

RADIOGRAFÍA DE LA OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA

Karelys Guzmán Finol

No me digan que las pinzas se perdieron,
que el estetoscopio está de fiesta, que los rayos equis 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 habla de una crisis en el sector de la salud: se habla del paseo de la muerte (las ocasiones en que fallidamente un paciente visita varios servicios de urgencias y muere sin ser atendido), de esperas exageradas para obtener determinado 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 COP 160.591 millones (Superintendencia Nacional de Salud [SNS], 2013a). Esto es consecuencia de la cartera de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), que ascendió a los COP 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 Véase <http://www.elespectador.com/noticias/bogota/pacientes-bogota-esperan-urgencias-hasta-8-dias-condici-articulo-480904>

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

³ Véase <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 del capítulo es revisar la situación actual de la oferta de servicios de salud en el país, identificando diferencias entre regiones, regímenes y naturaleza jurídica de los prestadores. Así, se describirá cómo se distribuye la población entre las empresas promotoras de salud (EPS) del país, se examinará el grado de concentración de los mercados de los regímenes contributivo y subsidiado, y se estudiará la capacidad instalada. Además, se analizará la localización de los servicios de salud y se indagará si la calidad de los servicios ofrecidos por las EPS e IPS es distinta de acuerdo con el régimen en la que esta se encuentra inscrito el paciente, en el caso de las primeras, o con 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, es la primera vez que se analiza la distribución de los servicios de salud, lo que sirve 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 capítulo está compuesto por cuatro secciones, aparte de esta introducción. La primera resume algunos conceptos que sirven para delimitar el alcance de esta investigación. La segunda presenta las conclusiones que han obtenido otros trabajos sobre la oferta de servicios de salud en el país. La tercera sección describe, por un lado, el papel que cumplen las EPS, y por otro, cómo están organizados los prestadores, su localización, capacidad instalada y la variedad de servicios disponibles por municipio. En la cuarta sección se presentan las conclusiones.

1. MARCO TEÓRICO: ¿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 la Protección Social [MPS], s. f.). Con base en la teoría de recursos y capacidades podría decirse que 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 e intangibles. Los primeros 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 tecnológicos, reputación y recursos humanos (Ventura, 2008). Para Sloan y Hsieh (2012), los principales oferentes de los servicios de salud son médicos, enfermeras, hospitales y productores de medicamentos.

Así como del lado de la demanda, del lado de la oferta se evidencian varias fallas de mercado. Están, por un lado, las externalidades positivas, como la vacunación contra una enfermedad transmisible; y negativas, como la contaminación del medioambiente. 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 están las fallas concernientes al aseguramiento, como la selección adversa, el riesgo moral y la discriminación de riesgos. Para contrarrestarlas interviene el Estado, diseñando el 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 cuáles serían sus objetivos, ya que esto es clave para poder evaluar la calidad.

Los aseguradores son intermediarios entre la oferta y la demanda, concentran la demanda y conforman redes de servicios para garantizar la oferta. Los prestadores, compiten con la calidad y cantidad de sus servicios e instalaciones para ser incluidos en las redes. Las aseguradoras están interesadas en moderar costos mediante juntas médicas, el mecanismo de pago a los médicos u hospitales o la integración vertical (Ministerio de la Protección Social [MPS], s. f.).

En 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 debido a que son los médicos quienes recetan los medicamentos y ordenan los exámenes diagnósticos, estos pueden usar su conocimiento para influenciar la demanda en beneficio propio, en especial cuando al prestador (hospital o médico) se le paga por servicio. A esto se refiere la literatura cuando menciona que la demanda es inducida por la oferta.

Existen varios temas de investigación cuyo objeto de estudio es el hospital. En primer lugar, la especificación de una función de producción adecuada para los hospitales, teniendo en cuenta que ni sus productos ni los insumos que utilizan son homogéneos. En segundo lugar, las economías de escala en

la industria hospitalaria, en particular conocer si los costos por unidad de producto aumentan o caen a medida que se amplía la escala del hospital. En tercer lugar, indagar los determinantes de la demanda por recursos humanos, como médicos y enfermeras.

La heterogeneidad del producto, dificulta estimar la eficiencia hospitalaria, otro tema recurrente en la literatura. También interesa conocer si los hospitales con ánimo de lucro son más eficientes que los sin ánimo de lucro, o si ofrecen servicios de mayor calidad. Sobre esta última sigue siendo importante desarrollar instrumentos para definirla y medirla. Además, establecer cómo influyen el número de enfermeras o médicos por paciente en la calidad del servicio suministrado por el hospital; cuáles son los mecanismos para contener los costos del hospital, qué tan efectivos son y cuáles son los efectos de la competencia entre hospitales.

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

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. En principio, las 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 públicos⁴. Desde 2007 la Superintendencia Nacional de Salud (SNS), el MPS, e incluso entidades gremiales, como la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (2013), se han preocupado por evaluar 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

⁴ El documento Conpes 3204 de 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 de 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.

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 públicas de cirugías casi inexistentes. Debido a que en los municipios de mejor situación económica hay 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 se aprovecharan 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 mortalidad 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 pobres, relacionada, según los autores, con la escasez de recursos físicos en ese tipo de hospitales.

El MPS (2005), con base en información recopilada en el 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 los consultorios, las mesas de parto y las salas de cirugía estaban distribuidos por niveles de complejidad en el país, 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 dentro de estos. En 2006 existían 21 EPS en el régimen contributivo, de las cuales Saludcoop, el Instituto de Seguros Sociales (ISS) y Coomeva cubrían al 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). En el año 2000 estos autores realizaron una encuesta a los hogares urbanos de los estratos socioeconómicos 1, 2 y 3 en las capitales departamentales y áreas metropolitanas del país. 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 la dispensación 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) 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 quizá 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 la 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 plan

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.

obligatorio de salud (POS). Estos indicadores fueron calculados por la Dirección de Salud Pública del Viceministerio de Salud en 2003, con información autorreportada 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 posparto y posaborto. 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 (ARP) 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. Comfenalco Antioquia, que aparecía entre las peores EPS en 2003, migró a 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 escalafón de las EPS fue adelantado en 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 catorce parámetros determinados por ley⁶. En la práctica, las entidades encargadas del estudio

⁶ Dicho estudio se realizó para darle cumplimiento a la sentencia T-760 de 2008 y el Auto 044 de 2012 que definen los parámetros a evaluar y se refiere 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 MSPS y SNS (2012). Sobre la importancia de la sentencia T-760 consúltese Navarrete y Acosta (2009).

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 uso de servicios, insumo para el estudio de suficiencia POS-UPC, y la base de datos del Fondo de Solidaridad y Garantía (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 el primero indica que la entidad hace parte del grupo de aseguradoras que menos niegan los servicios requeridos a sus pacientes.

Pueden notarse ciertas similitudes entre los resultados de este estudio y los recopilados en 2009 (MSPS 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 Solsalud 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 las EPS que menos entorpecen el 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 setenta municipios del país. Debido a que no evalúan exactamente los mismos parámetros, las clasificaciones que resultan de esta encuesta y de la realizada por el MSPS y la SNS en 2012 son diferentes. Sin embargo, en ambas la EPS Sura está en el límite superior, mientras que Fami-sanar, Salud Vida, Solsalud y Humana Vivir siempre están en el inferior.

En síntesis, las investigaciones precedentes encontraron una capacidad instalada y producción hospitalaria pública deficiente y una 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.

CUADRO 1. ESCALAFÓN DE EPS DE ACUERDO CON LA SENTENCIA T-760 DE 2008

EPS	2012	2013	EPS	2012	2013
RÉGIMEN CONTRIBUTIVO			RÉGIMEN SUBSIDIADO		
Cooameva	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	n. d.
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	n. d.
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
Salud Vida	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	n. d.
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	n. d.
ASMET SALUD	Alto	Alto	CCF Santander	Bajo	n. d.
CCF Boyacá	Alto	Alto	Comfenalco Quindío	Bajo	n. d.
CCF Córdoba	Alto	Medio alto	Comparta	Bajo	Medio alto
CCF Huila	Alto	Medio bajo	Emdisalud	Bajo	n. d.
CCF Norte de Santander	Alto	n. d.	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	n. d.	Salud Vida	Bajo	Bajo

n. d.: no disponible.

Fuentes: MPS y SNS (2012 y 2013); elaboración de la autora.

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 considerará, adicionalmente, la distribución de la oferta de servicios en el territorio nacional y la calidad en su prestación.

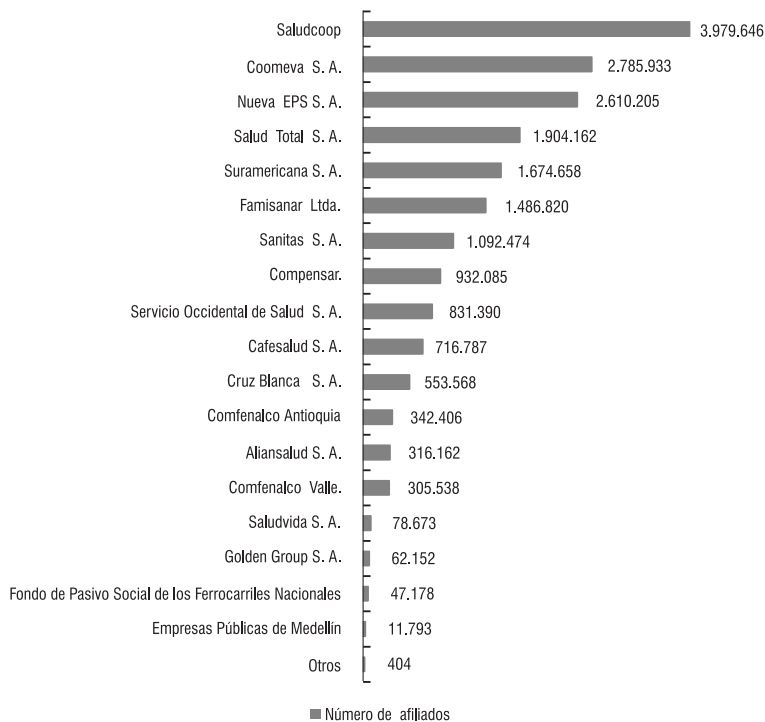
3.1 EL ASEGURAMIENTO

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 requieren 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, tiene la menor proporción de población afiliada, junto con Caquetá, Guaviare, Vaupés, San Andrés y Providencia, (74% en promedio).

En 2013 el 46% de los afiliados al SGSSS del país se encontraban en el régimen contributivo, el 53% en el subsidiado y el 1% en el régimen especial. Los afiliados al régimen contributivo están distribuidos principalmente en 18 EPS (Gráfico 1), aunque 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) y las obtenidas a partir del REPS, en 1998 había nueve EPS más que 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 de la expansión de la economía y la generación de empleo (GES, 2012). De hecho, desde 2007 se observa la coincidencia entre el crecimiento de la población ocupada y el de los cotizantes.

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).

⁷ Por el tamaño de su población, Bogotá será considerada en este documento de manera independiente.

GRÁFICO 1. DISTRIBUCIÓN DE LOS AFILIADOS AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO POR EPS, A NOVIEMBRE DE 2013^{a/}

^{a/} El grupo Otros lo conforman: Humana Vivir, Salud Colpatría, Multimédicas Salud con Calidad S. A. y Saludcolombia S. A.
Fuente: Superintendencia Nacional de Salud; elaboración de la autora.

Al contrario de lo que sucedía en el régimen contributivo, en el ámbito nacional las seis entidades con más afiliados en el régimen subsidiado concentran un poco más de la mitad, 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 había 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), 6 de ellas de carácter indígena (o EPSI) y 7 empresas solidarias de salud (ESS).

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

CUADRO 2. NÚMERO DE EPS DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO POR DEPARTAMENTO (NOVIEMBRE DE 2013)^{a/}

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

^{a/} No se incluyó en el cálculo departamental de las EPS aquellas con un número de afiliados de uno o dos dígitos.

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud; cálculos de la autora.

La disminución del número de entidades participantes en el régimen subsidiado ha sido 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 esta primera relación, con algunas excepciones: aunque en Arauca, La Guajira 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).

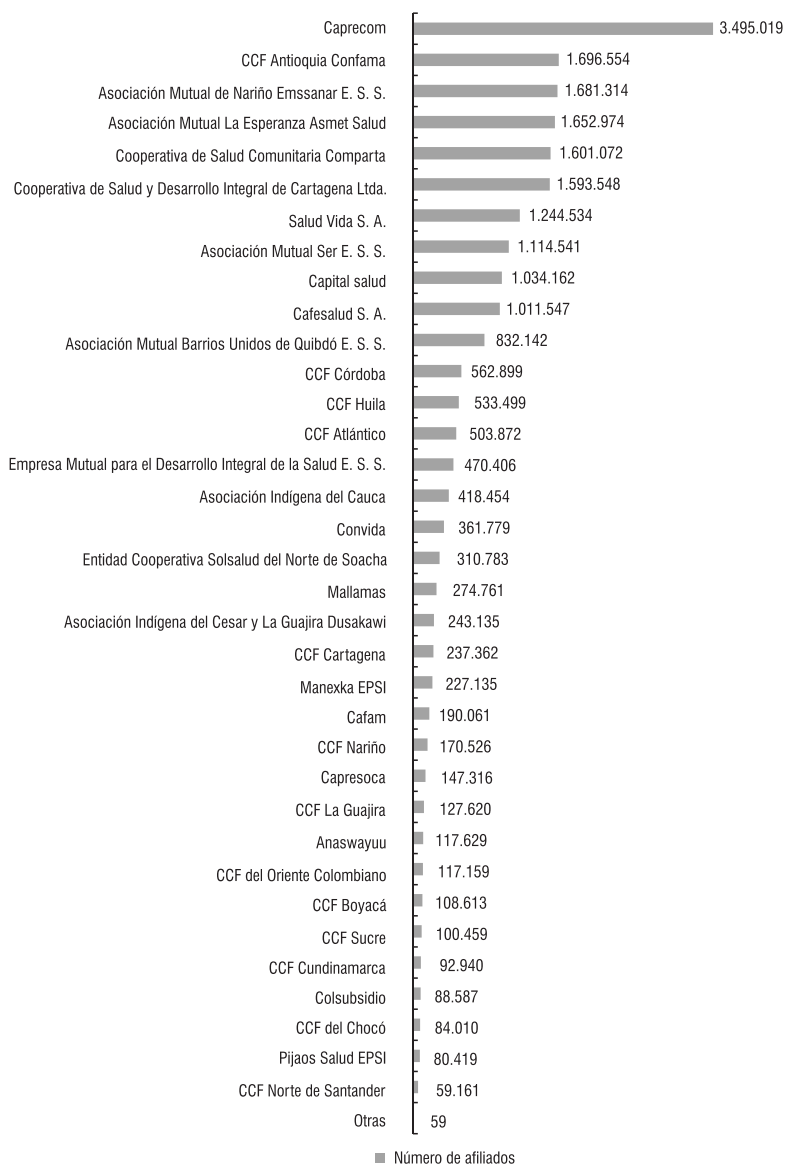
Por otro lado, no existe una relación consistente entre la tasa de desempleo y el porcentaje de población en el régimen subsidiado. Atlántico, Bolívar, Boyacá y Magdalena tienen las más bajas tasas de desempleo, pero la mayor parte de su población se encuentra en este régimen. Por el contrario, aunque 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).

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: esta última ciudad tiene un mayor porcentaje de informalidad que Cartagena, pero una menor proporción de sus afiliados en el régimen subsidiado. Asimismo, Villavicencio tiene un mayor porcentaje de

⁹ La 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.

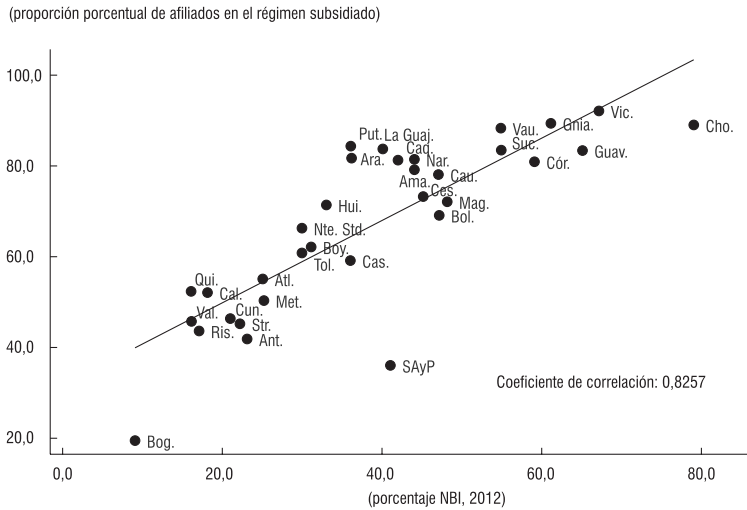
informalidad que Manizales, pero una menor proporción de sus afiliados en el régimen subsidiado.

GRÁFICO 2. DISTRIBUCIÓN DE LOS AFILIADOS AL RÉGIMEN SUBSIDIADO POR EPS, A NOVIEMBRE DE 2013^{a/}



^{a/} El grupo Otras lo conforman: Selvasalud S. A., Humana Vivir S. A., Cóndor S. A., Calisalud, Inpec y las CCF de Caquetá y Barrancabermeja.
Fuente: Superintendencia Nacional de Salud; elaboración de la autora.

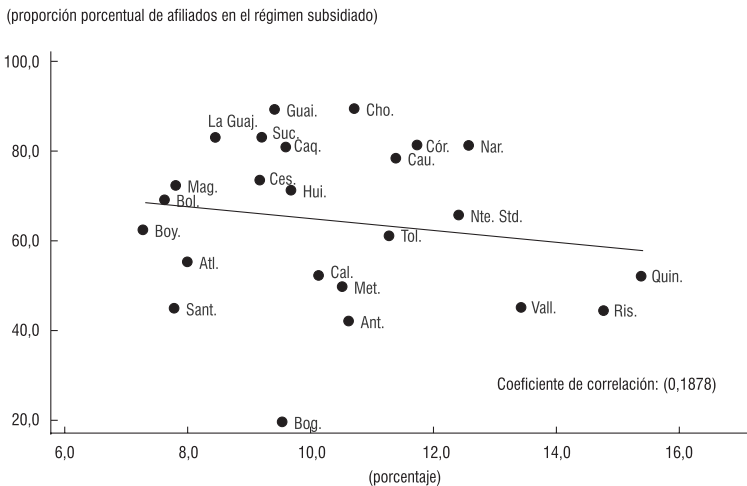
GRÁFICO 3. RELACIÓN ENTRE LA PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN AFILIADA AL RÉGIMEN SUBSIDIADO^{a/} Y EL ÍNDICE NBI EN 2013



^{a/} Información de noviembre de 2013.

Fuentes: Superintendencia Nacional de Salud y DANE; elaboración de la autora.

GRÁFICO 4. RELACIÓN ENTRE LA PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN AFILIADA AL RÉGIMEN SUBSIDIADO^{a/} Y LA TASA DE DESEMPLEO^{b/} EN 2013

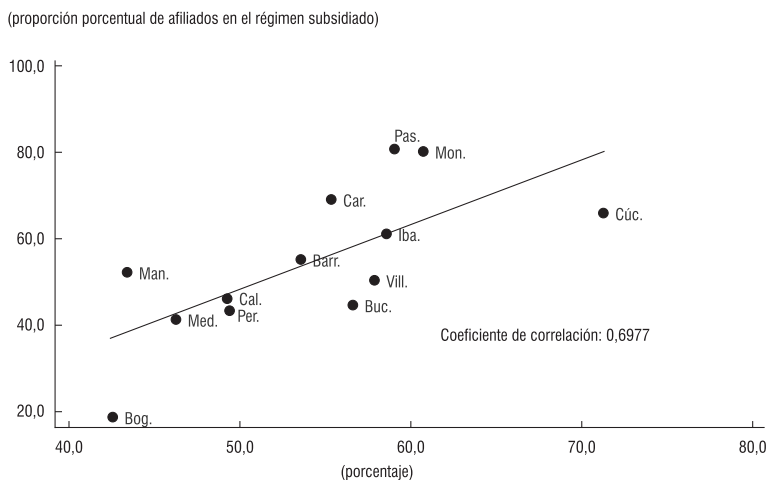


^{a/} Información de noviembre de 2013.

^{b/} Promedio enero-diciembre de 2013.

Fuentes: Superintendencia Nacional de Salud y DANE; elaboración de la autora.

GRÁFICO 5. RELACIÓN ENTRE LA PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN AFILIADA AL RÉGIMEN SUBSIDIADO^{a/} Y LA INFORMALIDAD^{b/} EN 2013



^{a/} Información a noviembre de 2013.

^{b/} Promedio septiembre-noviembre de 2013.

Fuentes: Superintendencia Nacional de Salud y DANE; elaboración de la autora.

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 indicador puede alcanzar el máximo valor de 10.000 para mercados monopolísticos, y el mínimo de cero para mercados 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 3 EPS principales reúnen entre el 54% y el 74% de los afiliados. Solo el mercado de Bogotá, D. C. se consideraría no concentrado, pues el 66% de los afiliados lo reúnen 5 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	2.916 - 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 del Cauca
Moderada-no concentración	2.083 - 1.352	Atlántico, Cesar y Magdalena
No concentración-alta	1.159 - 5.410	Bogotá, D. C.

Nota: 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 de la autora.

En cuanto al régimen subsidiado, en 19 departamentos una o dos EPS agrupan entre el 65% y el 100% de los afiliados. En los 6 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 7 departamentos, 6 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 10 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 15 EPS a contar con 3, 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 represen-

tantes 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.

3.2 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 serían las encargadas de estructurar la red de servicios para sus afiliados¹². Por otro lado, las IPS públicas localizadas en un mismo departamento conforman la red hospitalaria pública departamental. Históricamente, esta última ha atendido en especial a afiliados del régimen subsidiado y a las personas no aseguradas (o vinculados). Las EPS del régimen subsidiado deben contratar al menos el 60% del gasto en salud con IPS de esta naturaleza jurídica (Ley 1122 de 2007) y también son contratadas por las entidades territoriales para realizar actividades de salud pública.

Debido a que se hizo evidente la falta de desarrollo y organización de la red y el desequilibrio de la oferta de servicios de salud frente a la demanda entre diferentes regiones del país (Arroyave, 2009), desde 1999 el Gobierno central 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 su estructura de costos y productividad.

En 2004 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), recursos de las entidades territoriales y de la Nación. Como parte del programa, entre 2002

¹⁰ Véase: <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>.

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

¹² De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (2011), algunas EPS habrían tomado ventaja de esta posición construyendo sus propias redes de centros médicos, apoyo diagnóstico o redes que incluían todos los niveles de atención.

y 2010, 268 IPS de 28 departamentos del país suscribieron voluntariamente convenios de desempeño asociados a créditos condonables, para adecuar la estructura de recurso humano y hacer posible su autofinanciamiento¹³.

Según el Departamento Nacional de Planeación (DNP, s. f.), 31 entidades territoriales, entre departamentos y distritos, contaban con un diseño de red de prestación de servicios de salud aprobado por el Ministerio de la Protección Social. Dichos diseños serían el producto 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 habrían iniciado estos estudios.

La Ley 1438 de 2011 introdujo el concepto de redes integradas de servicios de salud (RISS), definiéndola 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” (artículo 60). A partir de esta ley, en un espacio poblacional determinado la red debe estar organizada por las EPS y las entidades territoriales¹⁴, ya no solo por las EPS, como antes. Además, dentro de la red deberían incluirse prestadores públicos, privados y mixtos. Para la Organización Panamericana de la Salud (2011) las redes propuestas bajo ese marco legal no cumplen los atributos esenciales de la Red de Instituciones de Investigación en Salud (RIIS); existe una reglamentación contradictoria en el país y subsisten ineficiencias, por lo cual el sistema de salud tiene 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 caracterizar la red de un departamento no basta con conocer cuáles son los hospitales públicos con que cuenta. También es necesario conocer el proceso de referencia y contrarreferencia de los pacientes, que no necesariamente implica que estos van a ser transferidos a prestadores ubicados dentro de la misma entidad territorial. Es decir, puede suceder que una EPS autorice un tratamiento o consulta en un municipio distinto a donde residen sus afiliados, aunque en el lugar de residencia sí se ofrezca el servicio requerido. Además, en 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

¹³ Arroyave (2009), Glassman *et al.* (2010) y DNP (s. f.) presentan algunos resultados de este programa.

¹⁴ La entidad territorial sería ser el departamento, distrito o municipio, dependiendo de si este último está certificado.

de un período 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 no se realizarán por redes sino por prestadores. Como ya se dijo, 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.

3.3 LOS PRESTADORES DEL SERVICIO DE SALUD

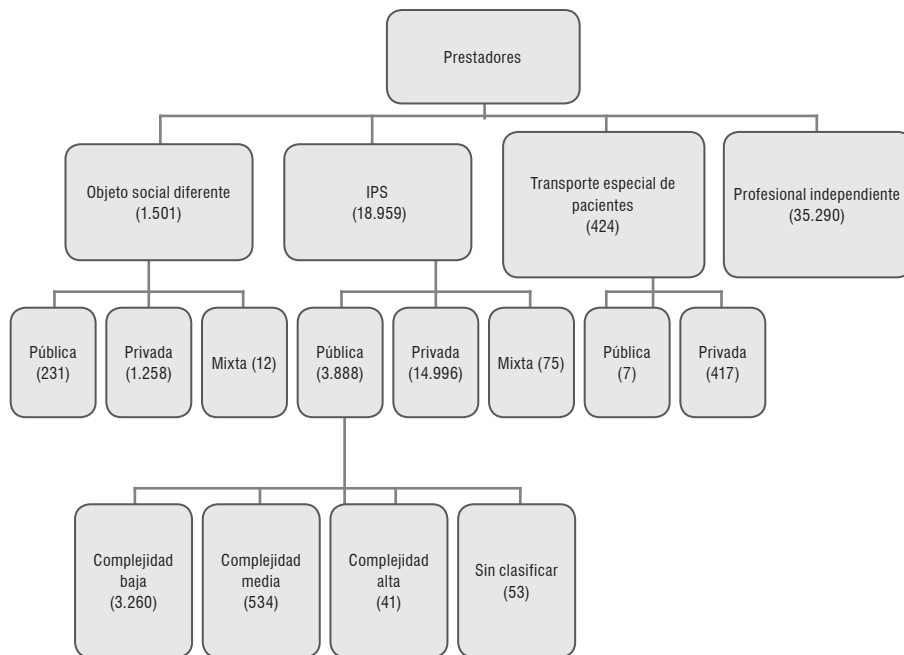
En esta sección se describirán las características de los prestadores de los servicios con base en el REPS, el cual contiene información sobre aquellos habilitados para ofrecer servicios de salud en el país¹⁵. Existen cuatro tipos de prestadores de servicios de salud en Colombia: las IPS, los profesionales independientes, las entidades con objeto social diferente y las entidades que realizan el transporte especial de pacientes (Diagrama 1).

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 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 (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 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 Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA).

¹⁵ 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.

DIAGRAMA 1. PRESTADORES DEL SERVICIO DE SALUD EN COLOMBIA, 2013

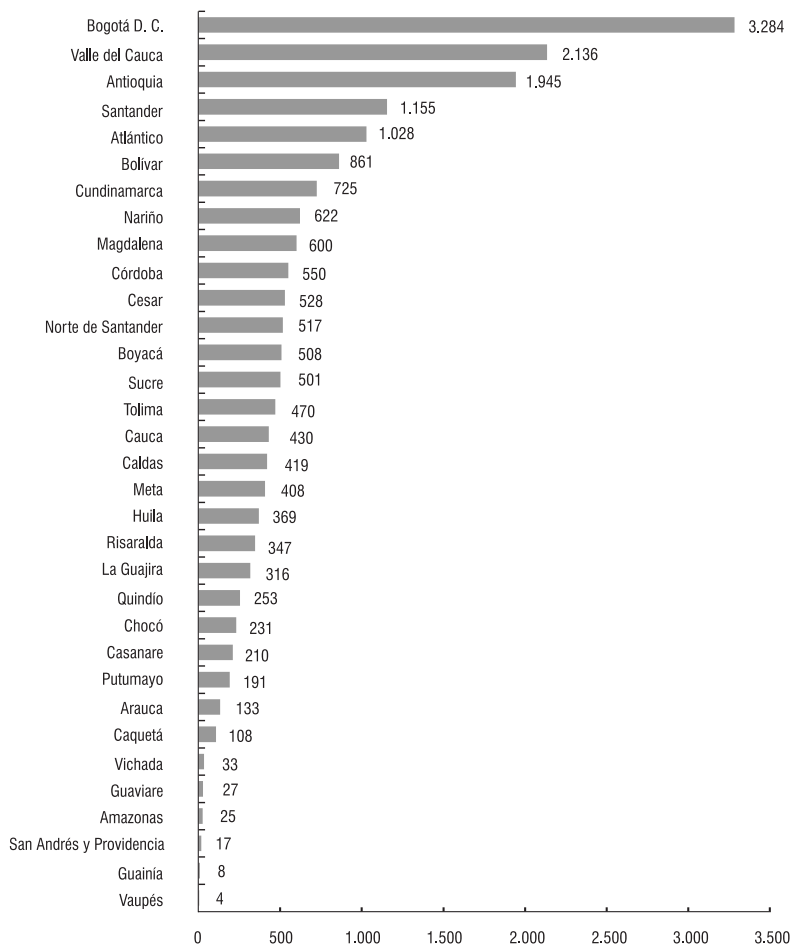


Nota: en este conteo se incluyen las sedes principales y alternas.

Fuente: Registro Especial de Prestadores (REPS); elaboración de la autora.

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

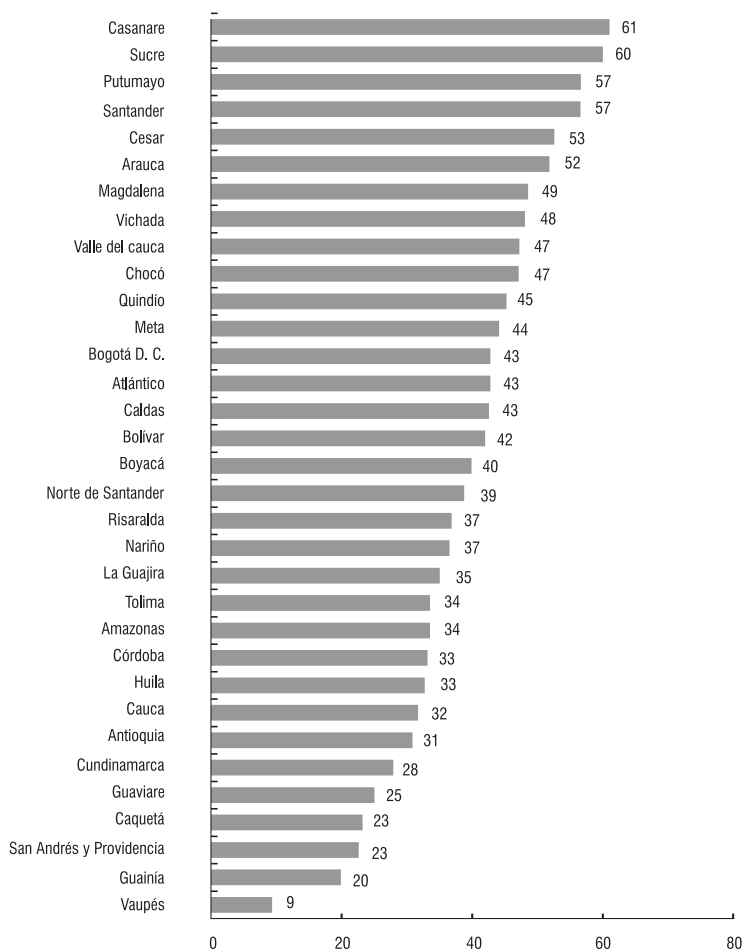
1. Mientras que en términos absolutos los departamentos más poblados tienen un mayor número de IPS, en términos per cápita no son estos territorios los que encabezan el ordenamiento (gráficos 6 y 7). El único que mantiene su posición en los primeros puestos del escalafón es Santander y, de hecho, Antioquia 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 y Vichada.

GRÁFICO 6. NÚMERO DE IPS POR DEPARTAMENTO, 2013

Fuente: Registro Especial de Prestadores (REPS); cálculos de la autora.

- 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.

GRÁFICO 7. NÚMERO DE IPS POR CADA CIENTO MIL HABITANTES, 2013



Fuente: Registro Especial de Prestadores (REPS); cálculos de la autora.

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

A modo de ilustración, piénsese que 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 tarda cuarenta minutos. En Carurú hay un vuelo comercial con destino a la ciudad de Villavicencio, desde donde el paciente tomaría otro 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. De nuevo, la posibilidad de elección está sujeta a la red de la EPS del asegurado.

Por 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 ciudad¹⁶. 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 solo son de naturaleza pública. Entre ellos, el 73% solo tiene una IPS y el 14% solo cuenta con dos. Barbacoas, Maguá y Potosí, tres municipios nariñenses, tienen 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, que existen doce 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 Maguá sucede 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 estas entidades del Estado, lo cual 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

¹⁶ Los tiquetes Carurú-Villavicencio-Carurú tiene un valor aproximado de COP 300.000. En temporada baja los tiquetes ida y vuelta desde Villavicencio hasta Florencia podrían costar COP 1.400.000; desde Bogotá hasta Leticia, COP 790.000, y desde Bogotá hasta San José del Guaviare, COP 880.000. En los dos últimos casos el paciente viajaría por tierra desde Villavicencio hasta Bogotá para tomar su vuelo.

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 con el nivel de complejidad de los procedimientos médicos que sean capaces de realizar. Los grados de complejidad son bajo, medio y alto¹⁷. Como las IPS privadas no están obligadas a autorreportar 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)¹⁸.

De los 1.124 municipios del país, 1.091 tienen IPS públicas y, 504 no cuentan con IPS privadas¹⁹. De estas 504 entidades territoriales, 57 tienen IPS de mediana complejidad y en su mayoría hacen parte 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 A3.1 (Anexo 3) 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 mencionada tampoco cuenta con algún prestador de nivel bajo ni 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 escalafón (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.

¹⁷ En el Anexo Técnico 1 de la Resolución 1043 de 2006 se determinan cuáles son las condiciones que debe cumplir un prestador de acuerdo con el 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.

¹⁸ Para el 1% de las IPS públicas (53 IPS) tampoco está definido el grado de complejidad.

¹⁹ También hay 19 municipios que solo cuentan con IPS de naturaleza privada: doce de ellos se encuentran en Chocó.

CUADRO 4. ORDENAMIENTO DE MUNICIPIOS DE ACUERDO CON EL NÚMERO DE IPS POR CADA 100.000 HABITANTES EN 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
Santa Bárbara (Antioquia)	4,5	Cúcuta (Norte de Santander)	52,9	Mocoa (Putumayo)	152,8
Los Córdoba (Córdoba)	4,5	Popayán (Cauca)	75,5	Potosí (Nariño)	137,9
Solano (Caquetá)	4,4	Tolima (Tolima)	57,1	Remolino (Magdalena)	121,0
Yolombó (Antioquia)	4,3	Montería (Córdoba)	63,7	Roldanillo (Valle del Cauca)	114,6
Dabeiba (Antioquia)	4,2	Pasto (Nariño)	46,4	Quibdó (Chocó)	111,0
Algeciras (Huila)	4,1	Barranquilla (Atlántico)	62,8	La Uvita (Boyacá)	110,3
Palmar de Varela (Atlántico)	4,0	Cartagena (Bolívar)	54,3	San Juan del Cesar (La Guajira)	109,9
Isnos (Huila)	3,8	Cali (Valle del Cauca)	50,0	Bugalagrande (Valle del Cauca)	108,2
Zaragoza (Antioquia)	3,3	Medellín (Antioquia)	44,3	Yotoco (Valle del Cauca)	105,5
Acevedo (Huila)	3,2	Bogotá, D. C.	42,8	Santa Rosalía (Vichada)	103,2

Fuentes: Registro Especial de Prestadores (REPS) y Departamento Nacional de Estadísticas (DANE); cálculos de la autora.

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 para resolver a tiempo los problemas de salud de sus habitantes.

3.4 CAPACIDAD INSTALADA

La información sobre capacidad instalada en el país proviene de dos fuentes, principalmente. Una es el 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 prestadores de 56.174 ofrecen servicios hospitalarios, quirúrgicos o de transporte especial de pacientes. En el ámbito nacional el 57% de las camas, el 76% de las salas de quirófano y el 51% de las ambulancias son de naturaleza privada (Cuadro 5).

Sin embargo, en 19 departamentos en promedio el 64% de camas proviene de prestadores públicos²⁰.

De acuerdo con el 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 de ingresos medio alto, en el que se incluye a Colombia, fue de 27 camas por cada diez mil habitantes²¹ y en los de ingresos altos fue de 37. En la región de las Américas el promedio fue de 24, superando solo a las regiones de Asia Suboriental y Mediterráneo Oriental. En Europa el promedio es de 60 camas por cada diez mil habitantes²². La diferencia entre las cifras presentadas por el REPS y la OMS pueden deberse a sus fuentes de información, además del período que consideran.

Las diferencias regionales en la capacidad instalada pueden observarse en el Gráfico 8. 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 escalafón 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, Vaupés, Amazonas, Chocó, Bolívar y Guainía son los departamentos con menos ambulancias por cada cien mil habitantes, estando en desventaja en cuanto al número de IPS (Gráfico 7).

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 quirófano	681	2.299	40	3.020
Salas de parto	1.160	438	16	1.614

Fuente: Registro Especial de Prestadores (REPS); cálculos de la autora.

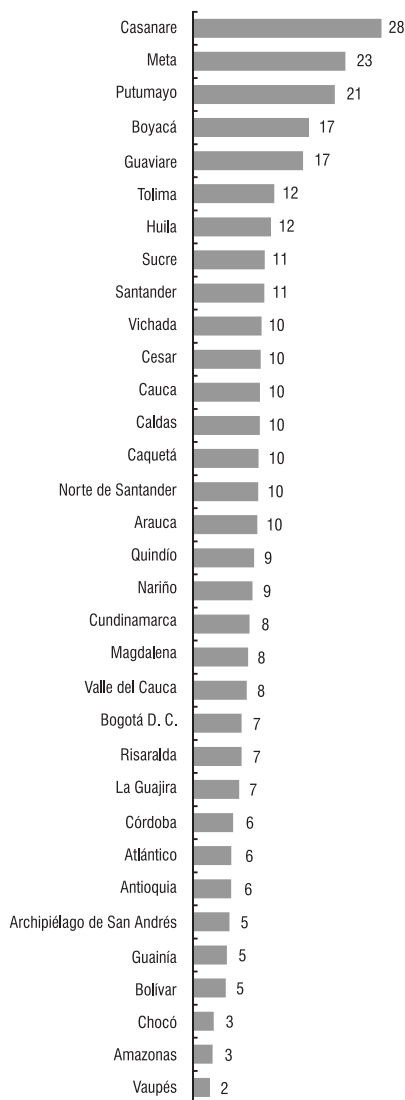
²⁰ Estos son: Amazonas, Arauca, Boyacá, Caquetá, Casanare, Cauca, Cesar, Chocó, Cundinamarca (sin Bogotá), Guainía, Guaviare, Huila, Meta, Norte de Santander, Putumayo, Quindío, Tolima, Vaupés y Vichada.

²¹ La 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. Sin embargo, no incluyen información sobre África.

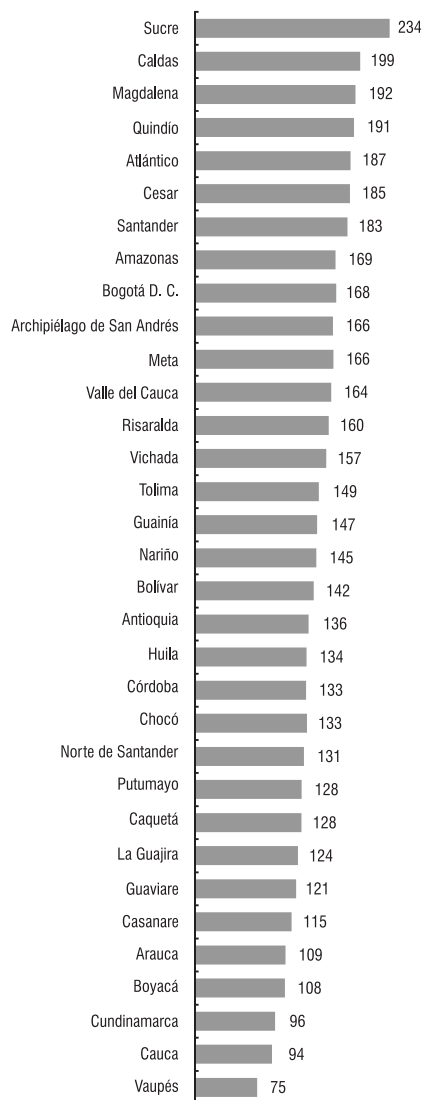
²² El informe advierte que, debido a que la metodología de conteo en cada país puede ser distinta, es probable que las cifras no sean comparables. Sin embargo, este contraste brinda un panorama general de la situación de Colombia frente a otros países.

GRÁFICO 8. CAPACIDAD INSTALADA POR DEPARTAMENTO, 2013

A. Ambulancias por cada cien mil habitantes



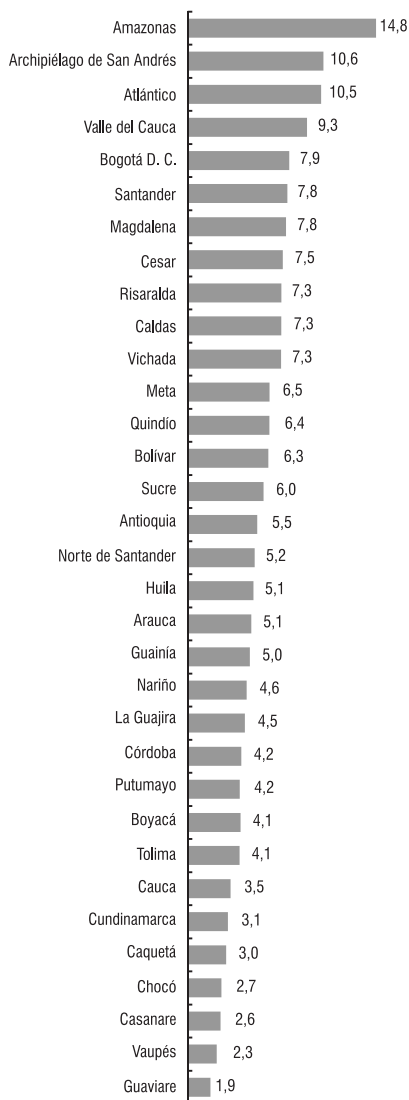
B. Camas por cada cien mil habitantes



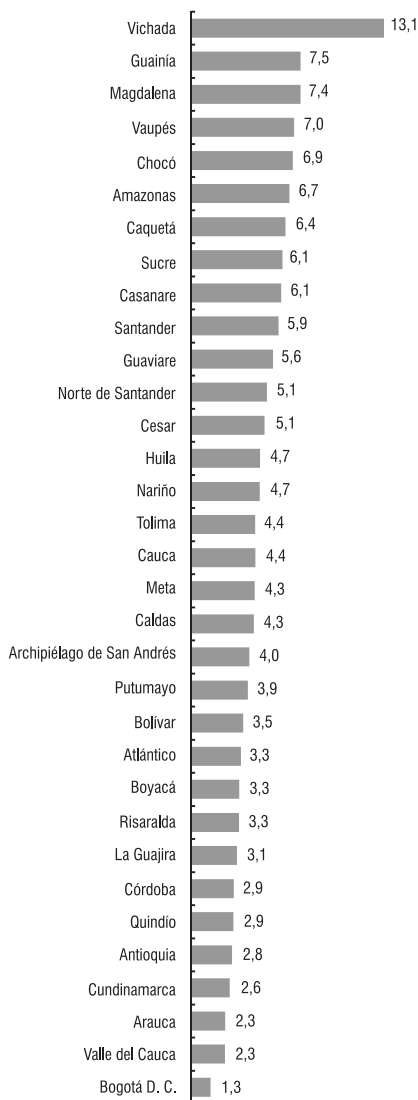
Fuente: Registro Especial de Prestadores (REPS); cálculos del autor.

GRÁFICO 8. CAPACIDAD INSTALADA POR DEPARTAMENTO, 2013 (CONTINUACIÓN)

C. Salas de quirófano por cada cien mil habitantes



D. Salas de parto por cada cien mil habitantes



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

La segunda fuente de datos sobre la capacidad instalada es el 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 municipios²³. Entre 2002 y 2012 no se efectuaron grandes cambios en la capacidad hospitalaria pública: por un lado, ocurrieron ligeros aumentos en el número de consultorios y unidades de odontología; y por otro, disminuciones de la cantidad de camas, salas de quirófano y mesas de parto (Cuadro 6). Esto podría indicar que las atenciones de mayor complejidad están pasando a ser resueltas por las IPS privadas.

CUADRO 6. NÚMERO DE FACILIDADES POR CADA CIENTO 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 quirófano	2	1	1
Mesas de parto	4	3	3
Número de unidades de odontología	7	14	9

Fuente: Sistema de Información Hospitalaria; cálculos de la autora.

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 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 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.

²³ El 93% de las registradas en REPS en 2013.

CUADRO 7. CAPACIDAD INSTALADA EN 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 100.000 HABITANTES)					
Camas	3.603	67.931	78	161	80	77
Ambulancias	669	3.382	14	8	n. d.	n. d.
Salas de parto	377	1.237	8	3	n. d.	n. d.
Salas de quirófano	53	2.967	1	7	0	2
Consultorios para consulta externa	1.306	8.215	n. d.	n. d.	34	21
Consultorios para urgencias	1.787	1.536	n. d.	n. d.	47	4
Unidades de odontología	816	3.213	n. d.	n. d.	21	8
Observaciones			486	598	366	490

n. d.: no disponible.

Fuentes: Registro Especial de Prestadores (REPS) y Sistema de Información Hospitalaria (SIHO); cálculos de la autora.

El 93% de los municipios con solo IPS públicas no posee salas de quirófano, el 31% no cuenta con salas de parto y el 29% no tiene camas. Para el resto de municipios de la muestra, el 60% no cuenta con salas de quirófano, el 11% con salas de parto y el 6% no tiene camas²⁴. 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, 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 escalafón 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,

²⁴ 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 dicha lista, 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 salas públicas de parto por cada cien mil habitantes; y en Barranquilla, Medellín y Cartagena donde hay menos salas públicas 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 presentan 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 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. De nuevo, 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, además de la distancia, cumplen 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 de otro tipo de salas y equipos, como por ejemplo incubadoras, consultorios no médicos (enfermería, curación, nutrición, etc.), salas de rehabilitación, salas de radiología y 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 asume que existen las condiciones tecnológicas y científicas indispensables para su prestación, si bien 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 cuántas sillas para realizar este procedimiento. Por tanto, quedan por fuera consideraciones como el grado de utilización o aprovechamiento de las facilidades y si hay sobreoferta o escasez.

3.5 SERVICIOS DE SALUD²⁵

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 cuenta con más del 70% de los servicios, mientras que los menos poblados (Amazonas, Guainía, Guaviare, Vaupés, Vichada, San Andrés y Providencia) ofrecen menos del 50%, teniendo sus principales carencias en diversos tipos de consulta externa, los servicios quirúrgicos y de diagnóstico y complementos terapéuticos.

Los departamentos con el mayor número de IPS (Gráfico 6) 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), ofrece más de 200 servicios, y el 1% (diez municipios) no ofrece ningún servicio, pues no cuenta con ningún tipo de prestador (Mapa A3.2 en Anexo 3). 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

²⁵ El análisis presentado en esta sección está basado en el 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.

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 de la autora.

Las diferencias entre los municipios son más notorias cuando se tiene en cuenta la clasificación de los servicios de acuerdo con la etapa de atención al paciente. Por lo general, 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 Mapa A3.3 (Anexo 3) se identifican zonas que prestan 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 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 POS, que no está disponible en su lugar de residencia, el paciente debe cubrir los costos de transporte²⁶. Para 2013 hay un 10% de la población en Colombia que no está afiliada al SGSSS, para quienes quizá es más difícil acceder al servicio si, además de pagar la consulta, deben asumir también los costos de 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 tanto, puede ser natural, por las economías de escala, que ese tipo de atenciones se ofrezcan solo en algunos municipios.

²⁶ Artículo 43 del Acuerdo 029 de 2011 de la Comisión Reguladora en Salud (CRES).

Bogotá, por ejemplo, tiene 227 servicios habilitados, mientras que los municipios que lo rodean ofrecen en promedio 38 servicios²⁷. Es muy probable que las EPS remitan a sus pacientes a la capital para recibir ciertas atenciones. Teniendo en cuenta que en estos servicios la demanda por atender en Bogotá excede su población, las EPS deberían asegurarse de que la capacidad instalada o número de profesionales de las IPS que contraten, por 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 entre los primeros lugares en el listado departamental, y tiene un quinto y noveno puestos en las listas de quirófanos y camas, a pesar de ser la entidad territorial con mayor población (Gráfico 8).

3. Las consultas externas con especialistas y las cirugías se programan con 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 diagnóstico realizado en un servicio de urgencias puede implicar la necesidad de un procedimiento quirúrgico inmediato, para lo cual la red hospitalaria de ciertos municipios no está 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, los departamentos que menos servicios quirúrgicos prestan (Gráfico 8) son los que cuentan con el menor número de ambulancias. Este es el caso de Amazonas, Guainía, Guaviare, Vaupés y Vichada.

En conclusión, en el país existen amplias diferencias entre los municipios en cuanto al número de servicios ofrecidos: de 234 disponibles, el 74% de las entidades territoriales cuenta con menos de 40. Estas disparidades se acentúan cuando se trata de servicios de 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.

²⁷ Alrededor de Bogotá se encuentran los siguientes municipios: Uribe, Cubarral y Guamal (del Meta), junto con catorce municipios de Cundinamarca.

3.6 CALIDAD DE LOS SERVICIOS

Con la Resolución 1446 de 2006 el MPS estableció unos indicadores para evaluar la calidad de las EPS e IPS²⁸. En esta sección se emplearán algunos con el fin de establecer diferencias entre regímenes²⁹.

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 y las empresas de medicina prepagada (EMP)³⁰. 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, cuyos afiliados pertenecen al régimen contributivo. Por su parte, los indígenas afiliados en las EPSI son 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 es menor, desde que solicitan una cita con un médico general, un servicio de imagenología o una cirugía, hasta que efectivamente estos servicios son provistos (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 embargo, el régimen subsidiado entregaría un menor porcentaje de medicamentos solicitados y presentaría una mayor tasa de mortalidad materna.

Precisamente, las principales diferencias ocurren en este indicador. Mientras que en el régimen contributivo mueren 21,7 madres por cada cien 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 que, 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 predis-

²⁸ Para conocer la forma de cálculo de cada indicador consúltese el Anexo 2.

²⁹ No se revisará la evolución de los indicadores en el tiempo ni por IPS porque la serie histórica tiene vacíos. Por el contrario, la información de 2013 ha sido validada en la Superintendencia Nacional de Salud, donde no se incluye en los cálculos las observaciones con inconsistencias.

³⁰ La base de datos de los indicadores de calidad y la BDUA registra información para las mismas EPS.

posición genética, entre otros). Las EPS del régimen subsidiado con mayores 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%.

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 cada 100.000	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

Nota: la celda con símbolo (-) no recibió ninguna tutela en su contra en este período. EAPB: entidades administradoras de planes de beneficios de Salud.

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud; elaboración de la autora.

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 8 y 13 días. Sin embargo, cada vez es mayor el porcentaje de usuarios para los que transcurren más de 30 días entre la solicitud de la cita y el servicio médico. De acuerdo con Reina (2017), en 5 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% en dichas 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.

El número de tutelas falladas a favor del afiliado por la no prestación del servicio 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 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. De nuevo, las diferencias más amplias se obtienen en el indicador de mortalidad materna (Anexo 3, cuadro A3.1).

La calidad del servicio prestado por cada EPS depende de la red hospitalaria del departamento donde residen 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 por departamento.

4. REFLEXIONES FINALES

Se han mostrado diferentes aspectos relacionados con la oferta de servicios de salud, encontrándose, en primer lugar, que en el 45% de los municipios del país solo existen IPS públicas y el 73% de ellos solo cuenta con una IPS. Este grupo de entidades territoriales está en desventaja con respecto al resto en cuanto a la capacidad instalada, especialmente la necesaria para los 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 por resaltar: 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 estas, que corresponde 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.

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 cuando requieren 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 programan 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 la 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.

Del presente diagnóstico 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 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 lograrlo 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. Luego, se concentrarían los esfuerzos en el resto de prestadores. Además, sería ideal conocer 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 escalafón departamental de calidad. También, podrían crearse nuevos indicadores que muestren los servicios que no están siendo evaluados en la actualidad. Por ejemplo, el tiempo de respuesta del servicio de transporte especial de pacientes prestado por 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, además son los que cuentan con el menor número de ambulancias. Por tanto, una tercera recomendación sería fortalecer este servicio, teniendo en cuenta las características geográficas de la zona 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.

Finalmente, y 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 solo de las ciudades donde se encuentran ubicados, sino de municipios aledaños. Para completar la radiografía de la oferta de servicios quedan varios temas por estudiar, aparte de los mencionados: uno de ellos es la oferta y demanda de recurso humano; otro sería la relación entre la eficiencia hospitalaria, la situación financiera de las IPS y la calidad de sus servicios. Sin embargo, esto implica que se mejore la cobertura y validez de los sistemas de información disponibles.

REFERENCIAS

- Arroyave, I. (2009) “La organización de la salud en Colombia”, *El Pulso*, Hospital San Vicente de Paúl.
- Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (2013). *Cifras e indicadores del Sistema de Salud, 2008-2011*, Bogotá, Acemi.
- Departamento Nacional de Planeación (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.

- 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.
- Glassman, A.; Escobar, M.; Giuffrida, A.; Giedion, U. (2010). *Salud al alcance de todos. Una década de expansión del seguro médico en Colombia*, Banco Interamericano de Desarrollo y The Brookings Institution: Washington, D. C.
- Grupo de Economía de la Salud GES (2011). “Evolución de la seguridad social en salud en Colombia: avances, limitaciones y retos” [en línea], *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/biblioteca-SedesDependencias/unidadesAcademicas/FacultadCienciasEconomicas/ElementosDiseno/Documentos/GrupoEconomiaSalud/Observatorios/Observatorio_23.pdf
- Grupo de Economía de la Salud GES (2012). “Implicaciones económicas y fiscales de la cobertura universal en Salud” [en línea], *Observatorio de la Seguridad Social*, 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
- Ministerio de la Protección Social (MPS) (2005). Política nacional de prestación de servicios de salud, consultada 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>
- Ministerio de la Protección Social (MPS) (s. f.). “Marco conceptual de análisis de los sistemas de salud” [en línea], en *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*, capítulo I, consultado el 26 de julio de 2014, en <http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Marco%20Conceptual%20de%20An%C3%A1lisis%20de%20los%20Sistemas%20de%20Salud-%20CAP%201.pdf>
- Ministerio de la Protección Social (MPS); Universidad Nacional de Colombia (2007). “¿Ha mejorado el acceso en salud?: evaluación de los procesos del régimen subsidiado”, Programa de Apoyo a la Reforma de salud; Unal-Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Bogotá.
- Ministerio de Salud y Protección Social (MPS) (2012). “Encuesta de evaluación de los servicios de las EPS”, Oficina de Calidad, Bogotá, D. C., noviembre.
- Ministerio de Salud y Protección Social (MPS); Superintendencia Nacional de Salud (2013). “Ordenamiento de EPS: siguiendo la orden 20 de la sentencia T-760 de 2008 y el Auto 260 de 16 de noviembre de 2012”, Bogotá.
- Ministerio de Salud y Protección Social (MPS), 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” [en línea], disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Ordenamiento-EPS-20%20diciembre.pdf>, Bogotá.
- Ministerio de Salud y Protección Social (MPS); Superintendencia Nacional de Salud (2011). “Situación actual de las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado en Colombia” [en línea], consultado el 24 de enero de 2014, en <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Situacion%20actual%20de%20las%20EPS%20de%20los%20regimen%20C3%B3n%20actual%20de%20las%20EPS%20de%20los%20regimen%20C3%ADmenes%20contributivo%20y%20subsidiado%20en%20Colombia.pdf>
- Navarrete, P.; Acosta, R. (2009). “Análisis de la importancia de la sentencia T-760 de 2008 sobre el derecho a la salud” [en línea], monografía para optar al título de Especialista en seguros y seguridad social, Universidad de la Sabana, consultado el 13 de mayo de 2014, en <http://intellectum.unisabana.edu.co:8080/jspui/bitstream/10818/2573/1/121945.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2012). “Estadísticas sanitarias mundiales: personal sanitario, infraestructura, medicamentos esenciales” [en línea], consultado el 20 de mayo de 2013, en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44858/1/9789243564449_spa.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (2011). *Redes integradas de servicios de salud: el desafío de los hospitales*, Santiago de Chile.
- Orozco, J. (2006). “Caracterización del mercado del aseguramiento en salud para el régimen contributivo en Colombia” [en línea], 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>
- 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” [en línea], Archivos de Economía, núm. 284, Departamento Nacional de Planeación, consultado en noviembre de 2013, en https://www.dnp.gov.co/Portals/0/archivos/documentos/DEE/Archivos_Economia/284.pdf
- Reina, Y. (2017). “Acceso a los servicios de salud en las principales ciudades colombianas (2008-2012)”, en J. Bonet, K. Guzmán y L. Hahn de Castro (eds.). *La salud en Colombia: una perspectiva regional* [esta obra], pp. 285-318, Bogotá: Banco de la República.
- 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” [en línea], Archivos de Economía, núm. 298, Departamento Nacional de Planeación, consultado el 21 de enero de 2014, en https://www.dnp.gov.co/Portals/0/archivos/documentos/DEE/Archivos_Economia/298.pdf
- Sloan, F.; Hsieh, C. (2012). *Health Economics*, consultado el 25 de julio, en http://mitpress.mit.edu/sites/default/files/titles/content/9780262016766_sch_0001.pdf
- Superintendencia Nacional de Salud (SNS) (2010). “Estudio IPS públicas corte a 31 de diciembre de 2009”, Bogotá.
- Superintendencia Nacional de Salud (SNS) (2013a). “Situación financiera de las IPS públicas 2002-2012”, Bogotá.
- Superintendencia Nacional de Salud (SNS) (2013b). “Informe cartera por venta de servicios de salud” [en línea], consultado el 3 de febrero de 2014, en <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=803>
- Ventura, J. (2008). “Marco conceptual para el análisis de la oferta sanitaria” [en línea], consultado el 25 de julio, en http://www.google.com.co/url?url=http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3104669.pdf&rct=j&frm=1&q=&esrc=s&sa=U&ei=L-vfU_vIHcyUyASJsICQBQ&ved=0CCoQFjAE&usg=A-FQjCNGhKRajcup9cDM_NQDKhTQPZSxLrw

ANEXO 1**CUADRO A1.1 AFILIADOS AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (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	18,92	79,00	86,95
Antioquia	6.299.990	56,86	42,04	89,68
Arauca	256.527	16,32	82,10	86,55
Atlántico	2.402.910	44,37	55,10	96,29
Bogotá D. C.	7.674.366	80,93	18,54	87,88
Bolívar	2.049.109	30,20	69,18	95,99
Boyacá	1.272.855	36,61	61,81	86,15
Caldas	984.115	46,30	52,15	88,23
Caquetá	465.487	17,55	80,74	78,95
Casanare	344.040	40,27	58,67	98,91
Cauca	1.354.733	20,65	78,33	90,64
Cesar	1.004.058	26,22	73,23	109,24
Chocó	490.317	10,10	88,73	91,39
Córdoba	1.658.067	18,34	80,88	97,50
Cundinamarca	2.598.245	52,93	46,41	76,07
Guainía	40.203	9,14	89,34	103,07
Guaviare	107.934	15,68	82,73	68,98
Huila	1.126.316	27,95	70,69	92,98
La Guajira	902.367	16,80	82,89	92,75
Magdalena	1.235.532	27,33	72,17	103,52
Meta	924.871	48,66	50,24	86,33
Nariño	1.701.782	17,66	80,96	82,32
Norte de Santander	1.332.378	33,26	65,78	92,28
Putumayo	337.054	14,42	83,89	85,11
Quindío	558.969	47,03	51,54	84,99
Risaralda	941.275	55,27	43,55	89,81
San Andrés y Providencia	75.167	63,31	35,78	73,55
Santander	2.040.932	53,39	44,67	91,50
Sucre	834.937	15,96	83,42	114,44
Tolima	1.400.140	37,30	61,33	84,98
Valle del Cauca	4.520.480	54,82	44,61	90,65
Vaupés	42.817	8,53	87,90	70,98
Vichada	68.575	7,57	91,74	112,89

Fuentes: Superintendencia Nacional de Salud y DANE; cálculos de la autora.

ANEXO 2

CUADRO A2.1 INDICADORES DE CALIDAD REPORTADOS POR EPS

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 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

^{*/} Estos indicadores son reportados por EPS e IPS.

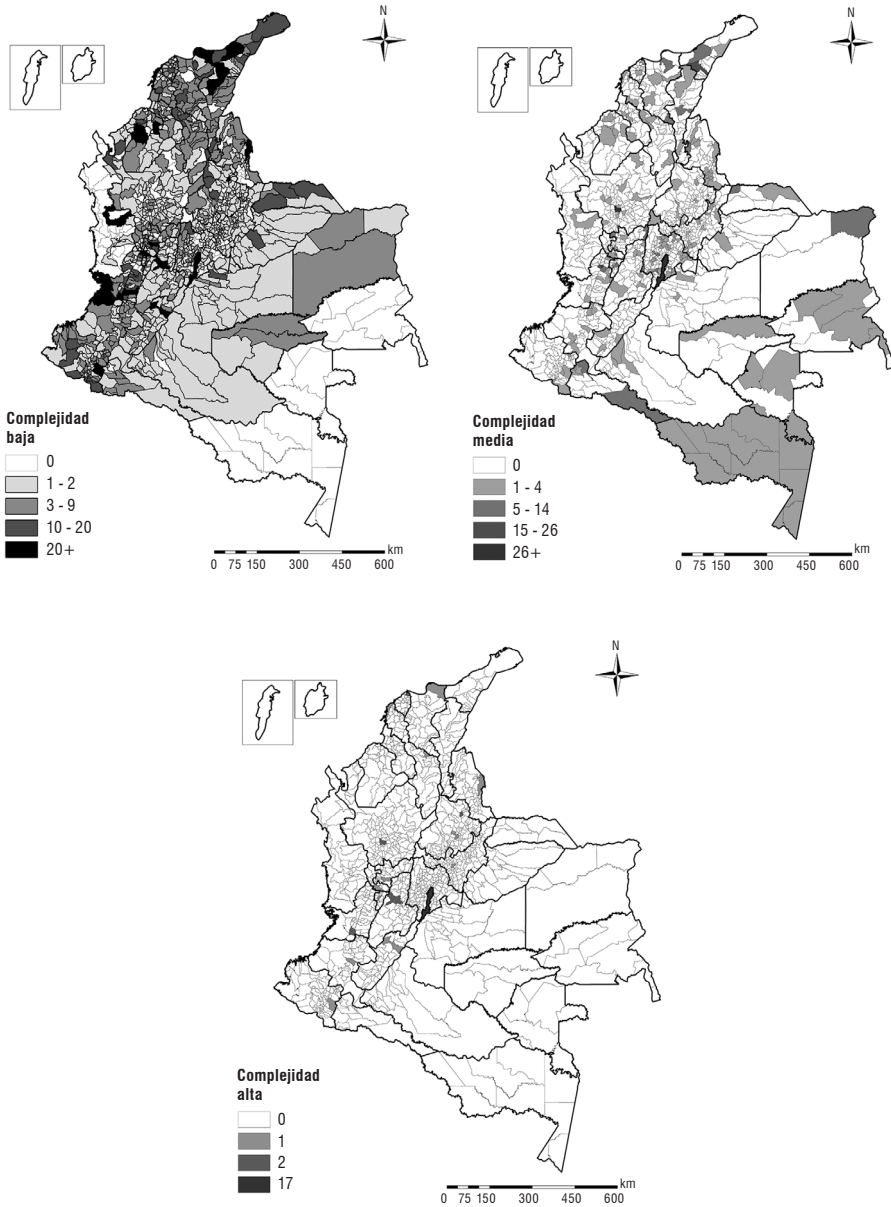
Fuente: Anexo Técnico de la Resolución 1446 de 2006; elaboración de la autora.

ANEXO 3**CUADRO A3.1 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 EMSANAR ESS	SALUDCOOP	COOMEVA S.A.	NUEVA EPS S. A.
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 100.000	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

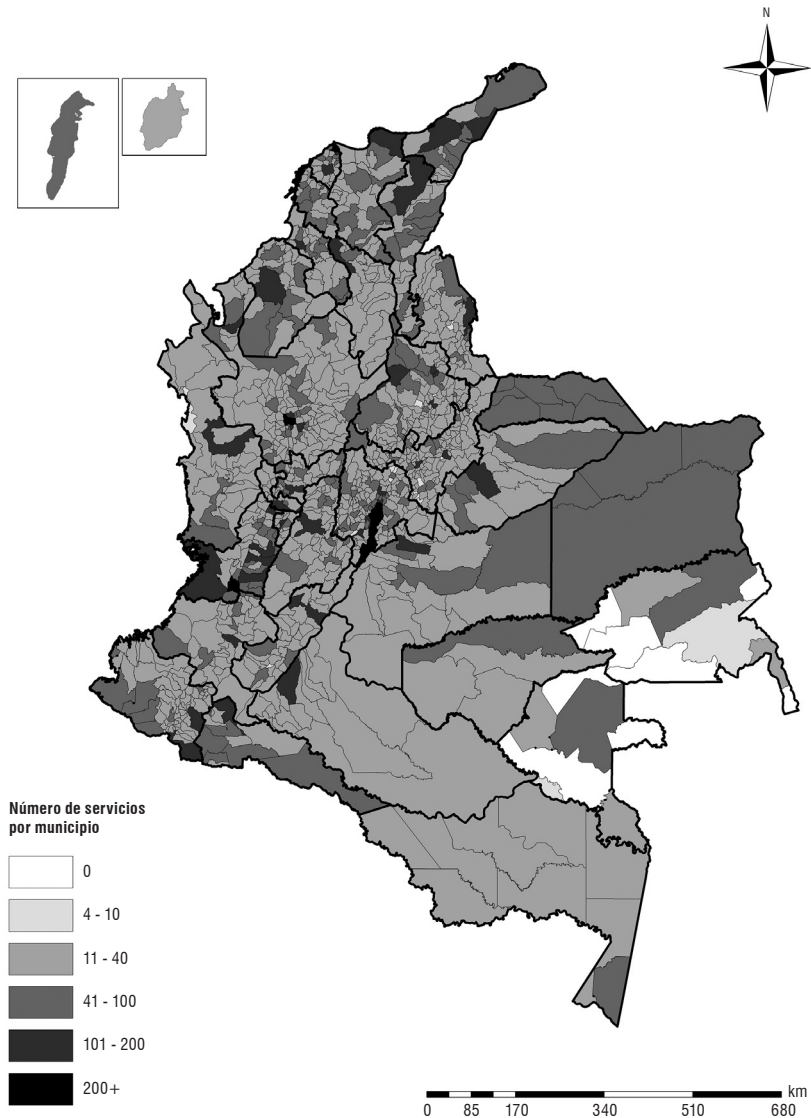
Fuente: Superintendencia Nacional de Salud; cálculos de la autora.

MAPA A3.1 LOCALIZACIÓN DE LAS IPS PÚBLICAS DE ACUERDO CON SU NIVEL DE COMPLEJIDAD, 2013



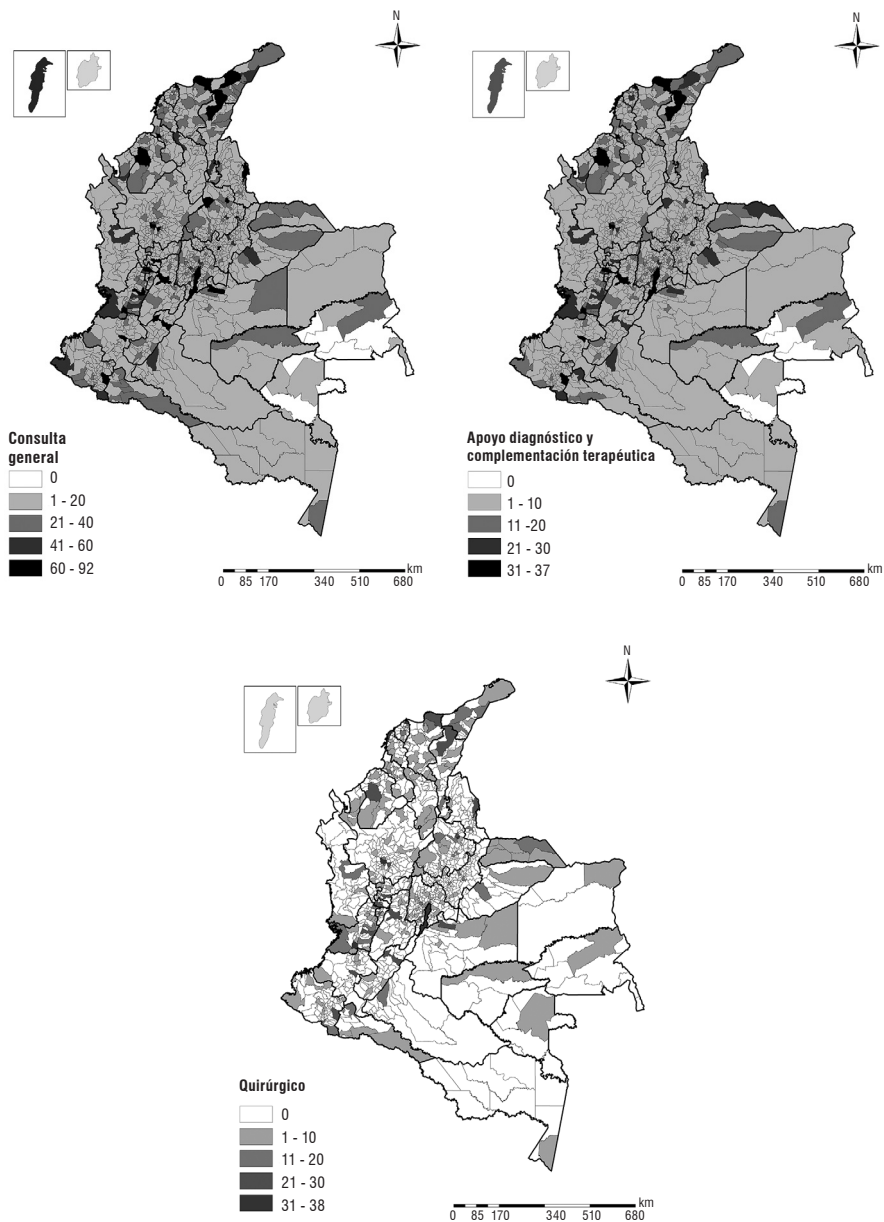
Fuente: Registro especial de prestadores (REPS); elaboración de la autora.

MAPA A3.2 CANTIDAD DE SERVICIOS PRESTADOS EN EL NIVEL MUNICIPAL, 2013



Fuente: Registro especial de prestadores (REPS); elaboración de la autora.

MAPA A3.3 OFERTA DE SERVICIOS MUNICIPAL DE ACUERDO CON EL TIPO DE SERVICIO, 2013



Fuente: Registro especial de prestadores (REPS); elaboración de la autora.