

DOCUMENTOS DE
TRABAJO SOBRE
**ECONOMÍA
REGIONAL
Y URBANA**



Cartera hospitalaria y diferencias
regionales en la prestación de los
servicios de salud en Colombia

Por:
Karelys Guzmán-Finol
Jhorland Ayala-García

Núm. 328
Septiembre, 2024



Centro de Estudios Económicos
Regionales (CEER) - Cartagena

Cartera hospitalaria y diferencias regionales en la prestación de los servicios de salud en Colombia

Karelys Guzmán-Finol
kguzmafi@banrep.gov.co
Banco de la República

Jhorland Ayala-García
jayalaga@banrep.gov.co
Banco de la República

La serie **Documentos de Trabajo Sobre Economía Regional y Urbana** es una publicación del Banco de la República en Cartagena. Las opiniones contenidas en este documento son de exclusiva responsabilidad de los autores y no comprometen al Banco de la República ni a su Junta Directiva.

Resumen

Este documento describe el estado y la evolución de la cartera de los hospitales públicos en Colombia y cómo se relaciona con algunos indicadores de la calidad en la prestación del servicio de salud a nivel regional. El análisis de la cartera de los hospitales públicos se basa en los datos del Sistema de Información Hospitalaria (SIHO), que agrupa la información reportada al Ministerio de Salud y Protección Social. Se cuenta con información para 931 hospitales. El 85% de los hospitales son de nivel I porque ofrecen servicios de complejidad baja; el 12% son de nivel II con servicios de complejidad intermedia, mientras que el 3% de los hospitales son de nivel III que brindan servicios de complejidad alta. Además, de acuerdo con información de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida, el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, y el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS), se presentan las diferencias regionales en algunos indicadores de infraestructura hospitalaria y calidad de los servicios de salud. Se encuentra que algunos departamentos de la Costa Caribe (como Cesar, Sucre y Atlántico) tienen la mayor disponibilidad de camas mientras que Bogotá, Valle y Antioquia la mayor disponibilidad de recurso humano. Los departamentos de las regiones Orinoquía, Pacífica y Amazonía están rezagadas en ambos factores. Finalmente, se explora la relación entre la cartera y algunos indicadores de calidad.

Palabras clave: cartera hospitalaria, hospitales públicos, calidad de la salud, diferencias regionales.

Clasificación JEL: I11, I14, R1.

Public hospitals accounts receivable and regional differences in the provision of health services in Colombia

Karelys Guzmán-Finol
kguzmafi@banrep.gov.co
Banco de la República

Jhorland Ayala-García
jayalaga@banrep.gov.co
Banco de la República

The series **Documentos de Trabajo Sobre Economía Regional y Urbana** is a publication of Banco de la República in Cartagena. The opinions contained in this document are the sole responsibility of the authors and do not commit Banco de la República or its Board of Directors.

Abstract

This document describes the state and evolution of the public hospital portfolio in Colombia and how it relates to some quality indicators in the provision of health services at the regional level. The analysis of the public hospital portfolio is based on data from the Hospital Information System (SIHO, in Spanish), which contains the information reported to the Ministry of Health and Social Protection. We have data for 931 hospitals. 85% of hospitals are level I because they offer low complexity services; 12% are level II and offer services of intermediate complexity, while 3% are level III and offer high complexity services. In addition, according with data from the National Quality of Life Survey, the Special Registry of Health Service Providers, and the Single National Registry of Human Talent in Health (ReTHUS, in Spanish), this paper presents regional differences in some hospital infrastructure indicators, as well as in indicators of the quality of health services. We find that some departments of the Caribbean Coast (such as Cesar, Sucre and Atlántico) have the higher availability of hospital beds while Bogotá, Valle and Antioquia have the greatest availability of human resources. The departments of the Orinoquia, Pacifica and Amazon regions are lagging in both factors. Finally, the relationship between the public hospitals portfolio and some quality indicators is explored.

Keywords: accounts receivable, public hospitals, health quality, regional differences.

JEL Classification: I11, I14, R1.

1. Introducción

Este documento presenta un análisis descriptivo de la cartera (o cuentas por cobrar) de los hospitales públicos en Colombia y cómo se relaciona con algunos indicadores de la calidad en la prestación del servicio de salud a nivel regional para el periodo 2009-2020. Con la Ley 100 de 1993 el sistema de salud colombiano pasó de subsidiar la oferta a subsidiar la demanda. Antes de 1993 el gobierno financiaba los hospitales públicos (subsidios de oferta), pero a partir de la expedición de dicha ley los hospitales públicos debían financiarse a través de la venta de servicios de salud a las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), las entidades territoriales (departamentos, y municipios), y otros clientes (o pagadores) como el ECAT (Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito del Fosyga) y el SOAT (Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito).

A pesar de que la transformación del sector de la salud trajo consigo avances en materia de cobertura, en el acceso a los servicios de salud (Ayala, 2015; Salamanca, 2022), y un incremento en los tratamientos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, pronto se hicieron evidentes las ineficiencias de los hospitales públicos y sus dificultades financieras (Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, 2020, 2017; Fedesarrollo & Fundación Suramericana, 2012; Orozco, 2014; Cubides, 2019). Estas últimas han sido en parte ocasionadas por la cartera hospitalaria, es decir sus cuentas por cobrar, que se generan cuando sus clientes (EPS, entidades territoriales, entre otros) se demoran en pagarles por los servicios que han provisto. La cartera de los hospitales públicos pasó de 4,76 billones de pesos en 2009 a 8,84 billones en 2020¹.

La ineficiencia y los problemas de cartera han llevado a que algunos hospitales públicos estén en riesgo de quiebra. Por ejemplo, una evaluación de la OECD de las condiciones financieras de 968 hospitales públicos concluyó que el 32% de estas instituciones estaban en alto riesgo de quiebra en 2013, y 45% en 2014. Muchas veces el cierre de los hospitales ha sido evitado por algunas medidas implementadas por el gobierno nacional y los gobiernos locales (OECD, 2016). Algunas de estas han sido: los programas de saneamiento fiscal y financiero (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012), el giro directo de los recursos del régimen

¹Pesos reales de 2020. Cálculos propios con información del Sistema de Información Hospitalaria SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.

subsidiado que empezó en 2011 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023a), y la compra de cartera que inició en 2013 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023b).

La cartera es un indicador de liquidez, o la capacidad de una compañía de cumplir con sus obligaciones financieras (Barnes et al., 2017). La liquidez está relacionada con otros aspectos del desempeño financiero: tener una cartera alta es un predictor de dificultades financieras (medida con indicadores de rentabilidad, solvencia, y liquidez) (Kim, 2018). Además, la liquidez tiene una relación positiva en la rentabilidad (Rauscher et al, 2012; Bem et al., 2014; Batrancea, 2021) y con la inversión (Choi, 2017).

Entonces, cuando la cartera de un hospital aumenta pueden surgir problemas de liquidez que afectan su capacidad de cumplir con sus obligaciones financieras y de invertir para mejorar su infraestructura, lo que en últimas podría afectar la calidad de los servicios ofrecidos (Bazzoli et al., 2007). La evidencia ha mostrado que el desempeño financiero de los hospitales puede estar relacionado con la calidad de los servicios que estos ofrecen. Cabe notar que tanto el desempeño financiero como la calidad son medidos a partir de varios tipos de indicadores (Akinleye et al., 2019; OECD,2021, 2023). En Estados Unidos: 1. Un mayor presupuesto por paciente está asociado con una mayor satisfacción por la atención en hospitales militares (Beauvais et al., 2007); 2. Hospitales con menor liquidez tienen una tasa de mortalidad intrahospitalaria más alta (Bazzoli et al., 2008); 3. La calidad de los tratamientos para pacientes con problemas cardiovasculares aumentó seguido del aumento en la rentabilidad de hospitales especializados en los servicios de cuidados intensivos (Dong, 2015).

Analizar la relación entre la cartera de los hospitales públicos y la calidad de los servicios que estos ofrecen es relevante, especialmente en el contexto colombiano, porque en los municipios más pequeños del país los únicos prestadores de servicios de salud son los hospitales públicos: 516 municipios solo contaban con IPS públicas en 2022, y en 497 municipios solo había un hospital. Entender esta relación podría ayudar al diseño de estrategias que garanticen la atención de la población que habita en estas regiones, y promuevan su bienestar, evitando mayores gastos de salud en el futuro².

² El problema de la cartera no es exclusivo de los hospitales públicos. Sin embargo, no contamos con datos de cartera y calidad de las IPS públicas y mixtas, que nos permitieran incluirlos en este análisis. Según el

En este documento se analiza la cartera de los hospitales públicos con base en los datos del Sistema de Gestión Hospitalaria (SIHO)³. También se presentan algunos indicadores de infraestructura hospitalaria y calidad de los servicios de salud, analizando las diferencias regionales en el país. Finalmente, se explora la relación entre la cartera y algunos indicadores de calidad. Además de analizar los datos del SIHO, se tienen en cuenta otros datos administrados por el Ministerio de Salud y Protección Social, como el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, y el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS). También se incluyen datos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida.

El documento se compone de cuatro secciones. En la Sección 2 se caracteriza la cartera de los hospitales públicos. En la Sección 3 se presentan los indicadores de oferta y calidad de la prestación de los servicios de salud. En la Sección 4 se analiza la relación entre la cartera e indicadores de calidad como los tiempos de espera en la asignación de citas y el acceso a los servicios. Finalmente, se presentan las conclusiones.

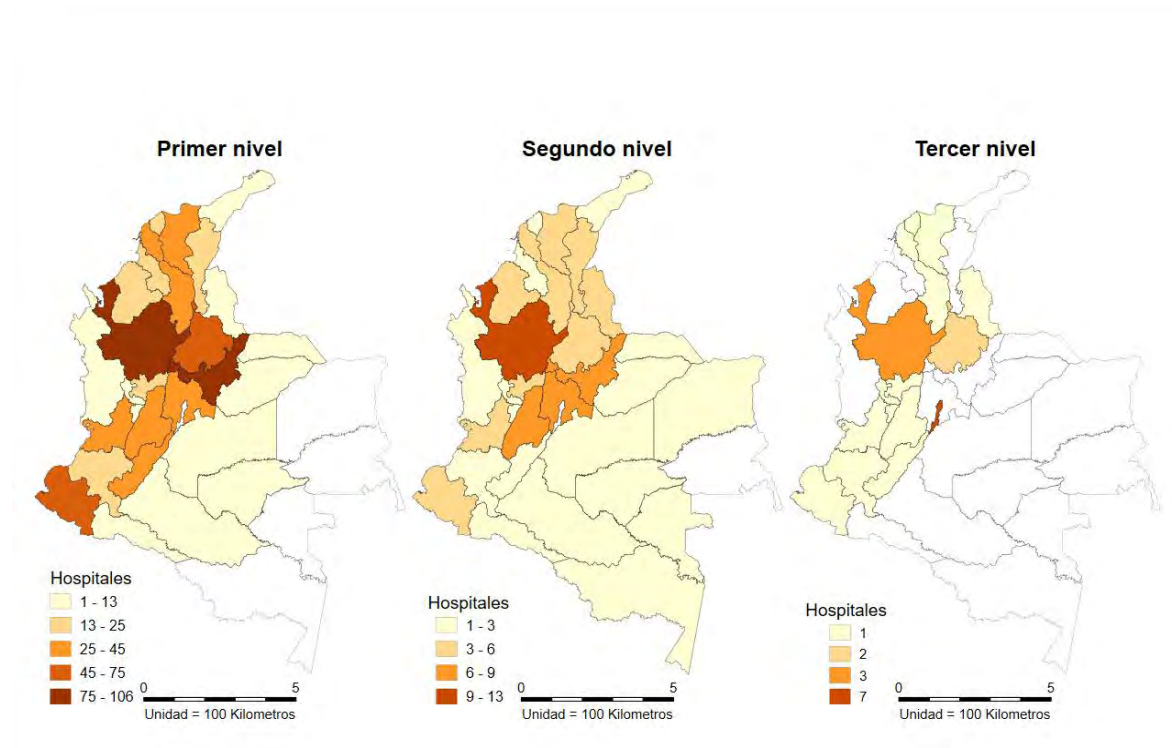
2. Caracterización de la cartera de los hospitales públicos en Colombia.

El análisis de la cartera de los hospitales públicos se basa en los datos del SIHO, que agrupa la información reportada al Ministerio de Salud y Protección Social para 931 hospitales. El 85% de los hospitales son de nivel I porque ofrecen servicios de complejidad baja; el 12% son de nivel II y brindan servicios de complejidad intermedia, mientras que el 3% de los hospitales son de nivel III y prestan servicios de complejidad alta. Si bien hay hospitales de nivel I y II en la mayoría de los departamentos, los hospitales de nivel III se concentran en unos pocos (Mapa 1).

informe elaborado por la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC) con información de entidades públicas, privadas, y mixtas, las deudas por servicios de salud ascendieron a los 12,7 billones de pesos en junio de 2021 (ACHC, 2021). Esa deuda representaba un incremento del 20% con respecto a la de diciembre de 2020.

³ Los datos de SIHO a nivel de hospital fueron suministrados por el Ministerio de Salud y Protección Social.

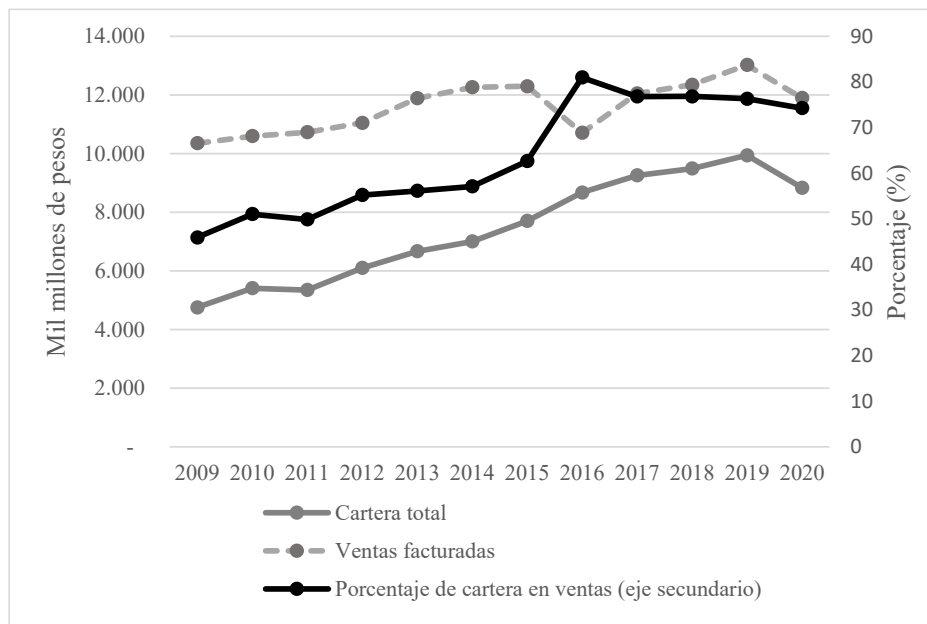
Mapa 1. Hospitales públicos por niveles en 2019



Fuente: SIHO, Ministerio de Salud y Protección Social. Cálculos de los autores.

Podría esperarse que los hospitales de mayor complejidad ofrezcan servicios de mayor costo, lo que implicaría ventas de servicios y cartera por mayor valor. Por lo tanto, sería incorrecto comparar los hospitales solo con base en el total de cartera. Para poder compararlos se calculó la participación de la cartera en el total de ventas facturadas. El Gráfico 1 presenta el total de ventas facturadas, la cartera y la participación de la cartera en las ventas facturadas de los hospitales públicos para el periodo 2009-2019. Durante este periodo, la cartera creció más rápido que las ventas facturadas. La primera creció a una tasa promedio del 6%, y la segunda al 1%. La participación de la cartera en el total de ventas facturadas pasó de 45,7% a 74,3% entre 2009 y 2020.

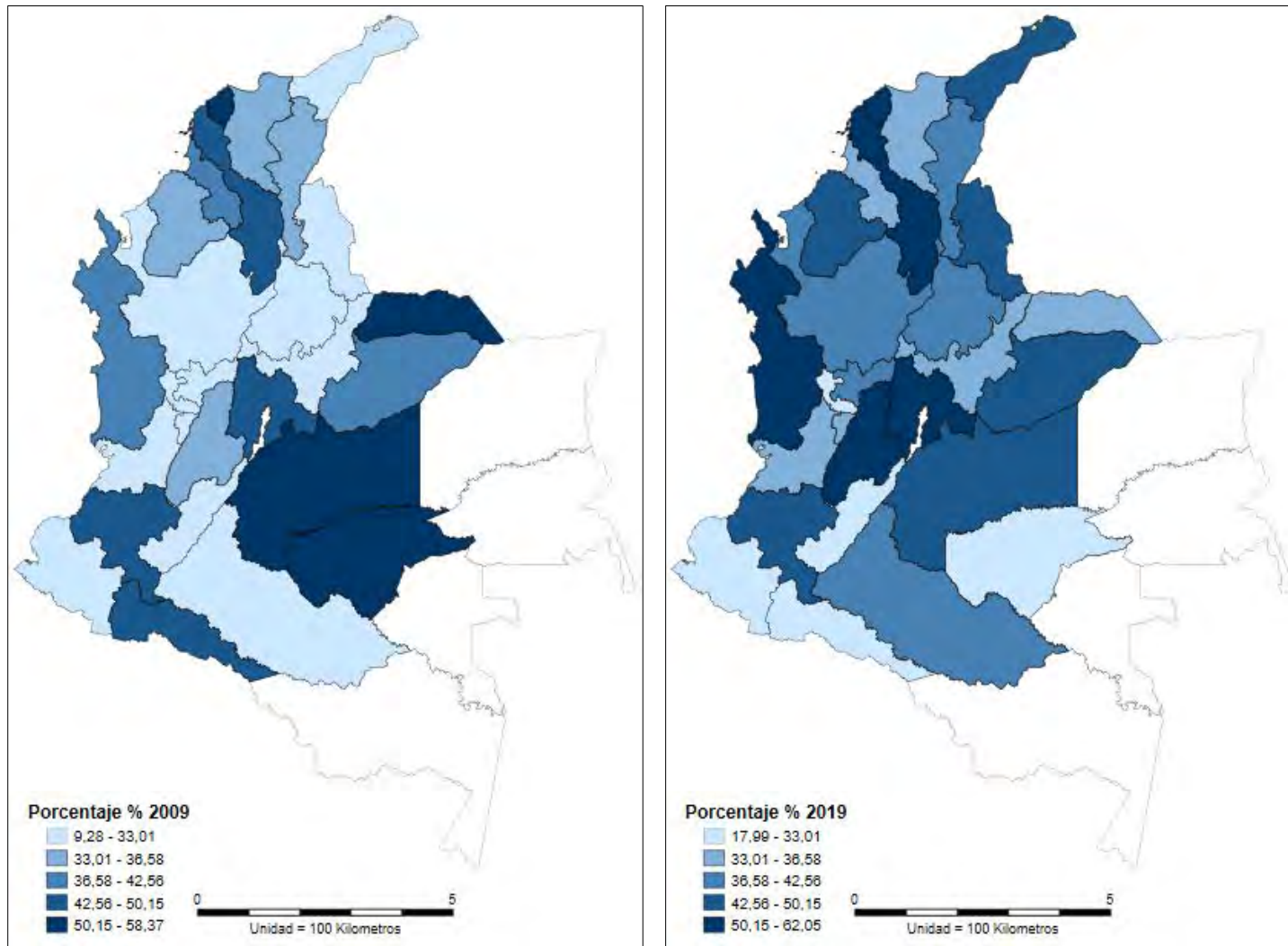
Gráfico 1. Cartera total y ventas facturadas de los hospitales públicos (mil millones de pesos de 2020)



Fuente: SIHO, Ministerio de Salud y Protección Social. Cálculos de los autores.

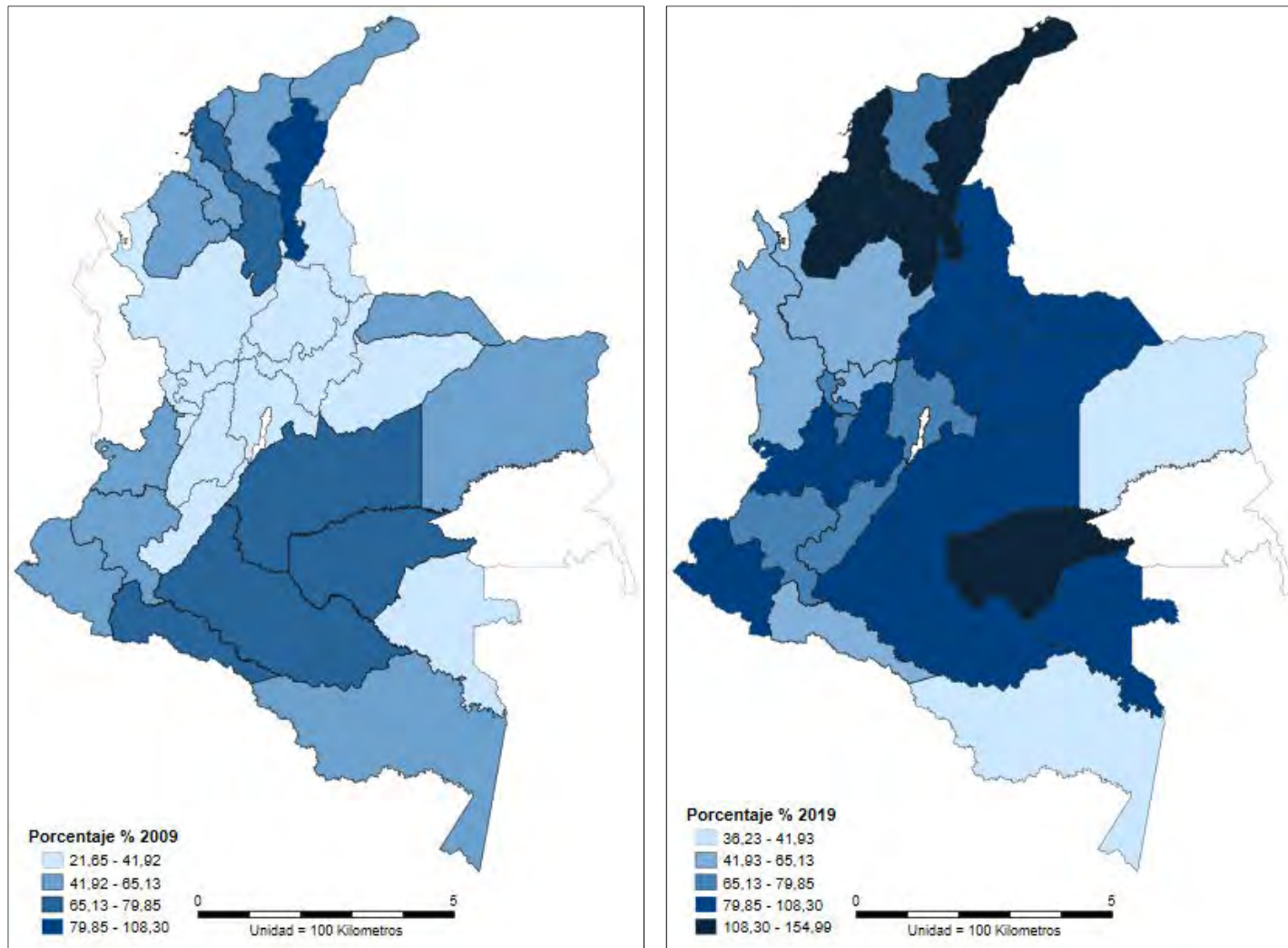
Los mapas 2, 3 y 4 presentan la participación de la cartera en las ventas facturadas por departamentos y tipos de hospitales para los años 2009 y 2019. La participación de la cartera en el total de ventas facturadas es mayor en los hospitales de complejidad media y alta. En algunos hospitales de nivel II y III, la participación de la cartera en las ventas fue mayor al 100%. Esto sucede porque la cartera incluye no sólo la generada en la vigencia actual, sino también el deterioro de cartera (o deudas que vienen de periodos anteriores), mientras que las ventas solo se refieren a las facturadas en determinada vigencia. En 2019 los hospitales de nivel I con mayor porcentaje de la cartera en ventas facturadas se encontraban en los departamentos de Chocó, Bolívar, Atlántico, Cundinamarca (sin Bogotá), y Tolima. Mientras que los hospitales de nivel II con mayor porcentaje de la cartera en ventas facturadas se encontraban en los departamentos de Cesar, Córdoba, La Guajira, Bolívar, y Sucre. En 9 de 14 departamentos con hospitales de nivel III, la participación de la cartera fue superior al 100% de las ventas facturadas.

Mapa 2. Cartera como proporción de las ventas facturadas en hospitales nivel I, 2009 y 2019.



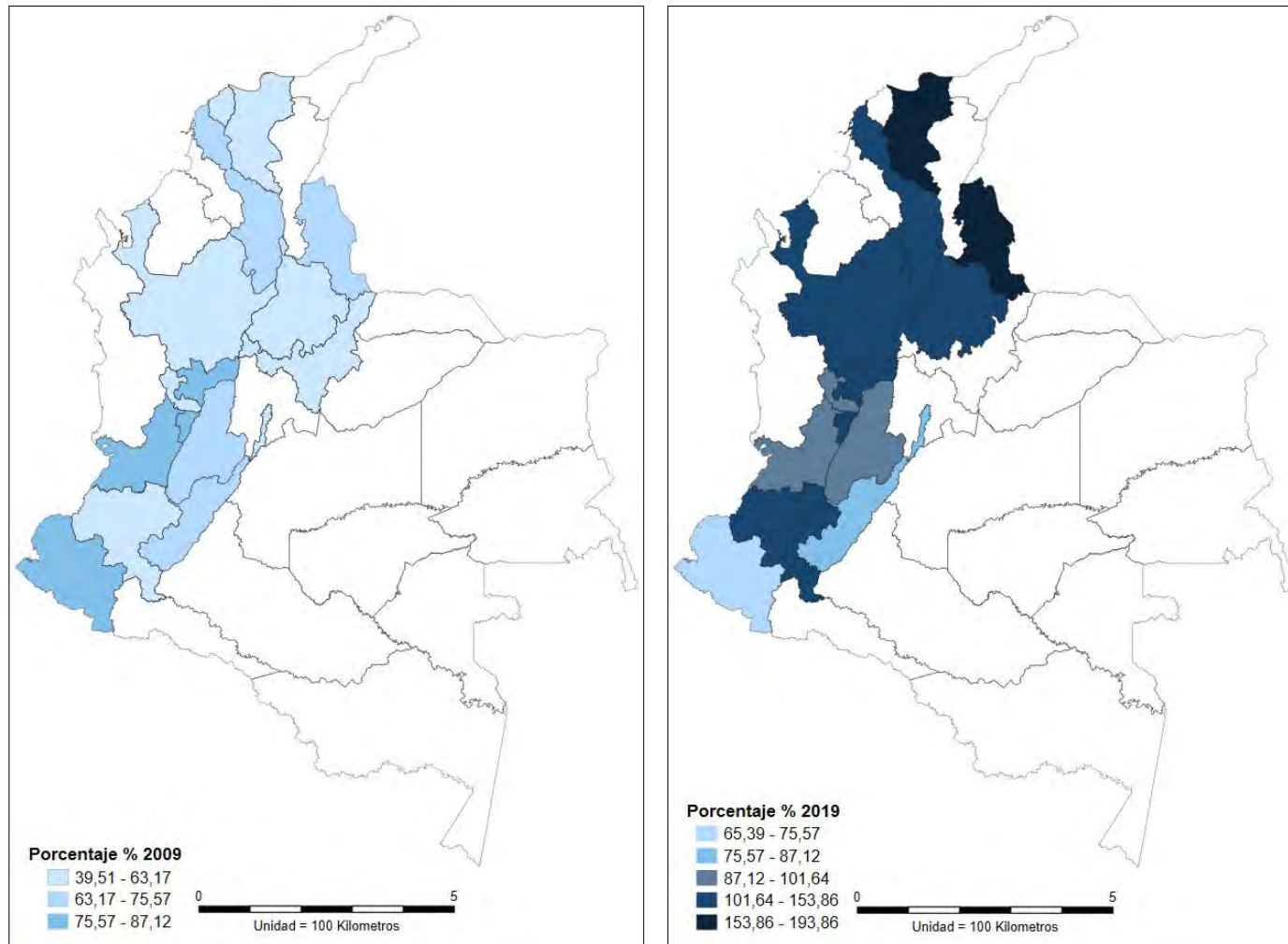
Fuente: Elaboración de los autores. SIHO, Ministerio de Salud y Protección Social.

Mapa 3. Cartera como proporción de las ventas facturadas en hospitales nivel II, 2009 y 2019



Fuente: Elaboración de los autores. SIHO, Ministerio de Salud y Protección Social.

Mapa 4. Cartera como proporción de las ventas facturadas en hospitales nivel III, 2009 y 2019



Fuente: Elaboración de los autores. SIHO, Ministerio de Salud y Protección Social.

La cartera se suele clasificar de acuerdo con su edad de morosidad. Durante el periodo analizado, el 43,6% de la cartera correspondió a deudas de más de 360 días; el 17,6% a deudas de entre 181 a 360 días; el 20% a deudas de entre 61 y 180 días, y el 18,8% a deudas de menos de 60 días (Cuadro 1). Las deudas de más de 360 días son las de mayor participación en los tres niveles de complejidad. El aporte promedio de estas deudas en el total de cartera creció sostenidamente al pasar de 30% en 2009 a 59% en 2020 (Gráfico 2).

Cuadro 1. Clasificación de la cartera de acuerdo con su edad de morosidad, tipo de deudor y mecanismos de pago⁴, promedio 2009-2020 (%).

Edad	Promedio nacional	Nivel I	Nivel II	Nivel III
Menor a 60 días	18,8	21,2	19,1	17,3
De 61 a 180 días	20,0	19,0	21,3	19,3
De 181 a 360 días	17,6	16,8	17,8	17,8
Mayor a 360 días	43,6	43,1	41,8	45,6
Pagador				
EPSs del Régimen Subsidiado	53,3	59,0	50,1	52,5
EPSs del Régimen Contributivo	15,1	15,3	16,4	14,1
Departamentos, distritos y municipios	11,4	7,4	11,9	13,1
SOAT-ECAT	6,1	3,1	7,1	6,9
Otros deudores	14,2	15,2	14,4	13,5
Mecanismos de Pago				
Capitación	47,2	83,2	25,4	6,4
Evento	49,1	15,2	70,6	86,3
Paquete	1,3	0,8	2,0	1,0
Otro	2,4	0,8	2,0	6,3

⁴ Las siguientes definiciones son tomadas del Decreto 4747 de 2007 (artículo 4). “Los principales mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud son:

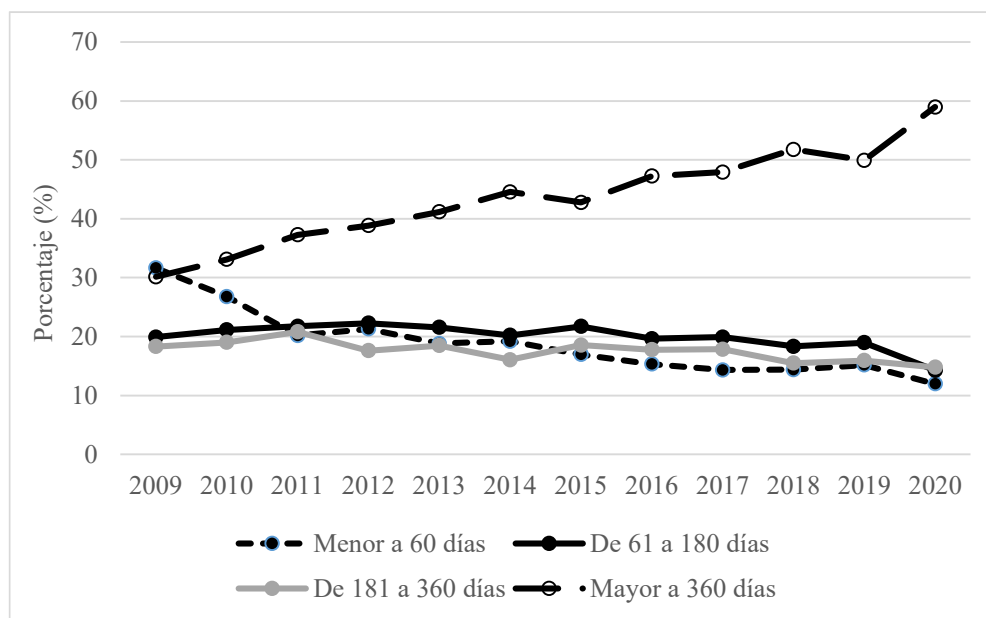
a) **Pago por capitación.** Pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas.

b) **Pago por evento.** Mecanismo en el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un período determinado y ligado a un evento de atención en salud. La unidad de pago la constituye cada actividad, procedimiento, intervención, insumo o medicamento prestado o suministrado, con unas tarifas pactadas previamente.

c) **Pago por caso (o pago por paquete), conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico.** Mecanismo mediante el cual se pagan conjuntos de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, prestados o suministrados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico. La unidad de pago la constituye cada caso, conjunto, paquete de servicios prestados, o grupo relacionado por diagnóstico, con unas tarifas pactadas previamente”.

Fuente: SIHO, Ministerio de Salud y Protección Social. Cálculos de los autores. Nota: La categoría *Otros deudores* está conformada por: entidades como las Instituciones Prestadores de Servicios (IPS) privadas, administradoras de riesgos laborales, IPS públicas, empresas de medicina prepagada, la Policía Nacional, y personas naturales que compran servicios directamente.

Gráfico 2. Evolución de la edad de morosidad de la cartera por plazo, 2009-2020 (%)



Fuente: Cálculo de los autores. SIHO, Ministerio de Salud y Protección Social.

Muchos factores contribuyeron a que los recursos entre los pagadores y los prestadores de servicios no fluyan rápidamente. Primero, el esfuerzo de los gobiernos municipales para financiar el aumento de la cobertura habría quedado rezagado (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013). En los inicios del régimen subsidiado, los gobiernos municipales debían financiar la cobertura y garantizar los recursos para el pago de las Unidad de Pago por Capitación (UPC) a las EPS, al menos durante los primeros cinco años de afiliación (Parágrafo 2 del artículo 48, Ley 715 de 2001). De acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social (2013), a medida que aumentó la cobertura, los gobiernos municipales se retrasaron en este pago. Entonces, aumentó la deuda de los municipios con las EPS del régimen subsidiado, que se tradujeron en deudas con los hospitales, en especial, con los públicos. Segundo, el incremento de la provisión de servicios que no estaban incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS) generó deudas del Fosyga con las EPS del régimen contributivo, que nuevamente se tradujeron en deudas con los prestadores (Ministerio de

Salud y Protección Social, 2013). Tercero, la igualación de los planes de beneficio del régimen contributivo y subsidiado, sin la correspondiente igualación de las UPC de ambos regímenes. La sentencia de la Corte Constitucional T-760 de 2008 ordenó igualar los planes de beneficios de los regímenes contributivo y subsidiado (Melo-Becerra, 2023). Sin embargo, la igualación de las UPC empezó posteriormente y se llevó a cabo de forma paulatina. La Resolución 5968 de 2014 implementó el procedimiento para la prueba piloto de igualación de la prima de la UPC del régimen subsidiado al contributivo⁵. En resumen, el país implementó políticas para aumentar la cobertura del seguro de salud, proveer el mismo paquete de servicios para todos los ciudadanos, y su creciente acceso a múltiples tratamientos y tecnología, sin contar con suficientes recursos para respaldar dichas políticas. A esto se suma las discrepancias entre las deudas que reclaman los prestadores y la que asumen los pagadores, y la quiebra o liquidación de varias EPS (Sanz, 2021). La atención en salud provista a los migrantes que llegaron desde Venezuela (extranjeros y colombianos retornados) también afectó la cartera hospitalaria al aumentar la presión sobre la mayor utilización de servicios de salud. A noviembre de 2019, se adeudaba el 76,7% de los servicios que las IPS facturaron por los servicios provistos a los migrantes (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

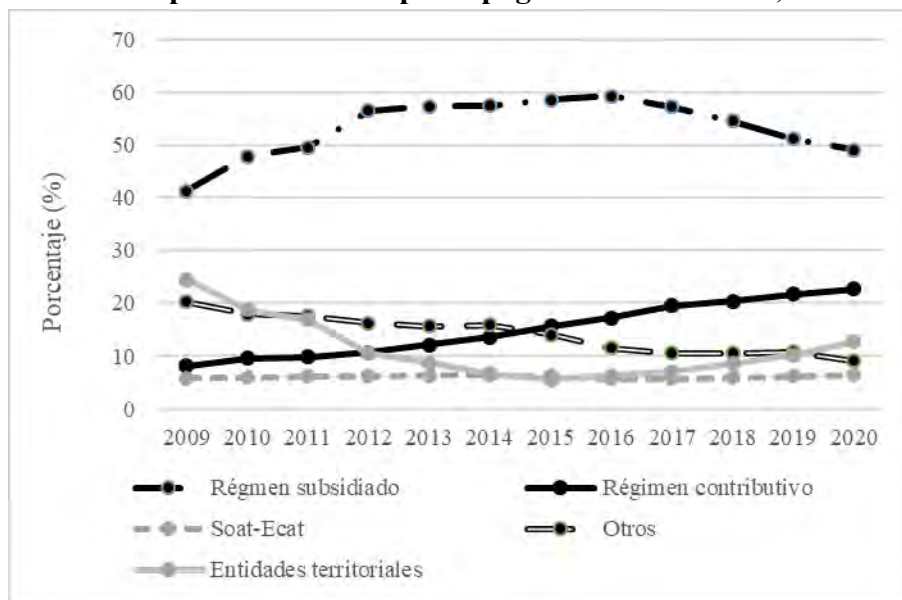
Con el fin de pagar las deudas y mejorar la liquidez de las IPS, el Ministerio de Salud y Protección Social ha implementado varias políticas, incluyendo el giro directo de los recursos del régimen subsidiado que empezó en 2011 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023a), la compra de cartera que inició en 2013 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023b), y más recientemente el Acuerdo de Punto Final, establecido en 2019 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023c).

Las principales entidades que contratan servicios con los hospitales públicos son: las EPSs del régimen contributivo, las EPSs del régimen subsidiado, las entidades territoriales (departamentos, municipios y distritos), el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT), y el seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito (ECAT). Durante el periodo 2009-2020, las EPSs del régimen subsidiado fueron responsables en promedio del

⁵Mediante la Resolución 2809 de 2022 se fijó el valor de la UPC para el año 2023 que financiaría los servicios y tecnologías de salud de los regímenes contributivo (RC) y subsidiado (RS). Para el 2023 la UPC-RC quedó en \$1.289.246 pesos, y la del UPC-RS quedó en \$1.121.396 pesos.

53,3% de la cartera de los hospitales públicos, las del régimen contributivo del 15,1%, y las entidades territoriales del 11,4% (Cuadro 1). El Gráfico 3 presenta la participación de cada tipo de pagador en la cartera total. La participación de las EPSs del régimen contributivo incrementó durante todo el periodo, mientras que la de las EPSs del régimen subsidiado disminuyó desde 2017.

Gráfico 3. Participación de cada tipo de pagador en la cartera, 2009-2020 (%)



Fuente: Cálculo de los autores. SIHO, Ministerio de Salud y Protección Social. Nota: La categoría *Otros deudores* está conformada por: entidades como IPS privadas, administradoras de riesgos laborales, IPS públicas, empresas de medicina prepagada, la Policía Nacional, y personas naturales que compran servicios directamente.

Existen diferentes mecanismos de pago a los hospitales públicos, dentro de los que se destacan el de capitación, por evento, y por paquete. La forma de pago es pactada en el momento en que se elabora el contrato entre las EPS y las IPS, y puede influir en la rapidez con que se pagan los servicios a los hospitales y, de esta forma en el tamaño de la cartera. En el periodo 2009-2020, el pago por capitación y el pago por evento fueron los dos mecanismos más utilizados para la contratación de servicios en el sistema de salud, representando el 47,2% y el 49,1%, respectivamente (Cuadro 1). Al clasificar los hospitales por niveles de complejidad, se evidencia que la participación del pago por evento aumenta con el nivel de complejidad. En los hospitales de nivel I, que son la mayoría de los hospitales públicos, el 83,2% de los servicios fueron contratados mediante capitación; mientras que en los hospitales

de nivel II y nivel III predomina el pago por evento. El 70,6% y 86,3% de sus servicios, respectivamente, fueron contratados mediante este medio de pago.

3. Oferta y calidad a los servicios de salud en Colombia.

En Colombia, la oferta de servicios de salud enfrenta retos significativos. Aunque se han logrado avances importantes desde el año 1993, cuando se reglamentó el actual sistema de seguridad social en salud, el país está por debajo del promedio latinoamericano en infraestructura hospitalaria y capital humano en salud. De acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el número de camas por cada mil habitantes en Colombia fue de 1,7 para 2017 mientras que el promedio latinoamericano fue de 1,92, donde Brasil y Chile llevan la delantera ambos con 2,1 camas por cada mil habitantes. Por el lado del capital humano en salud, Colombia contaba con 2,2 médicos por cada mil habitantes en 2018, cuando el promedio latinoamericano se ubicaba en 2,4. Lo anterior se agrava al analizar los datos subnacionales, lo cual es el objetivo de esta sección.

3.1. Indicadores de oferta

3.1.1. Infraestructura hospitalaria

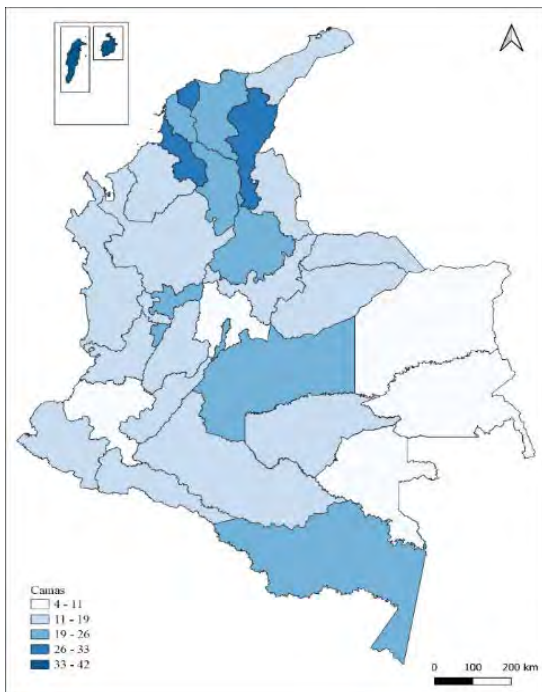
Existen diferencias importantes en la distribución de la infraestructura hospitalaria entre los departamentos colombianos. Según datos del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), en Colombia existen cuatro tipos de prestadores de servicios de salud: i) las instituciones prestadoras de servicios (IPS), ii) los profesionales independientes, iii) las entidades con objeto social diferente, y iv) las entidades encargadas del transporte especial de pacientes.

De acuerdo con datos del REPS, solo el 5,5% de las IPS eran de naturaleza pública en diciembre del 2022, mientras que el 94,4% eran privadas y el 0,26% eran de naturaleza mixta. Igualmente, 516 municipios en el país solo contaban con IPS públicas, de los cuales 497 solo tenían una de estas. En este sentido cobra importancia el estudio de la cartera hospitalaria de los prestadores del sector oficial, dado que son la única opción para los habitantes de más del 50% de los municipios del país, aunque no necesariamente son los que mayor porcentaje de la población atienden.

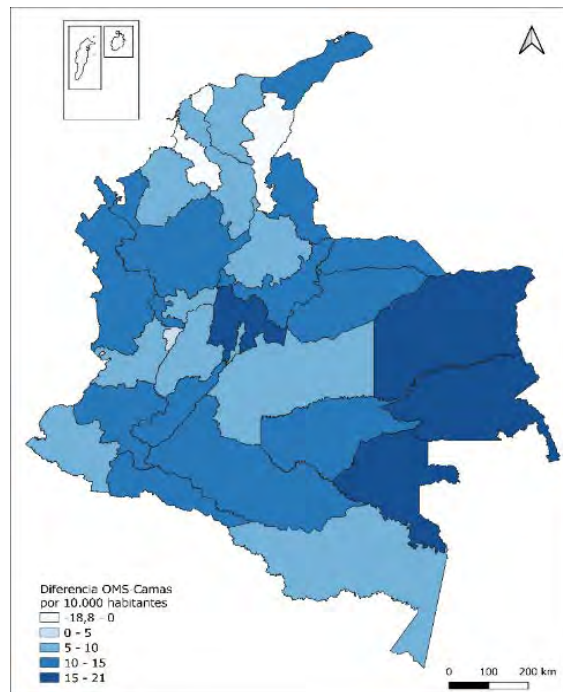
El mapa 5 muestra el promedio departamental de camas para el período 2016-2020 por cada 10.000 habitantes, así como la brecha de camas de acuerdo con lo recomendado por el Banco Mundial. Sucre, Cesar y Atlántico son los que presentan el mayor número de camas por habitante. En contraste, los departamentos de Vichada, Guainía, Vaupés, Cauca y Cundinamarca (sin Bogotá) presentan el menor número. Aunque no existe consenso sobre cuál es la cantidad óptima de camas por cada mil habitantes (Jones, 2020), la OMS recomienda entre 25 y 40 camas hospitalarias por cada 10.000 habitantes, y el Banco Mundial (2023) ha establecido como ideal 27 camas por cada 10.000 habitantes. Con base en este indicador, el panel B del mapa 1 muestra, la brecha de camas por departamento. Se puede observar que solo cuatro departamentos de la región Caribe, San Andrés, Providencia y Santa Catalina (SAPSC), Sucre, Cesar y Atlántico presentan un número superior o igual al recomendado, mientras que Vichada, Guainía, Vaupés y Cundinamarca tienen la mayor brecha, requiriendo en promedio de más de 15 camas adicionales por 10.000 habitantes para alcanzar el número recomendado.

Mapa 5. Promedio de camas y brecha de camas por 10.000 habitantes 2016-2020

Panel A: Disponibilidad Camas (Promedio 2016-2020)



Panel B: Brecha camas: (Promedio 2016-2020)



Fuente: cálculo de los autores con base en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS). Nota: La brecha de camas se calcula como la diferencia entre la disponibilidad de camas por 10.000 habitantes y un ideal de 27 camas establecido por el banco mundial y la OMS. Los resultados son similares si se excluye el año 2020 a causa de la pandemia del Covid-19.

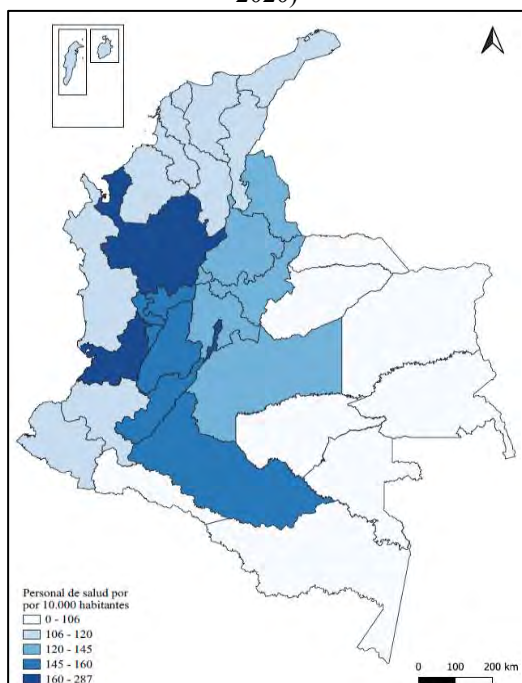
3.1.2. Capital humano en salud

Una de las debilidades del sistema de salud colombiano es la falta de capital humano, principalmente de especialistas (Restrepo y Ortiz, 2017). Como se indicó anteriormente, el país se encuentra por debajo del promedio latinoamericano en cuanto al número de médicos por cada mil habitantes, y la situación es más crítica para los departamentos y municipios de la periferia. El mapa 6 muestra el promedio de personal médico y de especialistas por 10.000 habitantes, respectivamente por regiones en el periodo 2016-2020. Se observa que las regiones con mayor número de personal médico especializado son Bogotá, Antioquia y Valle del Cauca. Por su parte, las regiones Orinoquía-Amazona y Pacífica (sin Valle) presentaron el menor número de especialistas. Una situación similar se presenta en cuanto al personal de salud, donde las regiones de Bogotá, Antioquia y Valle del Cauca presentaron el mayor número de personal de la salud por 10.000 habitantes, mientras que Orinoquía-Amazona

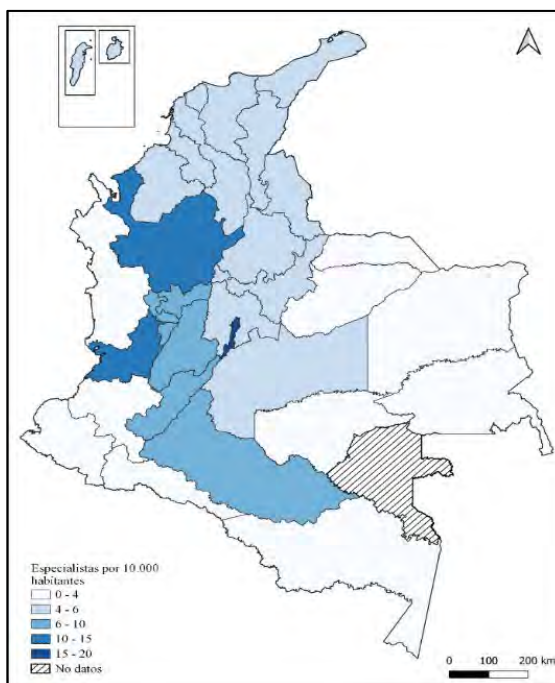
presentó el menor número. Llama la atención que los departamentos con el mayor número de camas (Sucre, Cesar y Atlántico) no son los que cuentan con el mayor número de especialistas.

Mapa 6. Personal de la salud por cada 10.000 habitantes según departamento, promedio 2016-2020

Panel A: Personal de la salud: (Promedio 2016-2020)



Panel B: Especialistas: (Promedio 2016-2020)



Nota: la categoría personal de la salud (Panel A) incluye profesionales, técnicos y tecnólogos, y auxiliares. Los resultados son similares si se excluye el año 2020 a causa de la pandemia del Covid-19. Fuente: cálculo de los autores con base en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

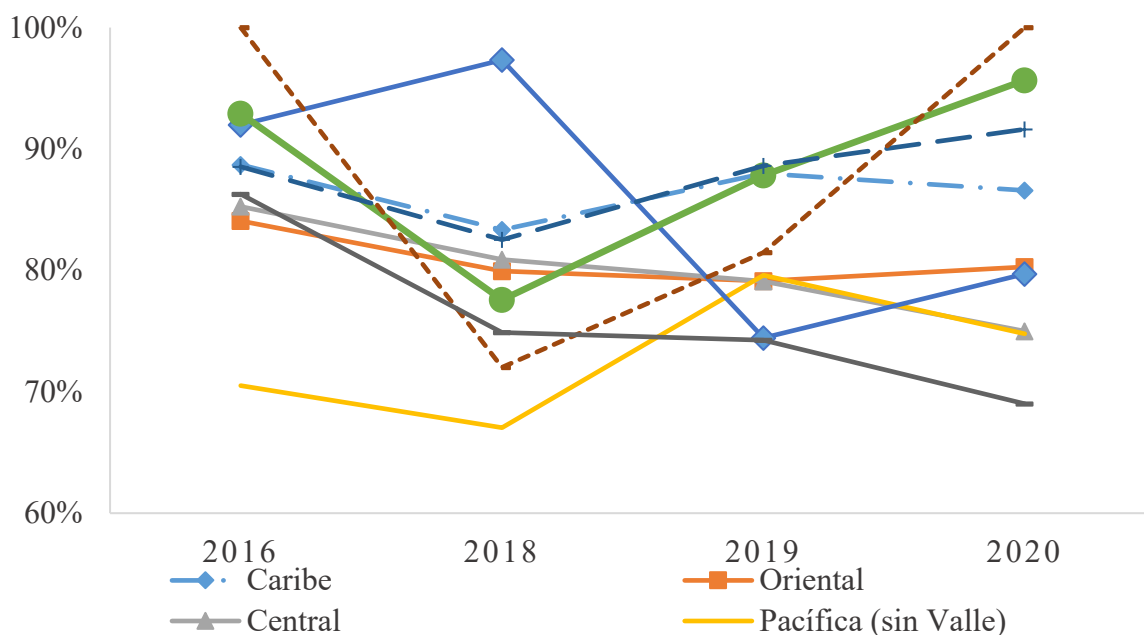
3.2. Indicadores de calidad

3.2.1. Acceso y barreras de acceso a los servicios médicos

Los indicadores de oferta presentados anteriormente permiten dimensionar la accesibilidad a los servicios de salud: a mayor disponibilidad de capacidad instalada y de personal médico, la posibilidad de recibir atención médica en caso de necesitarla aumenta. Por ende, dadas las marcadas diferencias regionales existentes en la oferta de servicios de salud, es de esperarse que dichas disparidades se presenten también en el acceso a los servicios médicos, entendido

como el haber recibido atención médica en caso de haberse presentado la necesidad (Reina, 2014; Ayala, 2015). A partir de los datos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida, es posible seleccionar el porcentaje de personas que necesitaron atención médica, e identificar quiénes demandaron servicios médicos y finalmente recibieron atención. Así, en esta subsección se estima el porcentaje de acceso a los servicios médicos regional a lo largo del periodo 2016-2020 y se analizan las principales barreras de la oferta y la demanda para dicho acceso.

Gráfico 4. Acceso a servicios médicos, 2016-2020 (%)

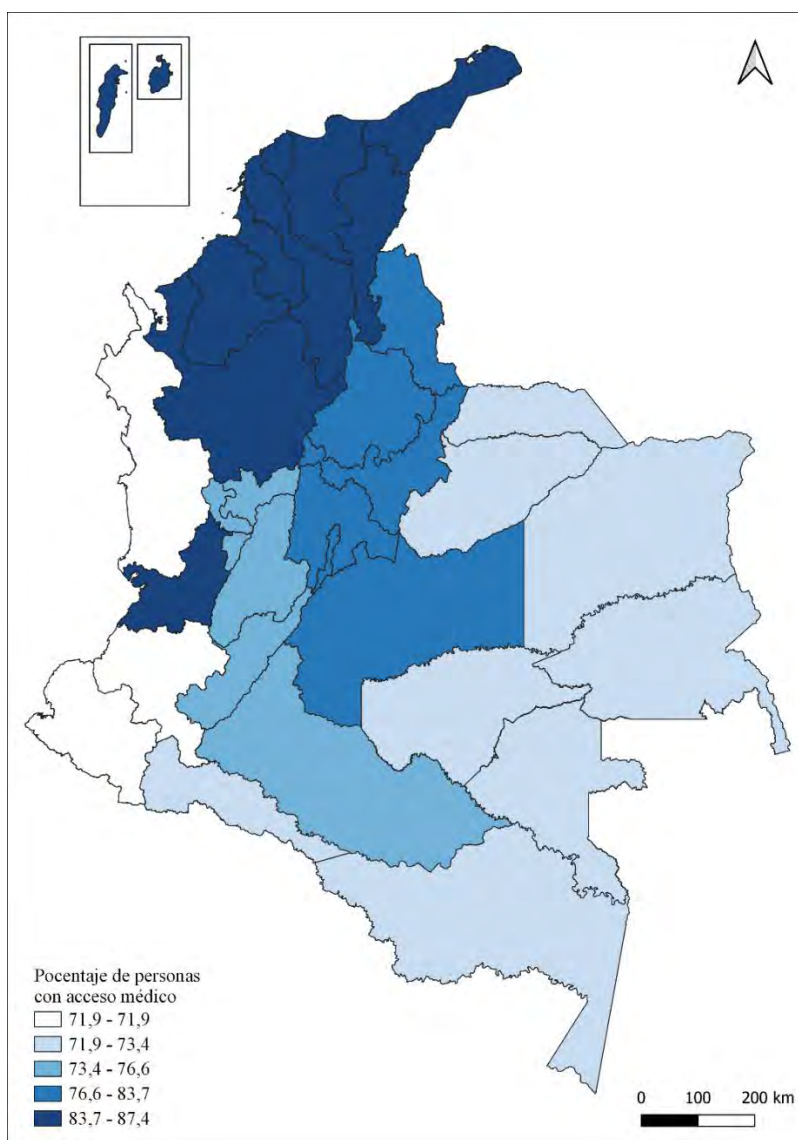


Fuente: los autores con datos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida

El acceso se estimó como el porcentaje de personas que recibió atención médica del total que presentó un problema de salud que no requirió hospitalización durante los 30 días previos a la presentación de la encuesta, excepto en el caso en que la persona consideró que el caso era leve. El Gráfico 4 muestra la evolución del porcentaje de acceso a los servicios médicos en Colombia por regiones entre 2016 y 2020. En el año 2016 se presentaron diferencias regionales en el acceso a servicios de salud. Las regiones mejor posicionadas son SAPSC con 100%, Antioquia con 92,9% y Bogotá con 91,9%. En contraste, la región Pacífica (sin Valle) ocupa el último lugar con 70,5%. En los años siguientes, las regiones tuvieron comportamientos variados, en general el acceso a los servicios médicos se redujo entre 2016 y 2020, con la excepción de algunas regiones como Pacífica que tuvo aumento de 4,2 pp

(74,7%), Valle del Cauca de 3,1pp (91,6%) y Antioquia de 2,7 pp (95,6%). En contraste, regiones como Orinoquía-Amazonía, Bogotá y Central tuvieron disminuciones importantes en acceso, de 17,2 pp (69%), 12pp (79,9%) y 10,3 pp (74,9%) respectivamente. Por su parte Caribe y Oriental tuvieron disminuciones pequeñas.

Mapa 7. Acceso promedio a servicios médicos 2016-2020 (%)



Fuente: los autores con datos del DANE.

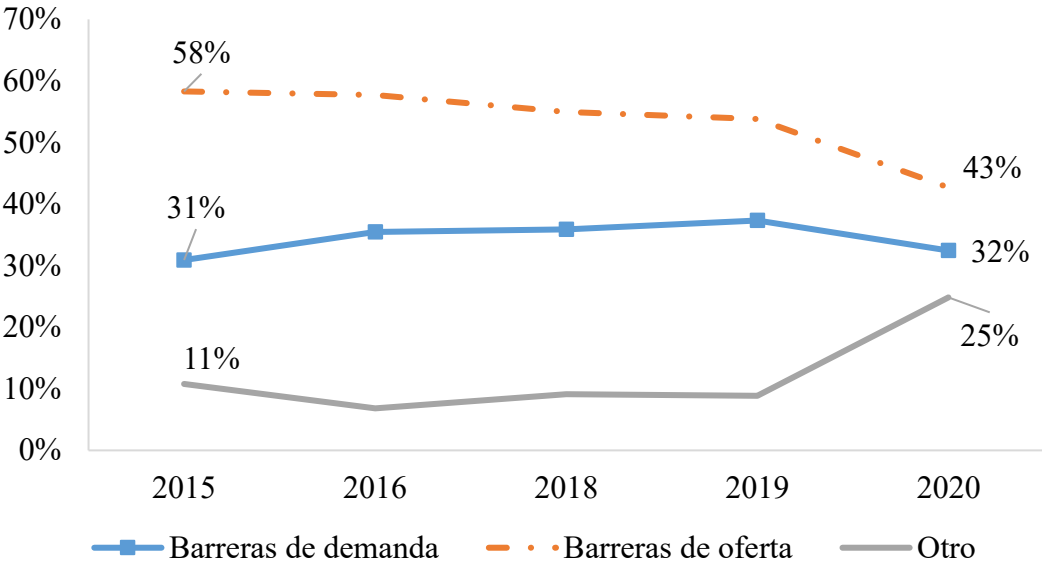
En el mapa 7 se muestra, por regiones para el periodo 2016-2020 el promedio del porcentaje de personas con acceso a servicios médicos. Se observa que la región de Pacífica (sin Valle) presenta el menor porcentaje de personas con acceso, mientras que regiones como Antioquia,

SAPSC y Caribe presentan el porcentaje de acceso más alto o. Vale la pena resaltar que las regiones con menor acceso, la Pacífica y la Amazonía y Orinoquía, son también aquellas con menos disponibilidad de capacidad instalada y de personal de la salud. Lo anterior sugiere que parte de las disparidades en el acceso a los servicios médicos se explicaría por las disparidades en la distribución de la oferta de servicios médicos en las regiones colombianas.

3.2.1.1 Barreras de acceso a servicios médicos

Los datos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida permiten identificar las razones por las cuales las personas no tuvieron acceso a los servicios médicos o, dicho de otra forma, las barreras de acceso. Estas barreras pueden ser clasificadas como barreras de oferta, si se originan por una limitada accesibilidad, o de demanda si dependen de factores propios de los individuos que impiden la búsqueda de atención. El Gráfico 5 muestra la evolución de la participación de las barreras al acceso por tipo, donde se identifica que son las barreras a la oferta las principales razones de la falta de acceso a los servicios médicos en Colombia. Sin embargo, estas han caído paulatinamente, especialmente desde 2019, cuando de quienes no tuvieron acceso a servicios médicos, el 43% no lo tuvo por razones de oferta, el 32% por razones de demanda, y el 25% fue por razones no identificadas en la encuesta.

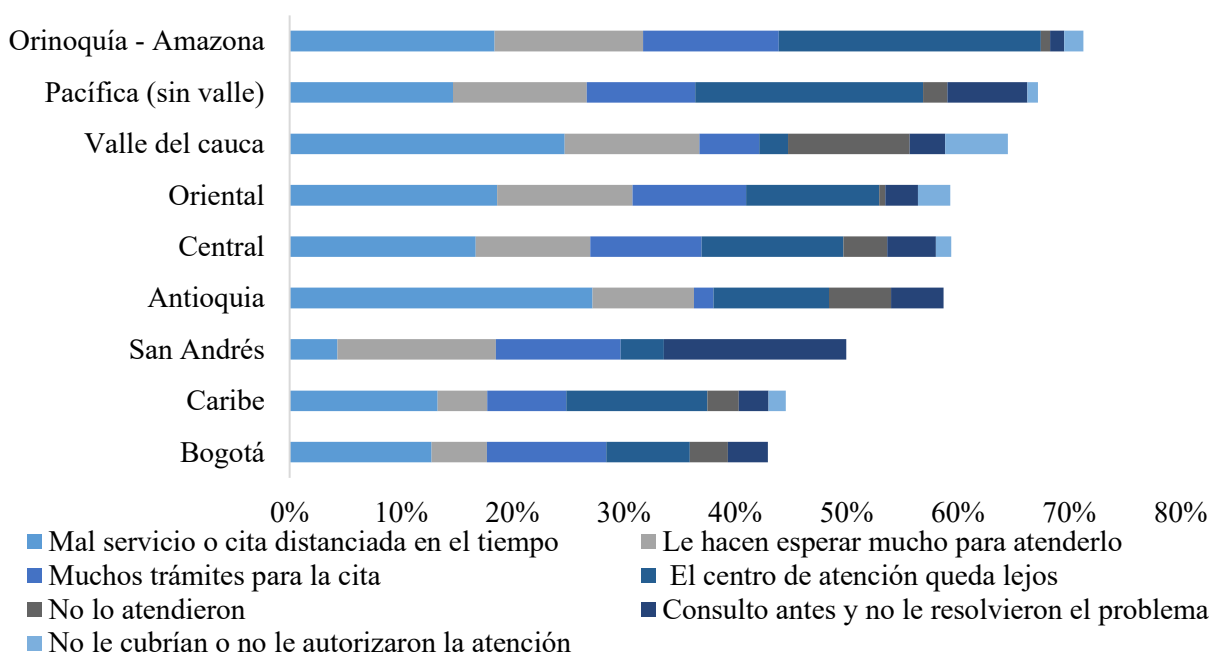
Gráfico 5. Evolución de los tipos de barreras de acceso a servicios médicos, 2015 – 2020 (%)



Fuente: los autores con datos del DANE.

Como barreras de oferta se identifican las siguientes razones expresadas por los encuestados: 1) mal servicio o cita distanciada en el tiempo, 2) le hacen esperar mucho para atenderlo, 3) muchos trámites para la cita, 4) el centro de atención quedaba lejos 5) no lo atendieron, 6) consultó antes y no le resolvieron el problema y 7) no le cubrían o no le autorizaron la atención. El Gráfico 6 muestra que las regiones con mayores barreras de la oferta son la Orinoquía-Amazona (71%), la Pacífica (sin Valle) (67%), donde la principal razón fue la lejanía del centro de salud, y Valle del cauca (65%), en el cual la principal razón fue mal servicio o cita distanciada en el tiempo. Este resultado va en línea con la menor accesibilidad que se presenta en las regiones periféricas.

Gráfico 6. Barreras de acceso de oferta por región, promedio 2015 – 2020 (%)

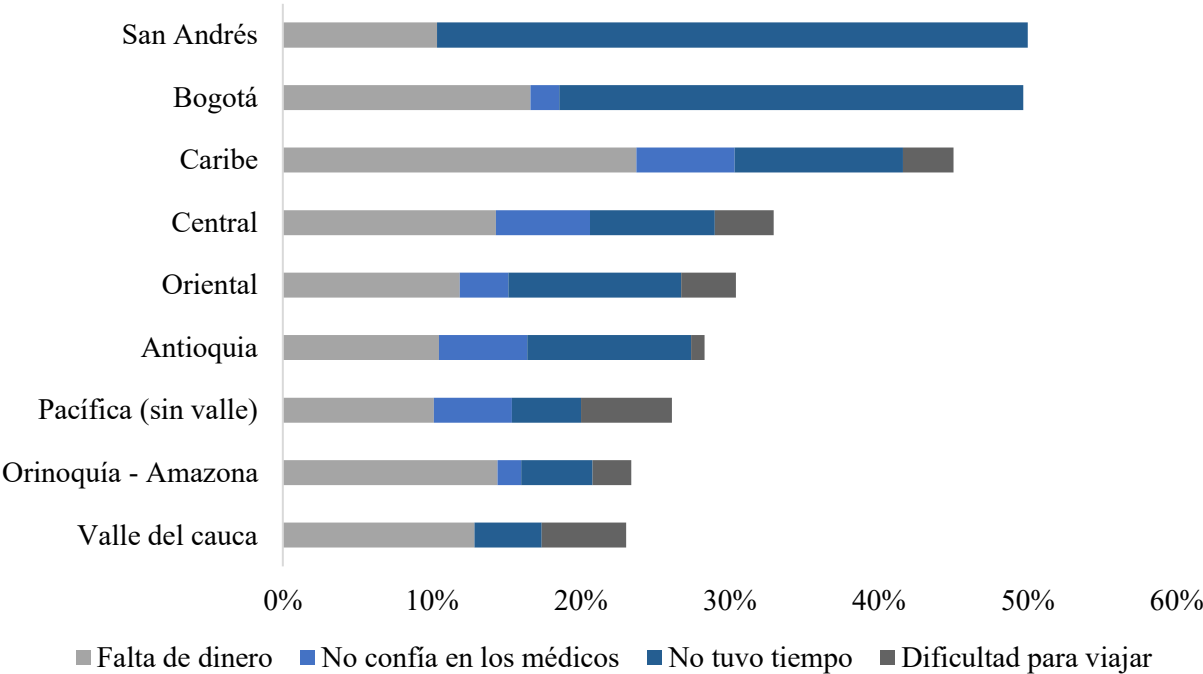


Fuente: los autores con datos del DANE.

En cuanto a las barreras de acceso para 2019, las regiones de Bogotá, SAPSC y Caribe presentaron mayores barreras de acceso de demanda, cabe destacar que en la Región Caribe la principal razón por la cual no se recibió atención médica fue la falta de dinero, por su parte en Bogotá y San Andrés la principal razón fue la falta de tiempo (Gráfico 7). Algunos podrían argumentar que no es necesario que cada departamento tenga el mismo número de camas y personal de salud por habitante. Sin embargo, se observa cierta correspondencia entre los

indicadores de acceso y la dotación de cada región. Por ejemplo, en las regiones Orinoquía-Amazonía y Pacífica las barreras de oferta son las más relevantes⁶, y son precisamente estas regiones con el menor número de camas por habitantes y el menor número de personal de la salud, incluyendo médicos especializados.

Gráfico 7. Barreras de acceso de demanda por región, promedio 2015 – 2020 (%)



Fuente: los autores con datos del DANE.

Además, a pesar de que el Valle del Cauca es uno de los departamentos con mayor concentración de personal de la salud, las barreras de oferta siguen siendo las más relevantes. Lo que podría indicar que es posible que necesite más recurso humano para atender su demanda de servicios. A pesar de que la dificultad para viajar está clasificada como una barrera del lado de la demanda, está indicando que hay un porcentaje de ciudadanos que deben viajar a otras ciudades para poder recibir atención y no pueden hacerlo, quizás por falta de dinero (también clasificada como barrera a la demanda). Estos ciudadanos no

⁶ Los gráficos 6 y 7 son complementarios, en el gráfico 6 se presenta el porcentaje de personas que no tuvo acceso por razones de oferta mientras que el gráfico 7 muestra el porcentaje que no lo tuvo por razones de demanda.

tendrían que viajar si la ciudad donde residen contara con los servicios que necesitan. Por lo tanto, distinto de ignorar las disparidades estructurales e históricas de los departamentos, se trata de advertir que disipar las diferencias regionales en la infraestructura y el recurso humano, podría ayudar a corregir las mismas en el acceso a los servicios. Acceder a los servicios con la misma oportunidad y calidad sin importar en qué parte del país resides es un atributo deseable de un sistema de salud.

3.2.2. Tiempo de espera en la asignación de citas

Como lo advierte la Encuesta Nacional de Calidad de Vida, el tiempo de espera en la asignación de citas es uno de los aspectos que refleja la calidad de la atención que experimentan los usuarios del sistema de salud. Las citas médicas distanciadas en el tiempo, o que el usuario perciba que le hacen esperar mucho para ser atendido, son barreras al acceso del lado de la oferta. En esta sección revisamos los datos sobre los tiempos de espera en la asignación de citas con algunos especialistas para los hospitales públicos administrados por el Ministerio de Salud y Protección Social.⁷

El Cuadro 2 presenta los tiempos de espera promedio para la asignación de citas con distintos profesionales de la salud (medicina general, odontología, pediatría, cirugía general, ginecología, obstetricia y medicina interna), y para la atención en el servicio de urgencias. El tiempo de espera en días fue menor para la asignación de citas con medicina general y con odontología, mientras que fue mayor para la asignación de citas con medicina interna y cirugía general. De otro lado, la espera para la atención en urgencias fue, en promedio, de 26,9 minutos. Los tiempos de espera fueron menores en 2020 que en el periodo 2016-2019 para todos los tipos de atención. Esto merece ser revisado con detenimiento pues con el inicio de la pandemia covid-19 en 2020 el gobierno estableció una serie de medidas para evitar la

⁷ El Ministerio de Salud y Protección Social ha recolectado información sobre los indicadores de calidad en la prestación de los servicios con base, principalmente, en dos resoluciones. La Resolución 1446 de 2006 marcó las pautas hasta febrero de 2016 cuando fue expedida la Resolución 0256. Cada resolución definió indicadores para monitorear la calidad de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB). Debido a las diferencias en las definiciones y metodologías de cálculo, los indicadores no son del todo comparables. Por eso, solo presentamos información desde 2016.

propagación del virus que pudieron haber afectado los tiempos de espera⁸. Estas medidas incluyeron la adopción de teleconsultas, y el aislamiento preventivo de personas mayores.

Cuadro 2. Promedio nacional en el tiempo de espera para la asignación de citas por tipo de especialista y la atención en urgencias

Tipo de atención	Tiempo de espera 2016-2019	Tiempo de espera 2020
Medicina General	1,61	1,51
Pediatría	5,57	3,64
Medicina Interna	8,54	5,56
Cirugía General	6,70	4,86
Ginecología	6,53	5,14
Obstetricia	5,18	4,34
Odontología	1,90	1,58
Urgencias*	17,43	15,17

Fuente: SIHO, Ministerio de Salud y Protección Social. Cálculos de los autores. Nota: Los tiempos de espera para la atención en urgencias están presentados en minutos, mientras que para la asignación de citas están presentados en días.

El Cuadro 3 presenta el promedio departamental de los indicadores de calidad considerados, calculados con base en la información de los hospitales públicos. Hay algunos departamentos que aparecen varias veces en los últimos lugares de la clasificación, es decir, son departamentos cuyos hospitales públicos tuvieron en promedio los tiempos de espera más largos. Estos son: Risaralda, Caquetá, Santander, Casanare, y Bogotá. En otros departamentos las esperas son de las más cortas para algunas especialidades y de las más largas para otras. Por ejemplo, en los hospitales públicos de Chocó las esperas son de las más largas para la asignación de citas con Ginecología y Obstetricia, y de las más cortas para la asignación de citas con Medicina General y Odontología.

La Guajira y Vichada lideran los listados para varias especialidades por tiempos de espera más cortos. Por ejemplo, en La Guajira los tiempos de espera son más cortos para la asignación de citas en las especialidades de Pediatría, Medicina Interna y Ginecología.

⁸ Se puede consultar el listado de las medidas en <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Paginas/Documentos-Administrativos-covid-19.aspx> y los Documentos técnicos covid-19 en <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Paginas/Documentos-tecnicos-covid-19.aspx>.

Cuadro 3. Tiempos de espera para la asignación de citas por departamentos, promedio 2016-2019

Departamentos	Medicina General	Odontología	Medicina Interna	Pediatría	Ginecología	Obstetricia	Cirugía General	Urgencias
Chocó	0,6	0,5	7,3	6,9	9,0	9,5	6,8	7,8
Sucre	1,2	1,2	11,7	5,0	5,2	5,6	9,8	9,5
Vichada	1,1	2,4	3,3	3,2	2,3	2,2	2,0	9,7
Nariño	1,3	1,4	9,0	6,3	6,7	4,8	8,7	9,9
Bolívar	1,3	1,2	10,1	6,6	7,2	4,3	7,6	10,1
Boyacá	1,2	1,3	7,9	5,1	5,1	4,1	5,7	10,8
Atlántico	1,8	1,7	10,4	5,7	6,0	4,3	8,1	10,9
Magdalena	1,2	1,2	10,6	5,6	7,6	4,0	5,6	11,4
Santander	1,5	1,7	15,2	7,6	10,7	7,1	8,7	11,6
Guaviare	1,7	2,2	8,8	6,2	7,4	7,2	7,5	12,0
Huila	1,2	1,3	12,5	4,7	6,4	4,1	8,2	12,2
Córdoba	1,6	1,5	10,9	6,7	7,1	4,8	7,2	12,8
Cesar	1,4	1,4	8,6	4,3	5,0	3,7	5,6	13,0
Putumayo	1,2	2,2	6,3	5,2	5,2	4,7	5,5	13,7
Cauca	1,1	1,1	9,5	7,5	5,5	4,9	7,9	13,8
Caquetá	1,3	1,4	10,6	8,3	13,2	9,7	7,2	14,0
Antioquia	1,1	4,6	12,6	6,6	6,0	5,8	10,3	14,3
Caldas	1,5	3,2	12,2	6,4	6,8	5,8	7,0	15,1
Tolima	1,5	2,2	10,2	6,3	6,8	4,7	6,3	15,1
Meta	1,7	1,7	9,7	5,6	6,0	5,1	12,7	15,3
La Guajira	1,2	1,3	4,2	3,3	3,5	3,1	4,6	15,6
Amazonas	2,4	1,8	9,3	5,7	7,5	7,8	3,3	16,7
Norte de Santander	2,0	1,6	9,6	5,0	6,7	4,5	7,3	17,3
Quindío	1,9	3,4	10,9	6,8	6,2	2,8	10,5	17,6
Cundinamarca	2,5	2,8	8,8	6,6	6,3	5,5	6,7	17,9
Arauca	1,4	2,3	4,9	4,1	3,2	3,4	3,9	20,1
Valle del Cauca	1,7	3,8	11,7	7,6	7,3	6,9	9,8	20,5
Casanare	2,1	2,1	6,9	4,4	4,0	3,6	11,0	20,9
Risaralda	2,1	4,8	11,8	7,4	4,4	3,6	12,0	21,6
Vaupés	1,3	1,5	4,8	6,9	4,3	6,0	2,2	23,2
Bogotá	3,8	4,5	10,8	6,3	7,8	5,3	6,6	28,4

Fuente: SIHO, Ministerio de Salud y Protección Social. Cálculos de los autores. Nota: Los tiempos de espera para la atención en urgencias están presentados en minutos, mientras que para la asignación de citas están presentados en días. Los departamentos están organizados en orden ascendente de acuerdo con el tiempo de espera para la asignación de cita con medicina general.

4. Relación entre la cartera y los indicadores de calidad

En esta sección se evalúa la relación entre el desempeño financiero de los hospitales públicos con la calidad de los servicios que ofrece. El análisis de los hospitales públicos es relevante, considerando que el 29% de los municipios del país contaba sólo con prestadores públicos en el 2019 (Registro de Prestadores de Servicios de Salud, REPS, 2019). Adicionalmente, las EPS del régimen subsidiado están obligadas a contratar un mínimo de su gasto con hospitales públicos o Empresas Sociales del Estado (60% de acuerdo con la Ley 1122 de 2007), lo que significa que un porcentaje importante de las atenciones de salud se hace a través de este grupo de entidades.

La cartera hospitalaria o cuentas por cobrar es un indicador de desempeño financiero, específicamente de liquidez. En el Cuadro 4 se presentan algunas correlaciones entre el comportamiento de la cartera como proporción de las ventas facturadas, los mecanismos de pago y el tipo de servicios contratados con los hospitales. Como se observa en el Panel A, la participación de la cartera en el total de ventas facturadas se correlaciona de manera positiva con el porcentaje de servicios contratados con el régimen contributivo, y de manera negativa con el porcentaje de servicios contratados con el régimen subsidiado. Adicionalmente, a mayor porcentaje contratado con los hospitales públicos para que provean los servicios no cubiertos por el subsidio a la demanda (o no cubiertos por el plan del régimen subsidiado), mayor cartera. Igualmente, se observa que, a mayor porcentaje de las ventas contratadas por capitación, menor la participación de la cartera en las ventas facturadas; mientras que, a mayor porcentaje de las ventas contratadas por evento, mayor cartera (Cuadro 4, Panel A). No se observa una relación entre el porcentaje de contratos por paquete y la cartera.

Cuadro 4. Correlaciones entre la cartera de los hospitales públicos e indicadores del sector, 2016-2019

Panel A. Correlaciones entre cartera, el tipo de servicio contratado y los mecanismos de pago

	Concepto contratados			Mecanismos de pago		
	Régimen contributivo	Régimen subsidiado	No cubierto con subsidios a la demanda	Contratos por capitación	Contratos por evento	Contratos por paquete
Participación de la cartera en ventas facturadas	0,1297*	-0,1729*	0,0964*	-0,4038*	0,4030*	0,0239

Panel B. Correlaciones entre cartera y tiempos de espera para asignación de citas

	Medicina General	Odontología	Medicina Interna	Pediatría	Obstetricia	Ginecología	Cirugía General	Urgencias
Participación de la cartera en ventas facturadas	0,1217*	0,0820*	0,1428*	0,0511	0,032	0,0776*	0,0098	0,2000*
Número de hospitales	878	867	217	208	207	219	149	828

Panel C. Correlaciones entre acceso y cartera por edad de mora

	Total cartera	Cartera 60 días	Cartera 61 a 180 días	Cartera 181 a 360 días	Cartera mayor a 360
Acceso a los servicios médicos	0,2638*	0,2023*	0,2240*	0,2764*	0,2707*

Fuente: Cálculo de los autores con base en SIHO, Ministerio de Salud y Protección Social, y la ENCV.

Nota: en los Panel A y C, las correlaciones fueron calculadas para una muestra de 929 hospitales públicos, localizados en 843 municipios. En el Panel B, el tamaño de la muestra para cada indicador varía de acuerdo con el número de hospitales que ofrece cada servicio. *Significativo al 5%.

Además de ser una amenaza para la sostenibilidad financiera del sector, la cartera hospitalaria está relacionada con la calidad y oportunidad de los servicios. Un hospital con un volumen alto de cuentas por cobrar podría tener dificultades para invertir en tecnología, equipos, insumos, lo que a su vez podría afectar la prestación de los servicios. En efecto, al calcular la correlación entre la participación de la cartera en el total de ventas facturadas y el tiempo de espera para la asignación de citas se observan relaciones significativas. Puntualmente, a mayor cartera mayor tiempo de espera para la asignación de citas con medicina general, odontología, medicina interna, y mayor tiempo de espera para la atención en urgencias (Cuadro 4, Panel B).

Asimismo, departamentos que cuentan con un mayor porcentaje de acceso registran niveles de cartera más altos en todas sus edades, lo cual refleja la relación de doble vía que puede existir entre la cartera, como indicador de liquidez, y la calidad. (Cuadro 4, Panel C). Hospitales con baja liquidez podrían enfrentar más dificultades para pagar su nómina e invertir en tecnología. Al mismo tiempo, hospitales que prestan servicios más oportunos o de mayor calidad, al facturar más, podrían enfrentar más dificultades obteniendo el pago por estos servicios. La liquidez podría afectar la calidad, y viceversa. Esta retroalimentación entre ambas variables debe tenerse en cuenta al momento de evaluar los efectos de la cartera sobre la calidad de los servicios.

5. Conclusiones

En este documento se han presentado indicadores recientes de la infraestructura hospitalaria, el recurso humano en salud y el acceso a los servicios en Colombia, señalando las diferencias regionales. Asimismo, se analizó la cartera de los hospitales públicos en el país, al ser un indicador clave de la liquidez de estos prestadores de servicios, cuya relevancia se acentúa en los municipios pequeños. Finalmente, se revisa de manera preliminar la relación entre la cartera, como indicador de desempeño financiero, y los tiempos de espera para la asignación de citas, como indicadores de la calidad en la prestación de los servicios de los hospitales públicos.

Varios mensajes importantes resultan de este ejercicio. Primero, algunos departamentos de la Costa Caribe (como Cesar, Sucre y Atlántico) tienen la mayor disponibilidad de camas

mientras que Bogotá, Valle y Antioquia la mayor disponibilidad de recurso humano. En contraste, los departamentos de las regiones Orinoquía, Pacífica y Amazonía están rezagadas en ambos factores. Segundo, entre 2015 y 2020, las barreras de oferta han limitado el acceso a los servicios de salud más que las barreras de demanda. Tercero, la cartera de los hospitales públicos aumentó significativamente entre 2009 y 2019. Las deudas de 360 días fueron las de mayor participación en el total de la cartera. Los hospitales públicos con la cartera más alta en 2019 eran los de Cundinamarca (sin Bogotá), Chocó y algunos departamentos de la Costa Caribe.

Finalmente, entre 2016 y 2019, los tiempos de espera para la asignación de citas con Medicina General, Odontología, Medicina Interna, Ginecología, y atención en urgencias fueron más largos en los hospitales con cartera más alta. Sin embargo, el acceso a los servicios de salud fue más alto en los hospitales con mayores cuentas por cobrar. Este análisis descriptivo confirma la pertinencia de evaluar el efecto causal de la cartera hospitalaria (y otros indicadores del desempeño financiero) en la calidad de los servicios. La veracidad de los resultados presentados y del ejercicio propuesto depende de la calidad de los datos. También, es clave entender cómo los hospitales recopilan la información con que se calculan los tiempos de espera y los otros indicadores de calidad que registran en el Sistema de Información Hospitalaria.

Otras preguntas relevantes para explorar en el futuro serían: ¿Cómo se relaciona el acceso con la infraestructura hospitalaria y la disponibilidad de recurso humano? ¿Cómo varía el tiempo de espera por departamentos cuando se incluyen los resultados de los prestadores privados y mixtos? Además de la cartera, ¿Qué otros indicadores financieros están relacionados con la calidad de los servicios?

Bibliografía

- Akinleye, D., McNutt, L-A., Lazariu, V., & McLaughlin, C. (2019) Correlation between hospital finances and quality and safety of patient care. *PLoS ONE*, 14(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219124>
- Ayala-García, J. (2015). “El acceso a la consulta médica general en Colombia, 1997-2012. *Economía & Región*, Vol. 9, No. 1, pp. 175-207.
- Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. (2017). *La realidad financiera de los hospitales y clínicas*. Disponible: <http://achc.org.co/wp-content/uploads/2018/01/Realidad-Financiera-Hospitales.pdf>
- Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. (2020). *43° Informe de seguimiento de cartera hospitalaria con corte a 31 de Diciembre 2019*. Disponible: <https://achc.org.co/wp-content/uploads/2021/01/INFORME-CARTERA-A-DICIEMBRE-DE-2019.pdf>
- Batrancea, L. (2021). The Influence of Liquidity and Solvency on Performance within the Healthcare Industry: Evidence from Publicly Listed Companies. *Mathematics*, 9(18), 2231. <https://doi.org/10.3390/math9182231>
- Bazzoli, G., Clement, J., Lindrooth, R., Chen, H., Aydede, S., Braun, B., & Loeb, J. (2007). Hospital financial condition and operational decisions related to the quality of hospital care. *Medical Care Research and Review*, 64(2), 148-168. <https://doi.org/10.1177/1077558706298289>
- [Bazzoli, G., Chen, H., Zhao, M., & Lindrooth, R. \(2008\). Hospital financial condition and the quality of patient care. *Health Economics*, 17, 977–995. https://doi.org/10.1002/hec.1311](https://doi.org/10.1002/hec.1311)
- Beauvais, B., Wells, R., Vasey, J., & Dellifrairie, J. (2007) Does Money Really Matter? The Effects of Fiscal Margin on Quality of Care in Military Treatment Facilities. *Hospital Topics*, 85(3), 2-15. <https://doi.org/10.3200/HTPS.85.3.2-15>
- Bem, A., Prędkiewicz, K., Prędkiewicz, P., & Ucieklak-Jeż, P. (2014). Determinants of hospital's financial liquidity. *Procedia Economics and Finance*, 12, 27-36. [https://doi.org/10.1016/S2212-5671\(14\)00317-7](https://doi.org/10.1016/S2212-5671(14)00317-7)
- Bernal, O., & Barbosa, S. (2015). La nueva reforma a la salud en Colombia: el derecho, el aseguramiento, y el sistema de salud. *Salud Publica de Mexico*. 57(5), 433-440. <https://doi.org/10.21149/spm.v57i5.7623>
- Choi, S. (2017). Hospital Capital Investment During the Great Recession. *Inquiry: a journal of medical care organization, provision and financing*, 54, Article 46958017708399. <https://doi.org/10.1177/0046958017708399>

- Cubides, O. (2019). Acuerdo de punto final: ¿La solución a los problemas financieros y de confianza en el sector salud? *Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación*. <https://scare.org.co/noticias/acuerdo-de-punto-final-la-solucion-a-los-problemas-financieros-y-de-confianza-en-el-sector-salud/>
- Dong, G. (2015). Performing well in financial management and quality of care: Evidence from hospital process measures for treatment of cardiovascular disease. *BMC Health Services Research* 15(45), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0690-x>
- Fedesarrollo & Fundación Suramericana. (2012). *La sostenibilidad financiera del sistema de salud colombiano*. Disponible: <http://hdl.handle.net/11445/2906>
- Guzmán-Finol, K. (2017). “Radiografía de la oferta de servicios de salud en Colombia”, en Bonet, J., Guzmán-Finol, K., y Hahn-de-Castro, L., (eds), 2017, “La salud en Colombia: una perspectiva regional”, Colección de Economía Regional, Banco de la República.
- Kim, S. Y. (2018). Predicting hospitality financial distress with ensemble models: The case of US hotels, restaurants, and amusement and recreation. *Service Business*, 12(3), 483-503. <https://doi.org/10.1007/s11628-018-0365-x>
- Melo-Becerra, L. A., Arango, L. E., Ávila-Montealegre, O. I., Ayala-García, J., Bonilla-Mejía, L., Botero-García, J. A., Cardona-Badillo, M., Crispin-Fory, C., Del Pilar Gallo-Montaño, D., Granger, C., Guzmán-Finol, K. K., Iregui-Bohórquez, A. M., Ospina-Tejeiro, J. J., Pinilla-Alarcón, D., Posso, C., Ramírez-Giraldo, M. T., Ramos-Forero, J. E., Ramos-Veloz, M. A., Restrepo-Tobón, D. A., . . . Vásquez-Escobar, D. (2023). Aspectos financieros y fiscales del sistema de salud en Colombia. *Ensayos sobre Política Económica*, 106, 1-92. <https://doi.org/10.32468/espe106>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2022a). Gobierno Nacional cumplió con Acuerdo de Punto Final. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Gobierno-Nacional-cumplio-con-Acuerdo-de-Punto-Final.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2022b). El Acuerdo de Punto Final es una realidad. <https://www.youtube.com/watch?v=EAbq60KgSc>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2020). Magnitud del fenómeno migratorio [Presentación].
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2019). ABC sobre el Acuerdo de Punto final.
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2013a). *Cartera Hospitalaria y Situación Financiera del Sistema de Salud en Colombia* [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=oU7JzO2wxxk>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2012). Minsalud anuncia programas de saneamiento fiscal y financiero para hospitales públicos. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-anuncia%E2%80%93programas-de->

[saneamiento-fiscal-y-financiero-para-hospitales-publicos.aspx#:~:text=Este%20programa%20de%20saneamiento%20fiscal%20y%20financiero%20de,por%20las%20propias%20entidades%20sobre%20la%20anterior%20vigencia.](#)

- Montenegro, F., & Bernal, O. (2013). *Colombia Case Study: The subsidize regime of Colombia's National Health Insurance System*. The World Bank. (UNICO Studies Series 15). <http://hdl.handle.net/10986/13285>
- OECD. (2015). *OECD Reviews of Health Systems: Colombia 2016*. OECD Reviews of Health Systems, OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264248908-en>
- OECD. (2021). *Health Care Quality Indicators. Responsiveness and Patient Experiences*. Organization for Economic Cooperation and Development. <https://www.oecd.org/els/health-systems/hcqi-responsiveness-and-patient-experiences.htm>
- OECD. (2023). *Healthcare Quality and Outcomes Indicators*. Organization for Economic Cooperation and Development. <https://www.oecd.org/health/health-systems/health-care-quality-outcomes-indicators.htm>
- Orozco, A. (2014). Una aproximación regional a la eficiencia y productividad de los hospitales publicos colombianos. *Documentos de trabajo sobre Economía Regional*, (201), 1-42. <https://www.banrep.gov.co/es/dtser-201>
- Rauscher, S., Wheeler, J., & Kirk, R. (2012). Hospital financial management: What is the link between revenue cycle management, profitability, and not-for-profit hospitals' ability to grow equity?. *Journal of Healthcare Management*, 57(5), 325-341.
- Reina, Y. (2014), "Acceso a los servicios de salud en las principales ciudades colombianas (2008-2012)", *Documentos de Trabajo Sobre Economía Regional*, No. 200. <http://www.banrep.gov.co/es/dtser-200> [consultado el 20 de abril de 2014].
- Restrepo D, Ortiz L. Aproximaciones a la estimación de la oferta y la demanda de médicos especialistas en Colombia, 2015 - 2030. *Observatorio de Talento Humano en Salud*, 2017. [Internet] 2017. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Especialistas-md-oths.pdf>.
- Salamanca, D. (2022). Situación financiera y calidad de atención de las eps del régimen contributivo de salud: impacto del acuerdo de punto final. Proyecto de grado. Maestría en Políticas. Universidad de los Andes. <http://hdl.handle.net/1992/58512>
- Sanz, C. (2021). Ordinary crisis: cancer care, tutelas and the outsourcing of ethics in neoliberal Colombia. *Boletín de Antropología Universidad de Antioquia*, 36(61), 95-117.