

LA OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA, 2012-2013

KARELYS GUZMÁN FINOL*

RESUMEN

Esta investigación tiene por objeto determinar la situación actual de la oferta de servicios de salud en Colombia, identificando diferencias entre regiones, regímenes y naturaleza jurídica de los prestadores. De los 1.124 municipios del país, 45% solo cuenta con IPS públicas de baja y mediana complejidad y ofrece, en promedio, 18 de los 234 distintos servicios de salud disponibles. De hecho, 76% de los departamentos colombianos ofrece apenas entre 11 y 40 servicios. Variables como los costos de viaje, la frecuencia con que se requieren los servicios y la capacidad de los prestadores de atender las urgencias deben considerarse cuando se evalúa la relación entre la distribución de los servicios a lo largo del territorio nacional y la calidad de la atención en salud.

Palabras Clave: Colombia, servicios de salud, calidad, capacidad instalada, EPS, IPS.

Clasificación JEL: I10, I11, I19, I30

* La autora es economista del Centro de Estudios Económicos Regionales (CEER), Banco de la República, Cartagena. Correo electrónico: kguzmafi@banrep.gov.co. Agradece los comentarios y apoyo en la organización de los datos de Harrison Sandoval y Joaquín Urrego, y las observaciones de Jaime Bonet, Yuri Reina, Javier Pérez y Jairo Humberto Restrepo. Gracias también 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 información. Todos enriquecieron el trabajo con sus aportes. Una versión preliminar de este trabajo apareció con el título de “Radiografía de la oferta de servicios de salud en Colombia”, Documento de Trabajo sobre Economía Regional, No. 202, CEER, Banco de la República, mayo de 2014. Recibido: marzo 16 de 2015; aceptado: mayo 11 de 2015.

ABSTRACT

The Supply of Health Services in Colombia, 2012-2013

The purpose of this paper is to determine the current status of the supply of health services in Colombia, by examining differences among regions, regimes and the legal status of providers. Of the 1,124 municipalities in Colombia, 45% only have public IPS of low and medium complexity and only provide, on average, 18 of the 234 available health services. In fact, 76% of Colombian departments offered only between 11 and 40 services. Variables such as travel costs, the frequency with which services are required and the ability of providers to meet emergencies, need to be considered when evaluating the relationship between the distribution of services across the country and the quality of health care.

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

JEL Classifications: I10, I11, I19, I30

I. 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 Colombia, desde 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 urgencia y muere antes de ser atendido); de esperas exageradas por el mismo servicio, y de la escasez de camas hospitalarias (*El Espectador*, 2014; Malaver, 2013). Por otro lado, el déficit operacional de los hospitales públicos alcanzó en 2012 \$160.591 millones de pesos [Superintendencia Nacional de Salud (SNS), 2013a, p. 20]. 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, p. 1). Otro reflejo de la crisis es el aumento sostenido en las tutelas en salud, que pasaron de 21.301 en 1999 a 142.957 en 2008 (Rodríguez, 2012, p. 513).

Incluso hoy muchos afectados acuden a redes sociales (Twitter, por ejemplo) para comunicarse con el Ministro de Salud y así buscar la atención oportuna propia o de familiares (Mosquera, 2014).

Ante el hecho de que los servicios no son suministrados oportunamente, surgen varias preguntas sobre la oferta de servicios de salud: ¿Se trata de 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 inventario de los prestadores del servicio de salud que permita conocer con precisión su localización y la calidad que ofrecen.

El propósito de esta investigación es revisar la situación actual de la oferta de servicios de salud en Colombia, identificando diferencias entre regiones, regímenes y naturaleza jurídica de los prestadores. A continuación se describe cómo se distribuye la población entre las Empresas Promotoras de Salud (EPS) del país, se examina el grado de concentración de los mercados de los regímenes contributivo y subsidiado, y se examina su capacidad instalada. Además, se analiza la localización de los servicios de salud, se indaga si la calidad de los servicios ofrecidos por las EPS e IPS es distinta de acuerdo al régimen en que se encuentran activas, en el caso de las primeras, o a la naturaleza jurídica, en el caso de las segundas.

En este estudio se emplean 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 Administrativo Nacional de Estadística (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 10 años no se realiza en Colombia un estudio que identifique disparidades regionales en términos de la capacidad de recursos físicos de los prestadores. De otra parte, este trabajo es el primero que analiza la distribución de los servicios de salud, lo que puede servir para identificar zonas que carecen de determinados servicios. Por otro lado, se busca aprovechar la consolidación de algunos indicadores de calidad de las EPS e IPS para identificar diferencias en la calidad de los servicios.

El trabajo se divide en cinco secciones. En la siguiente sección se resumen algunos conceptos que sirven para delimitar el alcance de la investigación. En la tercera se resumen las conclusiones de otros trabajos sobre la oferta de servicios de salud en el país. En la cuarta sección se describen, por un lado, el papel que

juegan las EPS y, por otro, cómo están organizados los prestadores, su localización, capacidad instalada y la variedad de servicios disponibles a nivel municipal. En la quinta sección se presentan algunas conclusiones.

II. ¿QUÉ SE ENTIENDE POR OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD?

Un sistema de salud está conformado por varios agentes: aportantes, aseguradores, prestadores, consumidores o pacientes, proveedores de medicamentos y agencias estatales [Ministerio de Protección Social (MPS), s.f., p. 464]. La oferta de medios asistenciales puede entenderse como el conjunto de activos de diferente naturaleza que posibilitan la prestación de la atención sanitaria. Dichos activos pueden ser clasificados en recursos tangibles o recursos intangibles. Los recursos tangibles se dividen a su vez en recursos físicos (edificios, equipamientos, terrenos, etc.) y recursos financieros. Los recursos intangibles se caracterizan por estar basados en el conocimiento y pueden ser divididos en recursos tecnológicos, reputación y recursos humanos (Ventura, 2008, p. 11). Para Solan y Hsieh (2012, p. 24), los principales oferentes de los servicios de salud son médicos, enfermeras, hospitales y productores de medicamentos.

Existen varias fallas de mercado del lado de la oferta de atención en salud. Por un lado, se observan externalidades positivas, como la vacunación contra una enfermedad transmisible, y negativas como la contaminación del medio ambiente. Por otro lado, a veces las condiciones geográficas o el tamaño del mercado dan lugar a monopolios naturales, oligopolios y alianzas entre agentes para la prestación de los servicios. También hay fallas en el aseguramiento, como la selección adversa, el riesgo moral y la discriminación de riesgos.

Según Castaño (2014, p. 48), la selección adversa se refiere a una mayor concentración de personas de alto riesgo en un subconjunto dado de población (región de un país, tipo de ocupación o asegurador), bien sea que las personas se hayan autoseleccionado hacia ese subgrupo o que hayan sido asignadas deliberadamente por una autoridad sanitaria o un pagador. La discriminación de riesgos, “descreme” o *cream skimming*, ocurre cuando los aseguradores tienen incentivos para seleccionar las personas de más bajo riesgo y rechazar las de más alto riesgo. Por su parte, el riesgo moral hace referencia al cambio en el comportamiento del individuo cuando se encuentra asegurado. Concretamente, el riesgo moral *ex-post*

se refiere a la decisión de consumir procedimientos cubiertos por el seguro que no se consumirían si el individuo tuviera que pagar completamente por ellos (Santa María, *et al.*, 2009, pp. 28-29).¹

Para contrarrestar las tres anteriores fallas interviene el Estado, diseñando un sistema de salud que coordine las relaciones entre la oferta y la demanda de servicios. Este diseño condiciona la equidad en la distribución de los recursos y debería establecer sus objetivos, elemento clave para evaluar su calidad.

Los aseguradores son intermediarios entre la oferta y la demanda, aglomeran la demanda y conforman redes de servicios para garantizar la oferta. Los prestadores, entonces, compiten con la calidad y cantidad de sus servicios e instalaciones por ser incluidos en las redes. Las aseguradoras están interesadas en controlar costos a través de juntas médicas, el mecanismo de pago a los médicos u hospitales y/o la integración vertical (MPS, s.f., pp. 468-469).

Al interior de una red de servicios se presentan diversas relaciones contractuales entre médicos y prestadores (prestador-médico, prestador-prestador). Uno de los aspectos a considerar, especialmente cuando el asegurador o el prestador pretenden controlar los costos, es que, como son los médicos quienes recetan los medicamentos y ordenan los exámenes diagnósticos, estos pueden usar su conocimiento para influenciar la demanda en beneficio propio, especialmente cuando al prestador (hospital o médico) se le paga por servicio. En la literatura esto se conoce como demanda inducida por la oferta.

Este documento se enfoca en los recursos tangibles físicos que posibilitan la oferta asistencial: los prestadores, su capacidad instalada y los servicios que efectivamente ofrecen. Por el contrario, no se abordan aspectos como el recurso humano, los recursos financieros y la eficiencia hospitalaria.

III. ¿QUÉ SE CONOCE SOBRE LA OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA?

En Colombia, la literatura sobre la oferta de los servicios de salud es relativamente reciente, en parte por la carencia de bases de datos confiables. Las prime-

¹ El riesgo moral *ex-ante* no es significativo en los mercados de salud. Este se refiere a la decisión que toma el individuo de cuidarse menos una vez está asegurado (Santa María, *et al.*, 2009, p. 29).

ras investigaciones 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 públicos.² Desde 2007 la SNS, el MPS y entidades gremiales, como la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (2013), han hecho 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. Con este propósito levantaron 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 prestadores privados y mixtos, Sarmiento *et al.* suponían 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, donde los hospitales privados descongestionarian a los públicos.

Por otro lado, Sarmiento, *et al.* (2005, pp. 20-37) también encontraron que hace 10 años el promedio nacional de consultas especializadas por cada 1.000 habitantes era cuatro veces inferior a la media de América Latina. Además, solo un cuarto de la población de madres gestantes 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.

² El Departamento Nacional de Planeación (DNP) (2002) y el MPS (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 (DNP, 2006) se buscan estrategias para aliviar la cartera de estas entidades, identificando los principales deudores en cada régimen. El informe de la SNS (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.

El MPS (2005, pp. 55 y 62), 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, p. 144) 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.

Un primer esfuerzo por conocer las percepciones de los afiliados sobre la calidad de los servicios fue realizado por Peñaloza (2005) y por el Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID) de la Universidad Nacional de Colombia, en conjunto con el MPS (2007). 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 (ARP) e IPS. Como resultado de la aplicación de estos indicadores, el MPS ha desarrollado 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. En este marco ha publicado una serie de ordenamientos de las EPS según la calidad de sus servicios [MPS y SNS (2011), MSPS y SNS (2013), MSPS y SNS (2012) y MSPS (2012)].

En síntesis, las investigaciones mencionadas encontraron una capacidad instalada y una producción hospitalaria pública deficientes, y 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.

IV. DEL ASEGURAMIENTO A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

El análisis de los factores que determinan el acceso de los ciudadanos a los servicios de salud por el lado de la oferta comprende varios aspectos. En esta sección se describen varios de ellos: el aseguramiento, la distribución de los prestadores de servicios en el territorio nacional y las redes que conforman, la capacidad instalada y la variedad de servicios disponibles a nivel municipal.

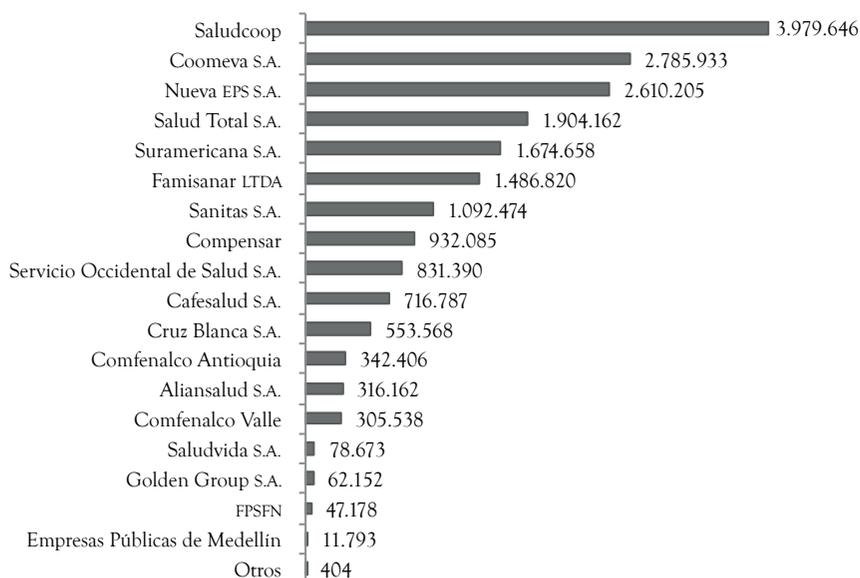
A. El aseguramiento

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. Las entidades territoriales con una mayor población (en su orden, Bogotá, Antioquia, Valle del Cauca y Atlántico) tienen, en promedio, el 92% de sus habitantes afiliados.³ Una excepción es Cundinamarca, que a pesar de ser el cuarto departamento con mayor población del país, tiene la menor proporción de población afiliada (74% en promedio), al par con Caquetá, Guaviare, Vaupés, y San Andrés y Providencia.

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 Grupo de Economía de la Salud (GES) (2011, p. 15) 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, paralelo al crecimiento de la economía y la generación del empleo (GES, 2012, p. 8). De hecho, desde 2007 se observa la coincidencia entre el crecimiento de la población ocupada y el de los cotizantes.

³ Bogotá será considerado en este documento como otro departamento por el tamaño de su población.

GRÁFICO 1
Colombia: Número de afiliados al régimen contributivo según EPS, 2013



Notas: El grupo “Otros” lo conforman: Humana Vivir, Salud Colpatría, Multimédicas Salud con Calidad S.A y Saludcolombia S.A. FPSFN: Fondo de Pasivo Social de los Ferrocarriles Nacionales. Información de noviembre de 2013.

Fuente: Elaboración propia con base en datos de Superintendencia Nacional de Salud (SNS).

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 dos y 15 EPS. A mayor población, mayor diversidad de EPS (Cuadro 1).

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, p. 87). En ese año había 245 EPS mientras que en 2013 operaban 35, de las cuales: 15 son Cajas de Compensación

CUADRO 1
*Colombia: Número de EPS del régimen contributivo
 por departamento, 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

Notas: No se incluyó en el cálculo departamental de las EPS aquellas con un número de afiliados de dos o un dígito. Información de noviembre de 2013.

Fuente: Elaboración propia con base en datos de Superintendencia Nacional de Salud (SNS).

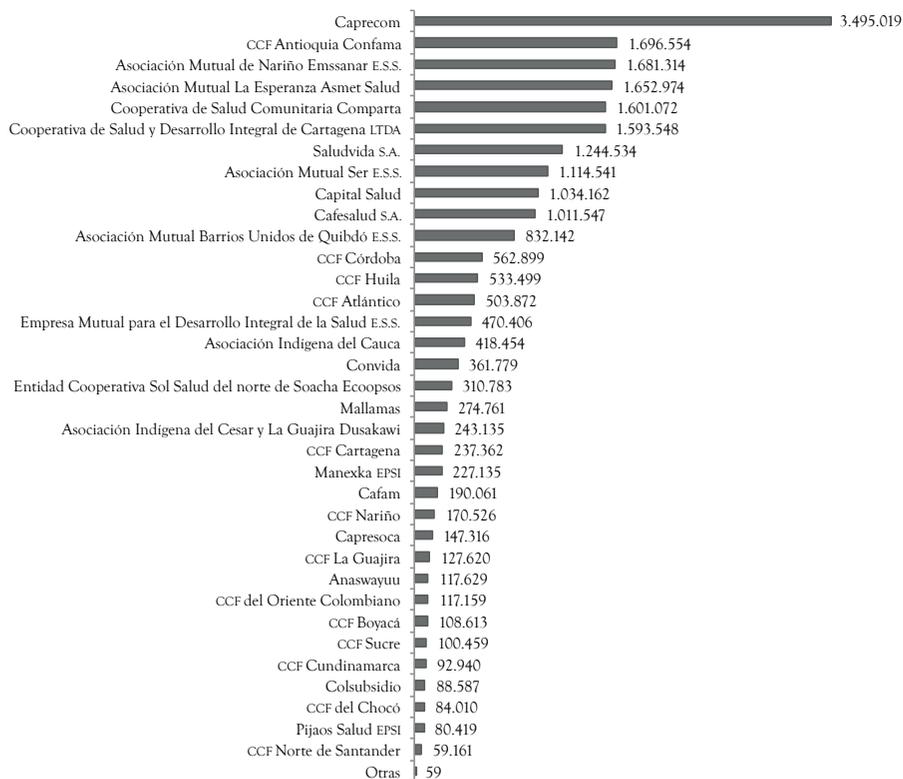
Familiar (CCF), 13 son EPS, seis de ellas de carácter indígena (EPSI) y siete Empresas Solidarias de Salud (ESS).⁴

La disminución del número de entidades participantes en el régimen subsidiado se ha dado como resultado de un interés en 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 adoptadas con ese propósito (Garavito y Soto, 2009, pp. 86-87).

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 correlación. Pero hay algunas excepciones: aunque en Arauca, La Guajira y Putumayo el indicador NBI es menor que en San

⁴ Sin tener en cuenta cinco EPS, tres de ellas con un solo afiliado cada una y las otras dos con cinco cada una.

GRÁFICO 2
Colombia: Número de afiliados al régimen subsidiado
según EPS, 2013



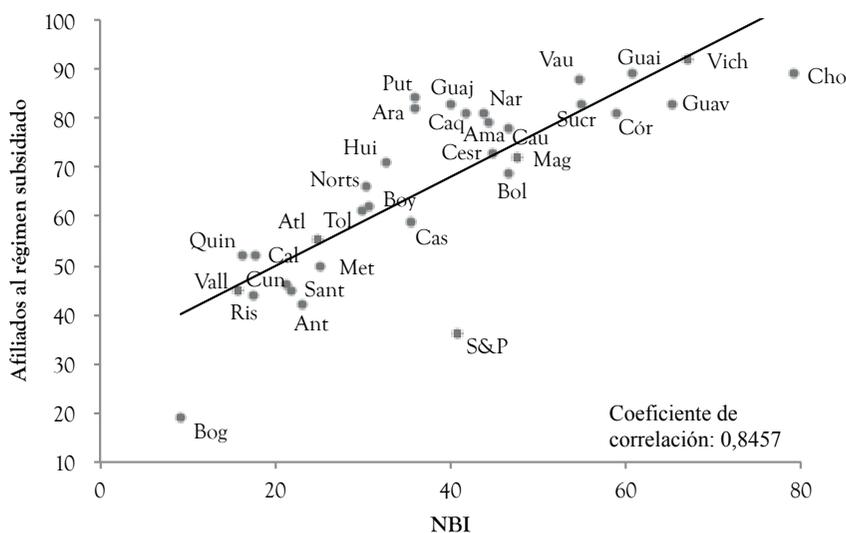
Notas: El grupo "Otras" lo conforman: Selvasalud S.A., Humana Vivir S.A., Cóndor S.A., Calisalud, el INPEC y las CCF de Caquetá y Barrancabermeja. Información de noviembre de 2013.

Fuente: Elaboración propia con base en datos de Superintendencia Nacional de Salud (SNS).

Andrés, más del 80% de su población está en el régimen subsidiado; en las islas este porcentaje es de 36% (Gráfico 3).

Por otro lado, no existe una relación consistente entre la tasa de desempleo y el porcentaje de población afiliada al régimen subsidiado. Atlántico, Bolívar, Boyacá y Magdalena tienen las más bajas tasas de desempleo, pero la mayor parte de su población pertenece a este régimen. Por el contrario, aunque Valle del

GRÁFICO 3
 Colombia: Relación entre la proporción de la población afiliada
 al régimen subsidiado y el porcentaje de NBI, 2013
 (porcentajes)



Nota: La información de la población afiliada al régimen subsidiado es de noviembre de 2013.

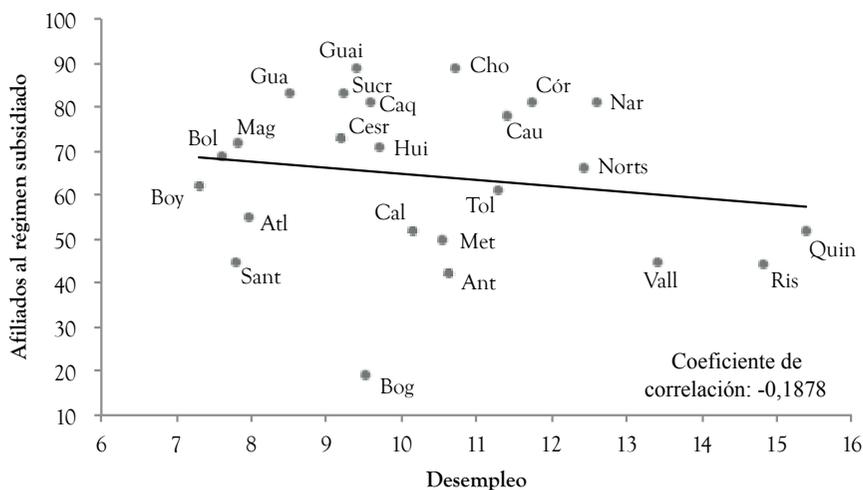
Fuentes: Elaboración propia con base en datos de Superintendencia Nacional de Salud (SNS) y Departamento Nacional de Estadísticas (DANE).

Cauca y Risaralda tienen altas tasas de desempleo, un poco más de la mitad de sus afiliados está afiliada al régimen contributivo (Gráfico 4).

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).⁵ Cúcuta tiene un mayor porcentaje de informalidad que Cartagena,

⁵ La proporción de afiliados al 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.

GRÁFICO 4
 Colombia: Relación entre la proporción de la población afiliada al régimen subsidiado y la tasa de desempleo, 2013
 (porcentajes)



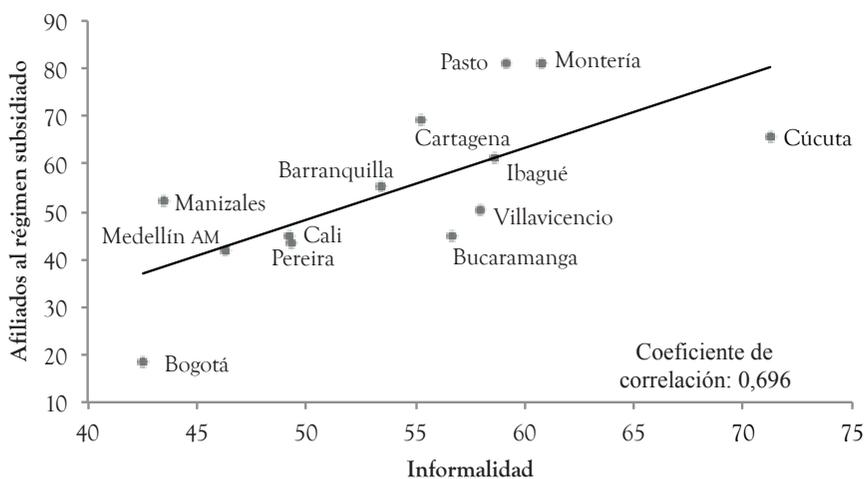
Notas: La información de la población afiliada al régimen subsidiado es de noviembre de 2013. El desempleo es un promedio de la tasa observada entre enero y diciembre de 2013.

Fuentes: Elaboración propia con base en datos de Superintendencia Nacional de Salud (SNS) y Departamento Nacional de Estadísticas (DANE).

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

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 moderada-

GRÁFICO 5
 Colombia: Relación entre la proporción de la población afiliada
 al régimen subsidiado y la informalidad, 2013
 (porcentajes)



Notas: La información la población afiliada al régimen subsidiado es de noviembre de 2013. La informalidad es un promedio de la tasa observada entre septiembre y noviembre de 2013.

Fuentes: Elaboración propia con base en datos de Superintendencia Nacional de Salud (SNS) y Departamento Nacional de Estadísticas (DANE).

mente concentrado, mientras que valores por encima de 2.500 corresponden a mercados altamente concentrados (GES, 2011, p. 15).

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 se consideraría no concentrado, pues para tener el 66% de los afiliados se requiere reunir los usuarios de cinco EPS (Cuadro 2).

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

CUADRO 2
*Colombia: Grado de concentración de los mercados
 contributivo y subsidiado según el Índice Herfindahl-Hirschman,
 2013*

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

Notas: 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). Información de noviembre de 2013.

Fuente: Elaboración propia con base en datos de Superintendencia Nacional de Salud (SNS).

departamentos, seis de los cuales son de la Costa 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, pp. 15-18), 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, entre el grupo de municipios con menor población, la oferta de EPS es superior en el régimen contributivo que en el subsidiado.

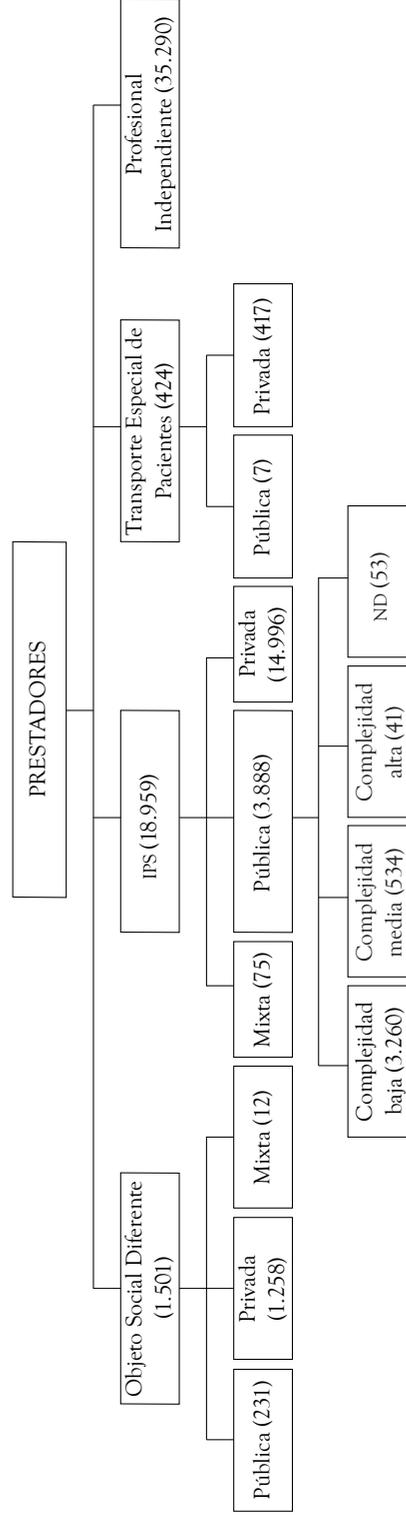
La concentración en las EPS del régimen subsidiado aumentó en Bogotá entre 2011 y 2013: la capital pasó de tener 15 EPS a tres, donde una de ellas agrupa el 69% de los afiliados. Se han mencionado varias causas de la disminución en el número de EPS en Bogotá. Algunos de sus representantes afirman que salieron del mercado debido a que la nivelación del Plan Obligatorio de Salud (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 servicios (*El Nuevo Siglo*, 2012; *RCN La Radio*, 2012). En otros casos, la SNS al parecer consideró 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 requerido (*Semana*, 2011).

B. Los prestadores del servicio de salud

En esta sección se describen las características de los prestadores de los servicios de salud con base en el Registro Especial de Prestadores (REPS), que contiene información sobre aquellos habilitados para ofrecer servicios de salud en el país.⁶ 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).

⁶ Los 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
 Colombia: Prestadores del SGSSS, 2013



Nota: En este conteo se incluyen las sedes principales y alternas.

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

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 ofrecido por IPS o profesionales independientes. De las 424 entidades que prestan este servicio, 417 son privadas. 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 (por ejemplo, Medellín, Valledupar, Neiva y Villavicencio).

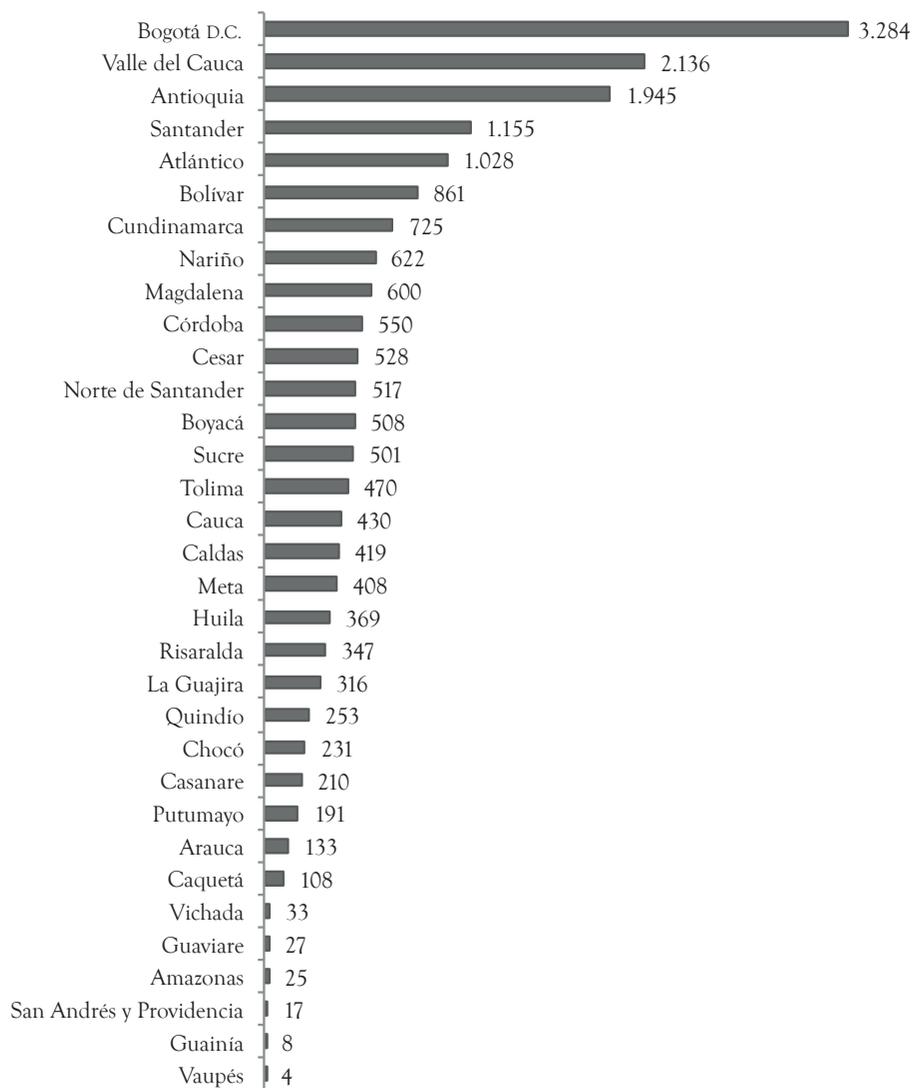
Por su parte, las entidades con objeto social diferente son aquellas cuya actividad principal no es la prestación de servicios de salud pero brindan servicios de baja complejidad y/o consulta especializada, sin incluir servicios de hospitalización o quirúrgicos. El 84% de las existentes en el país son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

Al examinar la localización de los prestadores de salud a lo largo del territorio nacional se encuentra 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 (Gráficos 7 y 8). El único que mantiene su posición en los primeros puestos del ordenamiento es Santander; de hecho, Antioquia, pasa a ser uno de los últimos en la lista, siendo superado por departamentos pobres como Chocó, Boyacá y Nariño. Por otro lado, los departamentos menos poblados sí aparecen en las últimas posiciones de ambos ordenamientos, excepto Casanare.
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 donde no hay ningún prestador. De hecho, en Vaupés solo se presta el 18% de los servicios médicos

GRÁFICO 7
 Colombia: Número de IPS por departamento, 2013

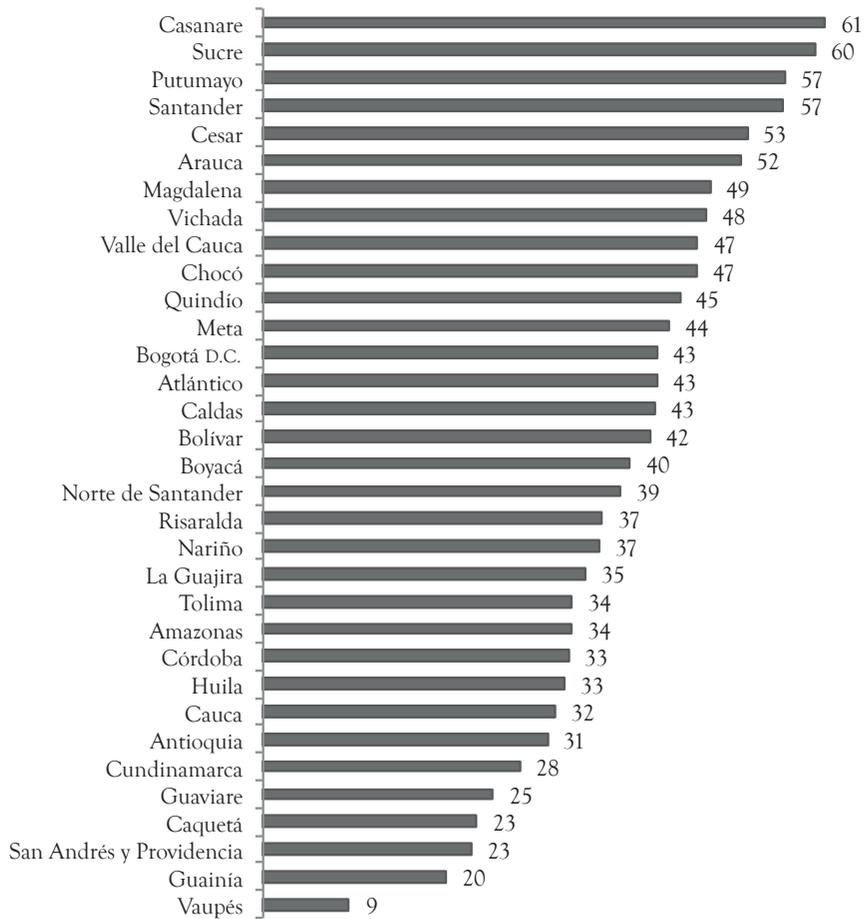


Nota: Datos con corte a diciembre de 2013.

Fuente: Elaboración propia con base en datos de Registro Especial de Prestadores (REPS).

GRÁFICO 8

Colombia: Número de IPS departamental por cada cien mil habitantes, 2013



Nota: Datos con corte a diciembre de 2013.

Fuente: Elaboración propia con base en datos de Registro Especial de Prestadores (REPS).

disponibles en el país, específicamente en tres municipios (Mitú, Carurú y Taraira). Por lo tanto, es muy probable que sus habitantes con frecuencia deban viajar a otro departamento para ser atendidos. Si un residente de Pacoa necesita consultar un gastroenterólogo, debe desplazarse a Floren-

cia o Curillo (Caquetá), o a Leticia (Amazonas) o a San José del Guaviare (Guaviare), que son los municipios de departamentos limítrofes que prestan dicho servicio. Se supondría 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), un viaje que, en promedio, dura 40 minutos. En Carurú hay un vuelo comercial a Villavicencio, desde donde el paciente tomaría un vuelo a 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 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 de ida y vuelta desde Pacoa hasta Carurú, el trayecto Carurú-Villavicencio-Carurú, y, eventualmente, el vuelo desde Villavicencio a alguna otra ciudad. Si el paciente debe someterse a diálisis renales varias veces a la 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 disponibles son públicas. Entre estos, 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 alternas. Por ejemplo, en Barbacoas existen 12 IPS, diez de ellas puestos de salud en la zona rural del municipio y son sedes del Hospital San Antonio de Barbacoas, que está en la cabecera municipal. Igual ocurre en Potosí y Maguí.

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) depende del adecuado funcionamiento de entidades del Estado. Ello 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 según el nivel de complejidad de los procedimientos médicos que ofrecen para resolver las necesidades de sus afiliados para curar o prevenir dolencias. Los grados de complejidad se clasifican en bajo, medio y alto.⁷ 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 servicios de salud, bajo este concepto, para las IPS públicas (alrededor del 20% de las IPS).⁸

De los 1.124 municipios del país, 1.091 tienen IPS públicas y, como se mencionó, 504 solo cuentan con IPS de esta naturaleza jurídica.⁹ 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 Mapa 1 se observa 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.

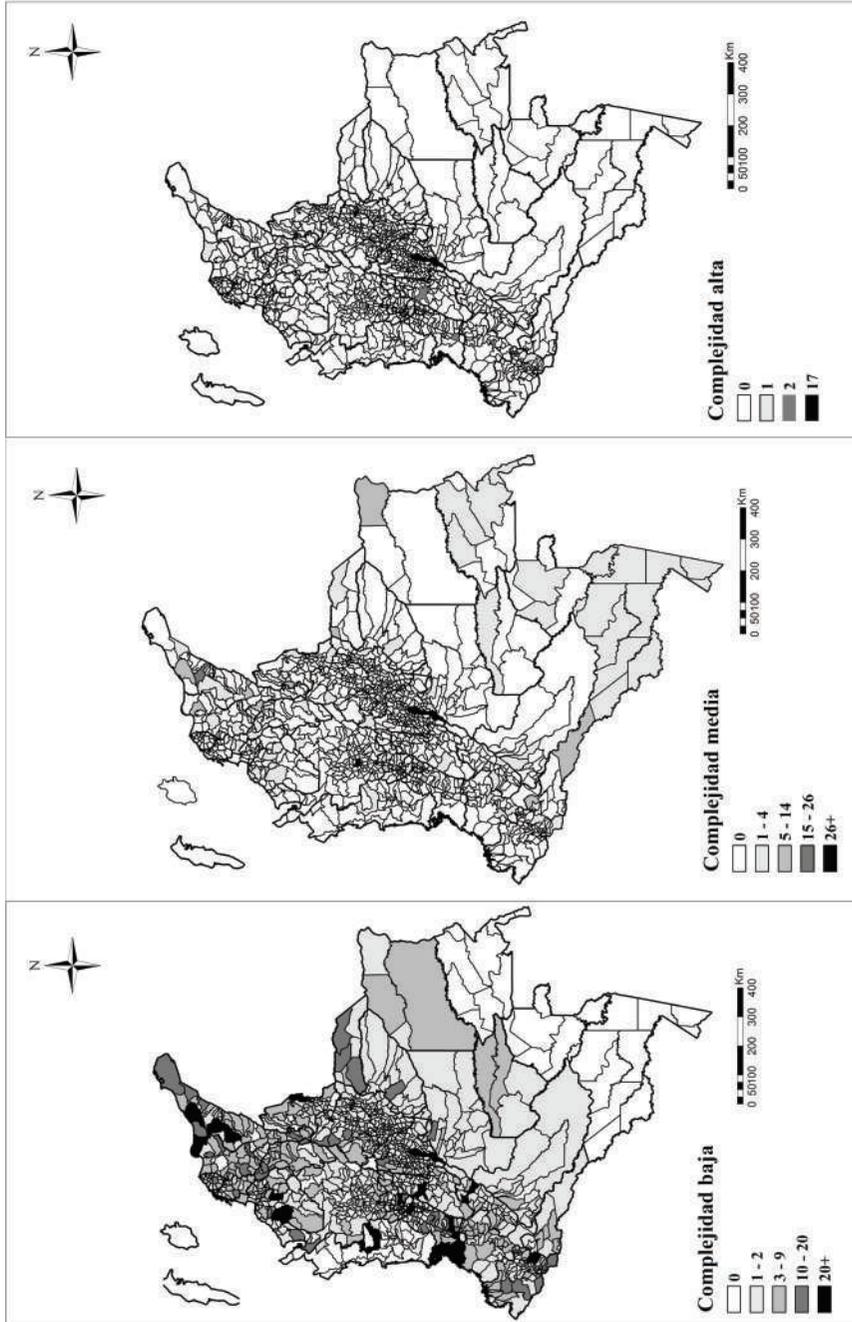
4. En cuanto al número de IPS por cada 100.000 habitantes, las principales ciudades del país no lideran el ordenamiento (Cuadro 3). En los municipios que encabezan el listado, la oferta de prestadores está constituida principalmente por centros y puestos de salud, laboratorios, centros de rehabilitación, entidades de ortodoncia y ópticas. De hecho, en estas entidades territoriales no hay ninguna IPS pública de alta complejidad. Por

⁷ 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 que lo ofrece. Los requisitos cubren aspectos como recurso humano, instalaciones físicas, dotación y mantenimiento, la gestión de medicamentos y los dispositivos médicos.

⁸ Para el 1% de las IPS públicas (53 IPS) tampoco está definido el grado de complejidad.

⁹ También hay 19 municipios que solo cuentan con IPS privadas; 12 de ellos se encuentran en Chocó.

MAPA 1
Colombia: Localización de las IPS públicas según su nivel de complejidad, 2013



Fuente: Elaboración propia con base en datos de Registro Especial de Prestadores (REPS).

CUADRO 3

Colombia: Ordenamiento de municipios de acuerdo al número de IPS por cada 100.000 habitantes, 2013

Los últimos diez		Las principales cabeceras		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	Medellin (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 Uvira (Boyacá)	110,3
Dabelba (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	Potosí (Nariño)	137,9
Santa Bárbara (Antioquia)	4,5	Cúcuta (Norte de Santander)	52,9	Mocoa (Putumayo)	152,8

Fuentes: Elaboración propia con base en datos de Registro Especial de Prestadores (REPS) y Departamento Nacional de Estadísticas (DANE).

ejemplo, en La Uvita (Boyacá), ubicada en el sexto puesto entre 1.123 municipios, solo hay tres IPS y todas son puestos de salud.

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, la composición de la oferta en los municipios que encabezan el listado confirma 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.

C. Redes de servicios de salud

Los diferentes prestadores que una EPS contrata para atender a sus afiliados en determinado espacio geográfico conforman una red. La Ley 100 de 1993 estableció que las EPS son las encargadas de estructurar la red de servicios para sus afiliados.¹⁰ Por otro lado, las IPS públicas localizadas en un mismo departamento conforman la red hospitalaria pública departamental. Históricamente, esta red ha atendido principalmente a afiliados del régimen subsidiado y a personas no aseguradas (o vinculadas). Las EPS del régimen subsidiado deben contratar al menos el 60% del gasto en salud con IPS de esta naturaleza jurídica (Congreso de la República, 2007) y también son contratadas por las entidades territoriales para realizar actividades de salud pública.

Dado que se hicieron evidentes una falta de desarrollo y organización de la red y desequilibrios entre la oferta y la demanda de servicios de salud en distintas regiones, (Arroyave, 2009, p. 335), desde 1999 el Gobierno ha venido desarrollando el proyecto de mejoramiento, fortalecimiento y ajuste de la gestión de las instituciones que conforman la red pública hospitalaria, con el propósito de mejorar la estructura de sus costos y su productividad.

En 2004 se inició el Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de las redes de prestación de servicios de salud, financiado con créditos otorgados por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), y recursos de las entidades

¹⁰ Según la Organización Panamericana de la Salud (2011, p. 231), algunas EPS habrían sacado ventaja de esta posición construyendo sus propias redes de centros médicos, apoyo diagnóstico, o redes que incluían todos los niveles de atención.

territoriales y de la Nación. Como parte del programa, entre 2002 y 2010, 268 IPS de 28 departamentos suscribieron voluntariamente convenios de desempeño asociados a créditos condonables, para adecuar la estructura de sus recursos humanos y hacer posible su autofinanciamiento (Arroyave, 2009; Glassman, *et al.*, 2010; DNP, s.f.).

Según el DNP (s.f., p. 3), 31 entidades territoriales, entre departamentos y distritos, contaban (aproximadamente en 2010) con un diseño de red de prestación de servicios de salud aprobado por el Ministerio de la Protección Social. Dichos diseños se derivaron de estudios de la organización de la red del departamento desde el punto de vista de la demanda de servicios, incluyendo perfil epidemiológico, nivel de aseguramiento y frecuencia de uso de servicios, contrastado con la capacidad instalada, el recurso humano y las condiciones financieras de cada entidad territorial. Solo en La Guajira y Guainía no se habían iniciado estos estudios.

La Ley 1438 de 2011 introdujo el concepto de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), definiéndolas como “el conjunto de organizaciones o redes que prestan servicios o hacen acuerdos para prestar servicios de salud individuales y/o colectivos, más eficientes, equitativos, integrales, continuos a una población definida, dispuesta conforme a la demanda” (Congreso de la República, 2011). A partir de esta Ley, la red al interior de un espacio poblacional determinado debe ser organizada por las EPS y las entidades territoriales, no solo por las EPS, como antes.¹¹ Además, dentro de la red deberían incluirse prestadores públicos, privados y mixtos. Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2011) las redes propuestas bajo ese marco legal no cumplen los atributos esenciales de las RISS, existe una reglamentación contradictoria en el país y subsisten ineficiencias, por lo cual el sistema de salud tendría que enfrentar varios retos.

Identificar diferencias entre redes de distintas regiones presenta algunas dificultades. Si el análisis se limita a la red pública, se debe notar que para identificar la red de un departamento no basta con conocer cuáles son los hospitales públicos con que cuenta, sino también es necesario conocer el proceso de referencia y contra referencia de los pacientes, que no necesariamente implica que estos van a ser transferidos a prestadores ubicados al interior de la misma entidad territorial. Es decir, puede suceder que una EPS autorice la realización de un tratamiento o consulta en un municipio distinto a aquel donde residen sus afiliados, aunque en

¹¹ La entidad territorial sería ser el departamento, distrito o municipio, dependiendo de si este último está certificado.

el lugar de residencia sí se ofrezca el servicio requerido. Además, al interior de un municipio cada EPS tiene su propia red y esta es dinámica: una EPS puede cambiar de IPS, de laboratorio o simplemente suspender los contratos de un periodo a otro. La red que cubre dos habitantes de un mismo municipio puede ser diferente si uno pertenece al régimen subsidiado y el otro al contributivo.

Por estas razones los análisis en el presente trabajo no se realizarán a nivel de redes sino a nivel de prestadores. Como ya se mencionó, 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.

D. Capacidad instalada

La información sobre capacidad instalada en el país proviene principalmente de dos fuentes. Una es el Registro Especial de Prestadores (REPS), que permite conocer la disponibilidad de recursos, tales como camas, salas de quirófano y 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, cuentan con alguna de estas facilidades. Es decir, 3.666 de 56.174 prestadores ofrecen servicios hospitalarios, quirúrgicos y/o de transporte especial de pacientes. En el país como un todo, 57% de las camas, 76% de las salas de quirófanos y 51% de las ambulancias son de naturaleza privada (Cuadro 4). Sin embargo, en 10 departamentos 61% de las camas provienen de prestadores privados.¹²

Según el REPS, en 2013 existían 15 camas por cada 10.000 habitantes. 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 10.000 habitantes y en los de ingresos altos fue de 37.¹³ En Amé-

¹² Antioquia, Atlántico, Bogotá, Caldas, La Guajira, Magdalena, Nariño, Risaralda, Santander y Sucre.

¹³ La OMS clasifica a 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 Suroriental, Europa, Mediterráneo Oriental y Pacífico Occidental. No incluyen información sobre la región de África. Para conocer en detalle los parámetros de las clasificaciones, consultar OMS (2012, pp. 130-131).

CUADRO 4
Colombia: Capacidad instalada por naturaleza jurídica, 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: Elaboración propia con base en datos de Registro Especial de Prestadores (REPS).

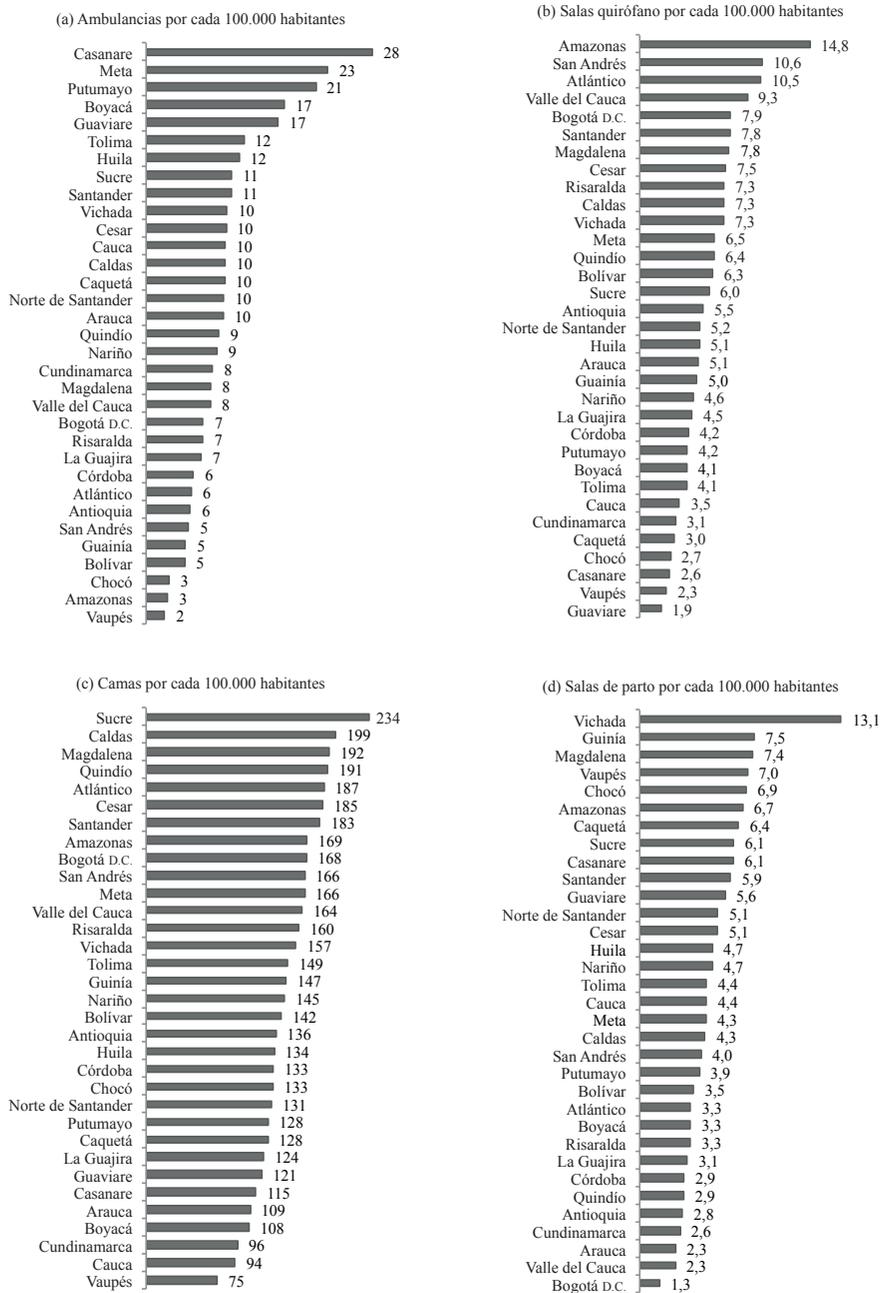
rica Latina, el promedio fue de 24, superando solo a Asia Sudoriental y el Mediterráneo Oriental. En Europa el promedio es de 60 camas por cada 10.000 habitantes.¹⁴ La diferencia entre las cifras presentadas por REPS y la OMS puede deberse a sus fuentes de información, además del periodo que consideran. De hecho, el documento de la OMS no especifica sus fuentes.

Las diferencias regionales en la capacidad instalada pueden observarse en el Gráfico 9. 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 100.000 habitantes. Tampoco sobresalen si se trata del número de ambulancias o camas. Por su parte, regiones de frontera como Vaupés, Amazonas, Chocó y Guainía figuran como las de menos ambulancias por cada 100.000 habitantes, estando en desventaja en cuanto al número de IPS, como se mostró en el 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 municipios (93% de las registradas en el REPS en 2013). Entre 2002 y 2012 no hubo grandes cambios en la capacidad hospitalaria pública: por un lado, se dieron ligeros aumentos en el número

¹⁴ El informe advierte que, como 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.

GRÁFICO 9
Colombia: Capacidad instalada por departamento, 2013



Fuente: Elaboración propia con base en datos del Registro Especial de Prestadores (REPS).

de consultorios y unidades de odontología; por otro, hubo disminuciones de la cantidad de camas, salas de quirófanos y mesas de parto (Cuadro 5). Esto podría indicar que las atenciones de mayor complejidad están pasando a ser resueltas por las IPS privadas.

CUADRO 5
Colombia: 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: Elaboración propia con base en Sistema de Información Hospitalaria (SIHO).

Cuando se compara la capacidad instalada de los municipios que solo cuentan con IPS públicas con la del resto de municipios 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 6). Esto suscita el interrogante 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 en realidad 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.

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

CUADRO 6
Colombia: Capacidad instalada, 2012-2013
 (municipios con solo IPS públicas y resto de municipios)

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

Notas: ND: Datos no disponibles. *Información obtenida de SIHO (2012).

Fuentes: Elaboración propia con base en el Registro Especial de Prestadores (REPS) y el Sistema de Información Hospitalaria (SIHO).

parto y 6% no ofrecen camas.¹⁵ De nuevo, las diferencias saltan a la vista y no favorecen a aquellos municipios que solo cuentan con IPS públicas.

Si este modelo de operación del sistema de salud, en el cual 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 debe 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 requieren.

¹⁵ Cálculos realizados a partir del REPS, 2013.

Al revisar en detalle el caso de cada facilidad se encuentran algunos aspectos que llaman la atención. Primero, las principales ciudades del país no se encuentran entre los diez municipios con mayor número de facilidades públicas por cada 100.000 habitantes. Por el contrario, 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 “10 menos” en todas las facilidades, excepto en camas y quirófanos, debido a que la oferta de IPS allí es 93% privada. Lo mismo sucede en Cali, Medellín y Bogotá, que se encuentran en la lista de los 10 municipios con menos mesas de parto públicas por cada 100.000 habitantes; y en Barranquilla, Medellín y Cartagena con las salas de quirófano. Esto implica 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 100.000 habitantes y Dosquebradas (Risaralda) es la última con un quirófano. Por el contrario, entre el primero y el último municipio de otras listas, la diferencia es de 22.782 consultorios para urgencias, 2.610 camas y 793 consultorios para consulta externa por cada 100.000 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, en el número de camas, de los 59 municipios que no poseen ninguna, 52 son de ese departamento. De nuevo, la distancia y 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, juegan un papel fundamental para garantizar el acceso a los servicios.

Como lo habían advertido Sarmiento, *et al.* (2005, p. 20), no existe información sobre la cantidad de otro tipo de salas y equipos, por ejemplo incubadoras, consultorios no médicos (enfermería, curación, nutrición etc.), salas de rehabilitación, salas de radiología, salas de ecografía y laboratorios de patología. Sin embargo, a partir del 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, mas no con cuantas sillas hay para la realización de este procedimiento. 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.

E. Servicios de salud¹⁶

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 las modalidades de intramural, extramural y telemedicina. Para el caso del transporte especial de pacientes, las modalidades son terrestre, aérea y marítima o fluvial.

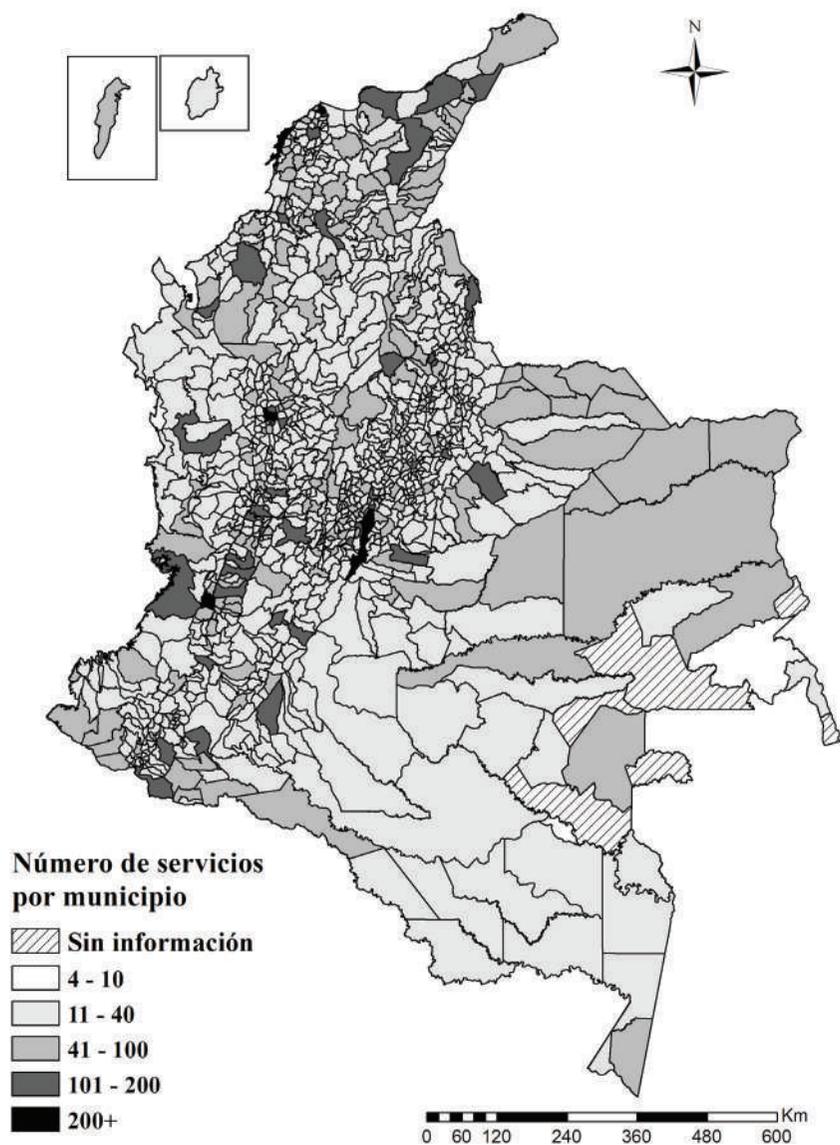
La modalidad intramural es la atención ambulatoria y hospitalaria que se realiza en una misma estructura de salud. La modalidad extramural son aquellos servicios que se ofrecen a la población en espacios no destinados a salud o espacios de salud de áreas de difícil acceso que no cuentan con servicios quirúrgicos habilitados. Por su parte, telemedicina consiste de la prestación de servicios de salud 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. Estas les permiten intercambiar datos para facilitar el acceso y la oportunidad en la prestación de servicios de salud a la población que presenta en su lugar de residencia limitaciones de oferta, de acceso a los servicios o de ambos (MSPS, 2013).

El 64% de los departamentos cuentan con más del 70% de los servicios, mientras que los menos poblados (Amazonas, Guainía, Guaviare, Vaupés, Vichada, y 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, al igual que las capitales departamentales. De un total de 1.124 municipios en Colombia, 76% ofrece entre 11 y 40 servicios; 10% ofrece entre 40 y 100 servicios; 4% ofrece entre 100 y 200; 0,4%, que corresponden a las cinco ciudades principales, ofrecen más de 200 servicios, y 1% (diez municipios) no ofrece ningún servicio, pues no cuenta con ningún tipo de prestador (Mapa 2). Por otro lado, entre los diez municipios con mayor número de IPS por cada 100.000 habitantes (ver Cuadro 3), seis ofrecen menos de 50 servicios y los restantes no brindan ni la mitad de los servicios disponibles.

¹⁶ Esta sección se basa en reps del Ministerio de la Protección Social, que publica datos sobre los servicios prestados por el 98% de las ips (sedes principal y alternas) en Colombia.

MAPA 2
Colombia: Cantidad de servicios de salud prestados por municipios, 2013



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

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 7).

Las diferencias entre los municipios son más notorias cuando se tiene en cuenta la clasificación de los servicios según la etapa de atención al paciente. Por lo común, el paciente primero asiste a consulta externa con el médico general o especialista, que luego le ordena algunos exámenes de diagnóstico. Finalmente, se encuentran los procedimientos quirúrgicos, que podrían ser de mayor complejidad que los servicios anteriores. En el Mapa 3 se identifican zonas que prestan un menor número de servicios en la medida en que su complejidad aumenta.

Es cierto que no necesariamente el modelo de prestación de servicios de salud más eficiente en Colombia es aquel en que 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 caso de que un paciente requiera trasladarse a otro municipio para acceder a un servicio cubierto por el POS que no está disponible en su lugar de residencia, el paciente debe cubrir los costos de transporte [Comisión de Regulación en Salud (CRES), 2011]. En 2013, 10% de la población en Colombia no estaba afiliada al SGSSS – un grupo para el cual presumiblemente era más difícil acceder al servicio pues, además de pagar la consulta, debían asumir los costos del desplazamiento.

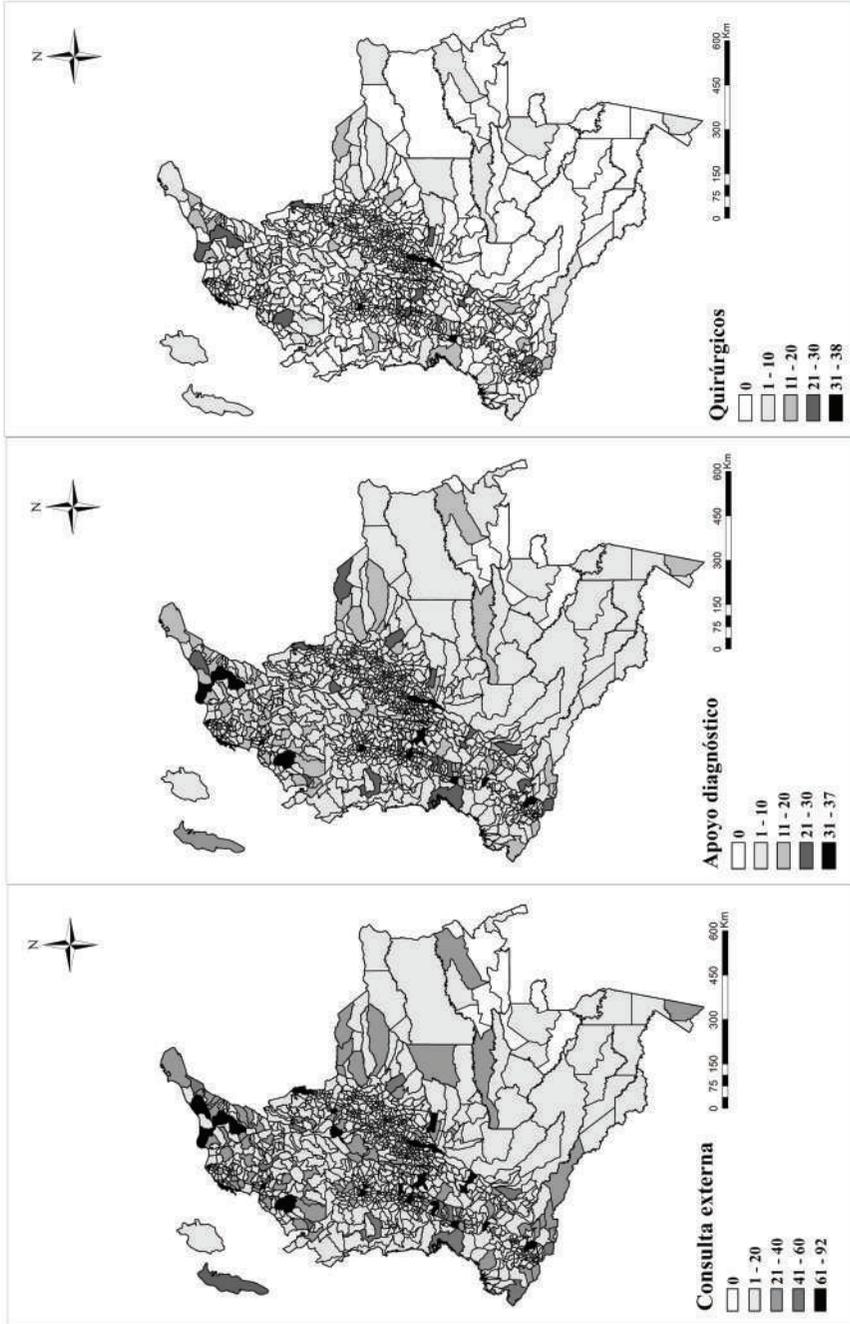
CUADRO 7

Colombia: Cantidad de servicios de salud ofrecidos, 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: Elaboración propia con base en datos de Registro Especial de Prestadores (REPS).

MAPA 3
Colombia: Oferta de servicios municipal según el tipo de servicio, 2013



Fuente: Elaboración propia con base en datos de Registro Especial de Prestadores (REPS).

2. La frecuencia con que se requiere el servicio: Según 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 determina si su oferta es suficiente. Por lo tanto, puede ser natural, en razón de 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 servicios, es muy probable que las EPS remitan a sus pacientes a la capital para recibir ciertas atenciones.¹⁷ 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 permita la prestación oportuna de los servicios. Al menos en cuanto al número de ambulancias y salas de parto, la capital no está en los primeros lugares en el listado departamental, y ocupa los puestos noveno y quinto en las listas de quirófanos y camas, a pesar de ser la entidad territorial con mayor población.

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 9) 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 Colombia amplias diferencias entre los municipios en el número de servicios de salud ofrecidos. De 234 disponibles en el país, el

¹⁷ Alrededor de Bogotá hay 14 municipios de Cundinamarca y tres del Meta.

74% de las entidades territoriales brindan 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 así el sistema? 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.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Con base en este examen de diferentes aspectos relacionados con la oferta de servicios de salud, se pueden extraer varias conclusiones.

En primer lugar, en 45% de los municipios colombianos solo existen IPS públicas; 73% de estos 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. También lo está 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 en Colombia, y teniendo en cuenta que hay 234 tipos de servicios que pueden ofrecerse, 76% ofrecen apenas entre 11 y 40 servicios; 0,4% de ellos, 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 cuanto 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.

En tercer lugar, es cierto que no necesariamente el modelo de prestación de servicios de salud más eficiente en Colombia es aquel en el cual 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 acceso oportuno. En el contexto colombiano, donde la oferta de servicios y, por ende, la capacidad instalada se ha concentrado en ciertos municipios en donde reside gran parte de la población nacional, deben considerarse elementos adicionales. Un ejemplo son los costos de viaje que deben ser cubiertos por los pacientes en cuánto deban desplazarse a otro municipio para acceder a un servicio no disponible en su lugar de residencia, lo cual es una barrera de acceso a la atención.

En cuarto lugar, si se supone 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 y otros de mayor complejidad se ofrecen 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 100.000 habitantes no se encuentran los de mayor población, lo que podría ser una señal de alerta. Así como lo es también el hecho de que, entre 2008 y 2012, en las cinco principales capitales (Bogotá, Medellín, Cali, Cartagena y Barranquilla), se redujo el porcentaje de personas que se sienten satisfechas con los servicios, mientras que aumentó la proporción de las que se sienten insatisfechas (Reina, 2014, p. 18).

De lo anterior se desprenden algunas recomendaciones. La primera es que se deben identificar 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 hacer 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. Adicionalmente, encuestas usadas regularmente en la literatura, como la Nacional de Calidad de Vida y las de Percepción Ciudadana *Cómo Vamos*, deberían usarse para identificar las brechas entre necesidad y acceso a servicios médicos específicos, tales como las consultas con especialistas y los exámenes diagnósticos. Estas medidas podrían servir para complementar y contrarrestar los indicadores de calidad reportados por las IPS.

Tercero, los departamentos del suroriente (Amazonas, Guainía, Guaviare, Vaupés y Vichada), que son los que ofrecen un menor número de servicios, son,

al mismo tiempo, los que cuentan con el menor número de ambulancias. Por lo tanto, debería fortalecerse 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. Se precisan estudios que determinen los factores del lado de la oferta que afecten el acceso a los servicios, especialmente en estas zonas apartadas (Tovar-Cuevas y Arrivillaga-Quintero, 2014, p. 23).

En cuarto lugar, teniendo en cuenta que pocos municipios cuentan con hospitales públicos de nivel II, se debe aumentar su capacidad instalada, ya que generalmente funcionan como hospitales de carácter regional y atienden pacientes no sólo de las ciudades donde se encuentran ubicados sino de municipios aledaños.

Por último, cabe señalar que hay varios temas por estudiar, aparte de los mencionados con anterioridad. Uno de ellos es la oferta y demanda de recurso humano. Otros son la relación entre la eficiencia hospitalaria, la situación financiera de las IPS y la calidad de los servicios. Además, se debe profundizar el análisis de otros determinantes del acceso por el lado de la oferta: la organización de las redes de servicios de las EPS, la cantidad de trámites que debe realizar un usuario para ser atendido, la negación de la atención, el mal servicio, la efectividad de los tratamientos y las distancias a los centros de atención. Sin embargo, esto implica que se mejore la cobertura y validez de los sistemas de información disponibles.

REFERENCIAS

- Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (2013), *Cifras e indicadores del Sistema de Salud*, Bogotá: ACEMI.
- Arroyave, Iván (2009), *La organización de la Salud en Colombia*, Medellín: Hospital Universitario San Vicente de Paúl y periódico *El Pulso*.
- Castaño, Ramón. (2014), *Mecanismos de pago en salud: anatomía, fisiología y fisiopatología* (1ª Ed.), Bogotá: Ecoe Ediciones.
- Comisión de Regulación en Salud (CRES) (2011), Acuerdo N° 029 de 28 de diciembre, “Por el cual se sustituye el Acuerdo 028 de 2011 que define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud”.
- Congreso de la República (2007), Ley 1122 de 9 de enero, “En lo relativo a las multas por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”.

- Congreso de la República (2011), Ley 1438 de 19 de enero, “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”.
- Departamento Nacional de Planeación (DNP) (s.f), “Mejoramiento, fortalecimiento y ajuste en la gestión de las instituciones de la red pública hospitalaria del país”, *Banco de programas y proyectos de inversión nacional*, [Disponible en: https://spi.dnp.gov.co/anexos/201006/201006-1016001650000-09-08-2010_11.10.47_a.m.-Resumen%20Ejecutivo%20-%201016001650000%20-%20red%20publica%20hospitalaria.pdf]
- Departamento Nacional de Planeación (DNP) (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”, *Documento CONPES*, N° 3204, Ministerio de Salud y Ministerio de Hacienda y Crédito Público.
- Departamento Nacional de Planeación (DNP) (2006), “Estrategia para el mejoramiento de la gestión financiera de la red hospitalaria pública: enfoque de cartera”, *Documento CONPES*, N° 3447, Ministerio de Salud, Ministerio de Hacienda y Crédito Público y Alta Consejería Presidencial
- El Espectador* (2014), “Pacientes en Bogotá esperan en urgencias hasta 8 días en condiciones indignas”, marzo [Disponible en: <http://www.elespectador.com/noticias/bogota/pacientes-bogota-esperan-urgencias-hasta-8-dias-condici-articulo-480904>]
- El Nuevo Siglo* (2012), “Crisis de salud: dos Eps cerrarán en Bogotá”, julio, [Disponible en: <http://www.elnuevosiglo.com.co/articulos/7-2012-crisis-de-salud-dos-eps-cerrar%C3%A1n-en-bogot%C3%A1.html>]
- Garavito, Liz, y Jose Soto (2009), *Evaluación y propuesta de ajuste a la operación del Régimen Subsidiado colombiano*, Bogotá: Ministerio de la Protección Social.
- Glassman, Amanda, María-Luisa Escobar, Antonio Giuffrida, y Úrsula Giedion (editores) (2010), *Salud al alcance de todos. Una década de expansión del seguro médico en Colombia*, Washington: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Grupo de Economía de la Salud (GES) (2012), “Implicaciones económicas y fiscales de la cobertura universal en Salud”, *Observatorio de la Seguridad Social*, Año 12, N° 25.
- 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*, Año 10, N° 23.

- Malaver, Cárol (2013), “La falta de camas hace colapsar salas de urgencia en red hospitalaria”, *El Tiempo*, mayo 24.
- Ministerio de la Protección Social (s.f), *Proyecto Evaluación y reestructuración de los procesos, estrategias y organismos públicos y privados encargados de adelantar las funciones de vigilancia y control del sistema de salud*.
- Ministerio de Salud y Protección Social y Superintendencia Nacional de Salud (2013), *Ordenamiento de EPS-2013. Siguiendo la orden 20 de la Sentencia T760 de 2008 y el Auto 260 de 16 de noviembre de 2012* [Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Ordenamiento-de-EPS-Abril-29-2013.pdf>]
- Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y Superintendencia Nacional de Salud (SNS) (2012), *Ordenamiento de EPS: Siguiendo la orden 20 de la Sentencia T760 de 2008 y el Auto 260 de 16 de noviembre de 2012* [Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Ordenamiento-EPS-20%20diciembre.pdf>]
- Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) (2013), Resolución N° 1441, de 6 de mayo, Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones.
- Ministerio de Protección Social y Superintendencia Nacional de Salud (2011), “Situación actual de las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado en Colombia”, *Primer Informe*, presentación [Disponible 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” [Disponible en: <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/LinkClick.aspx?fileticket=vQFzr%2BtgUCM%3D&tabid=58&mid=1290>]
- Ministerio de la Protección Social (2007), *¿Ha mejorado el acceso en salud? Evaluación de los procesos del régimen subsidiado*, Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Ministerio de la Protección Social (2005), *Política nacional de prestación de servicios de salud*, Bogotá: Ministerio de la Protección Social.
- Mosquera, Juan (2014), “Para morir solo hace falta estar vivo”, *Las 2 Orillas*, diciembre 28.
- Navarrete, Patricia, y Rocío Del Pilar Acosta (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 [Disponible en: <http://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/2573/121945.pdf?sequence=1&isAllowed=y>]
- Orozco, Julio Mario (2006), *Caracterización del mercado del aseguramiento en salud para el régimen contributivo en Colombia*, España: EUMED [Disponible en: <http://www.eumed.net/libros-gratis/2008b/386/>]
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2012), *Estadísticas Sanitarias Mundiales*, Ginebra, Suiza: OMS
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2011), *Redes integradas de servicios de salud: el desafío de los hospitales*, Santiago de Chile: OPS y Organización Mundial de la Salud.
- Peñaloza, María (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 sgss”, *Archivos de Economía*, N° 284, Departamento Nacional de Planeación.
- RCN *La Radio* (2012), “Secretario de Salud revela más EPS que serían liquidadas y retiradas del régimen subsidiado”, julio [Disponible en: <http://www.rcnradio.com/noticias/secretario-de-salud-revela-mas-eps-que-serian-liquidadas-y-retiradas-del-regimen-subsidiado#ixzz3dGdtqPMD>]
- Reina, Yuri. (2014), “Acceso a los servicios de salud en las principales ciudades colombianas (2008-2012)”, *Documentos de Trabajo sobre Economía Regional*, N° 200, Centro de Estudios Económicos Regionales (CEER), Banco de la República.
- 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.
- Santa María, Mauricio, Fabián García, y Tatiana Vásquez (2009), “El sector salud en Colombia: riesgo moral y selección adversa en el Sistema General de Seguridad Social en Salud”, *Coyuntura Económica*, Vol. 39, N° 1, Fedesarrollo.
- Sarmiento, Alfredo, Wilma Castellanos, Angélica Nieto, Carlos Alonso, y Carlos Pérez (2005), “Análisis de eficiencia técnica de la red pública de prestadores de servicios dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud”, *Archivos de Economía*, N° 298, Departamento Nacional de Planeación.
- Semana* (2011), “Hay 18 EPS al borde de la liquidación”, agosto, disponible en: <http://www.semana.com/nacion/articulo/hay-18-eps-borde-liquidacion/245519-3>.

- Sloan, Frank, and Chee-Ruey Hsieh (2012), *Health Economics*, Cambridge: The MIT Press.
- 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* [Disponible 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”, *Estudio presupuestos IPS de carácter público*.
- Tovar-Cuevas, Luis Miguel, y Marcela Arrivillaga-Quintero (2014), “Estado del arte de la investigación en acceso a los servicios de salud en Colombia, 2000-2013: Revisión sistemática crítica”, *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Vol. 13, N° 27.
- Ventura, Juan (2008), “Marco conceptual para el análisis de la oferta sanitaria”, *Pecunia* [Disponible en: <http://revpubli.unileon.es/ojs/index.php/Pecunia/article/view/786/699>]