción

El sector salud colombiano experimentó importantes transformaciones en las últimas décadas. El sistema pasó de uno que financiaba básicamente la oferta pública en salud a uno dirigido principalmente a subsidios a la demanda, por medio de los regímenes contributivo y subsidiado. El país logró importantes avances en cobertura que permitió moverse del 56,9% al 90,8% entre 1997 y 2012 (Ayala, 2014), en gran parte gracias al mayor gasto público sectorial. En la actualidad Colombia invierte cerca de siete puntos porcentuales del PIB en salud, donde el 75% lo realiza el sector público. Eso ubica a Colombia como uno de los países latinoamericanos con mayor gasto público sectorial y donde las familias invierten una menor proporción de recursos en salud.

Estos beneficios han estado acompañados de numerosas limitaciones y en los últimos años el país ha vivido un amplio debate sobre la política de salud. Existe una discusión sobre diversos factores que afectan al sector: la manera en la que está organizada la provisión de los servicios, la calidad y acceso a los mismos, la ineficiencia en el manejo de los recursos o la escasez de estos, el diseño de los planes de atención en los regímenes vigentes, la crisis financiera de los hospitales públicos y los resultados en materia de prevención y promoción de la salud.

Después de las reformas realizadas al sistema en 1993, la producción académica en temas relacionados con el sector de la salud aumentó. Tal vez el primer libro que realizó una introducción a la economía de la salud en Colombia como área de investigación es el de Restrepo *et al.* (2008). Además de presentar los conceptos microeconómicos básicos aplicados al sector, los autores analizan los resultados de las publicaciones previas e identificaron los temas que merecían posteriores estudios. Entre ellos se mencionaron el análisis del estado de salud que vincule varias disciplinas además de la Economía, las ganancias en acceso a partir del

seguro de salud, los costos reales de los servicios hospitalarios, las relaciones entre las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), y los factores que determinan su incursión en el mercado.

Posteriormente, la Federación Nacional de Departamentos y Fedesarrollo (2009) abordaron temas como el financiamiento y las competencias en el nivel departamental, la definición y actualización de los planes de beneficios, las problemáticas del talento humano en salud y la eficiencia. Su diagnóstico hace énfasis en las dificultades que enfrentan las secretarías departamentales para atender la demanda por servicios con los prestadores que administran. También destacaron la creciente participación en el gasto que requirió la atención de los vinculados y el pago de los eventos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS).

Bernal y Gutiérrez (2012) compilaron investigaciones sobre el estado de salud, la organización institucional, la financiación y los actores del sistema, los medicamentos, los dispositivos médicos, la logística hospitalaria, las tutelas y los sistemas de información. Con una visión multidisciplinaria del sistema realizaron recomendaciones que van desde crear un red de observatorios en salud pública, hasta la transferencia directa de recursos por parte de la Nación a aquellos hospitales que no cuenten con una población objetivo lo suficientemente grande como para cubrir sus costos fijos.

Estudios sobre aspectos financieros del sistema de salud, como el realizado por Barón (2007), han identificado los siguientes retos: el aumento de la demanda por servicios no POS, el lento crecimiento de los afiliados al régimen contributivo con respecto a los del régimen subsidiado, el elevado precio de los medicamentos, el acelerado crecimiento de los gastos en el régimen especial y los incentivos que podría generar la igualación del POS. Otros trabajos se han enfocado en los

cambios en las competencias de los entes territoriales y en la asignación de los recursos en el marco de la descentralización. En estos se destaca que a pesar de los aumentos de la cobertura, hace falta mejorar la calidad de los servicios y de la información reportada por las EPS e IPS (Arroyave, 2009; Melo y Ramos, 2010; Pinto y Muñoz, 2010; Salazar, 2011; Guzmán, 2012; Núñez *et al.*, 2012; Guerrero *et al.*, 2014; Bonet *et al.*, 2014).

Otro tema recurrente es la eficiencia de los hospitales públicos, que ha sido medida con diversas metodologías: el análisis envolvente de datos, las relaciones de equivalencia y las fronteras estocásticas. Los resultados coinciden en que la eficiencia aumenta con el nivel de complejidad de los servicios. Los hospitales de baja complejidad, que son la mayoría en Colombia, son los más ineficientes (Mora y Morales, 1997; Pinzón, 2003; Peñaloza, 2003; Sarmiento *et al.*, 2005; Toro y Mutis, 2006, y Montoya, 2013).

Por otro lado, el acceso a los servicios de salud ha sido objeto de numerosas investigaciones, que han empleado distintas medidas para definirlo: la distancia al prestador más cercano, el tiempo de viaje, y la cobertura del sistema de salud (Christie y Fone, 2002; Pérez, 2013). Se han identificado cuáles son las características socioeconómicas de los individuos que están relacionadas con una mayor probabilidad de ser atendidos y cuáles son las barreras que obstaculizan o demoran la prestación de los servicios (Flórez *et al.*, 2007; Vargas y Molina, 2009; Rodríguez, 2010). Sin embargo, estos análisis carecen de un diagnóstico más detallado especialmente en las principales ciudades, que determine en qué porcentaje las personas que necesitan atención médica general efectivamente la obtienen (Ayala, 2014).

De acuerdo con Acosta (2014), las investigaciones sobre el estado de salud en Colombia se han enfocado en el perfil de morbilidad, mortalidad y los

determinantes de la percepción del estado de salud. Sin embargo, poco espacio se ha dejado para la comparación del estado de salud entre grupos al interior del país, ya sea por localización geográfica, etnias o tipo de afiliación. Teniendo en cuenta que Colombia es un país con gran diversidad en las condiciones de vida de sus habitantes, entender con claridad las diferencias en los diferentes grupos que componen la nación es fundamental.

Uno de los vacíos del sector salud que requieren una mayor profundización es el análisis regional de la problemática sectorial. Es por ello que el Centro de Estudios Económicos Regionales (CEER) del Banco de la República inició una línea de investigación encaminada a darle una visión regional al sector salud colombiano. Puntualmente, se quería responder algunas preguntas que la literatura existente en el país no había cubierto exhaustivamente, o donde no se habían identificado las diferencias regionales, con el fin de ofrecer un mayor conocimiento del funcionamiento y los resultados del sistema en el territorio, de tal manera que facilite su adaptación a las necesidades particulares de cada región.

En el momento de definir cuáles eran los temas de interés surgieron preguntas como: ¿Son iguales las causas de mortalidad y enfermedad en las regiones? ¿El acceso efectivo a los servicios de salud es igual en todas partes? ¿Cómo se distribuyen las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) en el territorio nacional? ¿Hay escasez de oferta de servicios en algunas zonas? Con base en estas preguntas y siguiendo lo planteado por Restrepo *et al.* (2008), se definió una agenda de investigación en torno a cuatro líneas: la valoración (o medición) del estado de salud, la demanda de atención, la oferta de servicios y el gasto en salud. Luego de varios meses de trabajo se completaron diez ensayos en las diferentes áreas señaladas.

El propósito de este documento es realizar una síntesis de los principales resultados encontrados en las investigaciones realizadas, de tal manera que se ofrezca una visión integral del análisis regional de la salud en Colombia. Además, se presentan las recomendaciones de política que surgen del análisis de la problemática regional del sector salud. Este trabajo está compuesto por cuatro secciones. La segunda presenta los principales mensajes derivados de las investigaciones realizadas, mientras que la tercera se centra en las recomendaciones de política que surgen del análisis. La cuarta sección realiza las reflexiones finales.

Es importante aclarar que la dimensión regional del análisis estuvo condicionada por la disponibilidad de datos para las variables analizadas. Los trabajos utilizaron diferentes fuentes de información: la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV), la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos (ENIG), la Encuesta de Percepción Ciudadana (EPC) que adelanta la red de los programas Cómo Vamos, el Registro Especial de Prestadores (REPS), el Sistema de Información Hospitalaria (SIHO), y la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA), entre otros. En la medida en que cada una de estas fuentes tiene diferentes sistemas de agregación territorial, la regionalización empleada en cada trabajo puede variar.

2. Principales resultados

Esta sección presenta los principales resultados que arrojan los distintos estudios adelantados por los investigadores del CEER. En cada uno de los documentos, reseñados a lo largo de esta sección, se encuentran muchos más detalles del análisis. Este trabajo únicamente incluye los elementos más destacados. Los lectores interesados en profundizarlos pueden acudir a cada investigación.

i. La Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) y la Esperanza de Vida al Nacer (EVN) muestran una transformación positiva del estado de salud de los colombianos, aunque algunas regiones se mantienen rezagadas

La TMI¹ se redujo en Colombia durante la segunda mitad del siglo XX. En el periodo 1965-2010 se distinguen dos tendencias en este indicador. La primera muestra una reducción acelerada entre 1965 y 1990, cuyo valor máximo fue de 89,6 muertes por cada mil nacidos vivos en 1965 hasta alcanzar un mínimo de 21 en 1990. La segunda tendencia es de relativa estabilidad desde finales de los noventa, con una tasa de 15,6 en 2005 (Acosta y Romero, 2014a). No obstante, los valores y las tendencias recientes de la TMI en Colombia se asemejan a las observadas en países desarrollados como Suecia, Inglaterra, Francia y Bélgica entre 1955 y 1975. Esto indica que Colombia aún tiene un amplio margen por mejorar en esta materia.

De forma paralela se dio un incremento en la esperanza de vida en las últimas tres décadas. La EVN² de los hombres pasó en promedio de 67,48 años en 1990 a 73,96 años en 2012, es decir, un aumento de 6,48 años de vida. En el mismo periodo, las mujeres han aumentado su esperanza de vida de 74,75 a 79,62 años, lo que significó un incremento de 4,87 años (Acosta y Romero, 2014b).

La reducción de la TMI se ha atribuido históricamente a múltiples procesos. En primer lugar, los avances en la medicina, como por ejemplo el desarrollo de vacunas, han resultado en una transición epidemiológica. En segundo lugar, las mejores condiciones socioeconómicas y sanitarias que han permitido un mayor

¹ La TMI es definida como el número de defunciones de menores de un año por cada mil nacidos vivos.

² La EVN es un indicador que sintetiza el número de años de vida proyectados para los nacidos en un momento del tiempo basándose en los patrones de mortalidad observados en todos los grupos de edad. Es decir, la TMI y la EVN no son dos términos independientes ya que la EVN depende parcialmente de la TMI.

acceso al agua potable, ha mejorado el manejo de las basuras y ha introducido nuevos materiales utilizados en la construcción de las viviendas (por ejemplo, se han venido reemplazando los pisos de tierra por suelos de baldosa). En tercer lugar, se tiene el papel jugado por algunas políticas desarrolladas por el Estado como aquellas encaminadas a aumentar la cobertura de vacunación, la realización de controles prenatales y posnatales y las medidas para reducir la propagación de las enfermedades endémicas (Acosta y Romero, 2014a, 2014b).

En la medida en que la TMI afecta la EVN, los factores antes mencionados han impactado sobre esta última. Además de esos elementos, el aumento en la EVN puede también estar asociado con la transformación de los perfiles epidemiológicos y demográficos y la significativa reducción de muerte por causas externas como los homicidios (Acosta y Romero, 2014a, 2014b).

Si bien es cierto que algunas circunstancias históricas han ocasionado reducciones en la TMI y aumentos en EVN, la velocidad de estos cambios y su valor absoluto han sido disimiles al interior de las regiones colombianas. Particularmente, la región Pacífica (Chocó, Cauca, Nariño y Buenaventura) ha estado en desventaja con respecto a las demás. A pesar que la mayor parte de las regiones han convergido a una TMI común en los últimos años, la probabilidad de que un niño nacido vivo en el Pacífico muera durante el primer año de vida es dos veces la del promedio nacional. Por su parte, Bogotá ha experimentado una TMI comparativamente baja: la TMI de la capital del país en 1965 correspondía a la alcanzada por la región Pacífica a mediados de los años ochenta (Acosta y Romero, 2014a).

Un hecho que llama la atención es que en Colombia no se ha logrado el objetivo del Milenio de alcanzar una TMI de 14 niños por cada mil nacidos vivos, siendo la región Pacífico la que más se aleja de la meta. De acuerdo con estimaciones de

Acosta y Romero (2014a), la TMI de Colombia para 2008 era de 16 por cada 1.000 nacidos vivos; estimación levemente inferior a la encontrada por Profamilia con base en la ENDS 2010, para quienes la TMI colombiana era de 18.

Valdría la pena preguntarse si los recursos no son suficientes o si se han gastado en forma ineficiente. En el periodo 2007-2013, las acciones en salud pública demandaron para su ejecución en promedio \$ 1,15 billones anuales. Esto corresponde al 9,5% del gasto en salud que realizan departamentos y municipios. La inversión en programas de salud infantil participa en promedio con el 33% de estos recursos. Esta situación permite sospechar que no se registra una asociación clara entre el gasto por cada niño menor de un año y la TMI (Orozco, 2015).

ii. En Colombia persiste la inequidad en el estado de salud entre regiones y al interior de ellas

Existe una evidente diferencia de Bogotá y San Andrés, que registran los mejores indicadores, en comparación con el resto de regiones en términos de equidad y el estado de salud general. En el extremo opuesto se encuentran Amazonía y Pacífico, regiones que muestran un pobre estado de salud comparativo. Las regiones que exhiben un mejor estado de salud también tienen esperanzas de vida más altas y tasas de mortalidad infantil más bajas (Acosta, 2014).

En las regiones colombianas también se evidenció un cambio en la inequidad interna en el estado de salud general. En 2010 se observó una mayor inequidad en la salud de los Llanos y las regiones Central Oriental y Occidental, donde se agrupan departamentos del eje cafetero, Antioquia, Santander y Norte de Santander. En 2005 las regiones con mayor desigualdad intrarregional eran el Caribe, el Pacífico y la Central Occidental.

El trabajo de Acosta y Romero (2014a) muestra que la tendencia en la caída en la TMI es común en varios países. Estos autores indican que, para acercarse a los niveles a los cuales convergía la mortalidad infantil en algunos países europeos al finalizar el siglo XX, la tasa registrada en Colombia en 2005 debe contraerse 4,7 veces. Adicionalmente, el patrón de la EVN en Colombia entre 1990 y 2012 se asemeja al que tenían países como Inglaterra, Francia y Canadá entre 1970 y 1990. En otras palabras, si se mantiene constante tanto la EVN de estos países como su tasa de crecimiento, Colombia requeriría de veinte años para alcanzar su misma expectativa de vida.

Una pregunta que surge es ¿qué hacer para aumentar la EVN en Colombia? Una opción es evitar o erradicar aquellas enfermedades o factores que recortan la expectativa de vida. Dicho de otra manera, si se pudiese saber cómo aumentarían los potenciales años de vida si se eliminaran cada una de las principales causas de muerte, se podría identificar qué enfermedades merecen más atención y hacia donde enfocar los recursos para que las políticas de salud implementadas sean más efectivas.

Acosta y Romero (2014b) realizaron un ejercicio para evaluar en hombres y mujeres cómo hubiese cambiado su EVN en el caso hipotético en el que se hubiesen eliminado cada una de las cinco principales causas de muerte. Los resultados indican que entre 1990 y 2000, las causas externas eran las que contribuían en mayor medida a la reducción de la EVN de los hombres. Sin embargo, a partir de 2012 empezaron a serlo las enfermedades del sistema circulatorio, en especial las isquémicas del corazón, seguidas de las causas externas y los diversos tipos de cáncer. En el caso de las mujeres los factores que más contribuyeron a la reducción de la EVN no cambiaron mucho. En su orden son las enfermedades del sistema circulatorio, el cáncer y las afecciones del sistema respiratorio.

Por lo tanto, si se desea aumentar la EVN en el país, prevenir enfermedades asociadas con hábitos alimenticios y estilos de vida, como las del sistema circulatorio, y disminuir la pérdida de vidas por causas externas, como los homicidios y accidentes automovilísticos, constituyen un punto de partida que tendría beneficios a corto y largo plazo. Las causas externas son especialmente importantes debido a que la mayor proporción de muertes por esta causa se concentra en jóvenes.

iii. Las diferencias entre las causas agregadas de enfermedad y las principales causas de muertes reportadas no son notorias en el ámbito regional pero sí entre géneros

En cuanto a la prevalencia de enfermedades, se encontró que, en general y sin marcadas diferencias entre regiones, las principales razones por la que las personas asisten al médico son la hipertensión arterial, de la cavidad bucal y de las vías respiratorias superiores. Aunque el país ha experimentado grandes avances en materia epidemiológica en los últimos años, Acosta (2014) concluye que aún existe una alta prevalencia de enfermedades evitables porque están relacionadas con el estilo de vida de las personas.

Cuando se analizan las causas de muerte por género sí se registran diferencias más evidentes. Según Acosta y Romero (2014b), la principal causa de muerte reportada de las mujeres fue el cáncer en los años 2000 y 2012. En ese último año las regiones con la mayor participación de muertes por cáncer eran los Andes Occidentales, los Andes Orientales, el Pacífico y el Caribe. Para los hombres, en el año 2000, los homicidios eran la principal causa de muerte en todas las regiones, con excepción de San Andrés. Sin embargo, en 2012, tanto en los Andes Orientales como en el Caribe y las islas, el cáncer y las enfermedades isquémicas del corazón se convirtieron en las principales causas. En general, la participación de las

enfermedades isquémicas y el cáncer en la totalidad de muertes aumentó en casi todas las regiones y géneros.

Varias de las principales causas de mortalidad son al mismo tiempo los más frecuentes motivos de consulta médica en el país, en donde sobresalen la hipertensión arterial y las enfermedades del sistema respiratorio (Acosta, 2014). Además, los diez principales motivos de consulta por enfermedades agregadas son similares en todas las regiones.

Al identificar las principales causas de mortalidad y morbilidad en el país es clave notar que varias de las enfermedades, como las enfermedades cardiovasculares, se pueden prevenir con hábitos de vida saludable; o mejorando las condiciones de las viviendas y el entorno, como las enfermedades respiratorias, infecciosas y parasitarias. Otras como el cáncer pueden ser menos letales si se logran diagnosticar y tratar a tiempo. El tratamiento y prevención de enfermedades es fundamental no solo por el indiscutible costo en términos de vida, sino también por el tiempo de incapacidad e improductividad que ellas implican en una economía.

Este panorama implica que el éxito de las políticas que se implementen para combatir estas afecciones depende en parte de que involucren otros actores además de los que pertenecen al sector de la salud. De tal forma, que no solo se trabaje por garantizar una oportuna atención de calidad cuando las personas ya estén enfermas, sino que se fortalezcan de manera integral los factores sociales asociados a un buen estado de salud.

iv. El acceso a algunos servicios de salud disminuyó en el agregado del país, aunque se registraron aumentos en algunas regiones y diferencias entre los tipos de regímenes de atención

Los indicadores de acceso estimados por Ayala (2014) muestran una reducción de aproximadamente 3,6 puntos porcentuales (pp) entre 1997 y 2012. Esta disminución se dio para toda la población tanto para quienes estaban cubiertos por el sistema como para los que no lo estaban. La disminución en el acceso también se observó en la mayoría de las regiones, con excepción de Antioquia y la región Oriental, las cuales presentaron un aumento en este indicador. En el departamento de San Andrés se presentó una reducción en el acceso de 18 pp entre 1997 y 2012, lo que la ubica como la región que más retrocedió en esta materia. Lo anterior estuvo acompañado de una reducción en las desigualdades regionales, pues mientras en 1997 la región con mayor acceso superaba en 26,4 pp a la región de menos acceso, en el 2012 la diferencia se redujo en 14,7 pp.

En estos cálculos el acceso fue estimado como el porcentaje de personas que al momento de sentirse enfermas y requerir algún servicio fueron efectivamente atendidas. Esto quiere decir que quienes no accedieron fueron los que demandaron y no fueron atendidos, así como también los que habiendo necesitado no demandaron por no tener recursos o porque el centro médico estaba lejano, entre otras razones.

Un elemento a destacar es que el acceso disminuyó para los pertenecientes al régimen contributivo, mientras que para los del régimen subsidiado aumentó. Este último resultado es coherente con la importante inversión que ha implicado sostener e incrementar el porcentaje de la población colombiana asegurada (Ayala, 2014; Orozco, 2015). La ampliación y continuidad de la cobertura de este régimen demandó entre 2007 y 2013 recursos que corresponden en promedio anual al 1,27% del PIB y que son ejecutados casi en su totalidad por los municipios (Orozco, 2015).

Algunos indicadores de calidad también refuerzan la idea de una mejor gestión de las EPS del régimen subsidiado. Si se comparan los resultados de los indicadores

de calidad reportados por las EPS a junio de 2013, se encuentra que en términos de oportunidad en la asignación de citas para consultas de medicina general e interna y atención en servicios de imagenología, y en la tasa de satisfacción global, a las EPS de éste régimen les va mejor que a las del contributivo (Guzmán, 2014).

v. Las barreras al acceso del lado de la oferta han ganado importancia con respecto a las del lado de la demanda

En general, para acceder al sistema de salud existen barreras de oferta y de demanda. Dentro de las de oferta se encuentran aspectos organizacionales o institucionales, como muchos trámites para la cita y el no recibir atención al dirigirse al centro de salud. Otras tienen que ver con la calidad del servicio y la no solución del problema de salud con una primera atención. Por último, hay barreras de oferta relacionadas con la disponibilidad de recursos médicos y la lejanía del centro de atención (Ayala 2014).

De la misma manera, hay tres tipos de barreras de demanda. El primero consiste en los costos asociados a la demanda del servicio, como la falta de dinero o de tiempo. El segundo se refiere a la percepción que se tiene sobre la gravedad del problema de salud, por ejemplo, al considerar que el caso es leve y que no requiere de la atención de un profesional de la salud. Por último, hay barreras de demanda relacionadas con la cultura y el conocimiento del sistema de salud; como es el caso de la confianza en los médicos.

De acuerdo con Ayala (2014), las variables de oferta como la calidad percibida del servicio médico o los trámites necesarios para la cita aumentaron en 9 pp su participación como causantes del menor acceso del 2012 comparado con lo registrado en 1997, mientras que variables de demanda como la falta de dinero perdieron importancia como barreras del acceso para el mismo período, al pasar del 42% al 11,5%, respectivamente. Eso refleja la efectividad de las políticas

destinadas a aumentar la cobertura del servicio médico, pero también la mayor presión que hace esa creciente cobertura sobre los recursos escasos del sistema. La mayor cobertura del aseguramiento ayudó a que la falta de dinero dejara de ser la barrera más importante del acceso al servicio médico en el 2012. Sin embargo, la calidad percibida no mejora, por lo que la efectividad de los subsidios a la demanda debería estar acompañada de una mayor oferta de los servicios con oportunidad y calidad.

Similares resultados encontró Reina (2014) al analizar las razones que explicaron el no uso del servicio médico en las principales ciudades del país. En 2008 el 73,5% de estas razones estaban relacionadas con barreras de demanda, cifra que se redujo al 61,2% en 2012; mientras que el porcentaje que corresponde a las barreras de oferta ascendió de 22,6% a 35,9%.

Las barreras de oferta están asociadas a las características de los prestadores de servicios de salud con que cuente el lugar de residencia del usuario, o más específicamente, de la red de servicios que la EPS haya organizado para sus afiliados. En el país existen alrededor de 19 mil sedes de IPS, entre hospitales, clínicas y centro de diagnóstico³. El 79% es de naturaleza privada y el 21% pública (Guzmán, 2014).

vi. La capacidad instalada es insuficiente

De acuerdo con Guzmán (2014), Colombia posee aproximadamente 15 camas por cada diez mil habitantes, mientras en la región de las Américas el promedio es 24 y en Europa 60. Del total de camas en Colombia para el 2013, el 57% le pertenecían al

³ Incluyendo puestos y centros de salud.

sector privado, el 41% al sector público, y el 2% eran mixtas (Guzmán, 2014). El país supera solo a las regiones Asia Sudoriental y Mediterráneo Oriental.

Además, entre 2002 y 2012 no se efectuaron grandes cambios en la capacidad hospitalaria pública. Por un lado, se dieron ligeros aumentos en el número de consultorios y unidades de odontología; y por otro, disminuciones de la cantidad de camas, salas de quirófanos y mesas de parto. Esto podría indicar que las atenciones de mayor complejidad están pasando a ser resueltas por las IPS privadas. Idea que es reforzada por el hecho de que a nivel nacional el 57% de las camas, el 76% de las salas de quirófanos y el 51% de las ambulancias son de naturaleza privada.

En realidad, al menos en los últimos diez años, la inversión en la red pública hospitalaria (infraestructura física y equipos biomédicos) no ha tenido una participación significativa en el gasto en salud de los departamentos y municipios. La mayor parte del gasto se concentró en el régimen subsidiado y la atención de la población pobre no asegurada. Las inversiones en la red pública entre 2007 y 2013 correspondieron al 42% del total de la subcuenta del gasto llamada en las ejecuciones presupuestales otros gastos en salud, que a su vez participó en promedio con el 7,6% del total invertido por los departamentos y municipios (Orozco, 2015).

Al mismo tiempo que están rezagadas en cuánto al estado de salud y la TMI, las regiones Pacífico y Amazonas también quedan en desventaja en términos de la disponibilidad de servicios y capacidad instalada (Guzmán, 2014). No todos los departamentos cuentan con IPS públicas de baja y alta complejidad, y la atención recae en un bajo número de IPS por cada cien mil habitantes. Amazonas, Guainía, Guaviare, Vaupés y Vichada ofrecen menos del 50% de los servicios disponibles en el país, teniendo sus principales carencias en diversos tipos de consulta externa, los

servicios quirúrgicos y los de diagnóstico y complementación terapéutica. Además, entre el conjunto de los departamentos que conforman ambas regiones, varios de ellos como Vaupés, Amazonas, Chocó, Cauca y Guainía, finalizan la lista de los departamentos con menos ambulancias, quirófanos y camas por cada cien mil habitantes.

En las entidades territoriales más pobladas (Bogotá, Valle del Cauca, Antioquia, Bolívar y Atlántico), hay indicios de que la oferta que tienen disponible no es suficiente para atender con oportunidad la demanda potencial que enfrentan, ya que esta no solo comprende a sus habitantes, sino también a los pacientes o usuarios de otros municipios que llegan transferidos por sus EPS.

De igual manera, existe evidencia que soporta la hipótesis de una escasez en el recurso humano en salud del país. De acuerdo con el Ministerio de la Protección Social (2009), si se comparaban los departamentos en términos del número de médicos por cada 10.000 habitantes, el ordenamiento era liderado, en su orden por Bogotá, Atlántico, Santander y Risaralda con 33, 20, 20 y 17 médicos por cada 10.000 habitantes, respectivamente. Los departamentos con más desventajas eran Guainía, Vichada, Chocó y Vaupés, los cuales contaban con 1 o 2 médicos por cada 10.000 habitantes.

Algunos indicios sobre la insuficiencia de especialistas en Colombia son los presentados por Cendex (2013) en un estudio que realizó sobre la disponibilidad y distribución de la oferta de médicos especialistas, a partir de encuestas realizadas entre IPS de nivel II y III con más de 25 camas, privadas y públicas. Al indagar acerca de la suficiencia de especialistas, se encontró que el 55,6% de IPS entrevistadas consideró que la planta de estos se encontraba incompleta, lo que obligó al 41,3% de ellas a cerrar o suspender algún servicio en los últimos cinco años.

vii. *A pesar de contar con ciertas ventajas en términos de la oferta de servicios de salud, las principales ciudades del país podrían estar teniendo problemas de acceso*

Mientras Bogotá, Antioquia, Valle del Cauca, Atlántico y Bolívar tienen un mayor número de IPS que los demás departamentos, no sucede así cuando lo que se revisa es el indicador de IPS por cada 100 mil habitantes. Lo mismo sucede en los municipios, en donde las principales ciudades del país (Bogotá, Medellín, Cali, Cartagena y Barranquilla) no lideran este último ordenamiento (Guzmán, 2014). Aunque este indicador es cuestionable debido a que no tiene en cuenta la capacidad instalada de la IPS, ni el recurso humano disponible, ni la complejidad de los servicios ofrecidos, es usado por la OMS ya que da cuenta del número de sedes en que recae la responsabilidad de la atención, siendo además una medida de la disponibilidad de los servicios (*World Health Organization*, 2010).

Adicionalmente, Guzmán (2014) encontró que si bien Atlántico, Valle del Cauca y Bogotá encabezan la lista de departamentos de acuerdo al número de quirófanos por cada cien mil habitantes, en cuanto a otras facilidades como camas, salas de parto o ambulancias, no ocupan posiciones sobresalientes. Tampoco lo hacen Antioquia y Bolívar. Teniendo en cuenta que estas cinco entidades territoriales agrupan el 49% de la población colombiana, esta situación permite pensar que su capacidad instalada podría ser insuficiente.

Considerando que el 76% de los municipios ofrecen entre el 5% y el 17% de los servicios existentes y que las capitales de aquellos cinco departamentos cuentan con más del 85%, es muy probable que los habitantes de otros municipios sean transferidos a las IPS localizadas allí para poder ser atendidos. Por lo tanto, la demanda potencial de los servicios, camas y el resto de facilidades que enfrentan Bogotá, Medellín, Cartagena, Cali y Barranquilla es superior al número de sus habitantes.

Cuando se analizan los indicadores de acceso en las grandes ciudades, hay indicios que apuntan a señalar un deterioro. Por ejemplo, uno de los indicadores de acceso utilizado para evaluar su evolución en las cinco capitales con más población (Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla y Cartagena) es el tiempo que transcurre entre la solicitud de la cita y el momento del servicio. Este indicador se deterioró entre 2003 y 2012, ya que en todas las ciudades disminuyó el porcentaje de personas que indicaron el mínimo tiempo de espera, mientras que aumentó el porcentaje de personas que indicaron el máximo tiempo de espera. El mayor deterioro se dio en Bogotá, Barranquilla y Cartagena (Reina, 2014).

Otro indicador analizado por Reina (2014) fue el grado de satisfacción manifestado por los usuarios. Entre 2008 y 2012, la autora encontró que el porcentaje de personas que se sintieron satisfechas con el servicio de salud se redujo e incrementó la proporción de las que se sintieron insatisfechas. En las ciudades del Caribe los cambios en satisfacción fueron menos desfavorables: Cartagena fue la única ciudad donde aumentó la proporción de habitantes que dicen sentirse satisfechos con el servicio de salud, mientras que Barranquilla fue la capital donde menos disminuyó el porcentaje de población satisfecha. No obstante, en Bogotá y Cali es evidente el detrimento en la percepción del servicio, siendo estas las ciudades en donde más aumentó el porcentaje de personas insatisfechas y más disminuyó el de satisfechas.

viii. Aproximadamente la mitad de los municipios dependen de la oferta hospitalaria pública

En 504 municipios, el 45% del total del país, solo existen IPS de naturaleza pública. Entre ellos, el 73% tiene una IPS y el 14% cuenta con dos. Estas entidades territoriales están rezagadas con respecto a su capacidad instalada y a la variedad de servicios de que disponen (Guzmán, 2014). El 93% de los municipios con solo

IPS públicas no poseen salas de quirófano, el 31% no posee salas de partos y el 29% no tiene camas.

Asimismo, el número de servicios ofrecidos en los municipios donde coexisten IPS de distinta naturaleza puede llegar a ser más de cuatro veces los ofrecidos en los que solo hay IPS públicas. Teniendo en cuenta que hay 234 tipos de servicios susceptibles de ser habilitados, se encontró que en los municipios con solo IPS públicas se ofrecen como máximo 52 servicios, mientras que en el resto de municipios se pueden ofrecer hasta 227. Si bien no se trata de que cada municipio cuente con hospitales de todos los niveles de complejidad, no sería equitativo que la oportunidad, calidad y disponibilidad de servicios a los que un individuo accede dependa de la región en la que vive, a qué régimen pertenece, o si tiene recursos suficientes para comprar bienes y servicios directamente.

ix. Los hospitales públicos fueron menos eficientes, puesto que experimentaron una caída en productividad en promedio entre 2003 y 2011

Orozco (2014) encontró que la caída en productividad estaba sustentada en el deterioro del cambio tecnológico como resultado de una escasa inversión en tecnología. Evidencia de esto es que solo uno de cada veinticinco hospitales experimentó un desempeño eficiente y productivo, mientras uno de cada tres evidenció lo contrario. Esto es preocupante dado que el acceso a los servicios de salud en buena parte de los municipios del país depende del adecuado funcionamiento de las IPS públicas. Los hospitales con peores resultados fueron los ubicados en Bogotá y en las regiones Caribe, Pacífico y Central.

Complementando esta investigación, Guzmán (2015) estudió los casos de cuatro de los hospitales con mayor variación en la productividad⁴. Los resultados de esta investigación permitieron detectar factores que ayudan a explicar el comportamiento encontrado en la productividad de los hospitales públicos. En primer lugar, el cambio tecnológico negativo podría estar explicado parcialmente por la baja participación de la inversión en los gastos hospitalarios. El tipo de inversiones que se adelantaron permite inferir que los recursos apenas lograban recrear las mínimas condiciones necesarias para el funcionamiento de estas entidades, en vez de implementar un avance tecnológico significativo.

Otro elemento identificado en las visitas es que los gastos indirectos, que corresponden principalmente al personal contratado bajo la modalidad de prestación de servicios, crecieron sostenidamente hasta tener la participación más alta en los gastos totales. Este personal es en la mayoría de los casos de alta rotación, lo cual podría generar ineficiencias ya que cada vez que alguien nuevo ingresa debe invertirse tiempo en su capacitación.

Un tercer factor que pudo afectar la productividad es la falta de preparación que tenían los hospitales públicos para convertirse en Entidades Sociales del Estado (ESE) que compitieran con las IPS privadas, las cuales ya tenían lazos comerciales fortalecidos con las EPS del régimen contributivo y estaban en mejores condiciones financieras, de infraestructura y de tecnología. Igualmente, en la medida en que los subsidios de oferta fueron recortados para dar paso a los subsidios de demanda, las crecientes deudas de las EPS impusieron restricciones financieras a los hospitales, junto con lentos procesos de recuperación de cartera. Todo esto hizo

⁴ Los hospitales estudiados fueron el Hospital Santander Herrera de Pivijay (Magdalena), el Hospital departamental San Antonio de Roldanillo (Valle), el Hospital Santo Tomás de Villanueva (La Guajira), y el Hospital de Usaquén (Bogotá).

que las directivas otorgaran mayor relevancia a la rentabilidad financiera, lo cual motivó la eliminación de algunos servicios.

Hay otras situaciones exógenas que también afectaron el desempeño de los hospitales o la evaluación del mismo, como: i) la limitada población objetivo que en la práctica ha tenido el Hospital de Usaquén, debido a la integración vertical que existe entre los prestadores privados de la zona y las EPS del régimen contributivo; ii) el conflicto armado que padeció Pivijay (Magdalena); y iii) el formato que llenaban los hospitales para alimentar el SIHO no permitía incluir completamente las actividades correspondientes al Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, a diferencia de las demás IPS estudiadas, representaba una parte importante de los ingresos del Hospital de Usaquén.

x. La carga de gastos de bolsillo en salud de los hogares es baja y ha venido disminuyendo en los últimos años

La participación de los gastos de bolsillo que realizan los ciudadanos en el gasto total del país es un indicador de la protección financiera que los sistemas de salud ofrecen a los ciudadanos. Pérez y Silva (2015) encontraron que en Colombia la mayor carga de los gastos del sector es asumida por el sector público y no por los hogares. Por lo tanto, la participación de los gastos de bolsillo en el gasto total del sector está por debajo del promedio mundial y es uno de los pocos países de América Latina en cumplir con la recomendación de la OMS de mantener esta proporción entre el 15% y el 20%.

Conocer qué tipo de bienes y servicios adquieren los ciudadanos de forma directa da una idea de las falencias que podría tener el sistema, ya que si la gente está gastando en elementos que hacen parte del POS, significaría que el sistema aún no es capaz de garantizar completamente la atención oportuna de la población.

De acuerdo con Pérez y Silva (2015), a pesar de que entre 1997 y 2012 aumentó el acceso a ciertos servicios de salud de los afiliados al régimen subsidiado, en el periodo 2006-2007 los hogares de más baja condición económica afrontaron una mayor carga de gastos en salud que los de mejores ingresos. La principal diferencia entre ambos grupos es que en los hogares de menores ingresos es mucho mayor la participación del gasto en servicios paramédicos (exámenes diagnósticos, entre otros), médicos y hospitalarios.

A nivel nacional se adquieren con más frecuencia en primer lugar los productos farmacéuticos, seguidos del pago de las cuotas moderadoras y servicios de odontología, medicina general y especializada. Por otro lado, en las regiones Caribe, Pacífico y Central los servicios paramédicos y dentales son los de mayor participación en el gasto total de los hogares, mientras que en la región Oriental los servicios hospitalarios y médicos. En Bogotá gastan más en equipos terapéuticos y servicios médicos.

Como ya se había mencionado, una de las principales causas de mortalidad es el cáncer, en donde los exámenes diagnósticos realizados e interpretados correctamente juegan un papel fundamental en su detección temprana y, por consiguiente, en la recuperación de los pacientes. Así que sería lamentable que el sistema esté fallando en garantizar el suministro de estos servicios y que sean precisamente los de menos ingresos los que más se empobrecen buscando compensar la falta de oportunidad de la atención.

Por último, Pérez y Silva (2015) encontraron que los hogares de la región Caribe son los que mayores gastos catastróficos enfrentan y que en esta región es en donde los hogares tienen una mayor probabilidad de empobrecer a causa de la realización de gastos de bolsillo en salud. Por su parte, plantean la hipótesis que en la región Pacífica, por sus condiciones, muchos de los hogares o no tienen los

ingresos para realizar gastos de bolsillo en salud o no hay cobertura en donde los miembros del hogares puedan adquirir bienes y servicios del sector salud.

3. Recomendaciones de política

A partir de los resultados obtenidos, existen algunas recomendaciones de política que surgen para el sector: i) la incorporación de la dimensión regional en la política nacional de salud; ii) el fortalecimiento de la coordinación departamental e interdepartamental de la red hospitalaria; iii) la definición de una estrategia de transparencia en la gestión sectorial; iv) el establecimiento de una visión integral de la promoción y prevención en salud; y v) la consolidación de los servicios de apoyo diagnóstico.

i. La incorporación de la dimensión regional en la política nacional de salud

El panorama de la salud pública muestra una asimetría entre los avances en oferta y demanda en el país. El aumento significativo en cobertura ha llevado a que la demanda por servicios de salud se incremente, gracias a que un gran grueso de la población cuenta con algún tipo de aseguramiento. Sin embargo, el crecimiento de la oferta de servicios en salud no va al mismo ritmo, lo que repercute en problemas de acceso. Un punto que surge de los estudios realizados es que existen diferencias territoriales en la oferta de salud. Aunque en términos generales se observa que la oferta es limitada, hay disparidades en el tipo de oferta pública y privada entre las grandes ciudades y los pequeños municipios. Se encuentra que hay una mayor participación del sector privado en las grandes urbes del país, mientras que en los municipios pequeños la oferta es principalmente pública.

Debido a la heterogeneidad en la distribución espacial de la oferta de salud, la política pública sectorial debe considerar estas diferencias al definir las intervenciones requeridas en el territorio. Los incentivos de subsidios a la

demanda no funcionan con la misma efectividad en poblaciones pequeñas, donde la escasa economía de escala no hace atractiva la inversión pública o privada en mayores servicios. La inversión privada ha estado muy concentrada en las grandes ciudades, generando una mayor demanda no solo de sus habitantes sino también los de localidades vecinas. Esta situación tiende a complicar los problemas de acceso que se presentan en la actualidad en todo el país.

Ante esta situación, una posible solución es implementar una política de salud diferenciada por escala de municipios. En aquellas localidades con poca población y con solo oferta pública, se requerirá una mayor intervención directa del gobierno nacional, mientras que en las grandes urbes con mayores oportunidades de economía de escala existe la posibilidad de que el modelo de subsidio a la demanda sea una opción viable para estimular una mayor oferta de servicios. Adicionalmente, las ciudades grandes del país tienen un potencial mayor de generación de recursos que le permitirá apoyar la red hospitalaria pública local.

Algunas regiones, como Pacífico y Amazonía, merecen especial atención debido a que se encuentran en desventaja con respecto a las demás zonas en términos de la disponibilidad de oferta de servicios, la capacidad instalada y el estado de salud. Focalizar recursos nacionales en estos territorios debería ser una prioridad de la política pública en salud.

ii. El fortalecimiento de la coordinación departamental e interdepartamental de la red hospitalaria

Una de las tareas pendientes con la oferta de servicios de salud es la coordinación de la red hospitalaria al interior de los departamentos y entre ellos. En el funcionamiento actual de las redes de servicios, un usuario puede ser transferido por su EPS para ser atendido en otro lugar distinto a su residencia, aun cuando en el municipio se ofrezca el servicio que necesita, porque la EPS no tiene contrato con

esos prestadores. La secretaría departamental debería ser capaz de impedir que este tipo de situaciones se den, ya que en ocasiones atentan contra el oportuno acceso a los servicios e implican que algunas veces el paciente deba cubrir gastos de desplazamientos. El beneficio que obtiene la EPS al diseñar su red, no debe primar sobre el beneficio de los pacientes, la cercanía al lugar donde van a ser atendidos y la oportunidad con la que reciben los servicios. Por lo tanto, debe revisarse la capacidad de decisión o coordinación, el poder de decisión que realmente tienen las secretarías departamentales como coordinadoras de la red de servicios al interior de su jurisdicción.

Además, la planificación estratégica de la red hospitalaria departamental y regional puede mejorar la capacidad instalada hospitalaria del país, especialmente de las IPS que funcionan como hospitales de carácter regional y atienden pacientes, no sólo de la ciudad donde se encuentran ubicados sino de municipios aledaños.

De igual manera, se debe propiciar el desarrollo de la tecnología y la investigación en salud mediante mayores inversiones que permitan aprovechar y desarrollar el talento humano al interior de cada IPS. Dada la fase de saneamiento financiero que viven algunos hospitales públicos en la actualidad, la posibilidad de financiación de esta inversión no debería depender de la rentabilidad del mismo.

iii. La definición de una estrategia de transparencia en la gestión sectorial

En los estudios de caso llevados a cabo para el análisis de la eficiencia hospitalaria se halló que algunas variables que la afectan están asociadas a la falta de transparencia en la gestión de los recursos financieros y humanos. Por ejemplo, se encontró que la inversión en tecnología en algunos casos se realizaba en equipos que no necesariamente estaban relacionados con la prestación de un mejor servicio médico. De igual manera, ciertos puestos de trabajo en los hospitales tienden a responder a cuotas burocráticas y no son necesariamente asignados al recurso

humano mejor calificado, sometiendo el personal administrativo a una alta rotación.

Uno de los mayores cuellos de botella en el sistema de salud es el flujo de recursos de los administradores de los regímenes contributivo y subsidiado hacia las IPS. De acuerdo con la Superintendencia de Salud, el consolidado de cartera de las IPS privadas y públicas por deudas de servicios de salud, con corte a junio de 2013, ascendió a \$14,4 billones, de los cuales el 30% se concentra en las IPS públicas frente al 70% de las IPS privadas (Superintendencia de Salud, s.f.). El total de IPS públicas que reportaron fue de 905, frente a 4.105 privadas. A junio de 2014, la cartera por venta de servicios de salud para una muestra de 135 IPS era de aproximadamente 5,5 billones de pesos (Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, 2014).

Esta situación requiere la adopción de una mayor transparencia en la gestión de sectorial. Una opción posible es el establecer mecanismos de rendición de cuentas para las ESE y sus gerentes, de tal manera que aumente la transparencia en el manejo de los recursos y reduzca la injerencia política y la rotación del personal ante cambios en las administraciones municipales o departamentales. Adicionalmente, se recomienda la simplificación de los procedimientos para el traslado de recursos de los distintos fondos públicos disponibles a las IPS. Reducir las instancias que intervienen en este proceso reduciría las posibilidades de captura por grupos de intereses y brindaría una mayor transparencia a la asignación de los recursos a los prestadores del servicio.

iv. El establecimiento de una visión integral del sistema de salud

Mantener un buen estado de salud no debe limitarse a las acciones curativas, sino que deben establecerse políticas de promoción y prevención que ayuden a consolidar y preservar las buenas condiciones de salud en una sociedad. Estas

estrategias no deben ser responsabilidad exclusiva del Ministerio de Salud. Por el contrario, tienen que involucrar acciones de otros sectores, como el educativo, el de medio ambiente, el de hacienda y el de vivienda. Si las acciones en salud no están acompañadas por acciones concretas en estos frentes, pueden carecer de efectividad. Por ejemplo, el tratamiento de enfermedades tropicales se debe complementar con medidas de planeación urbana para el mejoramiento de las condiciones del entorno y la vivienda, con el fin de garantizar que los programas de salud públicas dirigidos a contrarrestar este tipo de enfermedades sean suficientes.

Asimismo, las instituciones educativas son escenarios ideales para la promoción de hábitos saludables, mientras que la concientización de la importancia de exámenes diagnósticos periódicos para la prevención de enfermedades como el cáncer debe ser parte de campañas institucionales del ministerio sectorial. Por último, los exámenes periódicos deber ser exigidos por las EPS a sus afiliados.

v. El fortalecimiento de los servicios de apoyo diagnóstico

Se recomienda fortalecer y priorizar la oportunidad y calidad de los servicios de apoyo diagnóstico, especialmente aquellos empleados en la detección temprana del cáncer, una de las principales causas de mortalidad. Un punto de partida sería identificar si en las regiones donde la participación de las muertes por cáncer es mayor (caso de los Andes orientales y occidentales, Pacífico y Caribe), la oportunidad y calidad de los exámenes diagnósticos es menor.

Precisamente, en los hospitales públicos de estas regiones, el principal factor que motivó la caída en la productividad que experimentaron entre 2003 y 2011 fue un insuficiente cambio tecnológico, el cual está estrechamente relacionado con la poca inversión en equipos de diagnóstico. Al mismo tiempo, los hogares de las regiones Caribe, Pacífico y Central son los que mayor proporción del gasto de bolsillo en

salud destinaron a los servicios paramédicos entre 2006 y 2007, categoría en la que se incluyen los exámenes diagnósticos. De manera que es probable que en estas regiones la oportunidad, frecuencia o cobertura de estos servicios no sea suficiente. Además, este frente requerirá verificar que las redes de servicios diagnósticos cuenten con el personal idóneo en formación y número que permita realizar los exámenes y emitir un diagnóstico oportunamente, de acuerdo a las metas en tiempo de espera definidos para cada tipo de servicio a nivel nacional.

Teniendo en cuenta que entre 1980 y 2010 aumentó la proporción de muertes de niños menores de un año ocasionadas por las condiciones vigentes durante el parto, es necesario aumentar la cobertura y calidad de los controles prenatales, especialmente en el Pacífico. Nuevamente, contar con servicios de apoyo diagnóstico en este frente es fundamental para mejorar los indicadores de mortalidad en menores.

Dado que el cáncer se ha convertido en una de las principales causas de muerte, es fundamental revisar que sus protocolos de tratamiento se estén ejecutando con la oportunidad que lo ameritan. Esto implica la evaluación del tiempo que transcurre entre la definición del tratamiento de un paciente, la aprobación de los medicamentos y el ingreso a hospitalización por parte de la EPS, así como los tiempos de espera para las citas de control con especialistas. En este tipo de enfermedades la detección temprana es clave para aumentar las posibilidades de éxito del tratamiento. De igual manera, la detección temprana y el tratamiento oportuno puede ser menos costoso que proporcionar un tratamiento a la persona en estado avanzado de la enfermedad.

El Ministerio de Salud ha llevado a cabo acciones para hacer frente a varios de estos retos. De acuerdo con el informe de gestión de esta entidad se pueden destacar ciertos logros (Ministerio de Salud y Protección social, 2015). En diciembre

de 2014 se expidió el Decreto 2561 que establece mecanismos para llevar los servicios médicos a las zonas más apartadas del país. El plan piloto se llevará a cabo en el departamento de Guainía y posteriormente en Vaupés y Chocó. También estableció que en los lugares donde solo el Estado presta los servicio de salud, el gobierno departamental podrá realizar subsidios a la oferta; es decir, en lugares que por su infraestructura pública solo se pueda acceder a través de transporte marítimo, fluvial o aéreo (Decreto 2273 de 2014). El monto de los recursos y su respectiva fuente deberán determinarse en su respectivo plan financiero.

Asimismo, el Ministerio acompañó y apoyó con recursos a las regiones del país para fortalecer la infraestructura hospitalaria, dotar y mejorar el equipamiento médico de los hospitales del país. En total se invirtieron \$50 mil millones durante 2014. Entre los proyectos se encuentran: i) la construcción de los hospitales de Cravo Norte (Arauca), Vigía del Fuerte (Antioquia), Floridablanca (Santander), así como en Tumaco y Barbacoas (Nariño); ii) el fortalecimiento de la capacidad instalada en 77 ESE de diez departamentos; y iii) la reducción de la vulnerabilidad sísmica en hospitales de algunos municipios. Por otro lado, en 2014 un total de 281 municipios fueron apoyados con dotación, equipamiento médico y ambulancias por \$44 mil millones. Además, con recursos del Sistema General de Regalías se aprobaron proyectos por \$640 mil millones para el sector salud en el periodo 2012-2015, el 3,8% del total aprobado. Otras estrategias incluyen la formalización laboral de las ESE (Decreto 1376 de 2014), el giro directo a las IPS (Resolución 2320 de 2011) y la compra de cartera a IPS públicas y privadas, que en 2014 fue de \$744.540 millones (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

A la par de la aprobación de los recursos, que realiza el Decreto 2273, para su inversión en infraestructura hospitalaria y capacidad instalada, que sin lugar a dudas son buenas noticias, debe pensarse en cómo garantizar el uso eficiente de

estos recursos, de tal forma que las empresas encargadas de realizar las construcciones sean las idóneas, se empleen materiales de calidad y se establezca con antelación cuál será la entidad encargada de realizar el mantenimiento a las edificaciones o adecuaciones y con cuáles recursos. Todo esto para garantizar la sostenibilidad de la inversión en este escenario de trabas en el flujo de los recursos entre pagadores y prestadores, por el que en varias ocasiones la ESE no es capaz de generar recursos propios suficientes para la inversión en infraestructura. Si los recursos para el mantenimiento de estas obras van a estar atados a la venta de los servicios de los hospitales públicos y continúa el crecimiento de la cartera, es probable que en el mediano plazo la infraestructura esté deteriorada por falta de mantenimiento.

Debería considerarse que existen varios municipios a los que se puede llegar con transporte terrestre, cuyos prestadores también son únicamente de naturaleza pública y donde probablemente no existen incentivos económicos para que participen IPS privadas. Más temprano que tarde, debería determinarse bajo qué condiciones estos deberían ser objeto de subsidios a la oferta para que puedan mejorar la calidad de los servicios que ofrecen y garantizar su prestación.

Si estas IPS son respaldadas financieramente con recursos públicos, deberían ser evaluadas de acuerdo con la evolución en el estado de salud de su población objetivo, lo cual impone retos en términos de la información que se recolectaría y los indicadores que se seguirían, adicionales a los que ya son reportados. Se trata de comprometer al personal de cada IPS en la prestación de un buen servicio que se traduzcan en mejores resultados en salud.

4. Reflexiones finales

Una visión regional de la salud en Colombia muestra avances en cobertura y el estado de salud en todo el territorio, así como una reducción de la participación de

los gastos en salud en el total de gastos de los hogares. Sin embargo, aún existen algunas disparidades regionales en el estado de salud, la oferta de servicios y el acceso a los mismos. Trabajar para reducir esas diferencias debería ser una prioridad de la política de salud pública en Colombia. En este documento se entregan unas recomendaciones que buscan contribuir con este propósito, algunas de las cuales vienen siendo implementadas por el gobierno nacional. Una de las futuras áreas de investigación es el seguimiento a los resultados alcanzados con estas estrategias.

Otro campo de trabajo es el análisis de la economía política de la salud pública. En los últimos años la política sectorial ha estado en el debate público del país y diversas reformas han sido propuestas sin mucho éxito. Entender las razones detrás del fracaso de la aprobación de las modificaciones planteadas o de las fallas en la implementación de algunas políticas aprobadas, podría ayudar a identificar los elementos que frenan la puesta en marcha de las mismas.

Las diferencias regionales identificadas en los distintos trabajos adelantados en el CEER indican que es importante continuar haciendo seguimiento a los indicadores de salud en los territorios. Por ejemplo, las autoridades del sector deben monitorear las características de los gastos de bolsillo por regiones como una manera de saber qué tipo de bienes y servicios el sistema podría no estar suministrando efectivamente. Esto contribuiría a focalizar el gasto público en salud de acuerdo con las necesidades de cada territorio. Para adelantar esta labor, se debe fortalecer el desarrollo de indicadores regionales de salud con oportunidad y calidad, que vinculen una mayor proporción de los prestadores de naturaleza jurídica privada, y que además evalúe la gestión que realizan los gerentes hospitalarios y las secretarías departamentales como coordinadoras de la red de prestación de servicios.

Bibliografía

- Acosta K. (2014). "La salud en las regiones colombianas: inequidad y morbilidad", Documento de trabajo sobre Economía Regional, Núm. 213, Banco de la República, Cartagena.
- Acosta K. y Romero J. (2014a). Estimación indirecta de la tasa de mortalidad infantil en Colombia, 1964-2008. *Economía y Región*, Vol. 8 No 2. Cartagena, Universidad Tecnológica de Bolívar, páginas 5-47.
- Acosta K. y Romero J. (2014b). "Cambios recientes en las principales causas de mortalidad en Colombia", Documento de trabajo sobre Economía Regional, Núm. 209, Banco de la República, Cartagena.
- Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (2014). "32° Informe de seguimiento de cartera hospitalaria con corte a junio 30 de 2014". Consulta: [http://achc.org.co/documentos/investigacion/estudios/achc/periodicos/cartera/INFORME%20CARTERA%20A%20JUNIO%20DE%202014%20\(30%2010%202014\).pdf](http://achc.org.co/documentos/investigacion/estudios/achc/periodicos/cartera/INFORME%20CARTERA%20A%20JUNIO%20DE%202014%20(30%2010%202014).pdf)
- Arroyave, I. D. (2009). La organización de la salud en Colombia. Medellín: Hospital Universitario San Vicente de Paúl. Disponible en: www.periodicoelpulso.com Consultado el 23 de octubre de 2012.
- Ayala J. (2014). "La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso", Documento de trabajo sobre Economía Regional, Núm. 204, Banco de la República, Cartagena.
- Barón, G. (2007). "Cuentas de salud de Colombia 1993-2003" [en línea]. Bogotá. Documento disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/CUENTAS%20DE%20SALUD.pdf>
- Bernal Ó. y Gutiérrez C. (2012). "La salud en Colombia: logros, retos y recomendaciones". Universidad de los Andes. Editorial Kimpres Ltda. Bogotá D.C.
- Bonet, J., Pérez, G. J. y Ayala, J. (2014). "Contexto histórico y evolución del SGP en Colombia", Documentos de Trabajo Sobre Economía Regional, Núm. 205, Banco de la República, Cartagena.
- Cendex (2013). "Estudio de disponibilidad y distribución de la oferta de médicos especialistas, en servicios de alta y mediana complejidad en Colombia". Informe final. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá. Consultado en:

<http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Observatorio%20Talento%20Humano%20en%20Salud/DisponibilidadDistribuci%C3%B3nMdEspecialistasCendex.pdf>

- Christie, S., y Fone, D. (2002). "Equity of access to tertiary hospitals in Wales, UK – a travel time analysis". Gwent Health Authority - GeoHealth 2002, Victoria University of Wellington.
- Federación Nacional de Departamentos y Fedesarrollo. (2009). "Salud: Una visión desde los departamentos de Colombia". Editorial Panamericana Formas e Impresos S.A. Bogotá D.C
- Flórez, C.E; Soto, V; Acosta, O; Karl, C; Misas, J.D; Forero, N; Lopera, C. (2007). "Avances y desafíos de la equidad en el sistema de salud colombiano", Documentos de trabajo, Núm 15, Fundación Corona, DNP, Universidad de los Andes y Universidad del Rosario, Bogotá.
- Guerrero, R., Prada, S. I. y Chernichovsky, D. (2014). "La doble descentralización en el sector salud: evaluación y alternativas de política pública". Cuadernos de Fedesarrollo, Núm. 53.
- Guzmán, K. (2012). "Los subsidios de oferta y el régimen subsidiado de salud en Colombia", Documentos de Trabajo Sobre Economía Regional, Núm. 175, Banco de la República, Cartagena.
- Guzmán K. (2014). "Radiografía de la oferta de servicios de salud en Colombia", Documento de trabajo sobre Economía Regional, Núm. 202, Banco de la República, Cartagena.
- Guzmán K. (2015). "¿Qué hay detrás de un cambio en la productividad hospitalaria?", Documento de trabajo sobre Economía Regional, Núm. 215, Banco de la República, Cartagena.
- Leguizamón, G. B. (2007). Cuentas de salud de Colombia 1993-2003: el gasto nacional en salud y su financiamiento. Ministerio de Protección Social; Departamento Nacional de Planeación.
- Melo, L. A. y Ramos, J. E. (2010). "Algunos aspectos fiscales y financieros del sistema de salud en Colombia", Borradores de Economía, Núm. 624, Banco de la República, Bogotá.
- Ministerio de la Protección Social (2009). "Composición de la oferta de profesionales de medicina en Colombia, 2009". Dirección General de Análisis y Política Recursos Humanos. Consultado en: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Observatorio%20Talento>

[%20Humano%20en%20Salud/COMPOSICI%C3%93N%20OFERTA%20DE%20PROFESIONALES%20EN%20COLOMBIA.pdf](#)

Ministerio de Salud y Protección social (2014). Informe de compra de cartera. Artículo 9, ley 1608 de 2013. Consultado en: <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/FS/INFORME%20COMPRA%20DE%20CARTERA%20A%20MAYO%202014.pdf>

Ministerio de Salud y Protección social (2015). “Logros 2014”. Informe de Rendición de Cuentas. Consultado en: <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/rendicion-cuentas-2014.pdf>

Montoya, A. (2013). “Análisis de eficiencia del sector hospitalario: el caso colombiano”, consultado en enero 15 de 2014 en la dirección <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/4637/1037578093-2013.pdf;jsessionid=F985EA9D1639D33178388A217E3E99ED?sequence=1>

Mora, H., y Morales, L. (1997). “Consideraciones sobre la evaluación de la eficiencia relativa de los hospitales colombianos”. *Universitas Económicas*, 9, 21-39.

Núñez J., Zapata J., Castañeda C., Fonseca S., y Ramírez J. (2012). “La sostenibilidad financiera del sistema de salud colombiano”. Fedesarrollo. Versión online disponible en: <http://www.fedesarrollo.org.co/wp-content/uploads/2011/08/La-sostenibilidad-financiera-del-Sistema-de-Salud-Colombiano-Libro-Sura-Final-20121.pdf>

Orozco A. (2014). “Una aproximación a la eficiencia y productividad de los hospitales públicos colombianos”, Documento de trabajo sobre Economía Regional, Núm. 201, Banco de la República, Cartagena.

Orozco A. (2015). “Un análisis del gasto público en salud de los entes territoriales colombianos”, Documento de trabajo sobre Economía Regional, Núm. 220, Banco de la República, Cartagena.

Peñaloza, M. C. (2003). “Evaluación de la Eficiencia en instituciones hospitalarias públicas y privadas con Data Envelopment Analysis (DEA)”, *Archivos de Economía*, 244, Departamento Nacional de Planeación, Bogotá.

Pérez, G. J. (2013). “Barranquilla: avances recientes en sus indicadores socioeconómicos, y logros en la accesibilidad geográfica a la red pública hospitalaria”. *Sociedad y Economía*. No. 28, Universidad del Valle, Cali.

Versión online disponible en:
<http://sociedadyeconomia.univalle.edu.co/index.php/sye/article/view/3234>

- Pérez G. J. y Silva A. (2015). "Una mirada a los gastos de bolsillo en salud para Colombia", Documento de trabajo sobre Economía Regional, Núm. 218, Banco de la República, Cartagena.
- Pinto, D. y Muñoz, A. L. (2010). "Colombia: Sistema General de Seguridad Social en Salud, estrategia del BID 2011-2014". Notas técnicas, Banco Interamericano de Desarrollo, División de Protección Social y Salud.
- Pinzón, M. (2003). "Medición de eficiencia técnica relativa en hospitales públicos de baja complejidad mediante la metodología Data Envelopment Analysis (DEA)". Archivos de Economía, 245, Departamento Nacional de Planeación, Bogotá.
- Reina Y. (2014). "Acceso a los servicios de salud en las principales ciudades colombianas (2008-2012)", Documento de trabajo sobre Economía Regional, Núm. 200, Banco de la República, Cartagena.
- Restrepo J., Atehortúa S., y Rodríguez S. (2008). "Introducción a la Economía de la Salud en Colombia", Universidad de Antioquia, Centro de Investigaciones y Consultorías.
- Rodríguez, S. (2010). "Barreras y determinantes del acceso a los servicios de salud en Colombia", trabajo de investigación programa de Master de investigación en economía aplicada, Barcelona, Universitat Autònoma de Barcelona.
- Salazar, N. (2011). "El régimen de seguridad social en salud: problemas financieros, medidas adoptadas y retos para el futuro próximo". Centro de estudios fiscales, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Bogotá.
- Sarmiento, A., Castellanos, W., Nieto, A. C., Alonso, C. E., y Pérez, C. A. (2005). "Análisis de eficiencia técnica de la red pública de prestadores de servicios dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud". Archivos de Economía, 298, Departamento Nacional de Planeación, Bogotá.
- Superintendencia de Salud (s.f.) "Informe de cartera por venta de servicios de salud". Consultado en:
<http://www.supersalud.gov.co/supersalud/LinkClick.aspx?fileticket=VQoPid%2B0pYg%3D&tabid=803&mid=2346>

- Toro, E., y Mutis, G. (2006). "Medición de la eficiencia de las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas mediante técnicas multivariadas y análisis envolvente de datos". Universidad de Los Andes, Bogotá.
- Vargas, J., y Molina, G. (2009). "Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias". Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 27(2), 121-130.
- World Health Organization (2010). "Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies". Consultado en: http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_full_web.pdf

ÍNDICE "DOCUMENTOS DE TRABAJO SOBRE ECONOMÍA REGIONAL"

<u>No.</u>	<u>Autor</u>	<u>Título</u>	<u>Fecha</u>
1	Joaquín Viloría de la Hoz	Café Caribe: la economía cafetera en la Sierra Nevada de Santa Marta	Noviembre, 1997
2	María M. Aguilera Díaz	Los cultivos de camarones en la costa Caribe colombiana	Abril, 1998
3	Jaime Bonet Morón	Las exportaciones de algodón del Caribe colombiano	Mayo, 1998
4	Joaquín Viloría de la Hoz	La economía del carbón en el Caribe colombiano	Mayo, 1998
5	Jaime Bonet Morón	El ganado costeño en la feria de Medellín, 1950 – 1997	Octubre, 1998
6	María M. Aguilera Díaz Joaquín Viloría de la Hoz	Radiografía socio-económica del Caribe Colombiano	Octubre, 1998
7	Adolfo Meisel Roca	¿Por qué perdió la Costa Caribe el siglo XX?	Enero, 1999
8	Jaime Bonet Morón Adolfo Meisel Roca	La convergencia regional en Colombia: una visión de largo plazo, 1926 – 1995	Febrero, 1999
9	Luis Armando Galvis A. María M. Aguilera Díaz	Determinantes de la demanda por turismo hacia Cartagena, 1987-1998	Marzo, 1999
10	Jaime Bonet Morón	El crecimiento regional en Colombia, 1980-1996: Una aproximación con el método <i>Shift-Share</i>	Junio, 1999
11	Luis Armando Galvis A.	El empleo industrial urbano en Colombia, 1974-1996	Agosto, 1999
12	Jaime Bonet Morón	La agricultura del Caribe Colombiano, 1990-1998	Diciembre, 1999
13	Luis Armando Galvis A.	La demanda de carnes en Colombia: un análisis econométrico	Enero, 2000
14	Jaime Bonet Morón	Las exportaciones colombianas de banano, 1950 – 1998	Abril, 2000
15	Jaime Bonet Morón	La matriz insumo-producto del Caribe colombiano	Mayo, 2000
16	Joaquín Viloría de la Hoz	De Colpuertos a las sociedades portuarias: los puertos del Caribe colombiano	Octubre, 2000
17	María M. Aguilera Díaz Jorge Luis Alvis Arrieta	Perfil socioeconómico de Barranquilla, Cartagena y Santa Marta (1990-2000)	Noviembre, 2000
18	Luis Armando Galvis A. Adolfo Meisel Roca	El crecimiento económico de las ciudades colombianas y sus determinantes, 1973-1998	Noviembre, 2000
19	Luis Armando Galvis A.	¿Qué determina la productividad agrícola departamental en Colombia?	Marzo, 2001
20	Joaquín Viloría de la Hoz	Descentralización en el Caribe colombiano: Las finanzas departamentales en los noventas	Abril, 2001
21	María M. Aguilera Díaz	Comercio de Colombia con el Caribe insular, 1990-1999.	Mayo, 2001
22	Luis Armando Galvis A.	La topografía económica de Colombia	Octubre, 2001
23	Juan David Barón R.	Las regiones económicas de Colombia: Un análisis de <i>clusters</i>	Enero, 2002
24	María M. Aguilera Díaz	Magangué: Puerto fluvial bolivarense	Enero, 2002
25	Igor Esteban Zuccardi H.	Los ciclos económicos regionales en Colombia, 1986-2000	Enero, 2002
26	Joaquín Viloría de la Hoz	Cereté: Municipio agrícola del Sinú	Febrero, 2002
27	Luis Armando Galvis A.	Integración regional de los mercados laborales en Colombia, 1984-2000	Febrero, 2002

28	Joaquín Viloría de la Hoz	Riqueza y despilfarro: La paradoja de las regalías en Barrancas y Tolú	Junio, 2002
29	Luis Armando Galvis A.	Determinantes de la migración interdepartamental en Colombia, 1988-1993	Junio, 2002
30	María M. Aguilera Díaz	Palma africana en la Costa Caribe: Un semillero de empresas solidarias	Julio, 2002
31	Juan David Barón R.	La inflación en las ciudades de Colombia: Una evaluación de la paridad del poder adquisitivo	Julio, 2002
32	Igor Esteban Zuccardi H.	Efectos regionales de la política monetaria	Julio, 2002
33	Joaquín Viloría de la Hoz	Educación primaria en Cartagena: análisis de cobertura, costos y eficiencia	Octubre, 2002
34	Juan David Barón R.	Perfil socioeconómico de Tubará: Población dormitorio y destino turístico del Atlántico	Octubre, 2002
35	María M. Aguilera Díaz	Salinas de Manaure: La tradición wayuu y la modernización	Mayo, 2003
36	Juan David Barón R. Adolfo Meisel Roca	La descentralización y las disparidades económicas regionales en Colombia en la década de 1990	Julio, 2003
37	Adolfo Meisel Roca	La continentalización de la Isla de San Andrés, Colombia: Panyas, raizales y turismo, 1953 – 2003	Agosto, 2003
38	Juan David Barón R.	¿Qué sucedió con las disparidades económicas regionales en Colombia entre 1980 y el 2000?	Septiembre, 2003
39	Gerson Javier Pérez V.	La tasa de cambio real regional y departamental en Colombia, 1980-2002	Septiembre, 2003
40	Joaquín Viloría de la Hoz	Ganadería bovina en las Llanuras del Caribe colombiano	Octubre, 2003
41	Jorge García García	¿Por qué la descentralización fiscal? Mecanismos para hacerla efectiva	Enero, 2004
42	María M. Aguilera Díaz	Aguachica: Centro Agroindustrial del Cesar	Enero, 2004
43	Joaquín Viloría de la Hoz	La economía ganadera en el departamento de Córdoba	Marzo, 2004
44	Jorge García García	El cultivo de algodón en Colombia entre 1953 y 1978: una evaluación de las políticas gubernamentales	Abril, 2004
45	Adolfo Meisel R. Margarita Vega A.	La estatura de los colombianos: un ensayo de antropometría histórica, 1910-2002	Mayo, 2004
46	Gerson Javier Pérez V.	Los ciclos ganaderos en Colombia, 1950-2001	Junio, 2004
47	Gerson Javier Pérez V. Peter Rowland	Políticas económicas regionales: cuatro estudios de caso	Agosto, 2004
48	María M. Aguilera Díaz	La Mojana: Riqueza natural y potencial económico	Octubre, 2004
49	Jaime Bonet	Descentralización fiscal y disparidades en el ingreso regional: experiencia colombiana	Noviembre, 2004
50	Adolfo Meisel Roca	La economía de Ciénaga después del banano	Noviembre, 2004
51	Joaquín Viloría de la Hoz	La economía del departamento de Córdoba: ganadería y minería como sectores clave	Diciembre, 2004
52	Juan David Barón Gerson Javier Pérez V Peter Rowland.	Consideraciones para una política económica regional en Colombia	Diciembre, 2004
53	José R. Gamarra V.	Eficiencia Técnica Relativa de la ganadería doble propósito en la Costa Caribe	Diciembre, 2004
54	Gerson Javier Pérez V.	Dimensión espacial de la pobreza en Colombia	Enero, 2005
55	José R. Gamarra V.	¿Se comportan igual las tasas de desempleo de las siete principales ciudades colombianas?	Febrero, 2005

56	Jaime Bonet	Inequidad espacial en la dotación educativa regional en Colombia	Febrero, 2005
57	Julio Romero P.	¿Cuánto cuesta vivir en las principales ciudades colombianas? Índice de Costo de Vida Comparativo	Junio, 2005
58	Gerson Javier Pérez V.	Bolívar: industrial, agropecuario y turístico	Julio, 2005
59	José R. Gamarra V.	La economía del Cesar después del algodón	Julio, 2005
60	Jaime Bonet	Desindustrialización y terciarización espuria en el departamento del Atlántico, 1990 - 2005	Julio, 2005
61	Joaquín Viloría De La Hoz	Sierra Nevada de Santa Marta: Economía de sus recursos naturales	Julio, 2005
62	Jaime Bonet	Cambio estructural regional en Colombia: una aproximación con matrices insumo-producto	Julio, 2005
63	María M. Aguilera Díaz	La economía del Departamento de Sucre: ganadería y sector público	Agosto, 2005
64	Gerson Javier Pérez V.	La infraestructura del transporte vial y la movilización de carga en Colombia	Octubre, 2005
65	Joaquín Viloría De La Hoz	Salud pública y situación hospitalaria en Cartagena	Noviembre, 2005
66	José R. Gamarra V.	Desfalcos y regiones: un análisis de los procesos de responsabilidad fiscal en Colombia	Noviembre, 2005
67	Julio Romero P.	Diferencias sociales y regionales en el ingreso laboral de las principales ciudades colombianas, 2001-2004	Enero, 2006
68	Jaime Bonet	La terciarización de las estructuras económicas regionales en Colombia	Enero, 2006
69	Joaquín Viloría de la Hoz	Educación superior en el Caribe Colombiano: análisis de cobertura y calidad.	Marzo, 2006
70	José R. Gamarra V.	Pobreza, corrupción y participación política: una revisión para el caso colombiano	Marzo, 2006
71	Gerson Javier Pérez V.	Población y ley de Zipf en Colombia y la Costa Caribe, 1912-1993	Abril, 2006
72	María M. Aguilera Díaz	El Canal del Dique y su sub región: una economía basada en su riqueza hídrica	Mayo, 2006
73	Adolfo Meisel R. Gerson Javier Pérez V.	Geografía física y poblamiento en la Costa Caribe colombiana	Junio, 2006
74	Julio Romero P.	Movilidad social, educación y empleo: los retos de la política económica en el departamento del Magdalena	Junio, 2006
75	Jaime Bonet Adolfo Meisel Roca	El legado colonial como determinante del ingreso per cápita departamental en Colombia, 1975-2000	Julio, 2006
76	Jaime Bonet Adolfo Meisel Roca	Polarización del ingreso per cápita departamental en Colombia	Julio, 2006
77	Jaime Bonet	Desequilibrios regionales en la política de descentralización en Colombia	Octubre, 2006
78	Gerson Javier Pérez V.	Dinámica demográfica y desarrollo regional en Colombia	Octubre, 2006
79	María M. Aguilera Díaz Camila Bernal Mattos Paola Quintero Puentes	Turismo y desarrollo en el Caribe colombiano	Noviembre, 2006
80	Joaquín Viloría de la Hoz	Ciudades portuarias del Caribe colombiano: propuestas para competir en una economía globalizada	Noviembre, 2006
81	Joaquín Viloría de la Hoz	Propuestas para transformar el capital humano en el Caribe colombiano	Noviembre, 2006
82	Jose R. Gamarra Vergara	Agenda anticorrupción en Colombia: reformas, logros y recomendaciones	Noviembre, 2006
83	Adolfo Meisel Roca Julio Romero P	Igualdad de oportunidades para todas las regiones	Enero, 2007
84	Centro de Estudios Económicos Regionales CEER	Bases para reducir las disparidades regionales en Colombia Documento para discusión	Enero, 2007

85	Jaime Bonet	Minería y desarrollo económico en El Cesar	Enero, 2007
86	Adolfo Meisel Roca	La Guajira y el mito de las regalías redentoras	Febrero, 2007
87	Joaquín Viloría de la Hoz	Economía del Departamento de Nariño: ruralidad y aislamiento geográfico	Marzo, 2007
88	Gerson Javier Pérez V.	El Caribe antioqueño: entre los retos de la geografía y el espíritu paisa	Abril, 2007
89	Jose R. Gamarra Vergara	Pobreza rural y transferencia de tecnología en la Costa Caribe	Abril, 2007
90	Jaime Bonet	¿Porqué es pobre el Chocó?	Abril, 2007
91	Gerson Javier Pérez V.	Historia, geografía y puerto como determinantes de la situación social de Buenaventura	Abril, 2007
92	Jaime Bonet	Regalías y finanzas públicas en el Departamento del Cesar	Agosto, 2007
93	Joaquín Viloría de la Hoz	Nutrición en el Caribe Colombiano y su relación con el capital humano	Agosto, 2007
94	Gerson Javier Pérez V. Irene Salazar Mejía	La pobreza en Cartagena: Un análisis por barrios	Agosto, 2007
95	Jose R. Gamarra Vergara	La economía del departamento del Cauca: concentración de tierras y pobreza	Octubre, 2007
96	Joaquín Viloría de la Hoz	Educación, nutrición y salud: retos para el Caribe colombiano	Noviembre, 2007
97	Jaime Bonet Jorge Alvis	Bases para un fondo de compensación regional en Colombia	Diciembre, 2007
98	Julio Romero P.	¿Discriminación o capital humano? Determinantes del ingreso laboral de los afrocartageneros	Diciembre, 2007
99	Julio Romero P.	Inflación, costo de vida y las diferencias en el nivel general de precios de las principales ciudades colombianas.	Diciembre, 2007
100	Adolfo Meisel Roca	¿Por qué se necesita una política económica regional en Colombia?	Diciembre, 2007
101	Jaime Bonet	Las finanzas públicas de Cartagena, 2000 – 2007	Junio, 2008
102	Irene Salazar Mejía	Lugar encantados de las aguas: aspectos económicos de la Ciénega Grande del Bajo Sinú	Junio, 2008
103	Joaquín Viloría de la Hoz	Economía extractiva y pobreza en la ciénega de Zapatosa	Junio, 2008
104	Eduardo A. Haddad Jaime Bonet Geofrey J.D. Hewings Fernando Perobelli	Efectos regionales de una mayor liberación comercial en Colombia: Una estimación con el Modelo CEER	Agosto, 2008
105	Joaquín Viloría de la Hoz	Banano y revaluación en el Departamento del Magdalena, 1997-2007	Septiembre, 2008
106	Adolfo Meisel Roca	Albert O. Hirschman y los desequilibrios económicos regionales: De la economía a la política, pasando por la antropología y la historia	Septiembre, 2008
107	Julio Romero P.	Transmisión regional de la política monetaria en Colombia	Octubre, 2008
108	Leonardo Bonilla Mejía	Diferencias regionales en la distribución del ingreso en Colombia	Diciembre, 2008
109	María Aguilera Díaz Adolfo Meisel Roca	¿La isla que se repite? Cartagena en el censo de población de 2005	Enero, 2009
110	Joaquín Viloría De la Hoz	Economía y conflicto en el Cono Sur del Departamento de Bolívar	Febrero, 2009
111	Leonardo Bonilla Mejía	Causas de las diferencias regionales en la distribución del ingreso en Colombia, un ejercicio de micro-descomposición	Marzo, 2009
112	María M. Aguilera Díaz	Ciénega de Ayapel: riqueza en biodiversidad y recursos hídricos	Junio, 2009

113	Joaquín Viloría De la Hoz	Geografía económica de la Orinoquia	Junio, 2009
114	Leonardo Bonilla Mejía	Revisión de la literatura económica reciente sobre las causas de la violencia homicida en Colombia	Julio, 2009
115	Juan D. Barón	El homicidio en los tiempos del Plan Colombia	Julio, 2009
116	Julio Romero P.	Geografía económica del Pacífico colombiano	Octubre, 2009
117	Joaquín Viloría De la Hoz	El ferroníquel de Cerro Matoso: aspectos económicos de Montelíbano y el Alto San Jorge	Octubre, 2009
118	Leonardo Bonilla Mejía	Demografía, juventud y homicidios en Colombia, 1979-2006	Octubre, 2009
119	Luis Armando Galvis A.	Geografía económica del Caribe Continental	Diciembre, 2009
120	Luis Armando Galvis A Adolfo Meisel Roca.	Persistencia de las desigualdades regionales en Colombia: Un análisis espacial	Enero, 2010
121	Irene Salazar Mejía	Geografía económica de la región Andina Oriental	Enero, 2010
122	Luis Armando Galvis A Adolfo Meisel Roca.	Fondo de Compensación Regional: Igualdad de oportunidades para la periferia colombiana	Enero, 2010
123	Juan D. Barón	Geografía económica de los Andes Occidentales de Colombia	Marzo, 2010
124	Julio Romero	Educación, calidad de vida y otras desventajas económicas de los indígenas en Colombia	Marzo, 2010
125	Laura Cepeda Emiliani	El Caribe chocoano: riqueza ecológica y pobreza de oportunidades	Mayo, 2010
126	Joaquín Viloría de la Hoz	Finanzas y gobierno de las corporaciones autónomas regionales del Caribe colombiano	Mayo, 2010
127	Luis Armando Galvis	Comportamiento de los salarios reales en Colombia: Un análisis de convergencia condicional, 1984-2009	Mayo, 2010
128	Juan D. Barón	La violencia de pareja en Colombia y sus regiones	Junio, 2010
129	Julio Romero	El éxito económico de los costeños en Bogotá: migración interna y capital humano	Agosto, 2010
130	Leonardo Bonilla Mejía	Movilidad inter-generacional en educación en las ciudades y regiones de Colombia	Agosto, 2010
131	Luis Armando Galvis	Diferenciales salariales por género y región en Colombia: Una aproximación con regresión por cuantiles	Septiembre, 2010
132	Juan David Barón	Primeras experiencias laborales de los profesionales colombianos: Probabilidad de empleo formal y salarios	Octubre, 2010
133	María Aguilera Díaz	Geografía económica del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	Diciembre, 2010
134	Andrea Otero	Superando la crisis: Las finanzas públicas de Barranquilla, 2000-2009	Diciembre, 2010
135	Laura Cepeda Emiliani	¿Por qué le va bien a la economía de Santander?	Diciembre, 2010
136	Leonardo Bonilla Mejía	El sector industrial de Barranquilla en el siglo XXI: ¿Cambian finalmente las tendencias?	Diciembre, 2010
137	Juan David Barón	La brecha de rendimiento académico de Barranquilla	Diciembre, 2010
138	Luis Armando Galvis	Geografía del déficit de vivienda urbano: Los casos de Barranquilla y Soledad	Febrero, 2011
139	Andrea Otero	Combatiendo la mortalidad en la niñez: ¿Son las reformas a los servicios básicos una buena estrategia?	Marzo, 2011
140	Andrés Sánchez Jabba	La economía del mototaxismo: el caso de Sincelejo	Marzo, 2011
141	Andrea Otero	El puerto de Barranquilla: retos y recomendaciones	Abril, 2011

142	Laura Cepeda Emiliani	Los sures de Barranquilla: La distribución espacial de la pobreza	Abril, 2011
143	Leonardo Bonilla Mejía	Doble jornada escolar y la calidad de la educación en Colombia	Abril, 2011
144	María Aguilera Díaz	Habitantes del agua: El complejo lagunar de la Ciénaga Grande de Santa Marta	Mayo, 2011
145	Andrés Sánchez Jabba	El gas de La Guajira y sus efectos económicos sobre el departamento	Mayo, 2011
146	Javier Yabrudy Vega	Raizales y continentales: un análisis del mercado laboral en la isla de San Andrés	Junio, 2011
147	Andrés Sánchez Jabba	Reformas fiscales verdes y la hipótesis del doble dividendo: un ejercicio aplicado a la economía colombiana	Junio, 2011
148	Joaquín Vilorio de la Hoz	La economía anfibia de la isla de Mompox	Julio, 2011
149	Juan David Barón	Sensibilidad de la oferta de migrantes internos a las condiciones del mercado laboral en las principales ciudades de Colombia	Julio, 2011
150	Andrés Sánchez Jabba	Después de la inundación	Agosto, 2011
151	Luis Armando Galvis Leonardo Bonilla Mejía	Desigualdades regionales en la dotación de docentes calificados en Colombia	Agosto, 2011
152	Juan David Barón Leonardo Bonilla Mejía	La calidad de los maestros en Colombia: Desempeño en el examen de Estado del ICFES y la probabilidad de graduarse en el área de educación	Agosto, 2011
153	Laura Cepeda Emiliani	La economía de Risaralda después del café: ¿Hacia dónde va?	Agosto, 2011
154	Leonardo Bonilla Mejía Luis Armando Galvis	Profesionalización docente y la calidad de la educación en Colombia	Septiembre, 2011
155	Adolfo Meisel Roca	El sueño de los radicales y las desigualdades regionales en Colombia: La educación de calidad para todos como política de desarrollo territorial	Septiembre, 2011
156	Andrés Sánchez Jabba	Etnia y rendimiento académico en Colombia	Octubre, 2011
157	Andrea Otero	Educación para la primera infancia: Situación en el Caribe Colombiano	Noviembre, 2011
158	María Aguilera Díaz	La yuca en el Caribe colombiano: De cultivo ancestral a agroindustrial	Enero, 2012
159	Andrés Sánchez Jabba	El bilingüismo en los bachilleres colombianos	Enero, 2012
160	Karina Acosta Ordoñez	La desnutrición en los primeros años de vida: Un análisis regional para Colombia	Enero, 2012
161	Javier Yabrudy Vega	Treinta años de finanzas públicas en San Andrés Islas: De la autosuficiencia a la dependencia fiscal.	Enero, 2012
162	Laura Cepeda Emiliani Juan David Barón	Segregación educativa y la brecha salarial por género entre los recién graduados universitarios en Colombia	Febrero, 2012
163	Andrea Otero	La infraestructura aeroportuaria del Caribe colombiano	Febrero, 2012
164	Luis Armando Galvis	Informalidad laboral en las áreas urbanas de Colombia	Febrero, 2012

165	Gerson Javier Pérez Valbuena	Primera versión de la Política de Seguridad Democrática: ¿Se cumplieron los objetivos?	Marzo, 2012
166	Karina Acosta Adolfo Meisel Roca	Diferencias étnicas en Colombia: Una mirada antropométrica	Abril, 2012
167	Laura Cepeda Emiliani	¿Fuga interregional de cerebros? El caso colombiano	Abril, 2012
168	Yuri C. Reina Aranza	El cultivo de ñame en el Caribe colombiano	Junio, 2012
169	Andrés Sánchez Jabba Ana María Díaz Alejandro Peláez et al.	Evolución geográfica del homicidio en Colombia	Junio, 2012
170	Karina Acosta	La obesidad y su concentración según nivel socioeconómico en Colombia	Julio, 2012
171	Javier Yabrudy Vega	El aguacate en Colombia: Estudio de caso de los Montes de María, en el Caribe colombiano.	Agosto, 2012
172	Andrea Otero	Cali a comienzos del Siglo XXI: ¿Crisis o recuperación?	Agosto, 2012
173	Luis Armando Galvis Bladimir Carrillo	Un índice de precios espacial para la vivienda urbana en Colombia: Una aplicación con métodos de emparejamiento.	Septiembre, 2012
174	Andrés Sánchez Jabba	La reinención de Medellín.	Octubre, 2012
175	Karelys Katina Guzmán	Los subsidios de oferta y el régimen subsidiado de salud en Colombia.	Noviembre, 2012
176	Andrés Sánchez Jabba	Manejo ambiental en Seaflower, Reserva de Biosfera en el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina.	Noviembre, 2012
177	Luis Armando Galvis Adolfo Meisel	Convergencia y trampas espaciales de pobreza en Colombia: Evidencia reciente.	Diciembre, 2012
178	Karina Acosta	Cartagena, entre el progreso industrial y el rezago social.	Diciembre, 2012
179	Gerson Javier Pérez V.	La Política de Seguridad Democrática 2002-2006: efectos socioeconómicos en las áreas rurales.	Diciembre, 2012
180	María Aguilera Díaz	Bucaramanga: capital humano y crecimiento económico.	Enero, 2013
181	Andrés Sánchez Jabba	Violencia y narcotráfico en San Andrés	Febrero, 2013
182	Luis Armando Galvis	¿El triunfo de Bogotá?: desempeño reciente de la ciudad capital.	Febrero, 2013
183	Laura Cepeda y Adolfo Meisel	¿Habrán una segunda oportunidad sobre la tierra? Instituciones coloniales y disparidades económicas regionales en Colombia.	Marzo, 2013
184	Karelys Guzmán Finol	La industria de lácteos en Valledupar: primera en la región Caribe.	Marzo, 2013

185	Gerson Javier Pérez Valbuena	Barranquilla: avances recientes en sus indicadores socioeconómicos, y logros en la accesibilidad geográfica a la red pública hospitalaria.	Mayo, 2013
186	Luis Armando Galvis	Dinámica de crecimiento económico y demográfico regional en Colombia, 1985-2011	Mayo, 2013
187	Andrea Otero	Diferencias departamentales en las causas de mortalidad en Colombia	Mayo, 2013
188	Karelys Guzmán Finol	El río Cesar	Junio, 2013
189	Andrés Sánchez	La economía del bajo San Jorge	Julio, 2013
190	Andrea Otero	Río Ranchería: Entre la economía, la biodiversidad y la cultura	Julio, 2013
191	Andrés Sánchez Jabba	Bilingüismo en Colombia	Agosto, 2013
192	Gerson Javier Pérez Valbuena Adolfo Meisel Roca	Ley de Zipf y de Gibrat para Colombia y sus regiones:1835-2005	Octubre, 2013
193	Adolfo Meisel Roca Leonardo Bonilla Mejía Andrés Sánchez Jabba	Geografía económica de la Amazonia colombiana	Octubre, 2013
194	Karina Acosta	La economía de las aguas del río Sinú	Octubre, 2013
195	María Aguilera Díaz	Montes de María: Una subregión de economía campesina y empresarial	Diciembre, 2013
196	Luis Armando Galvis Adolfo Meisel Roca	Aspectos regionales de la movilidad social y la igualdad de oportunidades en Colombia	Enero, 2014
197	Andrés Sánchez Jabba	Crisis en la frontera	Enero, 2014
198	Jaime Bonet Joaquín Urrego	El Sistema General de Regalías: ¿mejoró, empeoró o quedó igual?	Enero, 2014
199	Karina Acosta Julio Romero	Estimación indirecta de la tasa de mortalidad infantil en Colombia, 1964-2008	Febrero, 2014
200	Yuri Carolina Reina A.	Acceso a los servicios de salud en las principales ciudades colombianas (2008-2012)	Marzo, 2014
201	Antonio José Orozco Gallo	Una aproximación regional a la eficiencia y productividad de los hospitales públicos colombianos	Marzo, 2014
202	Karelys Guzmán Finol	Radiografía de la oferta de servicios de salud en Colombia	Mayo, 2014
203	Jaime Bonet Karelys Guzmán Finol Joaquín Urrego Juan Miguel Villa	Efectos del nuevo Sistema General de Regalías sobre el desempeño fiscal municipal: un análisis dosis-respuesta	Junio, 2014
204	Jhorland Ayala García	La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso	Julio, 2014

205	Jaime Bonet Gerson Javier Pérez V. Jhorland Ayala	Contexto histórico y evolución del SGP en Colombia	Julio, 2014
206	Andrés Sánchez Jabba	Análisis de la respuesta del Estado colombiano frente al Fenómeno de La Niña 2010-2011: El caso de Santa Lucía	Julio, 2014
207	Luis Armando Galvis	Eficiencia en el uso de los recursos del SGP: los casos de la salud y la educación	Agosto, 2014
208	Gerson Javier Pérez V. Ferney Valencia Bernardo González Julio Cesar Cardona	Pereira: contexto actual y perspectivas	Septiembre, 2014
209	Karina Acosta Julio Romero P.	Cambios recientes en las principales causas de mortalidad en Colombia	Octubre, 2014
210	Jhorland Ayala García	Crecimiento económico y empleo en Ibagué	Diciembre, 2014
211	Lina Marcela Moyano Luis Armando Galvis	¿Oportunidades para el futuro?: la movilidad social de los adolescentes en Colombia	Diciembre, 2014
212	Jhorland Ayala García	Aspiraciones económicas, conflicto y trampas de pobreza en Colombia	Diciembre, 2014
213	Karina Acosta	La salud en las regiones colombianas: inequidad y morbilidad	Diciembre, 2014
214	María Aguilera Díaz	Determinantes del desarrollo en la avicultura en Colombia: instituciones, organizaciones y tecnología	Diciembre, 2014
215	Karelys Guzmán-Finol	¿Qué hay detrás de un cambio en la productividad hospitalaria?	Febrero, 2015
216	Luis Armando Galvis-Aponte Lucas Wilfried Hahn-De-Castro	Crecimiento municipal en Colombia: El papel de las externalidades espaciales, el capital humano y el capital físico	Febrero, 2015
217	Jhorland Ayala-García	Evaluación externa y calidad de la educación en Colombia	Abril, 2015
218	Gerson Javier Pérez-Valbuena Alejandro Silva-Ureña	Una mirada a los gastos de bolsillo en salud para Colombia	Abril, 2015
219	Jaime Bonet-Morón Yuri Reina-Aranza	Necesidades de inversión y escenarios fiscales en Cartagena	Mayo, 2015
220	Antonio José Orozco-Gallo	Un análisis del gasto público en salud de los entes territoriales colombianos	Mayo, 2015
221	Karina Acosta-Ordoñez	Nutrición y desarrollo en el Pacífico colombiano	Julio, 2015
222	Jaime Bonet-Morón Karelys Guzmán-Finol	Un análisis regional de la salud en Colombia	Agosto, 2015