

PRÓLOGO
UN ANÁLISIS REGIONAL DE LA SALUD EN
COLOMBIA

Jaime Bonet
Karelys Guzmán Finol

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 en especial a subsidios a la demanda, por medio de los regímenes contributivo y subsidiado. El país logró importantes avances en cobertura, al moverse del 56,9% al 90,8% entre 1997 y 2012 (Ayala, 2017); en gran parte gracias al mayor gasto público sectorial. En la actualidad Colombia invierte cerca de 7 puntos porcentuales (pp) del producto interno bruto (PIB) en salud, donde el 75% lo ejecuta el sector público. Estas cifras ubican a Colombia como uno de los países latinoamericanos con mayor gasto público sectorial y donde las familias invierten una menor proporción relativa de recursos en salud.

Estos beneficios han estado acompañados de algunas 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 como está organizada la provisión de los servicios, su calidad y acceso, la ineficiencia en el manejo de los recursos o su escasez, 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 analizaron los resultados de las publicaciones previas e identificaron los temas que merecían posteriores estudios. Entre ellos se mencionó el análisis del estado del estudio de la salud, el cual debería vincular 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 igualar el 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.*, 2016).

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; 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, 2014). 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, con el cual se determine en qué porcentaje las personas que necesitan atención médica general efectivamente la obtienen (Ayala, 2017).

De acuerdo con Acosta (2017), 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 en el país, ya sea por localización geográfica, etnias o tipo de afiliación. Teniendo en cuenta que Colombia tiene una gran diversidad en las condiciones de vida de sus habitantes, es fundamental entender con claridad las diferencias en los distintos grupos que componen la nación.

Uno de los vacíos del sector salud que requiere 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 colombiano de la salud. 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 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 esta presentación es sintetizar 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 de analizar la problemática regional del sector salud. Esta introducción está compuesta por tres secciones. La primera presenta los principales mensajes derivados de las investigaciones realizadas, mientras que la segunda se centra en las

recomendaciones de política que surgen del análisis. La tercera 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 las principales. En la medida en que cada una de estas fuentes tiene diferentes sistemas de división territorial, la regionalización empleada en cada trabajo varía.

1. PRINCIPALES RESULTADOS

Esta sección presenta los principales resultados de los temas abordados a lo largo del libro. Probablemente algunos argumentos, así como la profundidad de los aquí señalados, podrán ser vistos con más detalle en el capítulo que lo aborda. Es por ello que se hará referencia a cada uno de los trabajos realizados para que el lector pueda dirigirse a la sección que sea de su interés.

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 período 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 1.000 nacidos vivos en 1965, hasta alcanzar un mínimo de 21 en 1990. La segunda tendencia es de relativa estabilidad desde finales de los años noventa, con una tasa de 15,6 en 2005 (Acosta y Romero, 2014). No obstante, los valores y las tendencias recientes de la TMI en Colombia se asemejan a las observadas entre 1955 y 1975 en países desarrollados como

¹ La TMI es definida como el número de defunciones de menores de un año por cada 1.000 nacidos vivos.

Suecia, Inglaterra, Francia y Bélgica, entre otros. Esto indica que Colombia aún tiene un amplio margen por mejorar en esta materia.

De forma paralela se registró 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, mostró un aumento de 6,48 años de vida. En el mismo período, 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, 2017).

La reducción de la TMI se ha atribuido a múltiples procesos. En primer lugar, los avances en la medicina, como por ejemplo el desarrollo de vacunas, lo que ha resultado en una transición epidemiológica. En segundo lugar, las mejores condiciones socioeconómicas y sanitarias, al permitir un mayor acceso al agua potable, mejorar el manejo de las basuras e introducir nuevos materiales para la construcción de las viviendas (por ejemplo, el reemplazo de pisos de tierra por suelos de baldosa). En tercer lugar, se encuentra el papel desempeñado por algunas políticas desarrolladas por el Estado, como aquellas encaminadas a aumentar la cobertura de vacunación, los controles prenatales y posnatales y las medidas para reducir la propagación de las enfermedades endémicas (Acosta y Romero, 2014 y 2017).

En la medida en que la TMI influye sobre la EVN, los factores mencionados han impactado a 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, 2014 y 2017).

Si bien es cierto que algunas circunstancias históricas han ocasionado reducciones en la TMI y aumentos en la EVN, la velocidad de estos cambios y su valor absoluto han sido disímiles en cada región colombiana. En particular, la región Pacífica (Chocó, Cauca, Nariño y Buenaventura) ha estado en desventaja con respecto a las demás. A pesar de que la mayor parte de las regiones han convergido hacia 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

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.

en 1965 correspondía a la alcanzada por la región Pacífica a mediados de los años ochenta (Acosta y Romero, 2014).

Un hecho que llama la atención es que en Colombia no se ha logrado uno de los Objetivos del Milenio: alcanzar una TMI de 14 niños por cada 1.000 nacidos vivos, siendo la región Pacífica la que más se aleja de la meta. De acuerdo con estimaciones de Acosta y Romero (2014), la TMI de Colombia para 2008 era de 16 por cada 1.000 nacidos vivos; cifra levemente inferior a la encontrada por Profamilia con base en la ENDS 2010; entidad según la cual 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 período 2007-2013 las acciones en salud pública demandaron para su ejecución en promedio COP 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, 2017b).

EN COLOMBIA PERSISTE LA INEQUIDAD EN EL ESTADO DE SALUD ENTRE REGIONES Y DENTRO 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 Amazonia y Pacífico, regiones que muestran un pobre estado de salud comparativo. Las regiones que exhiben un mejor estado de salud tienen esperanzas de vida más altas y tasas de mortalidad infantil más bajas (Acosta, 2017).

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 (2014) 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 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 dónde enfocar los recursos para que las políticas de salud implementadas sean más efectivas.

Acosta y Romero (2017) 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 reducir la EVN no cambiaron mucho. En su orden, son las enfermedades del sistema circulatorio, el cáncer y las afecciones del sistema respiratorio.

Por 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 plazos. Las causas externas son especialmente importantes debido a que la mayor proporción de muertes por esta causa se concentra en jóvenes.

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 las cuales las personas asisten al médico son la hipertensión arterial, enfermedades 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 (2017) 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 (2017), en 2000 y 2012 la principal causa de muerte reportada de las mujeres fue el cáncer. 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 la región Caribe y San Andrés, 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, donde sobresalen la hipertensión arterial y las enfermedades del sistema respiratorio (Acosta, 2017). 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 cardiovasculares, se pueden prevenir con hábitos de vida saludable; y otras, como las enfermedades respiratorias, infecciosas y parasitarias, mejorando las condiciones de las viviendas y el entorno. Afecciones como el cáncer, por ejemplo, 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 tienen para una economía.

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, es necesario no solo garantizar una oportuna atención de calidad cuando las personas ya estén enfermas, sino fortalecer de manera integral los factores sociales asociados con un buen estado de salud.

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 RÉGIMENES DE ATENCIÓN

Los indicadores de acceso estimados por Ayala (2017) muestran una reducción de aproximadamente 3,6 pp entre 1997 y 2012. Esta disminución se registró para toda la población, tanto para quienes estaban cubiertos por el sistema, como para los que no lo estaban. También se observó un menor acceso en la mayoría de las regiones, con excepción de Antioquia y la región Oriental, las cuales presentaron un aumento en este indicador. En 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 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 por 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, 2017; Orozco, 2017b). La ampliación y continuidad de la cobertura de este régimen entre 2007 y 2013 demandó recursos que corresponden, en promedio anual, al 1,27% del PIB y que son ejecutados casi en su totalidad por los municipios (Orozco, 2017b).

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, así como en la tasa de satisfacción global, a las EPS de este régimen les va mejor que a las del contributivo (Guzmán, 2017a).

LAS BARRERAS AL ACCESO POR EL LADO DE LA OFERTA HAN GANADO IMPORTANCIA CON RESPECTO A AQUELLAS POR EL 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, tales 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 el no solucionar el 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, 2017).

De la misma manera, hay tres tipos de barreras de demanda. El primero consiste en los costos asociados con 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 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 (2017), 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 en 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 (2017), al analizar las razones que explicaron por qué los usuarios no usaban 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 con 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 19.000 sedes de IPS, entre hospitales, clínicas y centro de diagnóstico (incluye puestos y centros de salud). El 79% es de naturaleza privada y el 21% pública (Guzmán, 2017a).

LA CAPACIDAD INSTALADA ES INSUFICIENTE

De acuerdo con Guzmán (2017), Colombia posee cerca de 15 camas por cada 10.000 habitantes, mientras que en la región de las Américas el promedio es 24 y en Europa 60. Del total de camas en Colombia para 2013, el 57% le pertenecían al sector privado, el 41% al sector público, y el 2% eran mixtas (Guzmán, 2017a). El país supera solo a las regiones Asia Suroriental y Mediterráneo Oriental.

Además, entre 2002 y 2012 no se efectuaron grandes cambios en la capacidad hospitalaria pública. Por un lado, se registraron ligeros aumentos en el número de consultorios y unidades de odontología; y por otro, hubo 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. Esta idea es reforzada por el hecho de que en el total nacional el 57% de las camas, el 76% de las salas de quirófanos y el 51% de las ambulancias son privados.

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 en 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, denominada en las ejecuciones presupuestales como *otros gastos en salud*, que a su vez participó en promedio con el 7,6% del total invertido por los departamentos y municipios (Orozco, 2017b).

Así como están rezagadas en cuanto 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, 2017a). 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 100.000 habitantes. Amazonas, Guainía, Guaviare, Vaupés y Vichada ofrecen menos del 50% de los servicios disponibles en el país, identificando 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 aquellos con menos ambulancias, quirófanos y camas por cada 100.000 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 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 su planta se encontraba incompleta, lo que obligó al 41,3% de ellas a cerrar o suspender algún servicio en los últimos cinco años.

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 100.000 habitantes. Lo mismo sucede en los municipios, donde las principales ciudades del país (Bogotá, Medellín, Cali, Cartagena y Barraquilla) no lideran este último ordenamiento (Guzmán, 2017a). Aunque este indicador es cuestionable debido a que no tiene en cuenta la capacidad instalada de las IPS, el recurso humano disponible ni la complejidad de los servicios ofrecidos, es usado por la Organización Mundial de la Salud (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 (OMS, 2010).

Adicionalmente, Guzmán (2017a) encontró que, si bien Atlántico, Valle del Cauca y Bogotá encabezan la lista de departamentos de acuerdo con el número de quirófanos por cada 100.000 habitantes, en cuanto a otras facilidades (como camas, salas de parto o ambulancias) no ocupan posiciones sobresalientes. Tampoco lo hacen Antioquia ni Bolívar. Teniendo en cuenta que estas cinco entidades territoriales agrupan el 49% de la población colombiana, esta situación permite asegurar que su capacidad instalada podría ser insuficiente.

Considerando que el 76% de los municipios ofrece 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 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 residentes.

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 manifestaron que su tiempo de espera había sido el mínimo, mientras que aumentó el de aquellas que indicaron que su tiempo de espera había sido el máximo. El mayor deterioro se registró en Bogotá, Barranquilla y Cartagena (Reina, 2017).

Otro indicador analizado por Reina (2017) 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 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 afirma 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 donde más aumentó el porcentaje de personas insatisfechas y más disminuyó el de satisfechas.

APROXIMADAMENTE LA MITAD DE LOS MUNICIPIOS DEPENDE 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, 2017a). El 93% de los municipios con solo IPS públicas no posee salas de quirófano, el 31% no posee salas de parto 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.

MENOR EFICIENCIA DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS ENTRE 2003 Y 2011

Orozco (2017a) encontró que la caída en la productividad estaba sustentada en el deterioro del cambio tecnológico, como resultado de una escasa inversión en este frente. Evidencia de esto es que solo uno de cada 25 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 (2017b) estudió los casos de cuatro de los hospitales con mayor variación en la productividad³. Los resultados de esta investigación permitieron detectar factores que ayudan a explicar el comportamiento de la productividad de los hospitales públicos. En primer lugar, el cambio tecnológico negativo podría estar sustentando

³ Los hospitales estudiados fueron el Santander Herrera de Pivijay (Magdalena), el departamental San Antonio de Roldanillo (Valle), el Santo Tomás de Villanueva (La Guajira), y el de Usaquén (Bogotá).

parcialmente en la baja participación de la inversión en los gastos hospitalarios. El tipo de inversiones que se adelantaron permite inferir que los recursos apenas lograban cubrir 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 en especial al personal contratado en 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 nuevo personal 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 que las directivas otorgaran mayor relevancia a la rentabilidad financiera, lo cual motivó a eliminar algunos servicios.

Hay otras situaciones exógenas que también afectaron el desempeño de los hospitales o su evaluación, como: 1) 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; 2) el conflicto armado que padeció Pivijay (Magdalena), y 3) el formato que los hospitales diligenciaban 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.

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 en salud 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 (2017) encontraron que en Colombia la mayor carga de los gastos del sector es asumida por el

sector público y no por los hogares. Por 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 ofrece una idea de las falencias que podría tener el sistema, ya que si los usuarios están gastando en elementos que son cubiertos por el POS, significaría que el sistema aún no es capaz de garantizar completamente la atención oportuna de la población.

De acuerdo con Pérez y Silva (2017), a pesar de que entre 1997 y 2012 aumentó el acceso a ciertos servicios de salud de los afiliados al régimen subsidiado, en el período 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.

En el total 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 lo son los servicios hospitalarios y médicos. En Bogotá los gastos se concentran en equipos terapéuticos y servicios médicos.

Como se había mencionado, una de las principales causas de mortalidad es el cáncer, donde los exámenes diagnósticos realizados e interpretados correctamente desempeñan 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 quienes más se empobrecen, al compensar la falta de oportunidad en la atención.

Por último, Pérez y Silva (2017) encontraron que los hogares de la región Caribe son los que mayores gastos catastróficos enfrentan y tienen una mayor probabilidad de empobrecerse a causa de sus gastos de bolsillo en salud. Por su parte, plantean la hipótesis de que en la región Pacífica, por sus condiciones, muchos de los hogares, o no tienen los ingresos para sus gastos de bolsillo en salud, o no hay cobertura, por lo que los hogares no tienen dónde adquirir bienes y servicios del sector salud.

2. RECOMENDACIONES DE POLÍTICA

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

INCORPORAR 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 una gran parte 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 cada 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, lo que genera 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 Amazonia, 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.

FORTALECER LA COORDINACIÓN DEPARTAMENTAL E INTERDEPARTAMENTAL DE LA RED HOSPITALARIA

Una de las tareas pendientes con la oferta de servicios de salud es coordinar la red hospitalaria en los departamentos y entre ellos. En el funcionamiento actual de las redes de servicios, el 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; esto sucede 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 tanto, debe revisarse la capacidad de decisión que realmente tienen las secretarías departamentales como coordinadoras de la red de servicios en su jurisdicción.

Además, la planificación estratégica de la red hospitalaria departamental y regional puede mejorar la capacidad instalada hospitalaria del país, en especial de las IPS que funcionan como hospitales de carácter regional y atienden pacientes, no solo 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 de cada IPS. Dada la fase de saneamiento financiero que en la actualidad viven algunos hospitales públicos, la posibilidad de financiación de esta inversión no debería depender de su rentabilidad.

DEFINIR UNA ESTRATEGIA DE TRANSPARENCIA EN LA GESTIÓN SECTORIAL

En los estudios de caso realizados para el análisis de la eficiencia hospitalaria se halló que algunas variables que la afectan están asociadas con 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 (s. f.), el consolidado de cartera de las IPS privadas y públicas por deudas de servicios de salud, con corte a junio de 2013, ascendió a COP 14,4 billones, de los cuales el 30% se concentra en las IPS públicas frente al 70% de las IPS privadas. 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 COP 5,5 billones (Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, 2014).

Esta situación requiere adoptar una mayor transparencia en la gestión sectorial. Una opción posible es 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 simplificar los procedimientos para trasladar recursos de los distintos fondos públicos disponibles hacia las IPS. Reducir las instancias que intervienen en este proceso cerraría las posibilidades de captura por parte de grupos de interés y brindaría mayor transparencia a la asignación de los recursos a los prestadores del servicio.

ESTABLECER 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 medioambiente, el de hacienda y el de vivienda. Si las acciones en salud no están acompañadas por iniciativas concretas en estos frentes, pueden carecer de efectividad. Por ejemplo, el tratamiento de enfermedades tropicales se debe complementar con medidas de planeación urbana para mejorar las condiciones del entorno y la vivienda, con el fin de garantizar que los programas de salud pública dirigidos a contrarrestar este tipo de enfermedades sean suficientes.

Asimismo, las instituciones educativas son escenarios ideales para promover hábitos saludables, mientras que la concientización de la importancia de exámenes diagnósticos periódicos para prevenir enfermedades, como el cáncer, debe ser parte de campañas institucionales del ministerio del sector. Por último, las EPS deberían exigir exámenes periódicos a sus afiliados.

FORTALECER LOS SERVICIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO

Se recomienda fortalecer y priorizar la oportunidad y calidad de los servicios de apoyo diagnóstico, en especial 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 oportuno, de acuerdo con las metas en tiempo de espera definidas para cada tipo de servicio en el ámbito nacional.

Teniendo en cuenta que entre 1980 y 2010 aumentó la proporción de muertes de niños menores de un año ocasionadas por sus condiciones durante el parto, es necesario incrementar la cobertura y calidad de los controles

prenatales, especialmente en el Pacífico. De nuevo, contar con servicios de apoyo diagnóstico en este frente es fundamental para disminuir los indicadores de mortalidad en menores.

Dado que el cáncer se ha convertido en una de las principales causas de muerte, es esencial revisar que sus protocolos de tratamiento se estén ejecutando con la oportunidad que lo ameritan. Esto implica evaluar el 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 detención temprana es clave para aumentar las posibilidades de éxito del tratamiento. De igual manera, la detección temprana y el tratamiento oportuno pueden ser menos costosos 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 realizaría en Guainía y posteriormente en Vaupés y Chocó. También, estableció que en los lugares donde solo el Estado presta los servicios de salud, el gobierno departamental podrá otorgar subsidios a la oferta; es decir, en lugares que por su infraestructura pública solo se pueda acceder mediante transporte marítimo, fluvial o aéreo (Decreto 2273 de 2014). El monto de los recursos y su respectiva fuente deberán determinarse en cada 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 COP 50 mil millones durante 2014. Entre los proyectos se encuentran: 1) la construcción de los hospitales de Cravo Norte (Arauca), Vigía del Fuerte (Antioquia), Floridablanca (Santander), así como en Tumaco y Barbacoas (Nariño); 2) el fortalecimiento de la capacidad instalada en 77 ESE de diez departamentos, y 3) 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 COP 44 mil millones. Además, con recursos del Sistema General de Regalías se iniciaron proyectos por COP 640 mil millones para el sector salud en el período 2012-2015, el 3,8% del total aprobado. Otras estrategias incluyen la formalización laboral de las ESE (Decreto 1376 de 2014), el giro directo de recursos a las IPS (Resolución

2320 de 2011) y la compra de cartera a IPS públicas y privadas, que en 2014 fue de COP 744.540 millones (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

A la par de la aprobación de los recursos, mediante el Decreto 2273, para invertirlos 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 la fuente de los recursos necesarios. Todo esto para garantizar la sostenibilidad de la inversión en un escenario donde prevalecen las trabas en el flujo de los recursos entre pagadores y prestadores, por lo que en varias ocasiones la ESE no es capaz de generar recursos propios suficientes para la inversión en infraestructura. Si los recursos para mantener 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 solo de naturaleza pública y donde probablemente no existen incentivos económicos para que participen IPS privadas. Más temprano que tarde debería determinarse en 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 traduzca en mejores resultados en salud.

3. 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. Trabajar para reducir esas diferencias debería

ser una prioridad de la política de salud pública en Colombia. En el libro se ofrecen 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 su puesta en marcha.

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.

REFERENCIAS

- Acosta, K. (2017). “La salud en las regiones colombianas: inequidad y morbilidad”, en J. Bonet, K. Guzmán y L. Hahn de Castro (eds.). *La salud en Colombia: una perspectiva regional* [esta obra], pp. 1-42, Bogotá: Banco de la República.
- Acosta, K.; Romero, J. (2014). “Estimación indirecta de la tasa de mortalidad infantil en Colombia, 1964-2008”. *Economía y Región*, vol. 8, núm 2., Cartagena, Universidad Tecnológica de Bolívar, pp. 5-47.
- Acosta, K.; Romero, J. (2017). “Cambios recientes en las principales causas de mortalidad en Colombia”, en J. Bonet, K. Guzmán y L. Hahn de Castro (eds.). *La salud en Colombia: una perspectiva regional* [esta obra], pp. 79-119, Bogotá: Banco de la República.

- Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (2014). 32° Informe de seguimiento de cartera hospitalaria con corte a junio 30 de 2014, disponible en: [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. (2017). “La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso”, en J. Bonet, K. Guzmán y L. Hahn de Castro (eds.). *La salud en Colombia: una perspectiva regional* [esta obra], pp. 255-284, Bogotá: Banco de la República.
- 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.; 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.; Ayala, J. (2016). “Contexto histórico y evolución del SGP en Colombia”, en J. Bonet y L. A. Galvis (eds.). *Sistema de transferencias subnacionales: lecciones para una reforma en Colombia*, pp. 81-128, Bogotá: Banco de la República.
- 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, disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Observatorio%20Talento%20Humano%20en%20Salud/DisponibilidadDistribuci%C3%B3nMdEspecialistasCendex.pdf>
- Christie, S.; 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.; 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. (2017a). “Radiografía de la oferta de servicios de salud en Colombia”, en J. Bonet, K. Guzmán y L. Hahn de Castro (eds.). *La salud en Colombia: una perspectiva regional* [esta obra], pp. 127-176, Bogotá: Banco de la República.
- Guzmán, K. (2017b). “¿Qué hay detrás de un cambio en la productividad hospitalaria?”, en J. Bonet, K. Guzmán y L. Hahn de Castro (eds.). *La salud en Colombia: una perspectiva regional* [esta obra], pp. 215-252, Bogotá: Banco de la República.
- 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.; 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, disponible 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), disponible 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, disponible 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: <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/4637/1037578093-2013.pdf;jsessionid=F985EA9D1639D33178388A217E3E99ED?sequence=1>

- Mora, H.; Morales, L. (1997). “Consideraciones sobre la evaluación de la eficiencia relativa de los hospitales colombianos”, *Universitas Económicas*, vol. 9, pp. 21-39.
- Núñez, J.; Zapata, J.; Castañeda, C.; Fonseca, S.; Ramírez, J. (2012). “La sostenibilidad financiera del sistema de salud colombiano”, Fedesarrollo, 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>
- Organización Mundial de la Salud (2010). “Monitoring the Building Blocks of Health Systems: a Handbook of Indicators and their Measurement Strategies”, disponible en: http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_full_web.pdf
- Orozco A. (2017a). “Una aproximación regional a la eficiencia y productividad de los hospitales públicos colombianos”, en J. Bonet, K. Guzmán y L. Hahn de Castro (eds.). *La salud en Colombia: una perspectiva regional* [esta obra], pp. 177-214, Bogotá: Banco de la República.
- Orozco, A. (2017b). “Un análisis del gasto público en salud de los entes territoriales colombianos”, en J. Bonet, K. Guzmán y L. Hahn de Castro (eds.). *La salud en Colombia: una perspectiva regional* [esta obra], pp. 321-368, Bogotá: Banco de la República.
- Peñaloza, M. C. (2003). “Evaluación de la Eficiencia en instituciones hospitalarias públicas y privadas con *data envelopment analysis* (DEA)”, Archivos de Economía, núm. 244, Departamento Nacional de Planeación, Bogotá.
- Pérez, G. J. (2014). “Barranquilla: avances recientes en sus indicadores socioeconómicos, y logros en la accesibilidad geográfica a la red pública hospitalaria”, en A. Galvis (ed.) *Economía de las grandes ciudades en Colombia: seis estudios de caso*. Bogotá: Banco de la República.
- Pérez, G. J.; Silva, A. (2017). “Una mirada a los gastos de bolsillo en salud para Colombia”, en J. Bonet, K. Guzmán y L. Hahn de Castro (eds.). *La salud en Colombia: una perspectiva regional* [esta obra], pp. 369-408, Bogotá: Banco de la República.
- Pinto, D.; 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, núm. 245, Departamento Nacional de Planeación, Bogotá.

- Reina, Y. (2017). “Acceso a los servicios de salud en las principales ciudades colombianas (2008-2012)”, en J. Bonet, K. Guzmán y L. Hahn de Castro (eds.). *La salud en Colombia: una perspectiva regional* [esta obra], pp. 285-318, Bogotá: Banco de la República.
- Restrepo, J.; Atehortúa, S.; 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.; 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, núm. 298, Departamento Nacional de Planeación, Bogotá.
- Superintendencia de Salud (s. f.). “Informe de cartera por venta de servicios de salud”, disponible en: <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/LinkClick.aspx?fileticket=VQoPid%2B0pYg%3D&tabid=803&mid=2346>
- Toro, E.; 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.; Molina, G. (2009). “Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias”, *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, vol. 27, núm. 2, pp. 121-130.