

**Radiografía de la oferta de
servicios de salud en Colombia**

Por: Karelys Guzmán Finol

Núm. 202
Mayo, 2014



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.

Radiografía de la oferta de servicios de salud en Colombia[♦]

Karelys Guzmán Finol^{*}

[♦]Agradezco los comentarios y apoyo en la organización de los datos de Harrison Sandoval y Joaquín Urrego; las observaciones de Jaime Bonet, Yuri Reina y Javier Pérez. Gracias a Nancy Londoño y Diana Romero, funcionarias del Ministerio de Salud y Protección Social por su asesoría; y a la Superintendencia de Salud por el suministro de la información. Todos enriquecieron el documento con sus aportes.

^{*} Economista del Centro de Estudios Económicos Regionales (CEER). Los comentarios son bienvenidos y pueden enviarse al correo kguzmafi@banrep.gov.co

Radiografía de la oferta de servicios de salud en Colombia

Resumen

El objetivo de esta investigación es determinar la situación actual de la oferta de servicios de salud en el país, identificando diferencias entre regiones, regímenes y naturaleza jurídica de los prestadores. A partir del análisis de distintas fuentes de información se encontró que de 1.124 municipios en Colombia, el 45% solo cuentan con IPS públicas de baja y mediana complejidad y ofrecen en promedio 18 de los 234 servicios de salud disponibles. De hecho, el 76% de las entidades territoriales ofrece entre 11 y 40 servicios. Elementos adicionales como los costos de viaje, la frecuencia con la que se requieren los servicios y la capacidad de los prestadores de atender las urgencias, necesitan considerarse cuando se evalúa la relación entre la distribución de los servicios a lo largo del territorio nacional y la calidad de la atención.

Palabras Clave: calidad, capacidad instalada, EPS, IPS, servicios.

Clasificación JEL: I10, I11, I19, I30

Abstract

The objective of this research is to determine the current status of the supply of health services in the country, identifying differences between regions, regimes and legal status of providers. From the analysis of different sources of information I found that of 1,124 municipalities in Colombia, 45% only have public IPS of low and medium complexity and provide an average of 18 of the 234 available health services. In fact, 76% of local authorities offered between 11 and 40 services. Additional elements such as travel costs, the frequency of services and the ability of providers to meet emergencies, need to be considered when the relationship between the distribution of services across the country and the quality of care is evaluated.

Key words: quality, facilities, insurers, providers, services.

JELClassification: I10, I11, I19, I30

1. Introducción

*“No me digan que las pinzas se perdieron,
que el estetoscopio está de fiesta, que los rayos X se fundieron
y que el suero ya se usó para endulzar el café”.*

Juan Luis Guerra, El Niágara en bicicleta

En el país hace años se documenta una crisis en el sector de la salud: se habla del paseo de la muerte (las ocasiones en que una persona visita varios servicios de urgencias y muere antes de ser atendido), de esperas exageradas por el mismo servicio¹ y de la escasez de camas hospitalarias². Por otro lado, se encuentra el déficit operacional de los hospitales públicos, que alcanzó en 2012 los \$160.591 millones de pesos (Superintendencia Nacional de Salud SNS, 2013a). Esto es consecuencia de la cartera de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), que ascendió a \$14.4 billones en 2013 (SNS, 2013b). Otro reflejo de la crisis es el aumento sostenido en las tutelas en salud, las cuales pasaron de 21.301 en 1999 a 142.957 en 2008 (Rodríguez, 2012). En la actualidad muchos afectados hasta le escriben al Ministro de Salud a su cuenta de twitter³ para buscar la atención oportuna propia o de familiares.

Ante el hecho de que los servicios no sean suministrados oportunamente, surgen inquietudes sobre la oferta de los servicios de salud: ¿es un problema de escasez? ¿No hay suficientes hospitales? ¿Están mal distribuidos a lo largo del territorio nacional? Un elemento que puede ayudar a entender la situación es un balance o inventario de los prestadores del servicio de salud que existen en el país, que permita conocer con precisión su localización y la calidad en el ejercicio de sus actividades.

¹ En: <http://www.elespectador.com/noticias/bogota/pacientes-bogota-esperan-urgencias-hasta-8-dias-condici-articulo-480904>

² http://www.eltiempo.com/colombia/bogota/ARTICULO-WEB-NEW_NOTA_INTERIOR-12822365.html

³ <http://www.las2orillas.co/para-morir-solo-hace-falta-estar-vivo/> y <http://www.bluradio.com/58719/camila-abuabara-un-ejemplo-de-lucha-por-la-vida-y-los-suenos>

El objetivo de la presente investigación es realizar una revisión de la situación actual de la oferta de servicios de salud en el país, identificando diferencias entre regiones, regímenes y naturaleza jurídica de los prestadores. Es así como se pretende describir cómo se distribuye la población entre las Empresas Promotoras de Salud (EPS) del país, examinar el grado de concentración de los mercados de los regímenes contributivo y subsidiado, y establecer cómo se encuentra la capacidad instalada. Además, se analizará la localización de los servicios de salud, se indagará si la calidad de los servicios ofrecidos por las EPS e IPS es distinta de acuerdo al régimen en la que esta se encuentra activo, en el caso de las primeras, o a la naturaleza jurídica, en el caso de las segundas.

Para lograr dicho objetivo se emplearán varias bases de datos: el Registro Especial de Prestadores (REPS), el Sistema de Información Hospitalaria (SIHO), la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA), indicadores de calidad reportados por las EPS e IPS al Ministerio de Salud e información laboral del Departamento Nacional de Estadísticas (DANE), lo que permite contar con información sobre la capacidad instalada, la naturaleza jurídica, localización y tipo de servicios prestados en diferentes sedes de un mismo prestador.

Desde hace más de diez años no se cuenta en Colombia con un estudio que identifique disparidades regionales en términos de la capacidad de recursos físicos de los prestadores. Además, sería la primera vez que se analiza la distribución de los servicios de salud, lo que serviría para identificar zonas que carezcan de determinados servicios. Por otro lado, es la oportunidad de aprovechar la consolidación de algunos indicadores de calidad de las EPS e IPS para identificar diferencias en la calidad de los servicios.

El documento está compuesto por seis secciones. En la siguiente sección, se resumen las conclusiones que han obtenido otras investigaciones sobre la capacidad instalada de las IPS y la calidad de los servicios. En la tercera sección se caracteriza la oferta de servicios de salud, teniendo en cuenta el papel que juegan las EPS, y la localización, infraestructura, y capacidad instalada de las IPS. En la cuarta sección se describe la distribución de los servicios de salud en

las entidades territoriales del país y en la quinta, los resultados en calidad obtenidos por promotoras y prestadores. En la sexta sección se presentan las conclusiones.

2. ¿Qué hemos aprendido sobre la oferta de servicios de salud en Colombia?

La literatura en Colombia sobre la oferta de los servicios de salud es relativamente reciente, en parte por la carencia de bases de datos confiables. Las investigaciones inicialmente apuntaban a realizar censos de las aseguradoras y prestadoras del país, llegando en algunos casos a calcular indicadores de capacidad y a realizar balances de la información financiera de los hospitales públicos⁴. Desde 2007 la Superintendencia Nacional de Salud (SNS), el Ministerio de Protección Social y/o Salud e incluso entidades gremiales como la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (2013) se han preocupado por realizar evaluaciones de la calidad de la oferta de los servicios.

Sarmiento *et al.* (2005) calcularon indicadores de recursos físicos, de aprovechamiento de dichos recursos, de funcionamiento de algunos servicios de salud y de calidad en la prestación del servicio asistencial, con información de 2003. Esto lo hicieron tomando una muestra de 834 IPS públicas que reportaron información al SIHO. Los autores encontraron que la tasa nacional de camas hospitalarias públicas era de 0,74 por mil habitantes, muy por debajo del promedio de países del cono sur (3,4 por mil habitantes) y de la región Andina (1,4 por mil habitantes). También concluyeron que el equipamiento para urgencias era deficitario y las salas de cirugías públicas casi inexistentes. Debido a que en los municipios de mejor situación económica existen

⁴El documento Conpes 3204 de 2002 y el Ministerio de la Protección Social (2005) revisan la situación financiera de los hospitales públicos. En ambos se destaca que su déficit empezó a crecer en 1997. En el documento Conpes 3447 de 2006 se buscan estrategias para aliviar la cartera de estas entidades, identificando los principales deudores en cada régimen. El informe de la Superintendencia de Salud (2010) presenta la relación entre los ingresos reconocidos y los recaudados para una muestra de 997 IPS públicas, de las cuales 883 tendrían déficit presupuestal en 2009.

prestadores privados y mixtos, los autores presumían que la oferta sanitaria era mayor en estas localidades. Consideraron que existía un buen aprovechamiento de los insumos y que el hecho de que los hospitales de segundo nivel los emplearan más que los del tercero, podría explicarse porque estos últimos se ubicaban en grandes y medianas ciudades en donde los hospitales privados descongestionarían los públicos.

Por otro lado, Sarmiento *et al.* (2005) también encontraron que hace diez años el promedio nacional de consultas especializadas por cada mil habitantes era cuatro veces inferior a la media de América Latina. Además, solo un cuarto de la población de madres gestantes y menores de 15 años accedía a control prenatal y únicamente se tomaron citologías al 11% de la población femenina en edad fértil. En cuanto a la calidad en la prestación del servicio asistencial, se presentaba una baja tasa de letalidad intrahospitalaria, altos niveles de egresos vivos y una alta proporción de muertes en las primeras 48 horas, especialmente en los hospitales de primer nivel de los municipios de bajo nivel económico, relacionado por los autores con la escasez de recursos físicos en ese tipo de hospitales.

El Ministerio de la Protección Social (MPS, 2005), con base en información recopilada a través del REPS para 2004, encontró que el 70% de las IPS públicas y el 42% de las privadas prestaban sus servicios en áreas diferentes a Bogotá, Antioquia, Atlántico, Santander y Valle del Cauca, con lo que señalaba que las IPS privadas se concentraban en las principales ciudades del país, a diferencia de las públicas. Con respecto a la capacidad instalada de las IPS, describió cómo estaban distribuidos por niveles de complejidad en el país los consultorios, las mesas de parto y las salas de cirugía, encontrando que las IPS de menor nivel de complejidad concentraban la mayor parte de las facilidades físicas destinadas a la prestación de servicios, seguidas por las instituciones de segundo nivel.

Un año más tarde, Orozco (2006) realizó una caracterización del mercado de aseguramiento del régimen contributivo en Colombia. Allí estableció, a partir del Censo de 2005, que en algunos departamentos las coberturas superaban el 100%. Esto indicaría la existencia de duplicidades entre el régimen contributivo y el subsidiado o al interior de estos. En 2006 existían 21 EPS en el régimen contributivo, de las cuales Saludcoop, el Instituto de Seguros Sociales y Coomeva participaban con el 50% de los usuarios. Entre 2000 y 2006 se apreció un fuerte descenso de los afiliados del ISS y un gran incremento en los de Saludcoop, Coomeva y Salud Total.

Un primer esfuerzo por conocer las percepciones de los afiliados sobre la calidad de los servicios en el régimen contributivo y en el subsidiado fue realizado por el MPS y el Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID) de la Universidad Nacional de Colombia (2007). Estos autores en el año 2000 realizaron una encuesta en las capitales departamentales y áreas metropolitanas del país, a los hogares urbanos de los estratos socioeconómicos 1, 2 y 3. Los resultados indicaron que la proporción de afiliados que calificaban como bueno el servicio recibido era tres puntos porcentuales (pp) mayor en el régimen contributivo que en el subsidiado⁵. Los servicios que más frecuentemente se consideraban prestados con mala calidad eran la atención de urgencias, la realización de exámenes y el uso de medicamentos. Fueron los usuarios del régimen subsidiado los que dieron en mayor proporción esta valoración.

Peñaloza (2005) tomó preguntas de la Encuesta de Calidad de Vida 2003 que evaluaban el cumplimiento por parte de las aseguradoras de cuatro aspectos i) cuidados para mantener la salud, ii) cuidados para mejorar la salud, iii) cuidados para vivir con una enfermedad, y iv) calificación del servicio del plan de salud. Los resultados menos favorables se obtuvieron en el aspecto de cuidados para mejorar la salud, en donde a excepción del Magisterio y las Fuerzas Militares, todas las entidades presentaron calificación deficiente. Paradójicamente, las Administradoras de Régimen Subsidiado (ARS)

⁵ La proporción de pacientes que calificaron como malo el servicio fue de 9,1% en el régimen subsidiado y 3,1% en el contributivo.

alcanzaron un nivel excelente en la calificación del servicio del plan de salud y al mismo tiempo deficiente en los demás indicadores. En este sentido, probablemente una limitación del análisis surge porque las preguntas que se emplearon para evaluar cada indicador quizás no los abarcaban completamente. Por ejemplo, para el indicador sobre cuidados para mantener la salud, solo se empleaba la pregunta “Sin estar enfermo y por prevención, ¿consulta por lo menos una vez al año?”, lo que dejaba por fuera las consideraciones sobre la alimentación y la práctica deportiva. Por otro lado, las calificaciones revelan, como en el estudio del MPS y Universidad Nacional (2007), que para los usuarios el servicio en el régimen contributivo es de mejor calidad que en el subsidiado.

Peñaloza (2005) también clasificó 23 aseguradoras del régimen contributivo de acuerdo con su cumplimiento de 25 indicadores de oportunidad, cobertura y calidad de la prestación de las acciones de obligatorio cumplimiento del POS. Estos indicadores fueron calculados por la Dirección de Salud Pública del Viceministerio de Salud en 2003, con información auto reportada de las entidades. Las EPS con mejor puntuación fueron SOS EPS, Colmena Salud, Saludcoop, Humana Vivir y Salud Total, cuyas falencias estuvieron en la esterilización quirúrgica femenina y en la aplicación de triple viral post parto y post aborto. Estas EPS agrupaban el 26,8% de afiliados activos del contributivo para ese año. Por otro lado, las EPS que presentaron cumplimientos deficientes o muy deficientes en casi todos los indicadores, fueron Redsalud, Colseguros, Cajanal, Comfenalco Antioquia, Salud Vida y Caprecom, que reunían el 3,7% de la población afiliada al contributivo.

A partir de la Ley 1438 de 2011, el MPS debe establecer indicadores administrativos que den cuenta del desempeño de las direcciones territoriales de salud, EPS, Administradoras de Riesgos Profesionales e IPS. Como resultado de la aplicación de estos indicadores, el Ministerio desarrollaría un sistema de evaluación y calificación de estas entidades, con el fin de reducir las asimetrías de información a las que estarían sujetos los ciudadanos.

El primer informe (MPS y SNS, 2011) comparó las posiciones alcanzadas por las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado en tres estudios realizados en 2009: 1) el estudio del MPS y la Universidad Nacional, 2) el estudio de la Defensoría del Pueblo y 3) el estudio de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC). Si bien cada uno evaluó aspectos diferentes, se podría decir que los dos primeros estudios se refieren a la relación EPS-afiliados y el tercero a la relación EPS-IPS.

Las posiciones que alcanzaron las EPS del régimen contributivo son más similares en los dos primeros estudios. Saludcoop que en 2003 había estado entre las EPS mejor calificadas (Peñaloza, 2005), también se destacó en 2009. Por otro lado, Comfenalco Antioquia que aparecía entre las peores EPS en 2003, gozó de mejores posiciones en los tres estudios. Dentro de las siete EPS del régimen subsidiado que superaban el millón de afiliados, solo Cafesalud estuvo dentro de las cinco mejores. Las demás ocuparon las últimas posiciones.

Otro tipo de ordenamiento de las EPS fue adelantado en los años 2011 y 2012 por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y la SNS. Este buscaba identificar las EPS e IPS que se negaron a autorizar oportunamente los servicios de salud requeridos, con base en la evaluación de 14 parámetros determinados por ley⁶. En la práctica, las entidades encargadas del estudio recurrieron a los indicadores de las resoluciones 1446 de 2006 y 744 de 2012; las peticiones, quejas y reclamos de la SNS; la encuesta de evaluación de los servicios de las EPS 2012 (MSPS, 2012); la información de utilización de servicios, insumo para el estudio de suficiencia POS-UPC; y la base de datos del Fosyga sobre los recobros, para dar cuenta de cada uno de los parámetros. Las EPS fueron clasificadas en cuatro grupos: alto, medio alto, medio bajo y bajo, donde alto indica que la entidad hace parte del grupo de aseguradoras que menos niegan los servicios requeridos a sus pacientes.

⁶El ordenamiento se realiza dándole cumplimiento a la sentencia T-760 de 2008 y el Auto 044 de 2012 que definen los parámetros a evaluar y se refieren al derecho a la salud como un derecho fundamental y al acceso a los servicios de salud que se requieren con necesidad. Los parámetros pueden ser consultados en MPS y SNS (2012). Sobre la importancia de la sentencia T-760 consultar Navarrete y Acosta (2009).

Pueden notarse ciertas similitudes entre los resultados de este estudio y los recopilados en 2009 (MPS y SNS, 2011). En el régimen contributivo Compensar, Saludcoop y Coomeva estuvieron bien calificadas en todas las evaluaciones (Cuadro 1). Es decir, estas EPS niegan a sus usuarios los servicios de salud con menos frecuencia que las demás, y tanto los afiliados como las IPS que hacen parte de su red, las califican de manera positiva. Por el contrario, Humana Vivir y Sol Salud han estado al final de cada ordenamiento.

En el régimen subsidiado, las Cajas de Compensación Familiar (CCF) de Boyacá y Norte de Santander ocupan las mejores posiciones desde 2009, mientras que Humana Vivir y Salud Cóndor las peores. Llama la atención los casos de Capresoca y la CCF de Córdoba, que mientras en los ordenamientos de 2009 fueron ubicadas por los usuarios en malas posiciones, en los últimos años se han destacado por ser de las EPS que menos ponen trabas al suministro de los servicios.

La Encuesta de Evaluación de Servicios de las EPS fue realizada en 2012, con el objetivo de conocer la percepción de los usuarios de ambos regímenes sobre el proceso de afiliación, la calidad de los servicios, la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, la entrega de medicamentos, la financiación, la información para los usuarios y su representación ante las IPS. La encuesta se aplicó en 70 municipios del país. Debido a que no evalúan exactamente los mismos parámetros, los ordenamientos que resultan de esta encuesta y del realizado por el MSPS y la SNS en 2012, son diferentes. Sin embargo, en ambos la EPS Sura está en el límite superior, mientras que Famisanar, Salud vida, Sol salud y Humana Vivir siempre están en el inferior.

Cuadro 1. Ordenamiento de EPS de acuerdo con la Sentencia T760 de 2008

EPS	2012	2013	EPS	2012	2013
Régimen contributivo			Régimen subsidiado		
Coomeva	alto	alto	Cafesalud	medio alto	medio alto
Eps Sura	alto	medio alto	Caprecom	medio alto	bajo
Saludcoop	alto	alto	Capresoca	medio alto	alto
Sanitas	alto	medio alto	CCF Cafam	medio alto	bajo
Servicio Occidental de Salud (SOS)	alto	medio alto	CCF Cartagena	medio alto	alto
Comfenalco Valle	medio alto	medio bajo	CCF Comfenalco Tolima	medio alto	*
Compensar	medio alto	alto	CCF Cundinamarca	medio alto	bajo
Cruz Blanca	medio alto	alto	CCF La Guajira	medio alto	bajo
Golden group	medio alto	Bajo	CCF Oriente	medio alto	*
Salud colpatría	medio alto	alto	Emsanar	medio alto	alto
Cafesalud	medio bajo	medio bajo	Solsalud	medio alto	medio bajo
Comfenalco Antioquia	medio bajo	medio bajo	CCF de Sucre	medio bajo	alto
Nueva eps	medio bajo	medio bajo	CCF Antioquia	medio bajo	medio bajo
Salud total	medio bajo	bajo	CCF Chocó	medio bajo	medio alto
Aliansalud	bajo	bajo	CCF Colsubsidio	medio bajo	bajo
Famisanar	bajo	medio alto	CCF Nariño	medio bajo	alto
Humana Vivir	bajo	bajo	Convida	medio bajo	medio alto
Saludvida	bajo	medio alto	Dusakawi (EPS-I Cesar y La Guajira)	medio bajo	medio alto
Solsalud	bajo	bajo	Ecoopsos	medio bajo	medio bajo
			Pijaos salud (EPS-I)	medio bajo	medio bajo
			Salud cóndor	medio bajo	*
Régimen subsidiado					
Asociación Indígena del Cauca	alto	medio alto	Capital salud	bajo	bajo
AMBUQ (Barrios Unidos de Quibdó)	alto	medio bajo	CCF Atlántico	bajo	medio alto
Anas wayuu (EPS-I)	alto	alto	CCF Barrancabermeja	bajo	*
ASMET SALUD	alto	alto	CCF Santander	bajo	*
CCF Boyacá	alto	alto	Comfenalco Quindío	bajo	*
CCF Córdoba	alto	medio alto	Comparta	bajo	medio alto
CCF Huila	alto	medio bajo	Emdisalud	bajo	*
CCF Norte de Santander	alto	*	Humana Vivir	bajo	medio bajo
Coosalud	alto	medio bajo	Mallamas (EPS-I)	bajo	bajo
Mutual ser	alto	alto	Manexka (EPS-I Zenú)	bajo	bajo
Selvasalud	alto	*	Saludvida	bajo	bajo

* No disponible.

Fuente: MPS y SNS (2012 y 2013). Elaboración propia.

En síntesis, las investigaciones precedentes encontraron una capacidad instalada y producción hospitalaria pública deficiente, baja calidad en los servicios ofrecidos, principalmente por los hospitales públicos de menor complejidad. Por otro lado, los usuarios calificaban mejor los servicios de salud brindados en el régimen contributivo que en el subsidiado, percibiéndose diferencias entre los resultados de calidad reportados por las EPS y la percepción de los afiliados.

3. Del aseguramiento a la prestación del servicio

El análisis de los factores que determinan el acceso de los ciudadanos a los servicios de salud desde el lado de la oferta comprende varios aspectos. En esta sección se describen dos de ellos que son: el aseguramiento y la capacidad instalada de los prestadores. En las secciones cuatro y cinco se considerarán adicionalmente, la distribución de la oferta de servicios en el territorio nacional y la calidad en la prestación de los mismos.

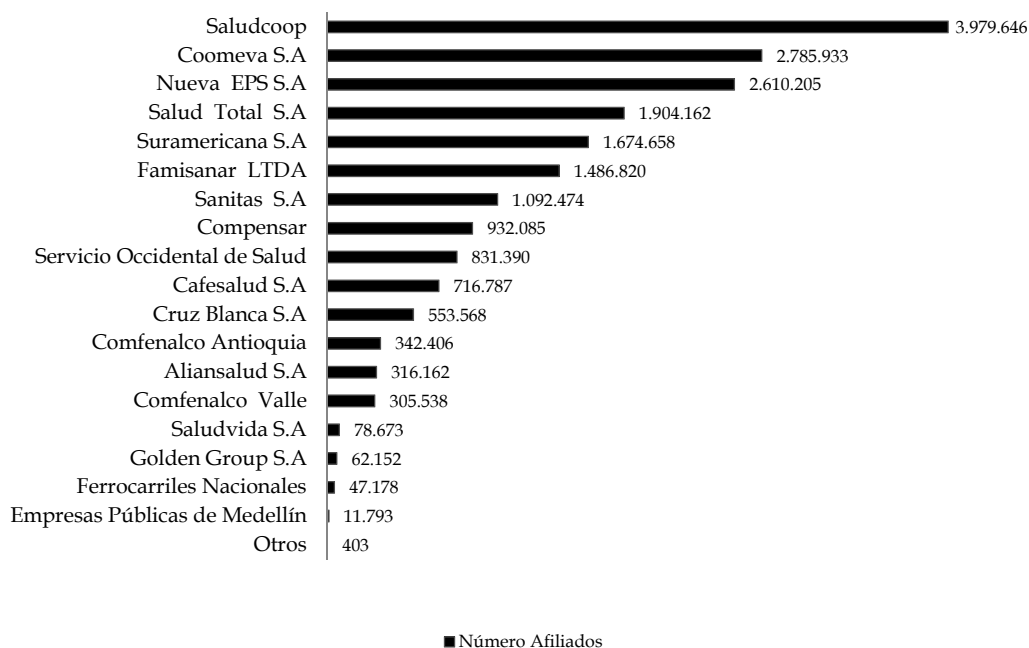
3.1 El aseguramiento

El aseguramiento o afiliación de los ciudadanos al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es el primer paso para que puedan recibir los servicios que requieran para conservar la salud o prevenir enfermedades. En 2013 al menos el 70% de la población de cada departamento estaba afiliada al SGSSS (Anexo 1). Las entidades territoriales con una mayor población (en su orden Bogotá⁷, Antioquia, Valle del Cauca y Atlántico) tienen en promedio el 92% de sus habitantes afiliados. Una excepción es Cundinamarca, que a pesar de ser el cuarto departamento con mayor población del país, junto con Caquetá, Guaviare, Vaupés, San Andrés y Providencia, tienen la menor proporción de población afiliada (74% en promedio).

⁷Bogotá será considerado en este documento como otro departamento por el tamaño de su población.

En 2013 el 46% de los afiliados al SGSSS del país se encuentran en el régimen contributivo, el 53% en el régimen subsidiado y el 1% en el régimen especial. Los afiliados al régimen contributivo están distribuidos principalmente en 18 EPS (Gráfico 1). El número de EPS en el régimen contributivo viene cayendo desde 2004. Comparando cifras presentadas por el GES (2011) y las obtenidas a partir de REPS, resulta que en 1998 había nueve EPS más de las que existían en 2013. Aunque el número de EPS disminuyó entre 1998 y 2013, la cobertura del régimen contributivo ha experimentado un crecimiento sostenido desde 2003, a la par del crecimiento de la economía y la generación del empleo (GES, 2012). De hecho, desde 2007 se observa la coincidencia entre el crecimiento de la población ocupada y el de los cotizantes.

Gráfico 1. Distribución de los afiliados al régimen contributivo por EPS (noviembre de 2013)*



*El grupo Otros lo conforman: Humana Vivir, Salud Colpatría, Multimédicas Salud con Calidad S.A y Saludcolombia S.A.

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud (SNS). Información de noviembre de 2013. Elaboración propia.

De las 18 EPS activas en el régimen contributivo, Saludcoop, Coomeva S.A, Nueva EPS S.A, Salud Total S.A, Suramericana S.A y Famisanar LTDA concentran el 73% de los afiliados. En cada departamento hay entre 2 y 15 EPS. A mayor población mayor diversidad de EPS (Cuadro 2).

Cuadro 2. Número de EPS del régimen contributivo por departamento (noviembre de 2013)*

Número de EPS	Número de departamentos	Departamentos
Hasta 5 EPS	11	Amazonas, Arauca, Caquetá, Casanare, Chocó, Guainía, Guaviare, Putumayo, San Andrés y Providencia, Vaupés y Vichada
Entre 6 y 10	10	Boyacá, Cauca, Cesar, Córdoba, Huila, La Guajira, Meta, Nariño, Norte de Santander, Sucre
Entre 11 y 15	12	Antioquia, Atlántico, Bogotá D.C, Bolívar, Caldas, Cundinamarca, Magdalena, Quindío, Risaralda, Santander, Tolima, Valle del Cauca

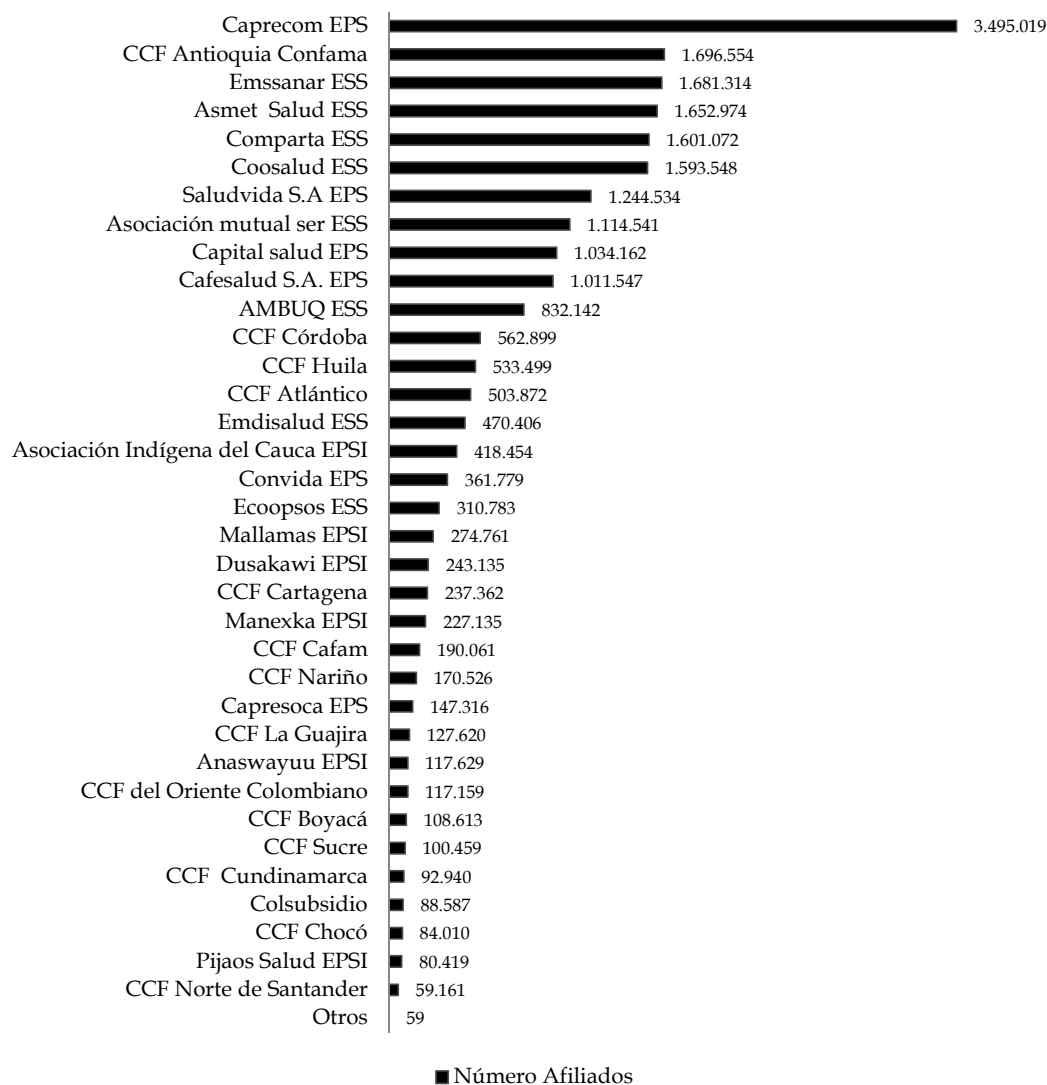
*No se incluyó en el cálculo departamental de las EPS aquellas con un número de afiliados de dos o un dígito.

Fuente: Superintendencia de Salud. Cálculo del autor.

Al contrario de lo que sucedía en el régimen contributivo, a nivel nacional las seis entidades con más afiliados en el régimen subsidiado concentran un poco más de la mitad de estos, lo que indica una mayor concentración de afiliados en el primer régimen (Gráfico 2). Desde 1999 el número de EPS en el subsidiado viene disminuyendo (Garavito y Soto, 2009). En ese año habían 245 EPS mientras que en 2013 operaban 35 de las cuales⁸: 15 son Cajas de Compensación Familiar (CCF), 13 son Empresas Promotoras de Salud (EPS), seis de ellas de carácter indígena o EPSI y siete Empresas Solidarias de Salud (ESS).

⁸Sin tener en cuenta cinco EPS, tres de ellas con un solo afiliado cada una y las otras dos con cinco cada una.

Gráfico 2. Distribución de los afiliados al régimen subsidiado por EPS (noviembre de 2013)*



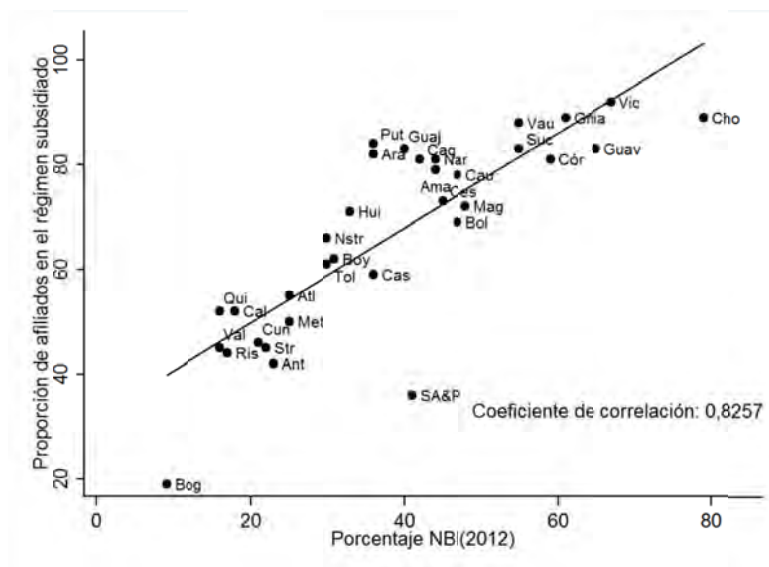
*El grupo Otros lo conforman: Selvasalud S.A, Humana Vivir S.A, Cóndor S.A, Calisalud, el Inpec y las CCF de Caquetá y Barrancabermeja.

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud (SNS). Información de noviembre de 2013. Elaboración propia.

La disminución del número de entidades participantes en el régimen subsidiado se ha dado como resultado de un interés por aumentar la cobertura del programa con entidades que tuvieran una mayor capacidad de administración del riesgo. La expedición del Decreto 1804 de 2000 que fijó el tamaño mínimo de afiliados requeridos por una entidad para permanecer operando en el sistema, fue una de las medidas tomadas con ese propósito (Garavito y Soto, 2009).

Podría pensarse que en los departamentos con más pobreza y desempleo habrá una mayor proporción de la población en el régimen subsidiado. Si se toma como indicador de pobreza el índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) efectivamente se verifica la primera relación. Se dan algunas excepciones: aunque en Arauca, Guaviare y Putumayo el indicador NBI es menor que en San Andrés, más del 80% de su población está en el régimen subsidiado, cuando en las islas este porcentaje es de 36% (Gráfico 3).

Gráfico 3. Relación entre la proporción de la población afiliada al régimen subsidiado* y el porcentaje NBI en 2013

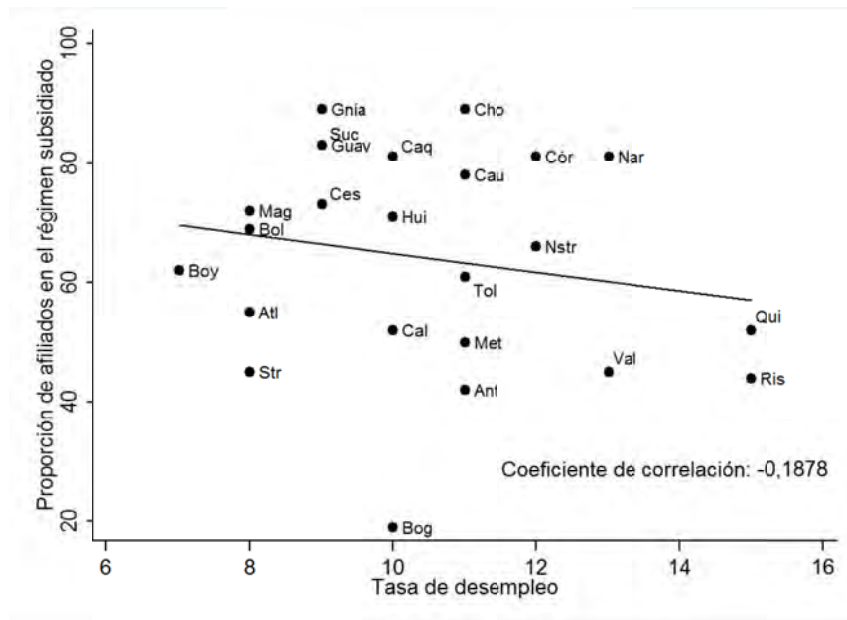


* Información de noviembre de 2013.

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud. Departamento Nacional de Estadísticas (DANE).
Elaboración propia.

Por otro lado, no existe una relación consistente entre la tasa de desempleo y el porcentaje de población en el régimen subsidiado. Atlántico, Bolívar, Boyacá y Magdalena tienen las más bajas tasas de desempleo pero la mayor parte de su población se encuentra en este régimen. Por el contrario, aunque Valle del Cauca y Risaralda tienen altas tasas de desempleo, un poco más de la mitad de sus afiliados está en el contributivo (Gráfico 4).

Gráfico 4. Relación entre la proporción de la población afiliada al régimen subsidiado* y la tasa de desempleo en 2013**



* Información de noviembre de 2013.

**Promedio enero-diciembre de 2013.

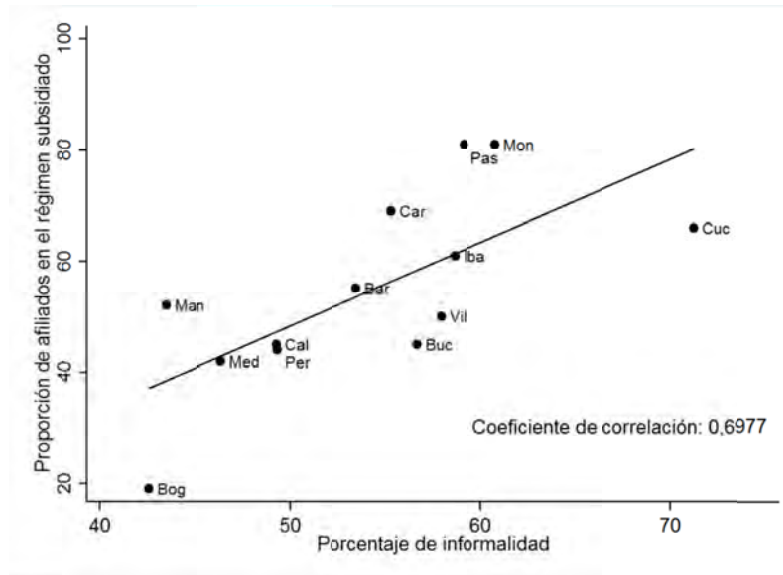
Fuente: Superintendencia Nacional de Salud, Departamento Nacional de Estadísticas (DANE).
Elaboración propia.

Lo que sí parece existir es una relación positiva entre la proporción de la población en el régimen subsidiado y el porcentaje de la informalidad departamental: a mayor informalidad laboral es mayor la población afiliada al régimen subsidiado. Hay algunos casos especiales como los de Villavicencio y Cúcuta (Gráfico 5)⁹. Cúcuta tiene un mayor porcentaje de informalidad que Cartagena, pero una menor proporción de sus afiliados en el régimen

⁹La proporción de afiliados en el régimen subsidiado incluida es la del departamento, mientras que la informalidad corresponde a su capital. Esta fue calculada como el cociente entre informales y ocupados.

subsidiado. Así mismo, Villavicencio tiene un mayor porcentaje de informalidad que Manizales, pero una menor proporción de sus afiliados en el régimen subsidiado.

Gráfico 5. Relación entre la proporción de la población afiliada al régimen subsidiado* y la informalidad en 2013**



* Información de noviembre de 2013.

**Promedio septiembre-noviembre de 2013.

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud, Departamento Nacional de Estadísticas (DANE).

Elaboración propia.

Una forma de aproximarse a la organización industrial de la oferta del seguro de salud es identificar el grado de concentración del mercado. Teniendo en cuenta que las EPS de cada régimen ofrecen sus servicios a personas con diferente perfil socioeconómico, se calculó el Índice Herfindahl- Hirschman (IHH) en cada departamento para el régimen contributivo y el subsidiado. Este índice puede alcanzar los valores máximos y mínimos de 10.000 para mercados monopólicos y 0 para competitivos. Si el IHH toma un valor inferior a 1.500, el mercado se considera no concentrado; si es superior a 1.500 e inferior a 2.500, se estima que es moderadamente concentrado, mientras que valores por encima de 2.500 corresponden a mercados altamente concentrados (GES, 2011).

Los resultados para el régimen contributivo indican que en 19 departamentos una o dos EPS agrupan entre el 70% y el 100% de los afiliados, es decir, estos son altamente concentrados. En los 13 departamentos que se consideran moderadamente concentrados, las tres EPS principales reúnen entre el 54% y el 74% de los afiliados. Solo el mercado de Bogotá D.C se consideraría no concentrado, pues para tener el 66% de los afiliados se requiere reunir los usuarios de cinco EPS (Cuadro 3).

Cuadro 3. Grado de concentración de los mercados contributivo y subsidiado según el IHH (noviembre de 2013)*

Contributivo-Subsidiado	Promedio del IHH	Departamentos
Alta-Alta	4.914-4.327	Amazonas, Arauca, Caquetá, Casanare, Chocó, Guainía, Guaviare, Huila, Meta, Nariño, Putumayo, Vaupés, Vichada
Moderada-Moderada	1.818-1.941	Bolívar, Caldas, Cundinamarca, Santander, Tolima
Alta-Moderada	3.980-1.810	Boyacá
Alta-No concentración	2916-1.323	Córdoba, La Guajira, Norte de Santander y Sucre
Alta-Monopolio	5.402-10.000	San Andrés y Providencia
Moderada-Alta	1.794-3.611	Antioquia, Cauca, Quindío, Risaralda y Valle
Moderada-No concentración	2.083-1.352	Atlántico, Cesar y Magdalena
No concentración-Alta	1.159-5.410	Bogotá D.C

*Si el IHH toma un valor inferior a 1.500, el mercado se considera no concentrado; si es superior a 1.500 e inferior a 2.500, se estima que es moderadamente concentrado, mientras que valores por encima de 2.500 corresponden a mercados altamente concentrados (GES, 2011).

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud (SNS). Cálculos del autor.

En cuanto al régimen subsidiado en 19 departamentos una o dos EPS agrupan entre el 65% y el 100% de los afiliados. En los seis departamentos moderadamente concentrados, dos EPS reúnen entre el 49% y el 60% de los asegurados, o hasta el 76% si se tiene en cuenta una tercera EPS. Por otro lado, hay un grupo de siete departamentos, seis de los cuales son de la región Caribe, que no se considerarían un mercado concentrado, ya que las principales cuatro EPS tienen entre 54% y 66% de los usuarios. Finalmente, en San Andrés y

Providencia existe monopolio, pues solo Caprecom maneja el aseguramiento en este régimen.

Un ejercicio similar fue realizado por el GES (2011), calculando el IHH y la participación relativa de las cuatro empresas de mayor volumen para las diez cabeceras municipales más y menos pobladas del país en 2011. En primer lugar se encontró que en las ciudades más pobladas el régimen subsidiado estaba más concentrado que el contributivo. En segundo lugar, los altos niveles de concentración fueron más frecuentes en los municipios con un número reducido de habitantes. En tercer lugar, dentro del grupo de municipios con menor población la oferta de EPS es superior en el régimen contributivo que en el subsidiado.

La concentración en las EPS del régimen subsidiado aumentó en Bogotá entre 2011 y 2013: la capital pasó de tener quince EPS a contar con tres, en donde una de ellas agrupa el 69% de los afiliados. Se han mencionado varias causas de la disminución en el número de EPS en Bogotá. Algunos de sus representantes afirman que salieron del mercado debido a que la nivelación del POS entre los dos regímenes no estuvo acompañada, al menos en un principio, por la correspondiente igualación de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) que estas reciben como compensación por la prestación de los servicios¹⁰. En otros casos la SNS consideró presuntamente que la EPS liquidada ponía en riesgo la vida de sus pacientes por sus graves problemas financieros y las recurrentes fallas en la atención. Otra causa de liquidación podría ser que las EPS no tuviesen los márgenes de solvencia ni el capital mínimo requerido¹¹.

¹⁰ En: <http://www.elnuevosiglo.com.co/articulos/7-2012-crisis-de-salud-dos-eps-cerrar%C3%A1n-en-bogot%C3%A1.html> y <http://www.rcnradio.com/noticias/secretario-de-salud-revela-mas-eps-que-serian-liquidadas-y-retiradas-del-regimen-subsidiado>

¹¹En: <http://www.semana.com/nacion/articulo/hay-18-eps-borde-liquidacion/245519-3>

3.1 Los prestadores del servicio de salud

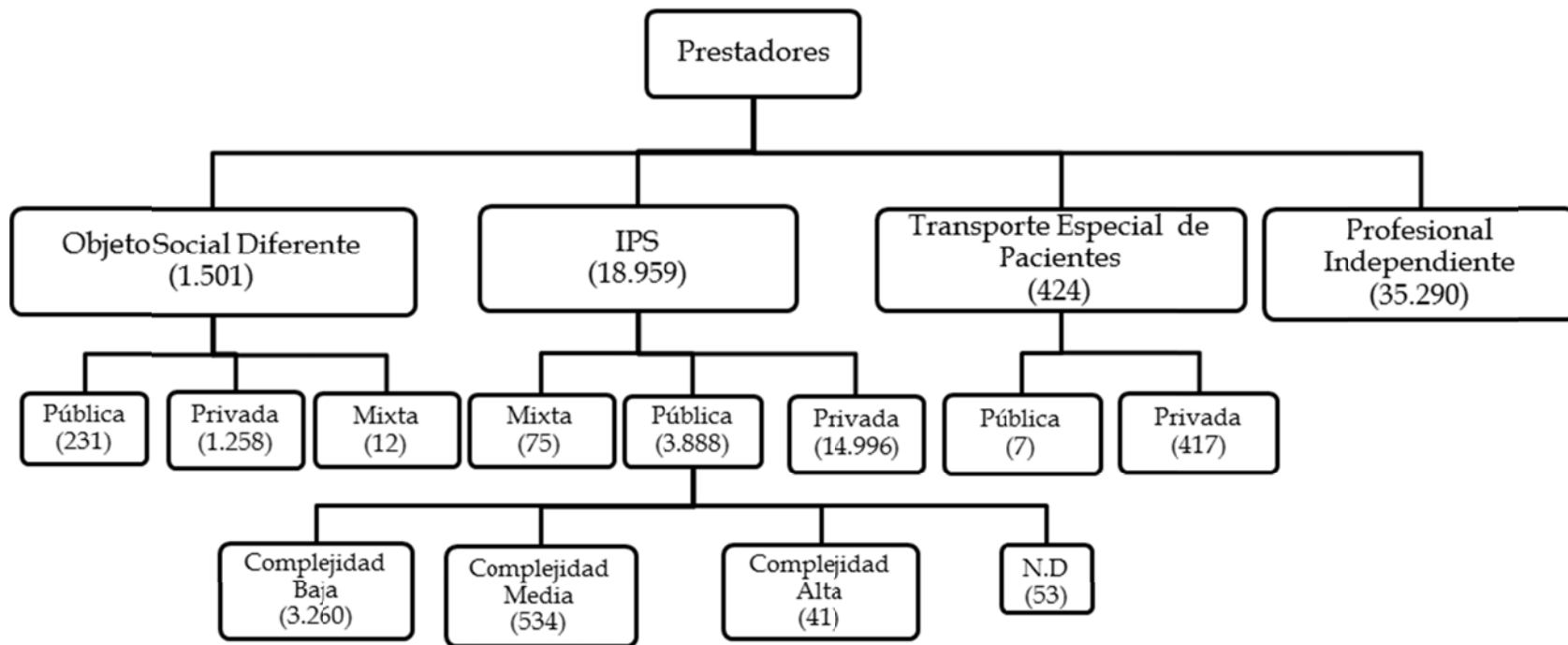
En esta sección se describirán las características de los prestadores de los servicios con base en el Registro Especial de Prestadores (REPS), el cual contiene información sobre aquellos habilitados para ofrecer servicios de salud en el país¹². Existen cuatro tipos de prestadores de servicios de salud en Colombia: las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), los profesionales independientes, las entidades con objeto social diferente y las entidades que realizan el transporte especial de pacientes (Gráfico 6).

Las IPS son aquellas entidades cuyo objeto social es la prestación de servicios de salud y se encuentran habilitadas por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud. Los profesionales independientes son aquellos que actúan de manera autónoma en la prestación del servicio de salud. El transporte especial de pacientes puede ser prestado por IPS o profesionales independientes. De las 424 entidades que prestan este servicio, 417 son de naturaleza privada. Las otras siete, que son públicas, corresponden a los cuerpos de bomberos y seccionales de la Defensa Civil de los municipios donde se encuentran ubicados (algunos de ellos son Medellín, Valledupar, Neiva y Villavicencio).

Por su parte, las entidades con objeto social diferente son aquellas cuya actividad principal no es la prestación de servicios de salud pero brindan servicios de baja complejidad y/o consulta especializada, sin incluir servicios de hospitalización, ni quirúrgicos. El 84% de las existentes en el país son privadas, el 15% públicas y el 1% de naturaleza mixta. Se identifican desde centros de atención al adulto mayor, colegios, instituciones educativas y universidades, hasta seccionales de la Defensa Civil y el SENA.

¹²Los requisitos que debe cumplir cada prestador para obtener la habilitación están consignados en la Resolución 1441 de 2013 y dependen del tipo de servicio que pretenda ser ofrecido.

Gráfico 6. Prestadores del SGSSS en Colombia en 2013¹³



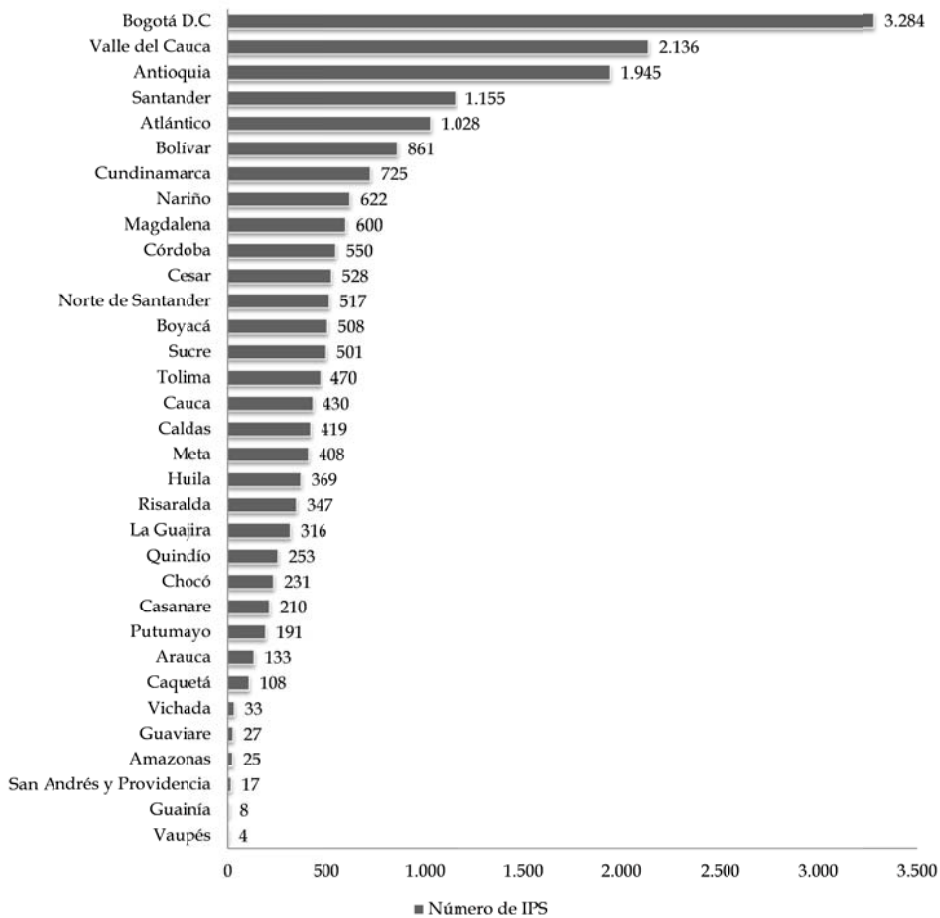
Fuente: Registro Especial de Prestadores (REPS). Elaboración propia

¹³ En este conteo se incluyen las sedes principales y alternas.

Al analizar la localización de los prestadores de salud a lo largo del territorio nacional encontramos lo siguiente:

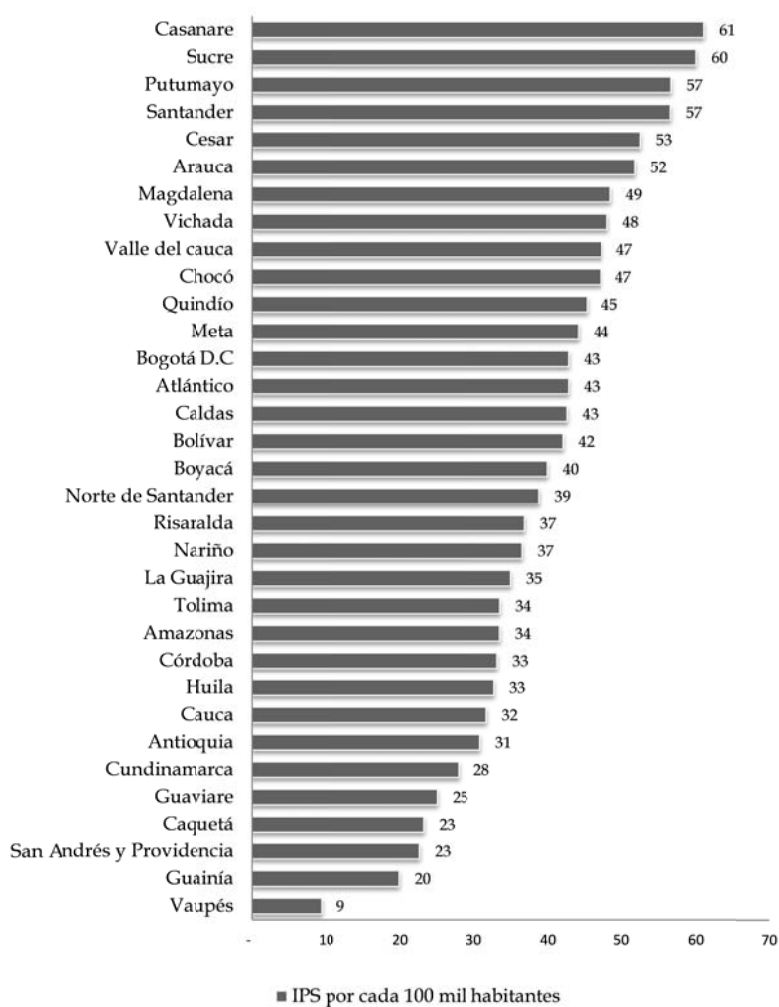
1. Mientras en términos absolutos los departamentos más poblados tienen un mayor número de IPS, en términos per cápita no son estos territorios los que encabezan el ordenamiento. (Gráfico 7 y 8). El único que mantiene su posición en los primeros puestos del ordenamiento es Santander y de hecho Antioquia, pasa a ser uno de los últimos en la lista, siendo superado por departamentos más pobres como Chocó, Boyacá y Nariño. Por otro lado, los departamentos menos poblados sí aparecen en las últimas posiciones de ambos ordenamientos, excepto Casanare.

Gráfico 7. Número de IPS por departamento en 2013



Fuente: Registro Especial de Prestadores (REPS) con corte a diciembre de 2013. Cálculos del autor.

Gráfico 8. Número de IPS por cada cien mil habitantes en 2013



Fuente: Registro Especial de Prestadores (REPS) con corte a diciembre de 2013. Cálculos del autor.

2. Existen diez municipios que no tienen ningún tipo de prestador: cinco en Guainía, tres en Vaupés, uno en Huila y otro en Santander. Para saber si esto constituye efectivamente una barrera de acceso a los servicios se debería analizar cuál es la distancia que deben recorrer los usuarios para llegar a la IPS más cercana o que hace parte de la red de la EPS donde están asegurados, los tiempos y costos del viaje y si hay servicios que no se ofrezcan en los municipios más cercanos, lo que implicaría desplazamientos más largos y costosos a los usuarios.

Pacoa (Vaupés) es uno de los municipios en donde no hay ningún prestador. De hecho, en Vaupés prestan el 18% de los servicios médicos disponibles en el país, específicamente en, al menos uno de tres municipios (Mitú, Carurú y Taraira). Por lo tanto, es muy probable que sus habitantes siempre requieran viajar a otro departamento para ser atendidos. Vaupés limita con Guainía, Guaviare y Amazonas.

Por ejemplo, si un residente de Pacoa necesita consultar un gastroenterólogo, debe desplazarse a Florencia o Curillo en Caquetá, o a Leticia (Amazonas) o a San José del Guaviare (Guaviare), que son los municipios dentro de los departamentos más cercanos que prestan dicho servicio. Se estaría asumiendo que la EPS donde está asegurado el paciente tiene contrato con algún prestador de esta zona. Los interesados deben primero desplazarse por vía terrestre hasta Carurú (Vaupés), en un viaje que en promedio dura 40 minutos. En Carurú hay un vuelo comercial con destino a la ciudad de Villavicencio, desde donde el paciente tomaría un vuelo para cualquiera de las anteriores ciudades o simplemente buscaría ser atendido allí, ya que la capital del Meta también cuenta con este tipo de especialistas.

Si el gastroenterólogo le ordena al paciente una endoscopia digestiva tendría que desplazarse a uno de estos municipios: Florencia, Granada (Meta), Leticia o Villavicencio, o ir a uno de los dos últimos si el paciente debe ser sometido a una cirugía gastrointestinal. Nuevamente, la posibilidad de elección está sujeta a la red de la EPS del asegurado.

Por lo tanto, los gastos del desplazamiento, cubiertos por el paciente, incluirían los pasajes ida y vuelta desde Pacoa hasta Carurú, el trayecto Carurú-Villavicencio-Carurú, y eventualmente el vuelo desde Villavicencio a alguna otra ciudad¹⁴. Si el paciente debe someterse a diálisis renales varias veces a la

¹⁴ Los tiquetes Carurú-Villavicencio-Carurú tiene un valor aproximado de \$300.000. En temporada baja los tiquetes ida y vuelta desde Villavicencio hasta Florencia podrían costar \$1.400.000. Desde Bogotá hasta Leticia \$790.000, desde Bogotá hasta San José del Guaviare \$880.000. En los dos últimos casos el paciente viajaría por tierra desde Villavicencio hasta Bogotá para tomar el vuelo.

semana tendría que fijar su residencia en Florencia o Villavicencio, considerando los costos de viaje y su estado de salud.

3. En 504 municipios (el 45% del total del país) las IPS solo son de naturaleza pública. Entre ellos, el 73% solo tiene una IPS y el 14% solo cuenta con dos. Tres municipios en Nariño (Barbacoas, Maguí y Potosí) alcanzan a tener hasta 12, 17 y 18 IPS respectivamente. Es importante aclarar que a menos que se especifique lo contrario, en esta sección el número de IPS incluye tanto la sede principal del prestador como sus sedes alternativas. Por ejemplo, en Barbacoas que existen 12 IPS, diez de ellas son puestos de salud localizados en la zona rural del municipio y son sedes del Hospital San Antonio de Barbacoas, que está en la cabecera municipal. En Potosí y Maguí pasa exactamente lo mismo.

Esto implica que la atención oportuna y, hasta cierto punto, el acceso a los servicios de 4.609.417 personas (10% de la población del país) dependería del adecuado funcionamiento de entidades del Estado, lo cuál debe ser una razón para que estas sean pioneras y ejemplo de la calidad en la prestación de los servicios de salud. Por otro lado, garantizar el acceso a los servicios no solo está relacionado con el número de IPS, sino también con que estas ofrezcan servicios de todos los niveles de complejidad.

Los prestadores se pueden clasificar de acuerdo al nivel de complejidad de los procedimientos médicos que sea capaces de llevar a cabo para resolver las necesidades de las personas en lo relacionado con la recuperación de la salud o la prevención de la enfermedad. Los grados de complejidad son bajo, medio y alto¹⁵. Como las IPS privadas no están obligadas a auto reportar el grado de complejidad de los servicios que brindan, solo se podrá analizar la oferta de

¹⁵ En el anexo técnico No 1 de la Resolución 1043 de 2006 se determinan cuáles son las condiciones que debe cumplir un prestador de acuerdo al servicio y el nivel de complejidad en el que vaya a ofrecerlo. Los requisitos cubren aspectos como: recurso humano, instalaciones físicas, dotación y mantenimiento, la gestión de medicamentos y los dispositivos médicos.

servicios de salud, bajo este concepto, para las IPS públicas (alrededor del 20% de las IPS)¹⁶.

De los 1.124 municipios del país, 1.091 tienen IPS públicas y, como se mencionó, 504 solo cuentan con IPS de esta naturaleza jurídica¹⁷. De estas 504 entidades territoriales 57 tienen IPS de mediana complejidad y hacen parte en su mayoría de los departamentos de Cundinamarca, Boyacá y Norte de Santander, y en una menor proporción de Amazonas, Antioquia, Bolívar, Caquetá, Guainía, y Vaupés. Estos municipios son precisamente los que no tienen IPS de baja complejidad. En general, cuando se observa el Gráfico 9 se identifica que entre las IPS de baja y media complejidad existe esta dinámica: en los municipios donde no hay IPS de baja complejidad, existe al menos una de mediano nivel.

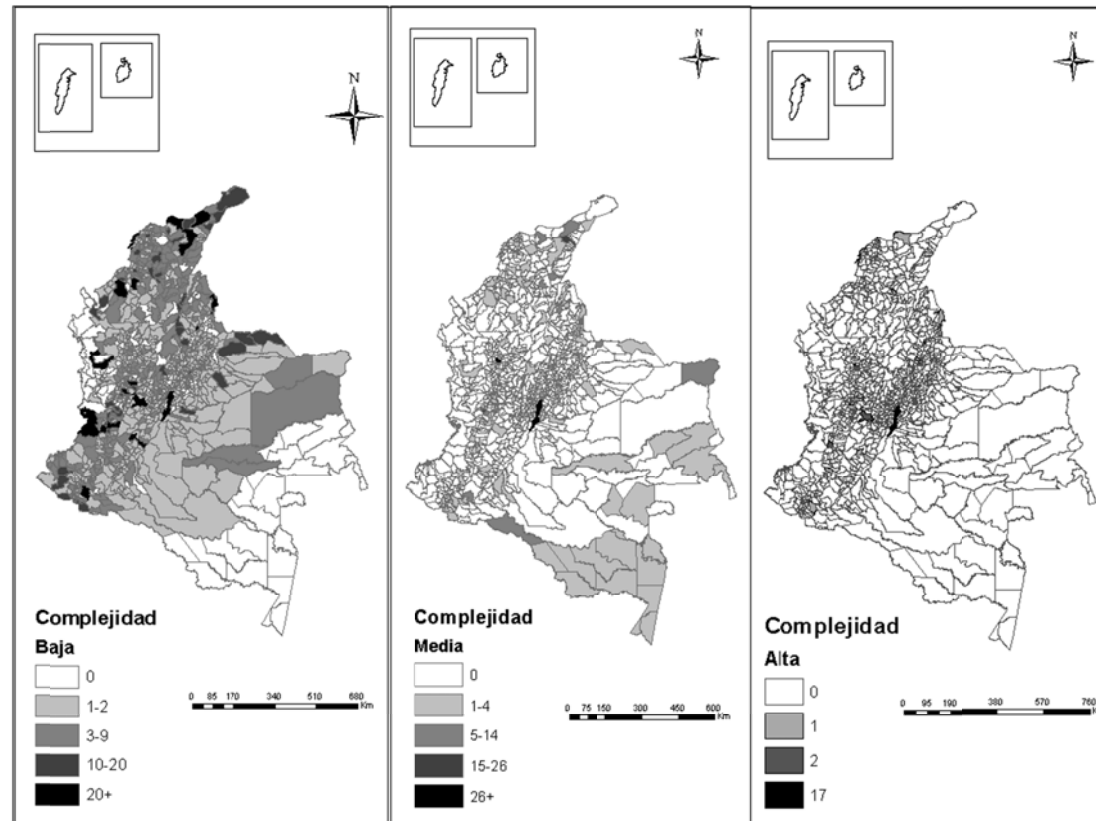
Las 41 IPS de alta complejidad existentes están localizadas en 20 municipios, 17 de ellas en Bogotá y 4 en Santander. Uno de ellos, Hato (Santander), hace parte de los municipios que solo tienen IPS públicas y siguiendo la tendencia antes mencionada: tampoco cuenta con algún prestador de nivel bajo y medio. Finalmente, en 445 entidades territoriales solo hay IPS de baja complejidad.

4. Cuando se considera el número de IPS por cada 100.000 habitantes, las principales ciudades del país no lideran el ordenamiento (Cuadro 4). En los municipios que encabezan el listado, la oferta de prestadores está constituida principalmente por centros y puestos de salud, laboratorios, centros de rehabilitación, entidades de ortodoncia y ópticas. De hecho, en estas entidades territoriales no hay ninguna IPS (pública) de alta complejidad. Por ejemplo, en La Uvita (Boyacá) ubicada en el sexto puesto entre 1.123 municipios, solo hay tres IPS y todas son puestos de salud.

¹⁶Para el 1% de las IPS públicas (53 IPS) tampoco está definido el grado de complejidad.

¹⁷También hay 19 municipios que solo cuentan con IPS de naturaleza privada, 12 de ellos se encuentran en Chocó.

Gráfico 9. Localización de las IPS públicas de acuerdo a su nivel de complejidad en 2013



Fuente: Registro Especial de Prestadores (REPS). Elaboración propia.

Cuadro 4. Ordenamiento de municipios de acuerdo al número de IPS por cada 100.000 habitantes en 2013

Los últimos diez		Las capitales más pobladas		Los primeros diez	
Municipio	IPS por cada 100.000 habitantes	Municipio	IPS por cada 100.000 habitantes	Municipio	IPS por cada 100.000 habitantes
Acevedo (Huila)	3,2	Bogotá D.C	42,8	Santa Rosalía (Vichada)	103,2
Zaragoza (Antioquia)	3,3	Medellín (Antioquia)	44,3	Yotoco (Valle del Cauca)	105,5
Isnos (huila)	3,8	Cali (Valle del Cauca)	50,0	Bugalagrande (Valle del Cauca)	108,2
Palmar de Varela (Atlántico)	4,0	Cartagena (Bolívar)	54,3	San Juan del Cesar (La Guajira)	109,9
Algeciras (Huila)	4,1	Barranquilla (Atlántico)	62,8	La Uvita (Boyacá)	110,3
Dabeiba (Antioquia)	4,2	Pasto (Nariño)	46,4	Quibdó (Chocó)	111,0
Yolombó (Antioquia)	4,3	Montería (Córdoba)	63,7	Roldanillo (Valle del Cauca)	114,6
Solano (Caquetá)	4,4	Tolima (Tolima)	57,1	Remolino (Magdalena)	121,0
Los Córdoba (Córdoba)	4,5	Popayán (Cauca)	75,5	Potosi (Nariño)	137,9
Santa Bárbara (Antioquia)	4,5	Cúcuta (Norte de Santander)	52,9	Mocoa (Putumayo)	152,8

Fuente: Registro Especial de Prestadores (REPS) y Departamento Nacional de Estadísticas (DANE). Cálculos del autor.

Si bien el número de IPS en cada municipio es un primer indicador de la posibilidad que tienen sus ciudadanos de acceder a la atención médica, las características de la oferta en los municipios que encabezan el listado confirman que hace falta considerar otros elementos para entender qué tan equipados se encuentran estos para resolver a tiempo los problemas de salud de sus habitantes. A pesar de que lo que concierne a cada individuo es cómo se encuentra organizada la red de la EPS a la que se encuentre asegurado, a este punto ya se sabe que un gran número de municipios depende exclusivamente de una o dos IPS, en la mayoría de los casos pública. Conviene saber entonces si existen diferencias entre regiones en la capacidad instalada y en los servicios efectivamente ofrecidos y esto es lo que se analizará a continuación.

3.2 Capacidad Instalada

La información sobre capacidad instalada en el país proviene de dos fuentes principalmente. Una es el Registro Especial de Prestadores (REPS), que permite conocer la disponibilidad de recursos como camas, salas de quirófano, de parto y ambulancias. De los prestadores existentes, el 17% de las IPS, el 87% de las entidades con transporte especial de pacientes y el 8% de las empresas con objeto social diferente, cuenta con alguna de estas facilidades. Es decir, 3.666 prestadores de 56.174 ofrecen servicios hospitalarios, quirúrgicos y/o de transporte especial de pacientes. 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 (Cuadro 5). Sin embargo, en 11 departamentos el 61% de camas provienen de prestadores privados¹⁸.

Cuadro 5. Capacidad instalada en Colombia por naturaleza jurídica en 2013

Facilidad	Pública	Privada	Mixta	Total
Ambulancias	1.988	2.048	15	4.051
Camas	29.460	40.679	1.395	71.534
Salas de quirófanos	681	2.299	40	3.020
Salas de parto	1.160	438	16	1.614

Fuente: Registro Especial de Prestadores (REPS). Cálculos del autor.

De acuerdo a REPS existían, 15 camas por cada diez mil habitantes en 2013. Por otro lado, según las estadísticas sanitarias de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012) el promedio entre 2005 y 2012 de este indicador en el grupo de países con un nivel ingresos medio alto, en el que se incluye a Colombia, fue de 27 camas por cada diez mil habitantes¹⁹ y en los de ingresos altos fue de 37.

¹⁸Estos son: Antioquia, Atlántico, Bogotá, Antioquia, Caldas, La Guajira, Magdalena, Nariño, Risaralda, Santander y Sucre.

¹⁹La OMS clasifica sus países miembros según el ingreso en las categorías bajo, medio bajo, medio alto y alto. También los clasifica por su ubicación geográfica en cinco regiones: África, Américas, Asia Suboriental, Europa, Mediterráneo Oriental y Pacífico Occidental. No incluyen

En la región de las Américas, el promedio fue de 24, superando solo a las regiones de Asia Sudoriental y Mediterráneo Oriental. En Europa el promedio es de 60 camas por cada diez mil habitantes²⁰. La diferencia entre las cifras presentadas por REPS y la OMS, pueden deberse a sus fuentes de información, además del periodo que consideran. De hecho el documento de esta última entidad no especifica cuáles son las suyas.

Las diferencias regionales en la capacidad instalada pueden observarse en el Gráfico 10. Si bien, Bogotá, Antioquia, Valle del Cauca, Atlántico y Santander tienen el mayor número de facilidades, no sucede lo mismo al controlar por la población. Incluso varios de estos departamentos finalizan el ordenamiento en cuanto al número de salas de parto por cada cien mil habitantes. Tampoco sobresalen si se trata del número de ambulancias o camas. Por su parte, regiones de frontera como Vaupés, Amazonas, Chocó, Bolívar y Guainía, finalizan la lista de los departamentos con menos ambulancias por cada cien mil habitantes, estando es desventaja en cuanto al número de IPS (Gráfico 8).

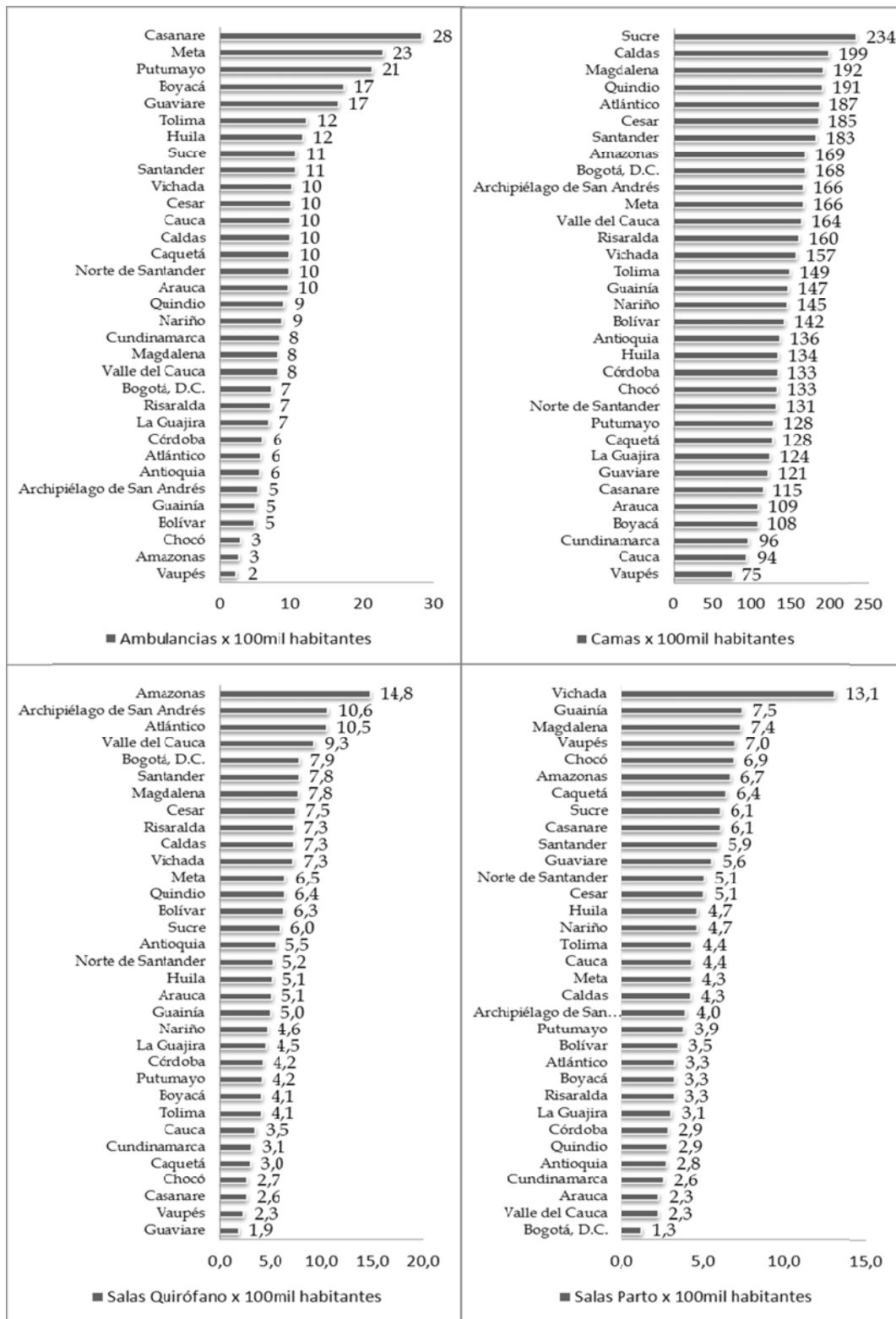
La segunda fuente de datos sobre la capacidad instalada es el Sistema de Información Hospitalaria (SIHO), que reúne información financiera, técnica y administrativa de las IPS públicas (sedes principales y alternas). Para 2012 existe información de 998 IPS distribuidas en 856 municipios²¹. Entre 2002 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 (Cuadro 6). Esto podría indicar que las atenciones de mayor complejidad están pasando a ser resueltas por las IPS privadas.

información sobre la región de África. Para conocer en detalle los parámetros de las clasificaciones consultar OMS (2013).

²⁰El informe advierte que debido a que la metodología de conteo en cada país puede ser distinta es probable que las cifras no sean comparables. Sin embargo, la comparación brinda un panorama general de la situación de Colombia frente a otros países.

²¹El 93% de las registradas en REPS en 2013.

Gráfico 10. Capacidad instalada por departamento en 2013



Fuente: Registro Especial de Prestadores REPS. Fecha de consulta: diciembre de 2013. Cálculos del autor.

Cuadro 6. Número de facilidades por cada cien mil habitantes en las IPS públicas, 2002, 2008 y 2012.

Facilidad\ año	2002	2008	2012
Camas	73	71	72
Consultorios de consulta externa	15	36	20
Consultorios en el servicio de urgencias	4	6	7
Salas de quirófanos	2	1	1
Mesas de partos	4	3	3
Número de unidades de odontología	7	14	9

Fuente: Sistema de Información Hospitalaria SIHO. Cálculos del autor.

Cuando se compara la capacidad instalada de los municipios que solo cuentan con IPS públicas con la del resto de municipios, en donde existen también IPS privadas y mixtas, quizás no sorprende que los últimos estén mejor equipados que los primeros. Sin embargo, cuando se controla por el número de habitantes sucede lo contrario, al menos en términos del número de ambulancias y salas de parto (Cuadro 7). Esto deja la inquietud de si la capacidad instalada de aquellos municipios, con tener un mayor número de IPS, que concentran una mayor población y que muy seguramente ofrecen un mayor número de servicios, es realmente suficiente para brindar una atención oportuna a los afiliados. Haría falta ahondar en este tema y definir umbrales que permitan definir situaciones de alerta a nivel municipal o regional. Además, es necesario conocer el inventario completo de consultorios y unidades de odontología, en los municipios que cuentan con IPS de diversas naturalezas jurídicas para poder realizar comparaciones.

El 93% de los municipios con solo IPS públicas no poseen salas de quirófono, el 31% no posee salas de partos y el 29% no tiene camas. Para el resto de municipios de la muestra, el 60% no cuenta con salas de quirófanos, el 11% con

salas de parto y el 6% no tienen camas²². Nuevamente las diferencias saltan a la vista y no favorecen a aquellos municipios que solo cuentan con IPS públicas.

Cuadro 7. Capacidad instalada (municipios con solo IPS públicas vs resto de municipios)

Facilidad	Capacidad instalada total		REPS 2013		SIHO 2012	
	Municipios con solo IPS públicas	Resto de municipios	Municipios con solo IPS públicas	Resto de municipios	Municipios con solo IPS públicas	Resto de municipios
	(Por cada cien mil habitantes)					
Camas	3.603	67.931	78	161	80	77
Ambulancias	669	3.382	14	8	---	---
Salas de partos	377	1.237	8	3	---	---
Salas de quirófanos	53	2.967	1	7	0	2
Consultorios para consulta externa*	1.306	8.215	---	---	34	21
Consultorios para urgencias*	1.787	1.536	---	---	47	4
Unidades de odontología*	816	3.213	---	---	21	8
Observaciones			486	598	366	490

---Datos no disponibles.

*Información obtenida de SIHO (2012).

Fuente: Registro Especial de Prestadores (REPS). Sistema de Información Hospitalaria (SIHO).
Cálculos del autor.

Si este modelo de operación del sistema de salud, en donde las IPS públicas se ubican principalmente donde también están las privadas y mixtas, es coherente con el propósito de lograr acceso a la salud para todos, se debería constatar que la distancia a otros prestadores de mayor nivel de complejidad, o que ofrecen determinados servicios, no es un obstáculo para que las personas que habitan en estos municipios obtengan de manera oportuna la atención médica que requieran.

Revisando en detalle el caso de cada facilidad, se encuentran algunos aspectos que llaman la atención. En primera instancia, en el ordenamiento de los diez municipios con mayor número de facilidades públicas por cada cien mil habitantes no se encuentran las principales ciudades del país. Sin embargo,

²² Cálculos realizados a partir del REPS, 2013.

algunas de ellas sí están en la lista de los diez municipios con menos facilidades. Es el caso de Barranquilla que se encuentra en la lista de los “diez menos” en todas las facilidades, excepto en camas y quirófanos, lo que se debe a que la oferta de IPS allí es 93% privada. Así mismo, sucede en Cali, Medellín y Bogotá, que se encuentran en la lista de los diez municipios con menos mesas de parto públicas por cada cien mil habitantes; y en Barranquilla, Medellín y Cartagena con las salas de quirófano. Esto indicaría que en estas ciudades los partos y cirugías se atienden principalmente en IPS privadas.

Por otro lado, cuando se controla por el número de habitantes las menores diferencias se dan en el número de quirófanos públicos. El municipio de Soatá (Boyacá) encabeza la lista con 26 quirófanos (por cada cien mil habitantes) y Dosquebradas (Risaralda) la finaliza con uno solo. Por el contrario, las disparidades entre el primer y el último municipio de otras listas, alcanzan los 22.782 consultorios para urgencias, 2.610 camas y 793 consultorios para consulta externa por cada cien mil habitantes.

Varios municipios de Boyacá, como Soatá, Guateque, Paya y Pisba, se encuentran en la lista de municipios con mayor número de facilidades por habitante. Sin embargo, cuando se trata del número de camas, de los 59 municipios que no poseen ninguna, 52 son de ese departamento. Nuevamente, la disponibilidad de medios de transporte para llegar a los centros de atención que sí cuentan con esta facilidad, propia de los servicios que no son ambulatorios, y la distancia, juegan un papel fundamental cuando se trata de garantizar el acceso a los servicios.

Como lo había advertido Sarmiento *et al.* (2005), no existe información sobre la cantidad existente de otro tipo de salas y equipos, como por ejemplo incubadoras, consultorios no médicos (enfermería, curación, nutrición etc.), salas de rehabilitación, salas radiología, de ecografía y laboratorios de patología. Sin embargo, a partir de REPS es posible conocer los servicios habilitados por prestador en cada municipio, con lo que se da por sentado la existencia de las condiciones tecnológicas y científicas indispensables para su

prestación, si bien al menos esta base de datos no identifica la cantidad existente de cada insumo o equipo. Por ejemplo, se puede saber en qué municipios se realizan diálisis renales, más no con cuantas sillas para la realización de este procedimiento cuenta cada uno. Por lo tanto, quedan por fuera consideraciones como el grado de utilización o aprovechamiento de las facilidades y si hay sobre oferta o escasez de las mismas.

4. Servicios de salud²³

Existen 234 servicios de salud susceptibles de ser habilitados por los prestadores ante la respectiva entidad departamental o distrital de salud, los cuales son ofrecidos en distintas modalidades: intramural, extramural y telemedicina. Para el caso del transporte especial de pacientes, las modalidades son: terrestre, aérea y marítima o fluvial.

La modalidad intramural es la atención ambulatoria y hospitalaria que se realiza en una misma estructura de salud. La modalidad extramural son aquellos servicios que se ofrecen a la población en espacios no destinados a salud o espacios de salud de áreas de difícil acceso que no cuentan con servicios quirúrgicos habilitados. Por su parte, telemedicina es la modalidad de prestación de servicios de salud, realizados a distancia, en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación, que les permiten intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso y la oportunidad en la prestación de servicios de salud a la población que presenta limitaciones de oferta, de acceso a los servicios o de ambos en su área geográfica (Resolución 1441 de 2013).

El 64% de los departamentos cuentan con más del 70% de los servicios, mientras que los menos poblados (Amazonas, Guainía, Guaviare, Vaupés,

²³El análisis presentado en esta sección está basado en REPS del Ministerio de la Protección Social. Esta base de datos contiene los servicios prestados por el 98% de las IPS (sedes principal y alterna) en Colombia.

Vichada, San Andrés y Providencia) ofrecen menos del 50% de los mismos, teniendo sus principales carencias en diversos tipos de consulta externa, los servicios quirúrgicos y los de diagnóstico y complementación terapéutica.

Los departamentos con el mayor número de IPS (Gráfico 7) también son los que ofrecen más servicios, lo mismo sucede con las capitales departamentales. De un total de 1.124 municipios, el 76% ofrece entre 11 y 40 servicios; el 10% ofrece entre 40 y 100 servicios; el 4% ofrece entre 100 y 200; el 0,4%, que corresponden a las cinco ciudades principales (Bogotá, Cali, Barranquilla, Medellín y Cartagena, ofrecen más de 200 servicios y el 1% (diez municipios) no ofrece ningún servicio, pues no cuenta con ningún tipo de prestador (Mapa 1). Por otro lado, entre los diez municipios con mayor número de IPS por cada cien mil habitantes (Cuadro 4), seis ofrecen menos de 50 servicios y los restantes no cuentan ni con la mitad de los servicios disponibles.

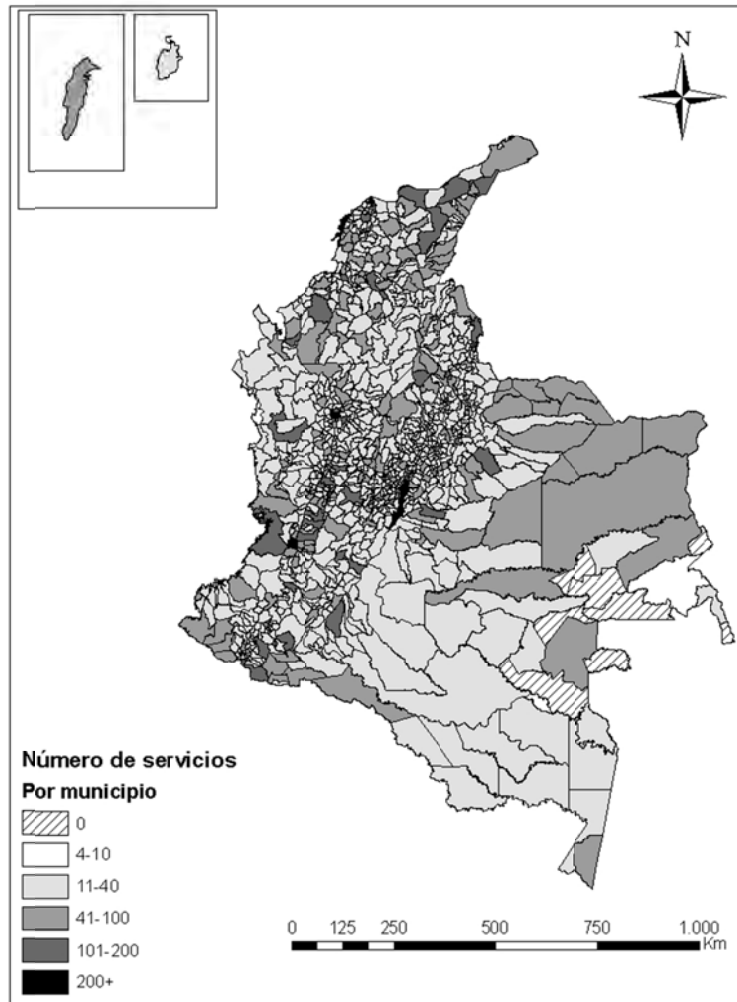
El número de servicios ofrecidos en los municipios donde coexisten IPS de distinta naturaleza puede llegar a ser más de cuatro veces los ofrecidos en los que solo hay IPS públicas. En promedio los primeros ofrecen más del doble que los segundos. (Cuadro 8).

Cuadro 8. Cantidad de servicios ofrecidos: municipios con solo IPS públicas Vs. municipios con IPS de distinta naturaleza 2013

Tipo de municipios	Mínimo	Máximo	Promedio
Municipios con solo IPS públicas	4	52	18
Municipios con IPS de distintas naturalezas	4	227	46

Fuente: Registro Especial de Prestadores (REPS). Cálculos del autor

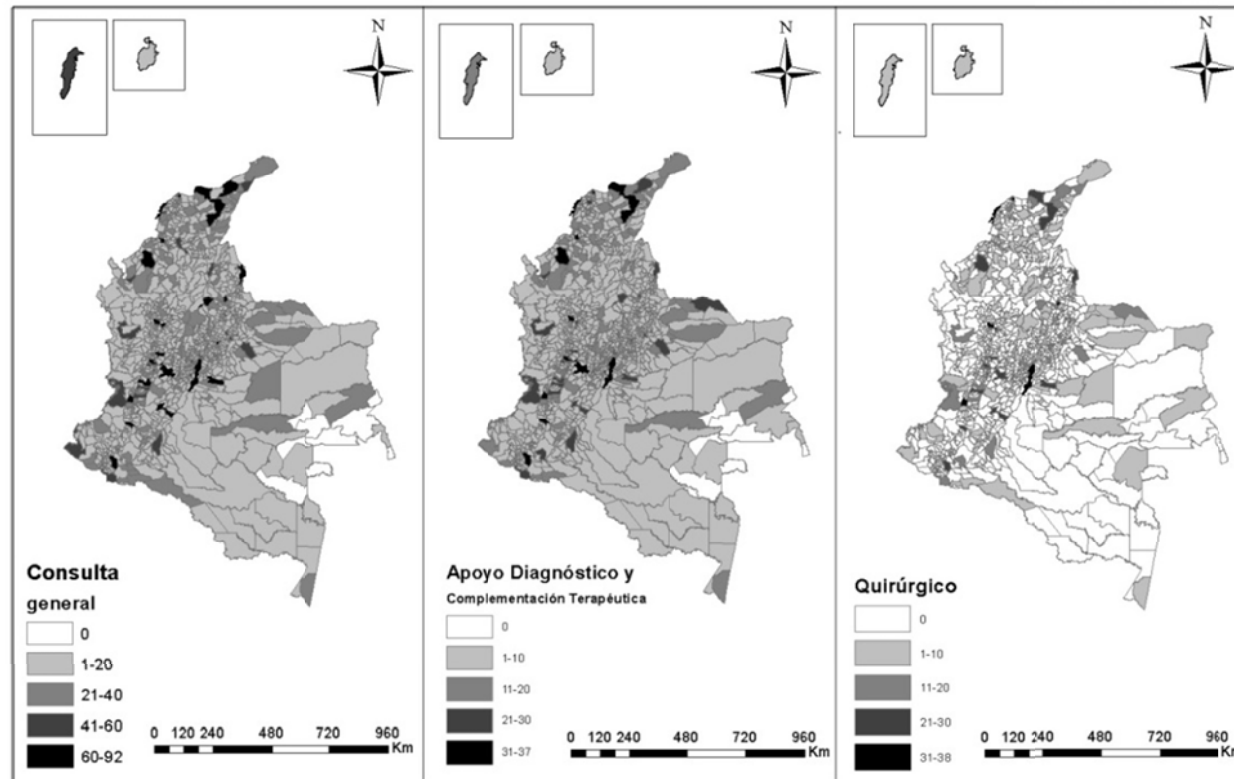
Mapa 1. Cantidad de servicios prestados a nivel municipal en 2013



Fuente: Registro Especial de Prestadores (REPS). Elaboración propia.

Las diferencias entre los municipios son más notorias cuando se tiene en cuenta la clasificación de los servicios de acuerdo a la etapa de atención al paciente. Generalmente, el paciente primero asiste a consulta externa, con el médico general o especialista, que luego le ordena algunos exámenes diagnósticos. Finalmente, se encuentran los procedimientos quirúrgicos, que podrían ser de mayor complejidad que los servicios anteriores. En el Gráfico 10 se identifican zonas que prestan menor número de servicios en la medida en que la complejidad de los mismos aumenta.

Gráfico 10. Oferta de servicios municipal de acuerdo al tipo de servicio



Fuente: REPS. Información con corte a 2013. Elaboración propia.

Es cierto que no necesariamente el modelo de prestación de servicios de salud más eficiente en Colombia es aquel en donde cada municipio cuenta con todos los servicios. Sin embargo, podría ser el caso que el escenario más eficiente no sea compatible con aquel que garantiza oportuno acceso. En este debate deben considerarse algunos elementos adicionales:

1. Los costos de viaje: En el evento en que un paciente requiera trasladarse a otro municipio para acceder a un servicio cubierto por el Plan Obligatorio de Salud (POS), que no está disponible en su lugar de residencia, el paciente debe cubrir con los costos de transporte²⁴. Para 2013 hay un 10% de la población en Colombia que no está afiliada al SGSSS para quienes quizás es más difícil acceder al servicio si, además de pagar la consulta, deben asumir también los costos del desplazamiento.

2. La frecuencia con que se requiere el servicio: de acuerdo con la incidencia de las enfermedades por municipio o región puede variar el porcentaje de utilización de ciertas especialidades (en el caso de la consulta externa) o tipos de procedimientos quirúrgicos, lo que determinaría si su oferta es suficiente. Por lo tanto, puede ser natural por las economías de escala que ese tipo de atenciones se ofrezcan solo en algunos municipios.

Lo anterior implica que cuando un municipio como Bogotá, por ejemplo, tiene 227 servicios habilitados, mientras que los municipios que lo rodean ofrecen en promedio 38 servicios²⁵, es muy probable que las EPS remitan a sus pacientes a la capital para recibir ciertas atenciones. Teniendo en cuenta que en lo que concierne específicamente a estos servicios, la demanda por atender en Bogotá excede la población que reside allí, las EPS deberían asegurarse de que la capacidad instalada y/o número de profesionales de las IPS que contraten, para el ejemplo en Bogotá, permita la prestación oportuna de los servicios. Al menos en cuanto al número de ambulancias y salas de parto, la capital no se destaca

²⁴ Acuerdo 029 de 2009 de la Comisión Reguladora en Salud (CRES), artículo 43.

²⁵ Alrededor de Bogotá se encuentran los municipios del Meta: Uribe, Cubarral y Guamal, junto con 14 municipios de Cundinamarca.

entre los primeros lugares en el listado departamental, y goza de un noveno y quinto puesto, en las listas de quirófanos y camas, a pesar de ser la entidad territorial con mayor población (Gráfico 10).

3. Las consultas externas con especialistas y las cirugías se programan con determinado tiempo de anticipación. En el evento de que este servicio no se ofrezca en el lugar de residencia del paciente, independientemente de los costos de transporte, este cuenta con tiempo para planificar su desplazamiento. Sin embargo, un accidente o el diagnóstico realizado en el servicio de urgencias pueden implicar la necesidad de un procedimiento quirúrgico para lo cual la red hospitalaria de ciertos municipios no esté preparada. En estos casos, la disponibilidad de ambulancias, la distancia a la IPS que cuente con el servicio requerido y la duración del recorrido harían la diferencia entre la vida y la muerte. Al respecto, es curioso que los departamentos que menos servicios quirúrgicos prestan (Gráfico 10) sean los que cuentan con el menor número de ambulancias. Este es el caso de Amazonas, Guainía, Guaviare, Vaupés y Vichada.

En conclusión existen en el país amplias diferencias entre los municipios en cuanto al número de servicios ofrecidos. De 234 disponibles en el país, el 74% de las entidades territoriales cuenta con menos de 40. Estas disparidades se acentúan cuando se trata de servicios que requieren mayor complejidad como cirugías, ciertas especialidades y servicios de diagnóstico. ¿Funciona bien el sistema de este modo? Los costos de viaje, la frecuencia de utilización o necesidad de ciertos servicios y la capacidad de la red hospitalaria para resolver las urgencias merecen un análisis detallado.

5. Calidad

Con la Resolución 1446 de 2006 el MPS estableció indicadores para evaluar la calidad de las EPS e IPS²⁶. En esta sección se emplearán algunos de estos con el

²⁶Para conocer la forma de cálculo de cada indicador consultar el Anexo 2.

fin de establecer diferencias entre regímenes e IPS de distinta naturaleza jurídica²⁷.

Los datos disponibles para 2013 presentan los resultados no solo para las EPS del régimen contributivo y subsidiado, sino también para las Empresas Promotoras de Salud Indígenas (EPSI), las Entidades Adaptadas por separado y las Empresas de Medicina Prepagada (EMP)²⁸. Las Entidades Adaptadas corresponden a los departamentos médicos de las Empresas Públicas de Medellín (EPM) y del Fondo de Pasivo Social de los Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Sus afiliados pertenecen al régimen contributivo. Por su parte, los indígenas afiliados en las EPSI cuentan como miembros del régimen subsidiado.

Lo primero que se nota al observar el promedio en cada indicador para cada tipo de EPS es que a las EPSI les va mejor en casi todos: entregan el mayor porcentaje de medicamentos la primera vez que el paciente los solicita en la farmacia de la IPS y el tiempo que esperan sus usuarios desde que solicitan una cita con un médico general, un servicio de imagenología o una cirugía, hasta que efectivamente estos servicios son provistos, es menor (Cuadro 9). Además, después de las EMP, las EPSI son las entidades que menos tiempo de espera imponen a sus pacientes para consultar con un especialista y el porcentaje de usuarios satisfechos es el segundo más alto. Llama la atención que las EMP superan a las demás categorías de EPS en un solo indicador y que, si se comparan los regímenes subsidiado y contributivo, en cinco de siete indicadores revisados obtiene mejores resultados el primero que el segundo. Sin

²⁷No se realizará un análisis de la evolución de los indicadores en el tiempo porque la serie histórica para algunos de ellos sufre cambios abruptos de un año a otro lo que hace pensar que la información tiene errores. Por el contrario, la información de 2013 ha sido validada en la Superintendencia Nacional de Salud, quienes no incluyeron en los cálculos las observaciones con inconsistencias.

²⁸La base de datos de los indicadores de calidad reportados por las EPS cuentan con información para las mismas empresas adaptadas, EPS del régimen contributivo y EPSI que la Base de Datos Única de Afiliados empleada en la sección dos. En cuanto al régimen subsidiado, en la base de datos más reciente que es la BDUA (noviembre de 2013) ya no aparecía una EPS como promotora de este régimen, que sí se incluye en la base de calidad (cuyo corte es junio del mismo año).

embargo, el régimen subsidiado entregaría un menor porcentaje de los medicamentos solicitados y tendría una mayor tasa de mortalidad materna.

Precisamente las principales diferencias se dan en este indicador. Mientras en el régimen contributivo mueren 21,7 madres por cada mil nacidos vivos, en las EPSI esta cifra se eleva a 111,9 y en el régimen subsidiado a 152,6. Las muertes que se tienen en cuenta en el cálculo son aquellas que se producen por causas relacionadas con el embarazo. Por lo cual, en teoría no tendrían que ver con la calidad de la atención al momento del parto, sino con el cuidado prenatal (los controles médicos, alimentación y predisposición genética, entre otros). Las EPS del régimen subsidiado con peores tasas de mortalidad materna son: Caprecom (1.079,7), CCF del Chocó (420,1), la Asociación Mutual Barrios Unidos de Quibdó (356,6) y las CCF de La Guajira (334,5) y Atlántico (275,3). Caprecom es la EPS con más afiliados del régimen, ya que tiene una participación del 15% del total nacional de afiliados. Por su parte, la CCF de La Guajira concentra el 18% de los usuarios del régimen en ese departamento y la CCF del Chocó el 21% de los suyos.

Según las EPS, el tiempo de espera de los usuarios por una consulta con un médico general varía entre 1,5 y 3,4 días; mientras que por una consulta con un especialista en medicina interna, entre ocho y trece días. Sin embargo, cada vez es mayor el porcentaje de usuarios para los que entre la solicitud de la cita y el servicio médico transcurren más de 30 días. De acuerdo con Reina (2013), en cinco ciudades del país (Bogotá D.C, Medellín, Cali, Barranquilla y Cartagena) en promedio este porcentaje pasó de 5,9% en 2008 a 15,3% en 2012. Por otro lado, aunque según las EPS el número de personas satisfechas con el servicio recibido varía entre 87,5% y 95,2%, para las mismas cinco ciudades, en promedio el 54% de los usuarios entrevistados en 2012 por las encuestas Cómo Vamos se sintieron satisfechos y el 23% insatisfechos. Esto marca la diferencia entre lo que reportan las EPS y lo que piensan los usuarios.

Cuadro 9. Indicadores de calidad reportados por las EAPB, junio de 2013.

Indicador	Unidad	Adaptadas	Contributivo	EMP	EPSI	Subsidiado
Oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica general	Número de días	2,9	3,4	2,3	1,5	2,2
Oportunidad de entrega de medicamentos POS	Relación porcentual	95,1%	98,1%	94,3%	99,7%	93,5%
Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de medicina interna	Número de días	9,0	13,3	8,0	8,5	10,8
Oportunidad en la atención en servicios de imagenología	Número de días	2,9	3,3	3,7	1,5	2,5
Oportunidad en la realización de cirugía programada	Número de días	8,5	17,2	14,4	7,4	10,7
Razón de mortalidad materna	Razón por 1.000	0,0	21,7	0,0	111,9	152,6
Número de tutelas por no prestación de servicios POS o POSS	Número de tutelas	-	246,5	2,8	9,7	222,9
Tasa de satisfacción global	Relación porcentual	95,2%	87,5%	91,5%	94,0%	89,7%

-Las Entidades adaptadas no recibieron ninguna tutela en su contra en este periodo.

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud (SNS). Cálculos del autor.

El número de tutelas falladas a favor del afiliado por no prestación de servicios es mayor en el régimen subsidiado. Sin embargo, no está disponible el número de tutelas presentadas a cada EPS o régimen, así que no es posible saber la proporción en que estas tutelas permiten que los servicios sean efectivamente prestados. Teniendo en cuenta el número de afiliados, se podría decir que en el régimen subsidiado se fallaron 28 tutelas por cada cien mil afiliados, mientras que en el contributivo fueron 21.

Si se comparan los resultados de las tres EPS con mayor número de afiliados en cada régimen (Gráficos 4 y 5), a las del régimen subsidiado les va mejor en tres de los siete indicadores: oportunidad en la asignación de cita en la consulta de medicina interna, en la realización de cirugía programada y en servicios de imagenología. Con respecto a la oportunidad en la entrega de medicamentos y la asignación de citas para medicina general los resultados son similares. Nuevamente las diferencias más amplias se obtienen en la razón de mortalidad materna (Anexo 3).

La calidad del servicio prestado por la EPS depende de la red hospitalaria del departamento donde residan sus afiliados, es decir de características como el número de prestadores, la capacidad instalada, el recurso humano y la demanda. Por ejemplo, es probable que la Nueva EPS no brinde la misma oportunidad en Bogotá D.C, donde existen 3.284 prestadores, que en Vaupés donde existen 4. Por tal razón, lo ideal sería que las EPS reportaran los indicadores discriminados por departamento. Mientras se cuenta con este nivel de desagregación en la información oficial, a partir de los indicadores reportados por las IPS se podría tener una idea de la calidad ofrecida al interior de cada entidad territorial, más aun en aquellas regiones en donde una misma IPS es contratada simultáneamente por dos o más EPS, a veces de ambos regímenes, haciendo que estos cuenten con las mismas facilidades al interior de ese territorio.

Aproximadamente el 45% de las IPS del país reportaron algún indicador de calidad en junio de 2013. No existe información sobre todos los municipios. Por

citar el caso de las ciudades principales: en Bogotá reportaron al menos un indicador de calidad el 52% de las IPS, en Medellín el 53%, en Cali el 37%, en Barranquilla el 41% y en Cartagena el 22%. Una de las razones de este sub reporte podría ser que entre las IPS que no suministraron la información, algunas no prestan ninguno de los servicios que estos indicadores evalúan. A pesar de estas limitaciones, se realizaron algunos ejercicios para determinar si hay diferencias en la calidad ofrecida por las IPS públicas y privadas. Los resultados solo aplicarían para esta muestra, es decir, no sería válido generalizarlos para el universo de IPS en el país.

Teniendo en cuenta ocho indicadores que cubren diversos niveles de complejidad de los servicios de salud (consulta con médico general, con médico especialista, diagnóstico, cirugías y riesgo intrahospitalario) se realizó un primer ejercicio que consistió en identificar en cada departamento qué tipo de IPS obtenía una mejor calificación por indicador (Cuadro 10). Luego se sumó, por cada uno de estos, en cuántos departamentos eran mejores las IPS públicas y en cuántos las privadas. Se encontró que en la mayoría de los indicadores son las IPS públicas las que obtienen mejores resultados²⁹.

Por ejemplo, en el 74% de los departamentos las IPS públicas obtuvieron mejores resultados que las IPS privadas en el indicador de atención en consulta de urgencias. Esto quiere decir que en el 74% de los departamentos los pacientes esperaron menos (minutos) en las IPS públicas para ser atendidos en urgencias. La diferencia puede ser hasta de 19 minutos. Sin embargo, en Arauca la diferencia puede llegar a 48 minutos a favor de las IPS privadas.

²⁹Si se tienen en cuenta los otros siete indicadores disponibles, descritos en la Resolución 1446 de 2006, se llega a una conclusión similar: en cuatro de ellos la mayoría de los departamentos tenían IPS públicas que obtuvieron mejores resultados que las IPS privadas; en dos indicadores se dio el caso contrario, y en un indicador hubo un empate.

Cuadro 10. Resultados en calidad por naturaleza de las IPS en junio de 2013

Indicador	Naturaleza de IPS con mejores resultados	Porcentaje de departamentos en los que se dio este resultado
Oportunidad de atención en consulta de urgencias	públicas	74%
Oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica general	públicas	79%
Oportunidad en la atención en servicios de imagenología	públicas	93%
Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de medicina interna	privadas	54%
Oportunidad en la realización de cirugía programada	privadas	68%
Proporción de cancelación de cirugía programada	públicas	52%
Tasa de infección intrahospitalaria	públicas	65%
Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados	privadas	55%

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud. Cálculos del autor.

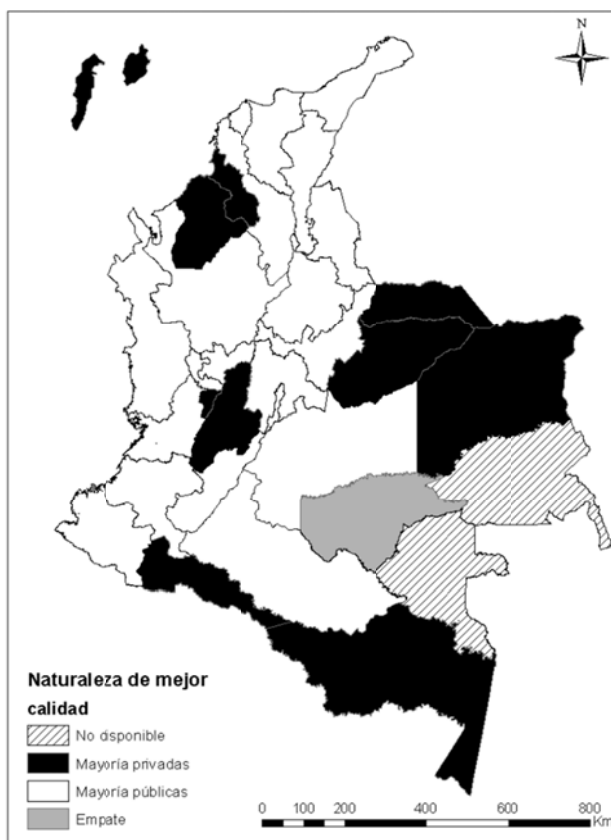
Un segundo ejercicio se realizó identificando en cada departamento qué tipo de IPS alcanzaba mejores resultado en la mayoría de indicadores, de tal forma que se determinara cuáles IPS funcionaban mejor por departamento, al menos con esta muestra de prestadores. La conclusión fue que en el 65% de los departamentos del país las IPS públicas obtienen mejores resultados que las privadas³⁰(Mapa 2). En Amazonas, Arauca, Casanare, Córdoba, Putumayo, Quindío, Sucre, Tolima, Vichada, San Andrés y Providencia³¹ se da la situación opuesta, mientras que en Guaviare ambos tipos de IPS sobresalieron en igual número de indicadores.

Sería ideal poder contar con el número de usuarios atendido por cada prestador. De esta forma podría calcularse un promedio ponderado de los resultados de cada indicador entre las IPS públicas y privadas y así obtener un ordenamiento o ranking departamental de calidad.

³⁰En este ejercicio se tuvieron en cuenta los quince indicadores disponibles. No existía información para Vaupés y Guainía.

³¹En San Andrés y Providencia solo hay IPS privadas.

Mapa 2. Naturaleza jurídica con mejores resultados en junio de 2013



Fuente: Superintendencia Nacional de Salud. Información con corte a junio de 2013. Elaboración propia.

6. Reflexiones finales

Se ha realizado un recorrido sobre diferentes aspectos relacionados con la oferta de servicios de salud, encontrándose en primer lugar, que en el 45% de los municipios que hay en el país solo existen IPS públicas y el 73% de ellos solo tiene una IPS. Este grupo de entidades territoriales está en desventaja con respecto al resto de municipios en cuanto a la capacidad instalada, especialmente la necesaria para la prestación de servicios de alta complejidad; así como con respecto al número de servicios ofrecidos, pues en promedio cuentan con menos de la mitad de los servicios disponibles en el país.

Hay un segundo hecho digno de resaltarse: de un total de 1.124 municipios y teniendo en cuenta que hay 234 tipos de servicios susceptibles de ser ofrecidos en el país, se determinó que mientras el 76% de las entidades territoriales ofrecen apenas entre 11 y 40 servicios, el 0,4% de las mismas, correspondiente a las cinco ciudades principales, ofrece más de 200 servicios. Si se discriminan los servicios según su nivel de complejidad, es evidente que los municipios van ofreciendo cada vez menos servicios en cuánto se avanza de una consulta externa a un examen diagnóstico. Cuando se trata de procedimientos quirúrgicos una gran parte del territorio nacional, especialmente el suroriente del país no ofrece ningún tipo de atención.

Es cierto que no necesariamente el modelo de prestación de servicios de salud más eficiente en Colombia es aquel en donde cada municipio cuenta con todos los servicios. Sin embargo, podría ser el caso que el escenario más eficiente no sea compatible con aquel que garantiza oportuno acceso. En el contexto colombiano en el que la oferta de servicios y, por ende, la capacidad instalada se ha concentrado en ciertos municipios en donde residen gran parte de la población del país, deben considerarse elementos adicionales, como por ejemplo, los costos de viaje que deben ser cubiertos por los pacientes en cuánto requieran desplazarse a otro municipio para acceder a un servicio incluido en el POS, lo cual podría constituirse en una barrera de acceso a la atención.

Si se supone por un momento que los costos de viaje son cero y se tiene en cuenta que ciertas consultas externas y procedimientos quirúrgicos se planifican con antelación, entonces el hecho de que las especialidades médicas o servicios menos demandados se ofrezcan en los centros urbanos más poblados, podría ser compatible con el acceso garantizado de la población a los servicios, siempre y cuando el recurso humano y capacidad instalada disponibles en aquellas ciudades sean suficientes no solo para atender a sus residentes, sino también a los usuarios visitantes. Entre los departamentos con mayor número de IPS por cada cien mil habitantes no se encuentran los de más alta población, lo que podría ser una señal de alerta.

De esto se desprenden algunas recomendaciones. La primera sería identificar cuáles son los servicios más demandados y evaluar si se están suministrando oportunamente teniendo en cuenta su distribución geográfica y la de las IPS contratadas por cada EPS. Para ello sería útil hacerle seguimiento a los patrones de morbilidad y mortalidad en el país.

En segundo lugar, se debe ampliar la cobertura del reporte de los indicadores de calidad suministrado por las IPS, para que teniendo una muestra significativa del número de prestadores del país, se puedan hacer evaluaciones más completas. Una estrategia para lograr esto sería enfocarse primero en los prestadores que atienden el mayor número de pacientes en el país y asegurar que envíen correctamente la información de sus indicadores de calidad. Posteriormente se concentrarían los esfuerzos en el resto de prestadores.

También podrían crearse nuevos indicadores que den cuenta de servicios que no están siendo evaluados en la actualidad. Por ejemplo, el tiempo de respuesta del servicio del transporte especial de pacientes que prestan las ambulancias.

Los departamentos de la zona sur oriental del país (Amazonas, Guainía, Guaviare, Vaupés y Vichada) que son los que ofrecen un menor número de servicios, simultáneamente son los que cuentan con el menor número de ambulancias. Por lo tanto, otra recomendación sería fortalecer este servicio, teniendo en cuenta las características geográficas de la zona, y/o impulsar la creación de prestadores con la capacidad instalada suficiente para brindar los servicios de salud que se requieran con más urgencia, especialmente cuando se trate de contingencias como un accidente.

Para completar la radiografía de la oferta de servicios quedan varios temas por estudiar, aparte de los mencionados anteriormente: uno de ellos es la oferta y demanda de recurso humano. Otros serían la relación entre la eficiencia hospitalaria, la situación financiera de las IPS y la calidad de los servicios. Sin embargo, esto implica que se mejore la cobertura y validez de los sistemas de información disponibles.

Bibliografía

- Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral. (2013). Cifras e indicadores del Sistema de Salud. Bogotá, ACEMI.
- Documento Conpes 3204 (2002). Política de prestación de servicios para el sistema de seguridad social en salud y asignación de recursos del presupuesto general de la Nación para la modernización de los hospitales públicos. Ministerio de Salud, Ministerio de Hacienda y Crédito Público.
- Documento Conpes 3447 (2006). Estrategia para el mejoramiento de la gestión financiera de la red hospitalaria pública: enfoque de cartera. Ministerio de Salud, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Alta Consejería Presidencial
- Garavito L., Soto J (2009). Evaluación y propuesta de ajuste a la operación del Régimen Subsidiado colombiano. Ministerio de la Protección Social. Bogotá, Buenos & Creativos S.A.S
- Grupo de Economía de la Salud -GES- (2012). "Implicaciones económicas y fiscales de la cobertura universal en Salud", Observatorio de la seguridad social, [en línea], año 12, núm. 25, consultado el 7 de abril de 2014, en http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/BibliotecaInvestigacion/CienciasEconomicas/GES/Documentos1/Observatorio_de_la_Seguridad_Social_No_25.pdf
- Grupo de Economía de la Salud -GES- (2011). "Evolución de la Seguridad Social en Salud en Colombia: avances, limitaciones y retos", Observatorio de la seguridad social, [en línea], año 10, núm. 23, consultado el 7 de abril de 2014, en http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/bibliotecaSedesDependencias/unidadesAcademicas/FacultadCienciasEconomicas/ElementosDiseno/Documentos/GrupoEconomiaSalud/Observatorios/Observatorio_23.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud (2013). Ordenamiento de EPS: Siguiendo la orden 20 de la Sentencia T760 de 2008 y el Auto 260 de 16 de noviembre de 2012.
- Ministerio de Salud y Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud (2012). Ordenamiento de EPS: Siguiendo la orden 20 de la Sentencia T760 de 2008 y el Auto 260 de 16 de noviembre de 2012.

- Ministerio de Salud y Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud (2011). Situación actual de las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado en Colombia. Consultado el 24 de enero de 2014, en <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Situaci%C3%B3n%20actual%20de%20las%20EPS%20de%20los%20reg%C3%ADmenes%20contributivo%20y%20subsidiado%20en%20Colombia.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2012). Encuesta de evaluación de los servicios de las EPS.
- Ministerio de la Protección Social, Universidad Nacional de Colombia (2007). ¿Ha mejorado el acceso en salud? Evaluación de los procesos del régimen subsidiado.
- Ministerio de la Protección Social (2005). Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, consultado el 4 de agosto de 2014, en <http://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Documents/Politica%20Nacional%20de%20Prestaci%C3%B3n%20de%20Servicios%20de%20Salud.pdf>
- Navarrete P., Acosta R. (2009). Análisis de la importancia de la sentencia T-760 de 2008 sobre el derecho a la salud. Monografía para optar al título de Especialista en seguros y seguridad social. Universidad de la Sabana, Chía Cundinamarca, consultado el 13 de mayo de 2014, en <http://intellectum.unisabana.edu.co:8080/jspui/bitstream/10818/2573/1/121945.pdf>
- Orozco J (2006). Caracterización del mercado del aseguramiento en salud para el régimen contributivo en Colombia. Consultado el 15 de enero de 2014, en <http://www.consultorsalud.com/biblioteca/e-book/Caracterizacion%20del%20mercado%20del%20aseguramiento%20en%20salud%20para%20el%20RC%20en%20colombia%20-%20jmoa.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2012). Estadísticas Sanitarias Mundiales. Personal sanitario, infraestructura, medicamentos esenciales. Consultado el 20 de mayo de 2013, en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44858/1/9789243564449_spa.pdf
- Peñaloza M (2005). Evaluación del desempeño de las instituciones aseguradoras (EPS y ARS) en términos de su contribución al logro de uno de los fundamentos de la Ley 100 de 1993: la equidad en la prestación de servicios de salud del SGSSS. Departamento Nacional de Planeación. Archivos de Economía. Documento 284, consultada en noviembre de 2013, en

https://www.dnp.gov.co/Portals/0/archivos/documentos/DEE/Archivos_Economia/284.pdf

Reina, Y. (2013). "Acceso a los servicios de salud en las principales ciudades colombianas (2008-2012)", Documento de trabajo sobre Economía Regional, [en línea], núm. 200, consultado el 21 de marzo de 2014, en <http://www.banrep.gov.co/es/dtser-200>

Rodríguez, C. (2012). "La judicialización de la salud: síntomas, diagnóstico y prescripciones", en O. Bernal y C. Gutiérrez, *La salud en Colombia. Logros, retos y recomendaciones*, Bogotá, Universidad de los Andes, p.567.

Sarmiento A., Castellanos W., Nieto A., Alonso C., Pérez C. (2005). Análisis de eficiencia técnica de la red pública de prestadores de servicios dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Departamento Nacional de Planeación. Archivos de Economía. Documento 298. Consultado el 21 de enero de 2014, en https://www.dnp.gov.co/Portals/0/archivos/documentos/DEE/Archivos_Economia/298.pdf

Superintendencia Nacional de Salud SNS (2013a). Situación financiera de las IPS públicas 2002-2012.

Superintendencia Nacional de Salud SNS (2013b). Informe cartera por venta de servicios de salud, consultado el 3 de febrero de 2014, en <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=803>

Superintendencia Nacional de Salud SNS (2010). Estudio IPS públicas corte a 31 de diciembre de 2009.

Anexo 1. Afiliados al Sistema de Seguridad Social (SGSSS) en noviembre de 2013

Departamento	Población	Participación porcentual en el total de afiliados		Participación porcentual de los afiliados en la población total
		Contributivo	Subsidiado	
Amazonas	74.541	19%	79%	87%
Antioquia	6.299.990	57%	42%	90%
Arauca	256.527	16%	82%	87%
Atlántico	2.402.910	44%	55%	96%
Bogotá D.C.	7.674.366	81%	19%	88%
Bolívar	2.049.109	30%	69%	96%
Boyacá	1.272.855	37%	62%	86%
Caldas	984.115	46%	52%	88%
Caquetá	465.487	18%	81%	79%
Casanare	344.040	40%	59%	99%
Cauca	1.354.733	21%	78%	91%
Cesar	1.004.058	26%	73%	109%
Chocó	490.317	10%	89%	91%
Córdoba	1.658.067	18%	81%	98%
Cundinamarca	2.598.245	53%	46%	76%
Guainía	40.203	9%	89%	103%
Guaviare	107.934	16%	83%	69%
Huila	1.126.316	28%	71%	93%
La Guajira	902.367	17%	83%	93%
Magdalena	1.235.532	27%	72%	104%
Meta	924.871	49%	50%	86%
Nariño	1.701.782	18%	81%	82%
Norte de Santander	1.332.378	33%	66%	92%
Putumayo	337.054	14%	84%	85%
Quindío	558.969	47%	52%	85%
Risaralda	941.275	55%	44%	90%
San Andrés y Providencia	75.167	63%	36%	74%
Santander	2.040.932	53%	45%	91%
Sucre	834.937	16%	83%	114%
Tolima	1.400.140	37%	61%	85%
Valle del Cauca	4.520.480	55%	45%	91%
Vaupés	42.817	9%	88%	71%
Vichada	68.575	8%	92%	113%

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE). Cálculos del autor.

Anexo 2.Indicadores de calidad reportados por EPS e IPS

Indicador	Numerador	Denominador	Unidad
Oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica general*	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta médica general y la fecha para la cual es asignada la cita	Número total de consultas médicas generales asignadas en la institución	Número de días
Oportunidad de entrega de medicamentos POS	Número total de medicamentos POS ordenados por el médico que son entregados por la farmacia desde la primera vez que el afiliado o su representante presenta la fórmula	Número total de medicamentos POS solicitados a la farmacia por el afiliado o su representante durante el período	Relación porcentual
Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de medicina interna*	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta de medicina interna y la fecha para la cual es asignada la cita	Número total de consultas médicas generales asignadas en la institución	Número de días
Oportunidad en la atención en servicios de imagenología*	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la solicitud del servicio de imagenología y el momento en el cual es prestado el servicio	Total de atenciones en servicios de imagenología	Número de días
Oportunidad en la realización de cirugía programada*	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha de solicitud de la cirugía programada y el momento en el cual es realizada la cirugía	Número de cirugías programadas y realizadas en el período	Número de días
Razón de mortalidad materna	Número de muertes maternas por causas atribuibles al embarazo	Número de nacidos vivos	Razón por 1.000
Número de tutelas por no prestación de servicios POS o POSS	Número de tutelas falladas a favor del afiliado por no prestación de servicios	El MPS no remitirá información sobre este denominador	Número de tutelas
Tasa de satisfacción global	Número de afiliados que se consideran satisfechos con los servicios recibidos en la Empresa Administradora del Plan de Beneficios (EAPB), o EPS.	Número total de afiliados encuestados por la EAPB	Relación porcentual

Anexo 2.Indicadores de calidad reportados por EPS e IPS (continuación)

Indicador	Numerador	Denominador	Unidad
Oportunidad de atención en consulta de urgencias	Sumatoria del número de minutos transcurridos entre la solicitud de atención en la consulta de urgencias y el momento en el cual es atendido el paciente en consulta por parte del médico	Total de usuarios atendidos en consulta de urgencias	Minutos
Porporción de cancelación de cirugía programada	Número total de cirugías canceladas en el periodo	Número de cirugías programadas en el periodo	Relación porcentual
Tasa de infección intrahospitalaria	Número de pacientes con infección nosocomial	Número total de pacientes hospitalizados	Relación porcentual
Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados	Número total de pacientes que reingresan al servicio de hospitalización, en la misma institución, antes de 20 días por la misma causa en el periodo	Número total de egresos vivos en el periodo	Relación porcentual

* Estos indicadores son reportados por EPS e IPS.

Fuente: Elaboración del autor con base en el anexo técnico de la Resolución 1446 de 2006.

Anexo 3. Indicadores de calidad reportados por las EPS con mayor número de afiliados en el país en junio de 2013

Indicador	Unidad	Caprecom	CCF Antioquia	Asociación Mutual Emssanar ESS	Saludcoop	Coomeva	Nueva EPS
Oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica general	Número de días	1,9	3,1	1,6	2,5	1,5	3,0
Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de medicina interna	Número de días	8,5	29,0	8,7	16,4	10,6	9,8
Número de tutelas por no prestación de servicios POS o POSS	Número de tutelas	1.869	1.269	86	1.128	72	714
Oportunidad de entrega de medicamentos POS	Número de días	99,7	95,0	92,3	97,1	99,5	99,3
Oportunidad en la realización de cirugía programada	Número de días	8,4	21,3	7,7	17,6	10,2	22,5
Oportunidad en la atención en servicios de imagenología	Relación porcentual	1,8	12,3	1,2	4,0	1,8	2,3
Razón de mortalidad materna	Razón por 1.000	1.079,7	92,5	54,8	44,9	39,9	65,5
Tasa de satisfacción global	Relación porcentual	89,6	87,7	77,0	84,6	93,5	85,5

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud. Cálculos del autor.

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 noventa	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 Viloria 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 Viloria 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 Viloria 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 Viloria de la Hoz	Ciudades portuarias del Caribe colombiano: propuestas para competir en una economía globalizada	Noviembre, 2006
81	Joaquín Viloria 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 Mompo	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