



ADRES

Notas Analítica

Análisis de la concentración del mercado asegurador en salud en Colombia

Un acercamiento a través del
Índice Herfindahl-Hirschman

Este ejercicio busca ofrecer un insumo técnico que contribuya al análisis estructural del sistema de salud y no compromete la posición institucional de la ADRES



www.adres.gov.co

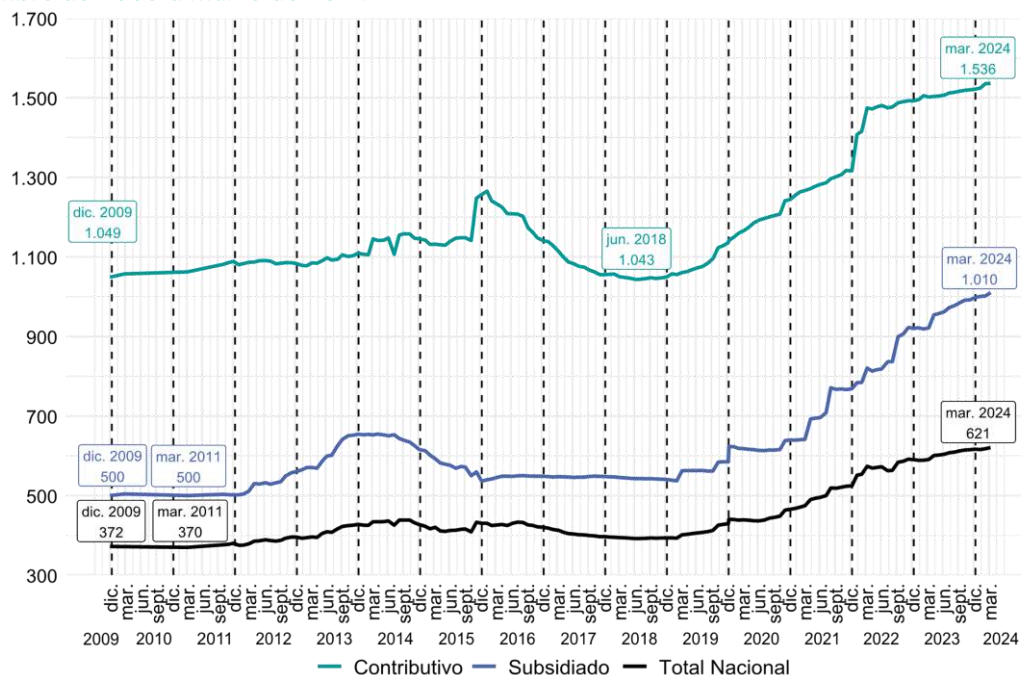
Concentración del mercado asegurador en salud en Colombia:¹ un acercamiento a través del Índice Herfindahl-Hirschman (IHH)²

El mercado del aseguramiento en salud en Colombia ha experimentado un proceso de concentración progresiva en la reducción del número de EPS activas y de concentración en la prestación del servicio (aumento sostenido del IHH entre 2009 y marzo de 2024), especialmente en el régimen contributivo a nivel territorial, lo que en el marco del modelo de competencia regulada definido en la ley 100 de 1993 podría reflejarse en efectos sobre la posibilidad de elección de los ciudadanos y la consecuente calidad de la atención del servicio.

Gráfico 1. IHH por tipo de régimen contributivo y subsidiado

Total nacional

Diciembre de 2009 a marzo de 2024



Nota: Los valores en recuadros corresponden al primer, último, máximo y mínimo puntaje de cada serie. Para el 2010 solo se disponía de información de marzo y el 2024 disponía datos solo del primer trimestre.

Fuente: Base de Datos Única de Afiliados - BDUA - ADRES.

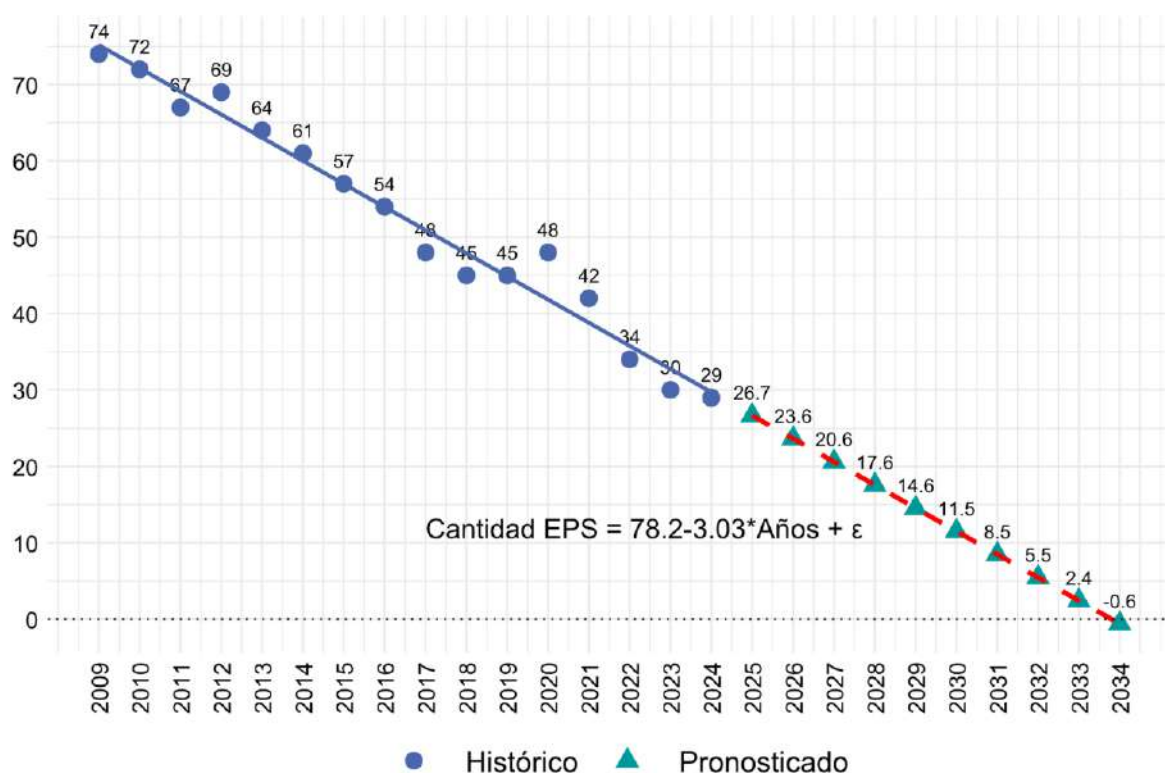
Cálculos: Innovación y Analítica de Datos - ADRES.

¹ Para contextualizar los resultados, los periodos analizados corresponden a los siguientes gobiernos en Colombia: Álvaro Uribe (hasta 2010), Juan Manuel Santos (2010–2018), Iván Duque (2018–2022) y Gustavo Petro (desde 2022).

² El Índice de Herfindahl-Hirschman (IHH) es una medida utilizada para evaluar la concentración del mercado y la competencia en un sector. Se calcula como la suma de los cuadrados de las participaciones de mercado de todas las empresas que operan en un mercado determinado. Los niveles de concentración se consideran según los siguientes rangos: $0 \leq \text{IHH} < 1.500$ Poca (Mercado competitivo), $1.500 \leq \text{IHH} < 2.500$ Baja (Mercado medianamente competitivo), $2.500 \leq \text{IHH} < 6.000$ (Mercado levemente competitivo), $6.000 \leq \text{IHH} < 10.000$ Alta (Mercado oligopólico o duopólico), $\text{IHH} = 10.000$ Alta - Valor máximo (Mercado monopolístico).

- En diciembre de 2009 existían en el país 74 Entidades Promotoras de Salud (EPS) activas. Para marzo de 2024, este número se redujo a 29, lo que representa una disminución del 60,8 % en el total de las EPS habilitadas.

Gráfico 2. Número de Entidades Prestadores de Salud activas en Colombia
Total nacional
Diciembre de 2009 a marzo de 2024



Nota: En el gráfico se resalta el total de afiliados para 2009 y 2023 con corte a diciembre. Para el año 2010, la información disponible solo contenía datos de marzo en el año 2010 y para el año 2024 solo hasta marzo.

En el marco de esta reducción, se realizó una regresión lineal simple en la que se modela la cantidad de EPS (variable dependiente) y año (variable independiente). Siguiendo esta tendencia lineal, y sin considerar factores externos, se proyecta que en 2034 no existirían EPS activas en el país. Este resultado es puramente descriptivo y está condicionado al periodo de referencia (2009–2024), sin incorporar las dinámicas económicas, demográficas ni regulatorias que podrían influir en la oferta de aseguradores en el sistema.

Fuente: Base de Datos Única de Afiliados - BDUA - ADRES.
Cálculos: Innovación y Analítica de Datos – ADRES.

- En 2023, cuatro EPS (Nueva EPS, Sanitas, Sura y Salud Total) concentraron el 53,1 % de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social (SGSSS). En 2009, estas mismas entidades agrupaban solo el 16,3 %. Esto significa un aumento de 36,8 puntos porcentuales³ en su

³ Un punto porcentual (p.p.) es la unidad que se utiliza para expresar la diferencia entre dos porcentajes.

participación durante el periodo, lo que equivale a un crecimiento de 226 % en el número de afiliados de estas EPS en 14 años.

A nivel nacional, el régimen contributivo muestra una evolución más acelerada hacia mercados concentrados, al pasar de un IHH de 1.049 en 2009 a 1.536 en 2024, lo que representa un incremento del 46,4 %. Esto responde a una reducción del número de EPS y un mayor peso de cuatro EPS que en 2023 agrupaban el 53,1 % de los afiliados.

- Durante el periodo 2009-2015, el IHH del régimen contributivo experimentó un aumento cercano al 22 %, mientras que para el periodo 2015-2019 disminuyó en 18,4 %; sin embargo, desde el inicio de la pandemia 2020 hasta marzo de 2024 (apenas cuatro años) experimentó un crecimiento significativo del 47,1 %.
- Durante el año 2024, en el régimen contributivo se observó una alta participación de un grupo reducido de EPS en el volumen total de recursos movilizados, en correspondencia con el tamaño de su población afiliada. Así, el 20 % de estas entidades administró el 90 % del total de recursos reconocidos por concepto de Unidad de Pago por Capitación (UPC) en este régimen. A su vez, este mismo conjunto de EPS fue responsable del 93 % del volumen total del giro directo⁴⁵.

Tabla 1. Evolución del IHH para el régimen contributivo

Total nacional

Diciembre de 2009 a marzo de 2024

IHH	2009–2015	2015–2019	2020–2024*
IHH Inicial	1.049	1.280	1.044
IHH Final	1.280	1.044	1.536
Cambio %	22,0	-18,4	47,1

Nota: El IHH es una medida de concentración. Valores más altos indican menor competencia.

Fuente: Base de Datos Única de Afiliados - BDUA - ADRES.

Cálculos: Innovación y Analítica de Datos – ADRES.

- A nivel departamental, los niveles de concentración son más altos en departamentos con bajo desarrollo y bajo volumen de afiliados. En Guaviare, Vichada, Putumayo y Vaupés, el IHH supera los 6.000 puntos, lo que indica mercados oligopólicos o duopólicos en el régimen contributivo.

⁴ ADRES. *Informe de Giro Directo 2023–2024*. Dirección de Liquidaciones y Garantías - Innovación y Analítica de Datos, 2025.

El Giro Directo es el mecanismo mediante el cual la ADRES transfiere directamente los recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) a los prestadores y proveedores de servicios de salud, en los regímenes contributivo y subsidiado. Este esquema, regulado por el Decreto 489 de 2024, fortalece la liquidez del sistema, mejora la trazabilidad de los pagos y promueve la transparencia en el uso de los recursos.

- Bogotá D.C., Antioquia o Cundinamarca mantienen niveles bajos o moderados de concentración (IHH entre 1.657 y 2.310), lo que sugiere un mayor número de EPS activas y, por tanto, una mayor competencia en el aseguramiento.
 - Antioquia presentó la mayor tasa de crecimiento durante el período analizado. En marzo de 2024, alcanzó un IHH de 4.619, superando ampliamente a otros como Atlántico, Cundinamarca, Bogotá D.C., y Valle del Cauca.
- A nivel municipal, la concentración se intensificó. Los municipios con presencia de una sola EPS (monopolio) pasaron de 12 en 2009 a 37 en marzo de 2024, lo que representa un incremento del 208 %.
 - En paralelo, los municipios con mercados más competitivos, es decir, con baja o poca concentración, pasaron de 86 en 2019 a solo 19 en 2024, una reducción superior al 75 %, lo que refleja una pérdida de condiciones de competencia territorial.
 - Esta evolución estuvo acompañada de una reducción significativa en el número de EPS con presencia municipal entre 2009 y 2024, con un impacto en los municipios de Chocó, Nariño, Putumayo, sur de Bolívar, Norte de Santander y la región amazónica.

A nivel nacional, el régimen subsidiado mantiene niveles de concentración relativamente bajos, con un IHH que pasó de 500 en 2009 a 1.010 en 2024, lo que implica un crecimiento mayor al 100 %. Aunque el indicador ha aumentado, el índice aún se ubica dentro del rango de poca concentración, correspondiente a un mercado competitivo.

- Durante el periodo 2009–2015, el IHH se mantuvo estable en 500 puntos. Entre 2015 y 2019, aumentó un 30 %, alcanzando los 650 puntos. Desde el inicio de la pandemia hasta marzo de 2024, se aceleró esta tendencia con un crecimiento adicional del 55,4 %, reflejando una transformación sostenida en la estructura del régimen subsidiado.
- Durante el año 2024, se observó que un grupo reducido de EPS tuvo una alta participación en el total de recursos movilizados, en correspondencia con el tamaño de su afiliación. Así, el 23 % de estas entidades administró más del 60 % del total de recursos reconocidos por concepto de UPC en este régimen. A su vez, este mismo conjunto de EPS fue responsable del 63% del volumen total de giro directo⁶.

⁶ ADRES. *Informe de giro directo 2023–2024*. Dirección de Liquidaciones y Garantías - Innovación y Analítica de Datos, 2025.

El giro directo es el mecanismo mediante el cual la ADRES transfiere directamente los recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) a los prestadores y proveedores de servicios de salud en los regímenes contributivo y subsidiado. Este esquema, regulado por el Decreto 489 de 2024, fortalece la liquidez del sistema, mejora la trazabilidad de los pagos y promueve la transparencia en el uso de los recursos.

Tabla 2. Evolución del IHH para el régimen subsidiado

Total nacional

Diciembre de 2009 a marzo de 2024

IHH	2009–2015	2015–2019	2020–2024*
IHH Inicial	500	500	650
IHH Final	500	650	1.010
Cambio %	0,0	30,0	55,4

Nota: El IHH es una medida de concentración. Valores más altos indican menor competencia.

Fuente: Base de Datos Única de Afiliados - BDUA - ADRES.

Cálculos: Innovación y Analítica de Datos – ADRES.

- Sin embargo, se observa una tendencia ascendente, con menos aseguradores gestionando una proporción creciente de la población afiliada, lo que podría anticipar cambios estructurales similares a los del régimen contributivo.
- Entre 2009 y 2024, se evidencia una expansión de la cobertura territorial del régimen subsidiado, incluyendo regiones históricamente excluidas como la Amazonia. En 2009, algunas zonas no contaban con presencia de EPS, en parte porque estaban clasificadas como Áreas No Municipalizadas (ANM). Sin embargo, esta ausencia no necesariamente implicaba falta de atención en salud, ya que en muchos casos se prestaban servicios bajo esquemas especiales o con apoyo directo de las gobernaciones. Para 2024, estas áreas ya están integradas al sistema formal de aseguramiento, aunque, en muchos casos, bajo estructuras altamente concentradas, como monopolios o duopolios, en regiones como Chocó, el occidente de Antioquia, el norte de Nariño, el oriente de Boyacá y el sur de Santander.
- Aunque el régimen subsidiado presenta menor concentración que el contributivo a nivel nacional, la concentración territorial ha aumentado de forma significativa. Entre 2009 y 2024, el número de municipios con alta concentración —donde pocas EPS agrupan la mayoría de los afiliados— pasó de 213 a 414. Si bien el nivel general de competencia sigue siendo más alto en este régimen, esta evolución evidencia una tendencia estructural hacia mercados menos diversos en muchas zonas del país, especialmente en regiones apartadas.

Para más información, lo invitamos a leer la siguiente Nota Analítica:



Presentación

La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) ha venido trabajando con un propósito claro: fortalecer su capacidad institucional, promover la transparencia y la sostenibilidad, y asegurar una gestión más eficiente de los recursos del sistema de salud. Para lograrlo, una de sus apuestas estratégicas ha sido aprovechar mejor los datos, transformándolos en conocimiento útil para el país.

Así nacen las **Notas Analíticas**, una serie de documentos que combinan herramientas de análisis de datos con el conocimiento técnico para entender, con más detalle, cómo está funcionando el sistema de salud. La idea es sencilla pero poderosa: usar la información disponible para generar evidencia que facilite la toma de decisiones, oriente el diseño de políticas públicas y permita hacer seguimiento al uso de los recursos públicos.

Estas notas aplican métodos estadísticos que buscan explicar lo que revelan los datos de forma clara: ¿Qué patrones se repiten? ¿Qué situaciones llaman la atención? ¿Dónde hay oportunidades de mejora? En otras palabras, es una forma de responder al llamado ciudadano por entender mejor cómo se están usando los recursos del sector salud, siempre en línea con el compromiso de transparencia que guía a la ADRES.

Este documento se enfoca en el comportamiento del mercado del aseguramiento en salud dentro del modelo de competencia regulada establecido por la Ley 100 de 1993. Este modelo parte del supuesto de que la competencia —bajo supervisión estatal— puede mejorar la eficiencia, elevar la calidad del servicio y corregir fallas estructurales del *managed healthcare* (*atención médica administrada*).

En este marco, la nota analiza el grado de concentración del mercado de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), utilizando el Índice de Herfindahl-Hirschman (IHH), para identificar riesgos asociados a la pérdida de competencia y sus posibles efectos sobre la posibilidad de elección de los ciudadanos y la consecuente calidad de la atención.

Esta Nota Analítica tiene un carácter estrictamente técnico y descriptivo. Su contenido no constituye una directriz, política pública ni posición institucional de la ADRES. Los resultados aquí presentados se derivan del análisis de bases de datos disponibles y deben interpretarse como insumos que buscan contribuir al conocimiento estructural del sistema de salud en Colombia.

Resumen Ejecutivo

En línea con el fortalecimiento institucional y el compromiso con la transparencia de la ADRES, este documento analiza la evolución de la concentración del mercado asegurador en salud en Colombia para el periodo 2009- 2024¹_(p). El estudio emplea el Índice de Herfindahl-Hirschman (IHH) como método para evaluar dicha concentración, utilizando la información contenida en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA). El propósito es aportar información sobre las dinámicas de mercado del aseguramiento que contribuya al monitoreo de la libre escogencia y de la competencia dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Los resultados indican una disminución significativa en el número de Entidades Promotoras de Salud (EPS) activas, pasando de 74 en 2009 a 29 en marzo de 2024, lo que representa una reducción del 60,8 %. En contraste, la cobertura del SGSSS se mantuvo alta, alcanzando los 49,4² millones de afiliados en marzo de 2024.

A nivel nacional, se observa un incremento en la concentración del mercado, reflejado en el IHH que pasó de 372 en 2009 a 621 en 2024_(p), manteniéndose dentro del rango considerado como competitivo; sin embargo, al analizar por regímenes, en el contributivo se pudo observar un aumento del IHH de 1.049 a 1.536, que lo sitúa en un nivel de concentración moderada, mientras que en el subsidiado el IHH pasó de 500 a 1.010, aún en el rango competitivo. La concentración por EPS también evidencia un aumento: las cuatro principales EPS (Nueva EPS, Sanitas, Sura y Salud Total) pasaron de agrupar el 16,3 % de los afiliados en 2009 al 53,1 % en 2023.

A nivel departamental, Guainía y Vichada, registran niveles de IHH superiores a 8.000, indicando una concentración del aseguramiento extremadamente alta, mientras que Bogotá, Antioquia y Cundinamarca mantienen niveles más bajos.

A nivel municipal, entre 2009 y 2024, el número de municipios con una sola EPS en el régimen contributivo aumentó de 12 a 37 (nivel de concentración monopólica cercana a 10.000), mientras que, en el régimen subsidiado, los municipios con alta concentración pasaron de 213 a 414 (concentración alta).

El análisis revela una tendencia sostenida hacia una mayor concentración del mercado del aseguramiento en salud en Colombia durante el periodo estudiado por régimen y EPS, así como a nivel departamental y municipal. En consecuencia, se sugiere considerar las posibles implicaciones de esta dinámica sobre la competencia efectiva y la libre escogencia de los usuarios del SGSSS, especialmente a nivel territorial.

¹ Cifras con corte de marzo de 2024

² La cifra de afiliación reportada corresponde exclusivamente a los regímenes contributivo y subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y no incluye la población cubierta por los regímenes especiales y de excepción (Fuerzas Militares y de Policía, Magisterio, y Ecopetrol, entre otros), los cuales cuentan con esquemas propios de aseguramiento en salud. En consecuencia, el indicador de cobertura del SGSSS subestima la cobertura real del aseguramiento en salud a nivel nacional.

Análisis de la concentración del mercado asegurador en salud en Colombia

1. Enfoque conceptual y propósito del análisis

Analizar la concentración del mercado es fundamental para comprender la estructura competitiva de un sector y su impacto potencial sobre el bienestar de los usuarios. En términos generales, este concepto hace referencia a cómo se distribuye la participación entre los actores de un mercado específico (Kneysler, Kryvytska, Shupa & Huzela, 2019). Altos niveles de concentración implican que un número reducido de aseguradores controla una parte significativa del mercado, lo cual puede limitar la competencia y generar condiciones propicias para que se presenten fallas de mercado (Scheffler & Arnold, 2017).

En el sector salud colombiano, estas dinámicas adquieren particular relevancia en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), que opera a partir de la Ley 100 de 1993 bajo un modelo de competencia regulada. Según el artículo 153 de dicha Ley, el SSGSS se organiza para “*garantizar la libre escogencia y la competencia entre las instituciones*” como un medio para alcanzar eficiencia, calidad y cobertura en la prestación de servicios de salud. Sin embargo, la concentración progresiva del mercado del aseguramiento en salud ha planteado interrogantes sobre la vigencia de estos principios y sus implicaciones para la equidad territorial y la garantía del derecho a la salud.

El objetivo de este análisis es caracterizar la evolución de la concentración del mercado de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) en Colombia para el periodo 2009 – 2024^(p), aportando evidencia para el monitoreo de los riesgos asociados al incremento del poder de mercado en algunos actores y evaluar si los cambios en la configuración del sistema, responden a decisiones de los usuarios en ejercicio del principio de libre escogencia o a dinámicas estructurales que restringen la libre competencia entre aseguradores. Entre los propósitos específicos del análisis se encuentran:

- Describir la evolución del número de EPS activas y la cobertura de afiliación durante el periodo de estudio.
- Calcular el Índice de Herfindahl-Hirschman (IHH) a nivel nacional, departamental y municipal
- Analizar los patrones de concentración del mercado por régimen de afiliación al SGSSS, identificando los segmentos con mayores niveles de concentración.

1.1 Metodología

1.2 Fuentes de Información

El análisis se basó en la información contenida en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA), la cual consolida los registros de los afiliados al SGSSS. Esta base de datos tiene como propósito centralizar y sistematizar la información de las personas afiliadas a las EPS en los regímenes contributivo y subsidiado en tiempo real.

1.3 Cálculo del Índice de Herfindahl-Hirschman (IHH)

El Índice de Herfindahl-Hirschman (IHH) es una medida utilizada para evaluar la concentración del mercado y la competencia en un sector. Se calcula como la suma de los cuadrados de las participaciones de mercado de todas las empresas que operan en un mercado determinado.

$$IHH = \sum_{i=1}^n s_i^2$$

Donde:

- n es el número total de empresas que operan en el mercado.
- s_i es la participación de mercado de cada empresa i , expresada como porcentaje

El valor del IHH oscila entre 0 y 10.000. Valores cercanos a 0 indican un mercado altamente competitivo, con muchas empresas de tamaño reducido, mientras que valores próximos a 10.000 reflejan una alta concentración, en la que una sola empresa domina el mercado (Sarmiento-Bejarano, 2021).

La interpretación de este índice se realiza de la siguiente manera:

Tabla 1. Clasificación de la concentración del mercado según el Índice de Herfindahl-Hirschman (IHH)

Rango	Concentración	Tipo de mercado
$1.500 > IHH \geq 0$	Poca	Competitivo
$2.500 > IHH \geq 1.500$	Baja	Medianamente competitivo
$6.000 > IHH \geq 2.500$	Media	Levemente competitivo
$10.000 \geq IHH \geq 6.000$	Alta	Oligopólico, monopolístico o duopólico

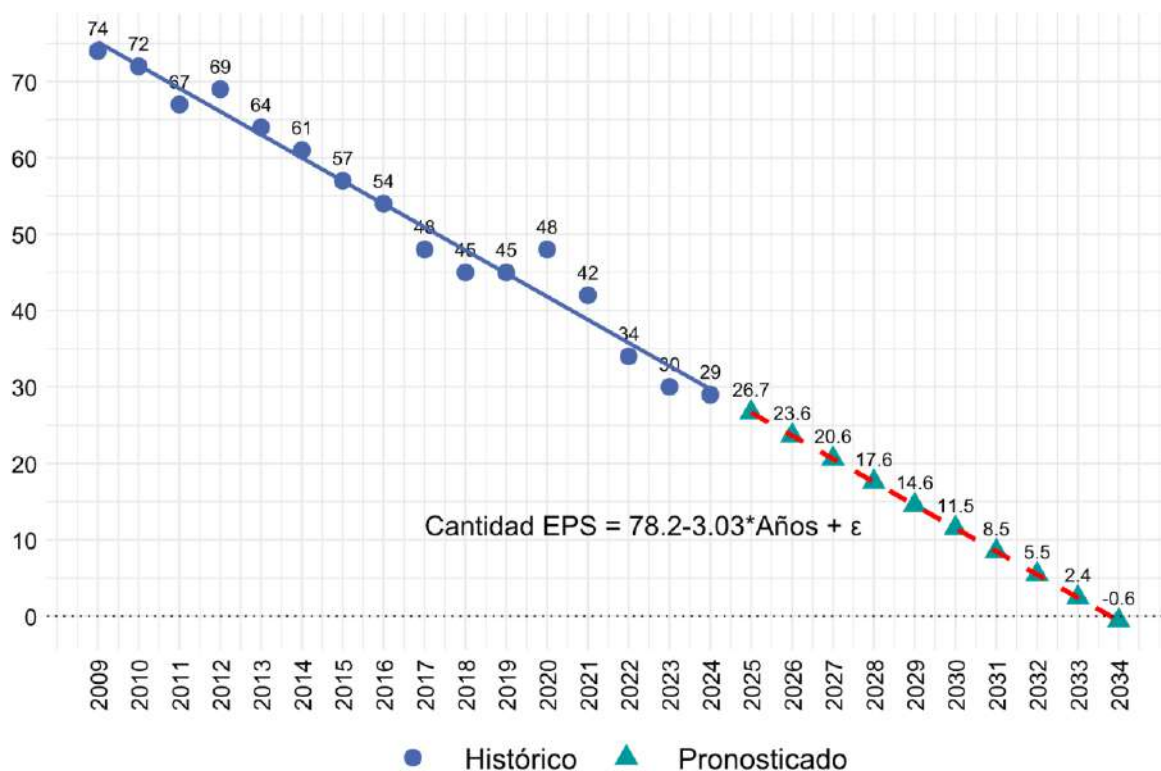
Fuente: Sarmiento Bejarano, H. (2021)

2. Evolución del aseguramiento en salud 2009–2024

2.1 Número de Entidades Prestadoras de Salud activas

En diciembre de 2009 existían en el país 74 Entidades Promotoras de Salud (EPS) activas y en marzo de 2024 el número de EPS activas se redujo a 29, lo que representa una disminución del 60,8 % en el total de aseguradores habilitados.

Gráfico 1. Número de Entidades Prestadoras de Salud Activas. Colombia. 2009 – 2034



Nota: En el gráfico se resalta el total de afiliados para 2009 y 2023 por el corte de diciembre. Para el año 2010, la información disponible solo contenía datos de marzo en el año 2010 y para el año 2024 solo hasta marzo.

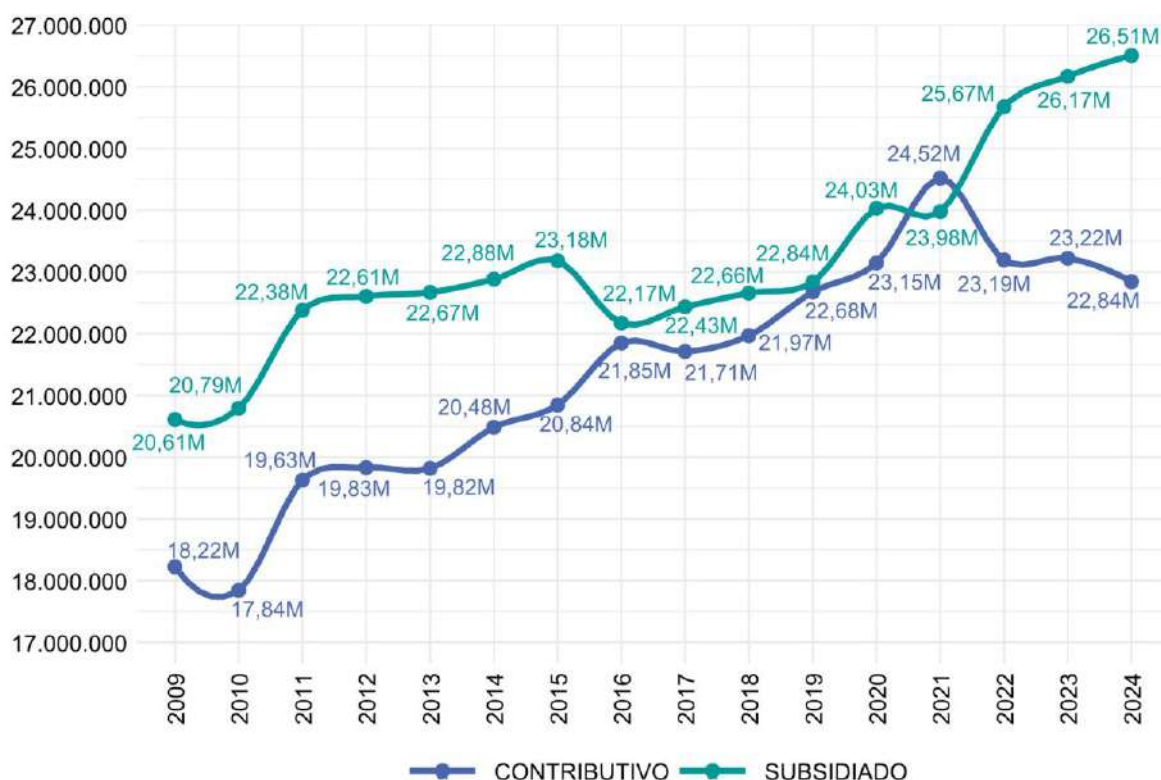
Fuente: Base de Datos Única de Afiliados - BDUA - ADRES.
Cálculos: Innovación y Analítica de Datos – ADRES.

En el marco de esta reducción, se realizó una regresión lineal simple en el que se modela la cantidad de EPS (variable dependiente) y año (variable independiente). Siguiendo esta tendencia lineal, y sin considerar factores externos, se proyecta que en 2034 no existirían EPS activas en el país. Este resultado es puramente descriptivo y está condicionado al periodo de referencia (2009–2024), sin incorporar las dinámicas económicas, demográficas ni regulatorias que podrían influir en la oferta de aseguradores en el sistema.

2.2 Número de afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud

En marzo de 2024, el Sistema General de Seguridad Social (SGSSS) contaba con aproximadamente **49.4 millones de afiliados**³. Por tipo de régimen, 22.8 millones correspondían al régimen contributivo (46,3 %) y 26.5 millones de afiliados en el régimen subsidiado (53,7 %).

Gráfico 2. Número de afiliados al SGSSS según tipo de régimen. Colombia, 2009 – 2024.



Nota: En el gráfico se resalta el total de afiliados para 2009 y 2023 por el corte de diciembre. La información disponible solo contenía datos de marzo en el año 2010 y para el año 2024 solo hasta marzo.

Fuente: Base de Datos Única de Afiliados - BDUA - ADRES.
Cálculos: Innovación y Analítica de Datos – ADRES.

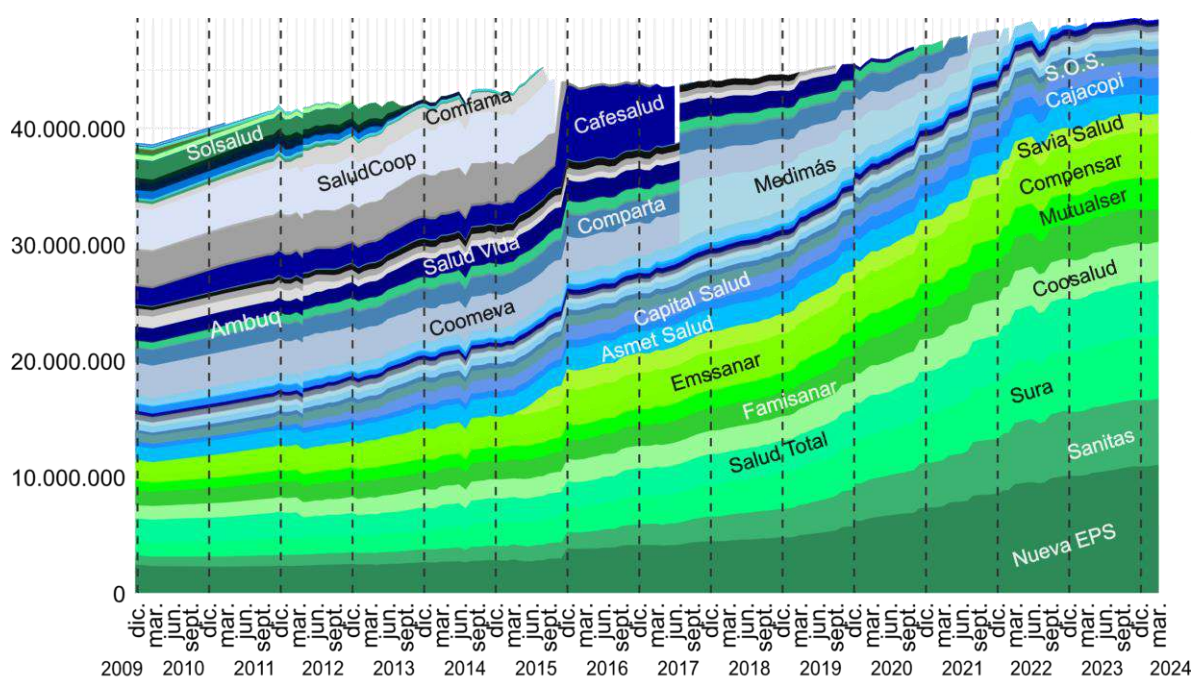
Los datos presentados en el gráfico 2 revelan que Colombia mantiene niveles de afiliación cercanos a la cobertura universal, con aproximadamente 49,4 millones de personas afiliadas al SGSSS (corte a marzo de 2024) en los regímenes contributivo y subsidiado. Esta cifra representa cerca del 94,6 % de la población proyectada por el DANE ese año, estimada en 52,2 millones de habitantes.

³ La cifra de afiliación reportada corresponde exclusivamente a los regímenes contributivo y subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y no incluye la población cubierta por los regímenes especiales y de excepción (Fuerzas Militares y de Policía, Magisterio, y Ecopetrol, entre otros), los cuales cuentan con esquemas propios de aseguramiento en salud. En consecuencia, el indicador de cobertura del SGSSS subestima la cobertura real del aseguramiento en salud a nivel nacional.

2.3 Total de afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud por EPS

El número de afiliados por EPS permite evaluar la participación de cada entidad en el mercado. En 2023, cuatro EPS, Nueva EPS, Sanitas, Sura y Salud Total, concentraron el 53,1 % de los afiliados al SGSSS, mientras que en 2009 estas mismas cuatro entidades agrupaban apenas el 16,3 %. Esto representa un incremento de 36,8 puntos porcentuales en su participación durante el periodo, lo que equivale a un crecimiento de 226 % en el número de afiliados a estas empresas en 14 años.

Gráfico 3. Afiliados al SGSSS por EPS en periodicidad mensual. Colombia, diciembre de 2009 a marzo de 2024



Nota: Se tomaron cortes de diciembre de cada año. A excepción del 2010 que solo contenía información disponible en marzo, y el 2024 disponía datos solo del primer trimestre. Se etiquetaron algunas EPS más notorias de acuerdo con el total de sus afiliados.

Fuente: Base de Datos Única de Afiliados - BDUA - ADRES.
Cálculos: Innovación y Analítica de Datos - ADRES

3. Resultados del Índice de Herfindahl–Hirschman (IHH)

A continuación, se presentan los resultados del análisis del IHH aplicado para evaluar el grado de concentración del mercado del aseguramiento en salud en Colombia. Los resultados se exponen para los regímenes contributivo y subsidiado, así como para el total nacional, desagregados en tres niveles geográficos: municipal, departamental y nacional, para el periodo comprendido entre diciembre de 2009 y marzo de 2024.

Considerando todo el territorio colombiano como un solo mercado, a nivel nacional, el IHH pasó de 372 en diciembre de 2009 a 621 en marzo de 2024, indicando un aumento progresivo, pero manteniéndose dentro de niveles considerados competitivos. Al desagregar por régimen, se observan trayectorias diferenciadas.

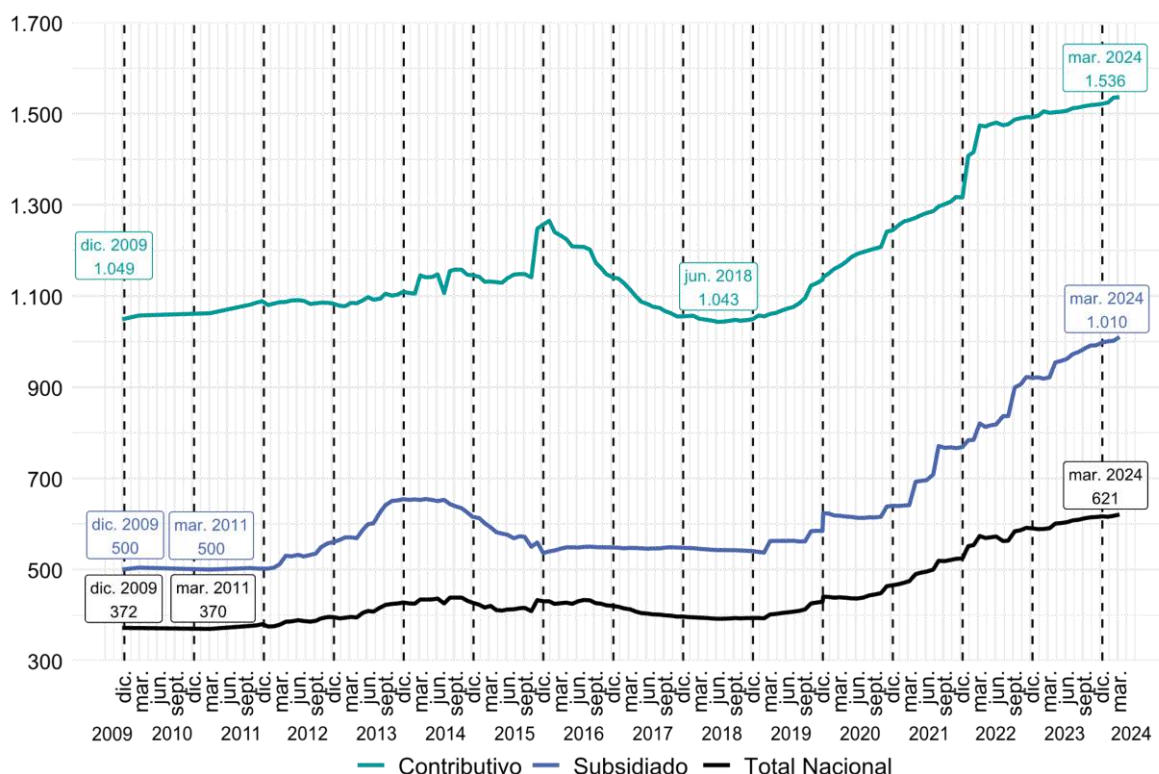
Régimen contributivo

En este régimen, el proceso de concentración ha sido más acelerado. Entre 2009 y 2015, el IHH pasó de 1.049 a aproximadamente 1.280, lo que representa un incremento cercano al 22 %. No obstante, entre 2015 y 2019 se observó una reducción del indicador, que alcanzó su punto más bajo en junio de 2018 con un valor de 1.043, reflejando una caída de alrededor del 18,5 %. Esta tendencia se revirtió drásticamente a partir de 2020, con el inicio de la pandemia, cuando el IHH comenzó a aumentar de forma sostenida hasta alcanzar 1.536 en marzo de 2024. Esto implica un crecimiento del 47 % en apenas cuatro años, lo que indica una fuerte concentración del mercado, aunque todavía dentro del rango considerado como competencia moderada.

Régimen subsidiado

En el régimen subsidiado, el IHH era de 500 en 2009 y se mantuvo relativamente estable hasta 2015. A partir de ese año, el indicador comenzó a aumentar de manera sostenida, con un punto de inflexión importante entre 2020 y 2024. En este último periodo, el IHH se disparó, alcanzando un valor de 1.010 en marzo de 2024. Esto representa un crecimiento de más del 100 % en el indicador desde 2009, y más del 50 % solo desde el inicio de la pandemia. Aunque el régimen se mantiene aún dentro de un rango competitivo según el IHH, la tendencia creciente evidencia una transformación estructural hacia un mercado menos diverso y más concentrado.

Gráfico 4. IHH por tipo de régimen. Colombia, diciembre de 2009 a marzo de 2024



Nota: Los valores en recuadros corresponden al primer, último, máximo y mínimo puntaje de cada serie. Para el 2010 solo se disponía de información de marzo, y el 2024 disponía datos solo del primer trimestre.

Fuente: Base de Datos Única de Afiliados - BDUA - ADRES.
Cálculos: Innovación y Analítica de Datos - ADRES

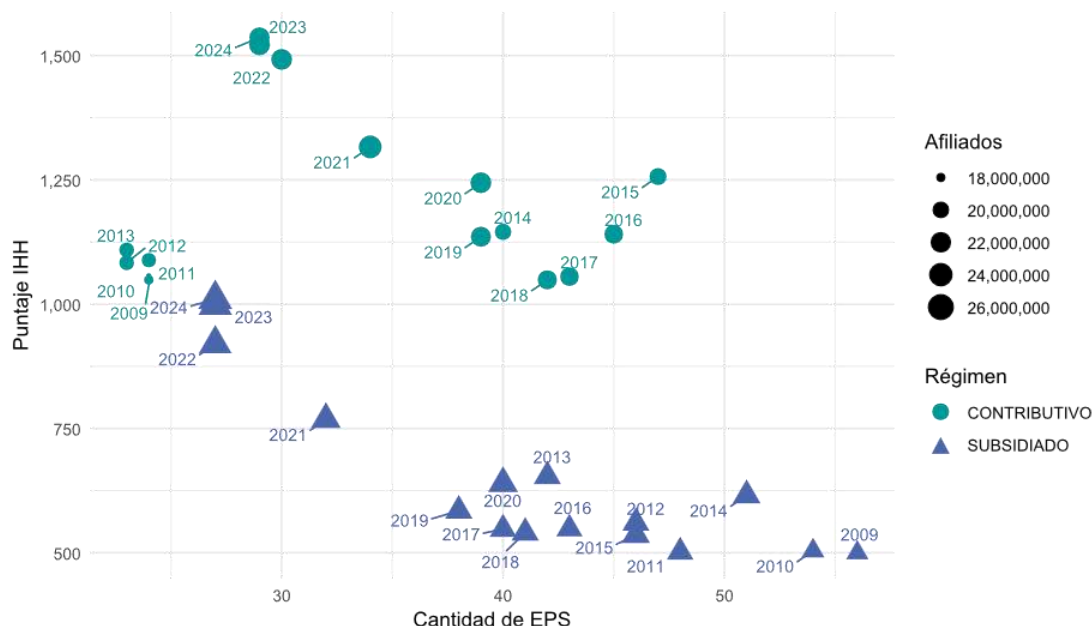
El gráfico 5 permite observar de manera conjunta la evolución del número de EPS activas, el nivel de concentración del mercado (IHH) y el tamaño de la población afiliada a cada régimen, lo que facilita la identificación de relaciones estructurales entre estos tres factores.

En el régimen contributivo, se observa una disminución marcada en el número de EPS, pasando de más de 45 en 2015 a menos de 30 en 2024_(p), lo que se relaciona directamente con el aumento del IHH, que pasó de aproximadamente 1.049 en 2009 hasta superar 1.530 puntos en 2024. Esto indica un mercado que viene transitando de niveles competitivos a una concentración moderada.

Para el régimen subsidiado, aunque el número de EPS también se reduce notablemente (de alrededor de 55 a menos de 30 en el mismo periodo), el IHH se mantiene relativamente más bajo, aumentando de 500 en 2009 a cerca de 1.010 en 2024. Este régimen, por lo tanto, permanece dentro de niveles competitivos de concentración, aunque la tendencia observada es igualmente ascendente.

Adicionalmente, el tamaño de los marcadores (triángulos y círculos) muestra un aumento sostenido en el número total de afiliados en ambos regímenes, lo que implica que una menor cantidad de EPS está asegurando a un número creciente de personas, esto explica la tendencia, el incremento en el IHH y en consecuencia una mayor concentración del mercado.

Gráfico 5. Relación cantidad de EPS e IHH a nivel nacional por régimen y año, con el número de afiliados totales de cada régimen. Colombia, 2009-2024.



Nota: La gráfica muestra los valores correspondientes al mes de diciembre de cada año, pero marzo para los años 2010 y 2024. Para el 2010 solo se disponía de información de marzo, y el 2024 disponía datos solo del primer trimestre.

Fuente: Base de Datos Única de Afiliados - BDUA - ADRES.
Cálculos: Innovación y Analítica de Datos – ADRES

3.1 IHH a nivel departamental

Esta sección presenta los resultados del análisis de la concentración del mercado del aseguramiento en salud a nivel departamental, incorporando la metodología de clasificación territorial desarrollada por Carmona, Supelano y Osejo (2015), que agrupa los departamentos del país en tres niveles de desarrollo, a partir de una caracterización integral que considera variables como la funcionalidad urbana, las condiciones de vida, el desempeño económico, institucional y ambiental. Esta clasificación permite identificar patrones territoriales y orientar políticas diferenciadas según el grado de consolidación de cada región:

- **Robusto:** 18 % de los departamentos. Alta participación en la economía nacional, buena conectividad, calidad de vida elevada y fuerte urbanización.
- **Intermedio:** 64 % de los departamentos. Relevancia económica y calidad de vida moderadas; incluyen ciudades capitales con estructuras menos consolidadas.

- **Temprano:** 18 % restante. Baja especialización económica, alta ruralidad, débil conectividad y escasa participación en la producción nacional.

A nivel departamental, entre 2009 y 2024 se observa un aumento tanto en el número de afiliados como en el IHH en la mayoría de los departamentos, aunque con diferencias según el régimen de aseguramiento y el nivel de desarrollo territorial.

Para el régimen contributivo (Gráfico 6), los niveles de concentración son más elevados en departamentos con bajo desarrollo y menor volumen de afiliación. En departamentos de nivel temprano, como Guaviare y Vichada, el IHH supera los 8.000 puntos, lo que indica la existencia de mercados oligopólicos o monopolísticos. Este patrón también se observa en algunos departamentos intermedios como Putumayo o Vaupés.

Por el contrario, en entidades territoriales robustas como Bogotá D.C., Antioquia o Cundinamarca, el IHH se mantiene en niveles bajos o moderados, lo que sugiere un mayor número de EPS operando y más competencia en el mercado. Estos departamentos, además de concentrar un volumen importante de afiliados, presentan una evolución más estable del índice a lo largo del tiempo.

Gráfico 6. Variación de IHH y cantidad de afiliados de acuerdo con el nivel de desarrollo departamental. Régimen contributivo, diciembre de 2009 a marzo de 2024



Nota: En el gráfico se toman los meses de diciembre de 2009 y marzo de 2024.

Fuente: Base de Datos Única de Afiliados - BDUA - ADRES.

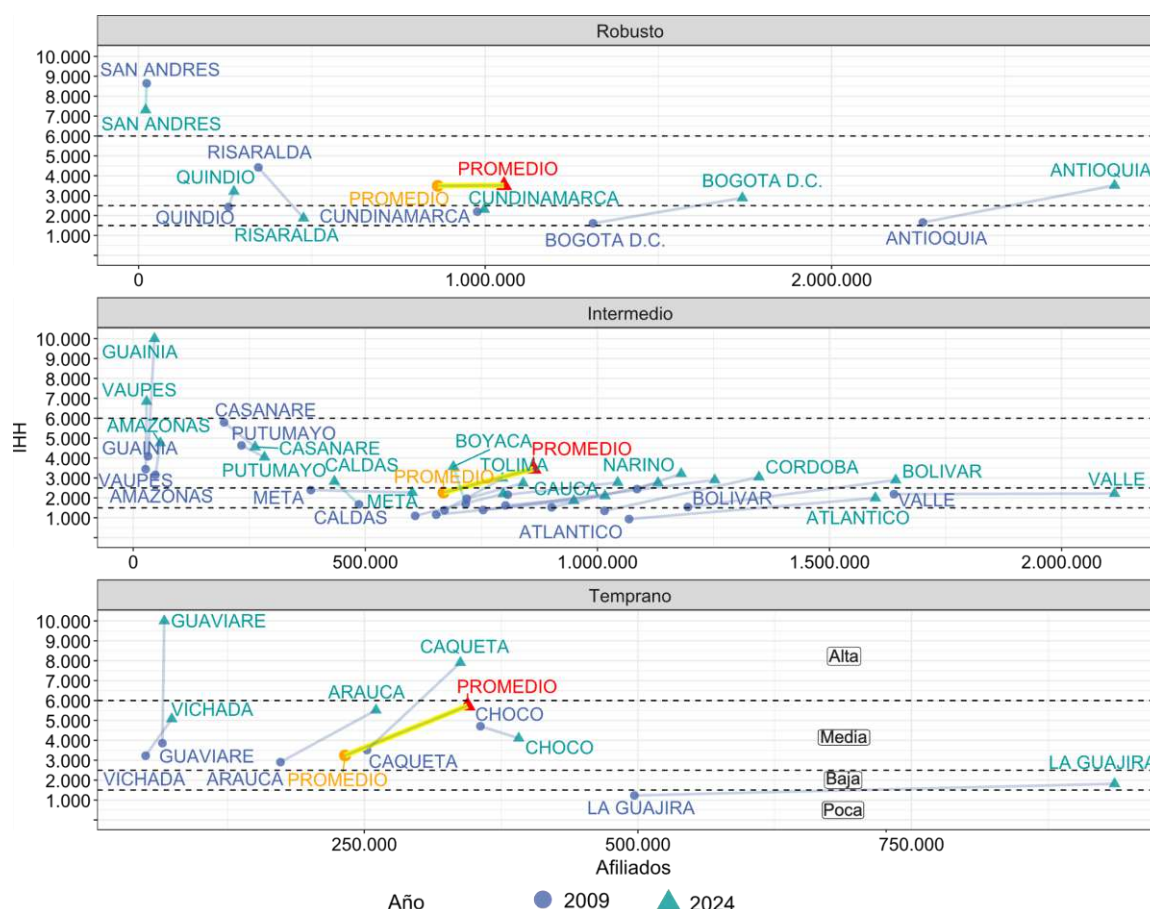
Cálculos: Innovación y Analítica de Datos - ADRES

En el régimen subsidiado (Gráfico 7), se evidencia un comportamiento más heterogéneo. Aunque también se registran altos niveles de concentración en zonas periféricas como Guaviare, Vichada y Caquetá, otros departamentos del mismo nivel de desarrollo —como La Guajira— muestran mejoras relativas en el IHH, junto con incrementos en la afiliación.

En departamentos intermedios, se destaca los casos de Bolívar, Atlántico y Valle del Cauca, que presentan niveles bajos de concentración pese a tener un alto volumen de afiliados. Esto sugiere un mayor grado de competencia y una oferta más diversa de EPS en dichos territorios.

Finalmente, los robustos, como Bogotá D.C., Antioquia y Cundinamarca, mantienen índices bajos o estables, con niveles de concentración que corresponden a mercados medianamente competitivos.

Gráfico 7. Variación de IHH y cantidad de afiliados de acuerdo con el nivel de desarrollo departamental. Régimen subsidiado, diciembre de 2009 a marzo de 2024

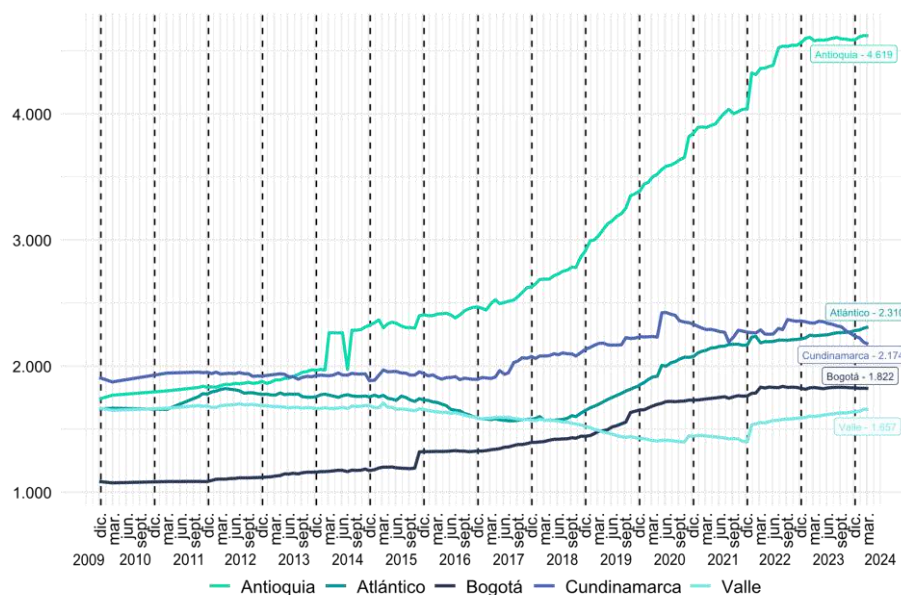


Nota: En el gráfico se toman los meses de diciembre de 2009 y marzo de 2024.

Fuente: Base de Datos Única de Afiliados - BDUA - ADRES.
Cálculos: Innovación y Analítica de Datos – ADRES

A partir del seguimiento longitudinal del IHH en los cinco departamentos con mayor peso en la afiliación, se observa que Valle del Cauca (1.657), Bogotá D.C. (1.822), Cundinamarca (2.174) y Atlántico (2.310) presentan una concentración baja, correspondiente a un mercado medianamente competitivo ($1.500 \leq \text{IHH} < 2.500$), mientras que Antioquia (4.619) presenta una concentración media, asociada a un mercado levemente competitivo ($2.500 \leq \text{IHH} < 6.000$). La evolución de la concentración en estos territorios ha mostrado incrementos leves en el periodo, con excepción de Antioquia, que pasó de un IHH cercano a 1.600 en 2009 a 4.619 en 2024, lo que indica cambios estructurales en la participación de las EPS en Antioquia en el régimen contributivo.

Gráfico 8. IHH a nivel departamental (principales) – régimen contributivo, diciembre de 2009 a marzo de 2024

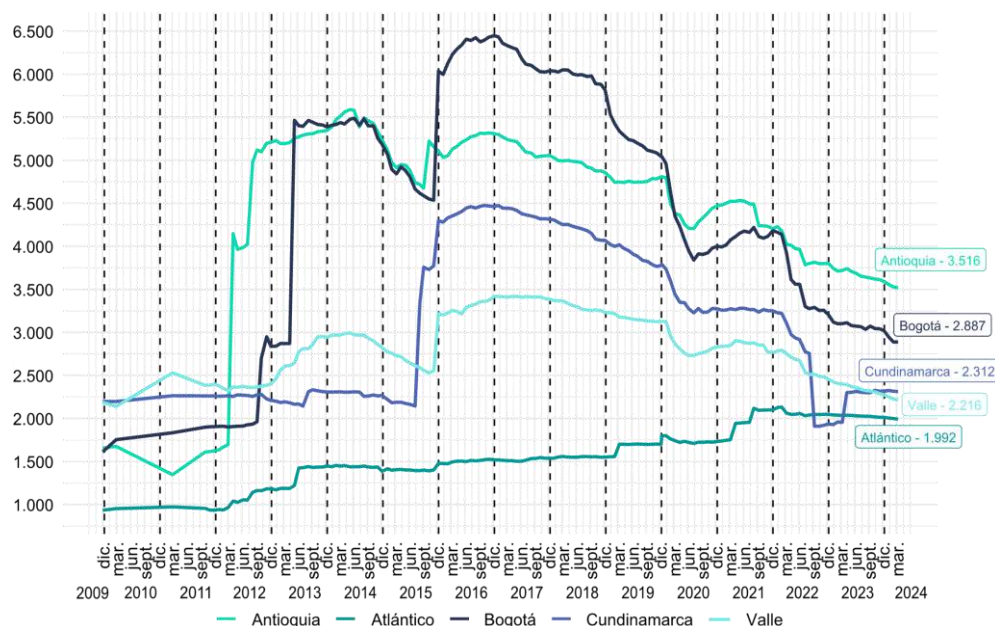


Nota: Los valores en recuadros corresponden al último puntaje de cada serie. Para el 2010 solo se disponía de información de marzo, y el 2024 disponía datos solo del primer trimestre.

Fuente: Base de Datos Única de Afiliados - BDU - ADRES.
Cálculos: Innovación y Analítica de Datos - ADRES

Para el régimen subsidiado, con corte a marzo de 2024, se observa que Atlántico (1.992), Valle del Cauca (2.216) y Cundinamarca (2.312) presentan una concentración baja, correspondiente a un mercado medianamente competitivo ($1.500 \leq \text{IHH} < 2.500$), mientras que Bogotá (2.887) y Antioquia (3.516) presentan una concentración media, propia de un mercado levemente competitivo ($2.500 \leq \text{IHH} < 6.000$). A diferencia del régimen contributivo, la mayoría de los departamentos muestra una disminución en el nivel de concentración del mercado a partir de 2016 (punto máximo entre los 3.000 y 6.000 IHH), con excepción de Atlántico, que mantiene un crecimiento sostenido del IHH.

Gráfico 9. IHH a nivel departamental (principales) – régimen subsidiado, diciembre de 2009 a marzo de 2024



Nota: Los valores en recuadros corresponden al último puntaje de cada serie. Para el 2010 solo se disponía de información de marzo y en 2024 disponía datos solo del primer trimestre.

Fuente: Base de Datos Única de Afiliados - BDUA - ADRES.
Cálculos: Grupo Interno de Trabajo de Innovación y Analítica de Datos – ADRES

3.2 IHH a nivel municipal

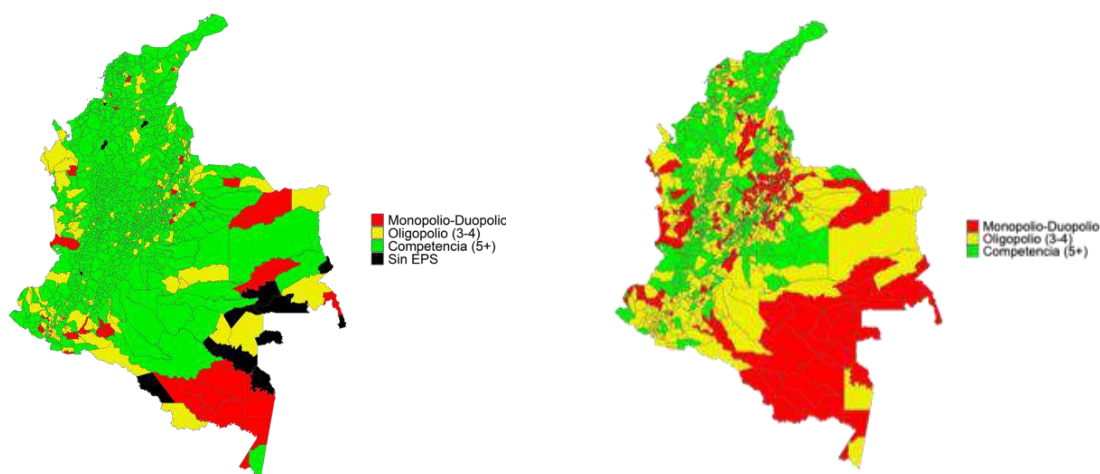
La medición del IHH a nivel municipal permite profundizar el análisis territorial de la concentración del mercado. Para ello, se exploró inicialmente el número de EPS por municipio y posteriormente, se calculó el IHH para evaluar los niveles de concentración y su evolución según el tipo de municipio.

Para el régimen contributivo se evidenció una disminución significativa en el número de EPS con presencia municipal entre 2009 y marzo de 2024, con un impacto más pronunciado en los municipios de los departamentos de Chocó, Nariño, Putumayo, sur de Bolívar, Norte de Santander y la región amazónica.

Gráfico 10. Mapa del número de EPS del régimen contributivo por municipio. Colombia, 2009 - 2024

2009

2024



Fuente: Base de Datos Única de Afiliados - BDUA - ADRES.

Cálculos: Innovación y Analítica de Datos – ADRES

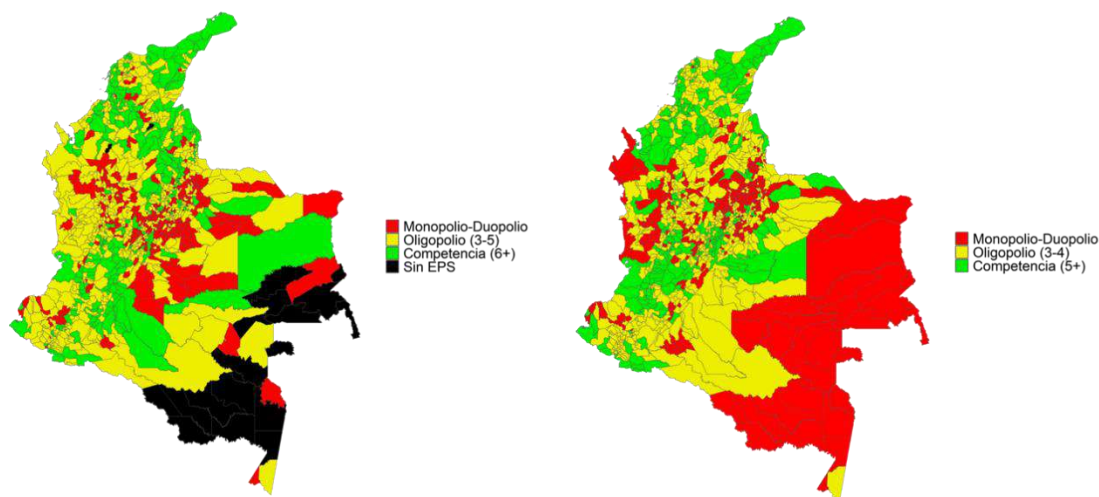
Entre 2009 y marzo de 2024 se evidencia una expansión de la cobertura territorial del régimen subsidiado, incluyendo regiones históricamente excluidas como la Amazonia. En 2009, algunas zonas no figuraban con aseguramiento en la BDUA, en parte porque estaban clasificadas como Áreas No Municipalizadas (ANM)⁴. Sin embargo, esta ausencia de registro no necesariamente indica falta de atención en salud, ya que en muchos casos se prestaban servicios bajo esquemas especiales o con apoyo directo de las gobernaciones. Para 2024, estas áreas ya están integradas al sistema formal de aseguramiento, aunque en muchos casos, bajo estructuras altamente concentradas, como monopolios o duopolios, en regiones como Chocó, el occidente de Antioquia, el norte de Nariño, el oriente de Boyacá y el sur de Santander.

⁴ La clasificación como Área No Municipalizada (ANM) no implica ausencia de atención en salud. Estas zonas, reconocidas por la Constitución Política de 1991, eran administradas directamente por las gobernaciones y en muchos casos contaban con esquemas especiales de aseguramiento. Fuente: DIVIPOLA - DANE; Constitución Política de Colombia, artículo 329; ADRES – BDUA.

Gráfico 11. Mapa del número de EPS del régimen subsidiado por municipio. Colombia, 2009 - 2024

2009

2024



Fuente: Base de Datos Única de Afiliados - BDUA - ADRES.
Cálculos: Innovación y Analítica de Datos – ADRES

Entre 2009 y 2024 se observa un aumento significativo en la concentración del aseguramiento en salud a nivel municipal. En ambos regímenes (contributivo y subsidiado) creció el número de municipios con alta concentración asociada a mercados de tipo oligopólico o monopolístico, mientras que los de baja o poca concentración disminuyeron drásticamente.

En el régimen contributivo, los municipios con monopolio pasaron de 12 a 37, lo que representa un aumento del 208 %, mientras que aquellos con baja o poca concentración pasaron de 86 a solo 19 municipios, una caída superior al 75 %. En el régimen subsidiado, aunque se redujeron los municipios con monopolio, los de alta concentración casi se duplicaron (de 213 a 414), reflejando una tendencia estructural hacia mercados menos competitivos en la mayoría de los territorios (Tabla 2).

Tabla 2. Conteo de municipios por categoría de IHH en 2009 y 2024

Régimen	Nivel Concentración	Conteo de Municipios				
		2009		2024		Cambio porcentual (%)
		Número	Participación (%)	Número	Participación (%)	
Contributivo	Monopolio	12	1,1	37	3,3	208,3
	Alta	256	22,8	342	30,4	33,6
	Media	757	67,3	723	64,3	-4,5
	Baja	82	7,3	19	1,7	-76,8
	Poca	4	0,4	-	0	-100
	Sin afiliados	13	1,2	3	0,3	-76,9
	Total	1124	100	1124	100	-
Subsidiado	Monopolio	84	7,5	35	3,1	-58,3
	Alta	213	19	414	36,8	94,4
	Media	714	63,5	636	56,6	-10,9
	Baja	82	7,3	35	3,1	-57,3
	Poca	8	0,7	1	0,1	-87,5
	Sin afiliados	23	2	3	0,3	-87
	Total	1124	100	1124	100	

Nota: Se consideran los meses de diciembre 2009 y marzo de 2024. Los niveles de concentración se consideran según los siguientes rangos: $0 \leq IHH < 1.500$ Poca (Mercado competitivo), $1.500 \leq IHH < 2.500$ Baja (Mercado medianamente competitivo), $2.500 \leq IHH < 6.000$ (Mercado levemente competitivo), $6.000 \leq IHH < 10.000$ Alta (Mercado oligopólico o duopólico), $IHH = 10.000$ Alta – Valor máximo (Mercado monopolístico). Los valores en recuadros corresponden al último puntaje de cada serie.

Fuente: Base de Datos Única de Afiliados - BDUA - ADRES.
Cálculos: Innovación y Analítica de Datos – ADRES

Esta tendencia territorial se refuerza al observar el comportamiento del número de afiliados. Para el régimen contributivo, se destaca el aumento de afiliados en municipios de alta concentración, que pasaron de 421.615 en 2009 a 1.418.256 en 2024, lo que representa un crecimiento del 236,4 %. El mayor volumen de afiliados, sin embargo, se encuentra en municipios con concentración media y baja, que en conjunto representaban el 60,6 % de los afiliados en 2009 y pasaron a concentrar el 93,7 % en 2024. Esta redistribución responde a la desaparición de los afiliados en municipios con poca concentración, los cuales en 2009 agrupaban al 37 % de los afiliados y en 2024 no registran participación.

En el régimen subsidiado también se observa un aumento significativo en el número de afiliados en municipios con concentración alta y media. Los afiliados en municipios con concentración media crecieron un 42,9 %, y en aquellos con concentración alta, un 92,5 %. En contraste, los municipios con poca concentración perdieron el 75,5 % de sus afiliados, lo que evidencia un tránsito progresivo hacia territorios con menor competencia entre aseguradoras.

Tabla 3. Número, participación y variación porcentual de afiliados según concentración del mercado por municipio. Colombia, 2009 - 2024

Régimen	Nivel Concentración	Censo de afiliados				Cambio porcentual (%)
		2009		2024		
		Número	Participación (%)	Número	Participación (%)	
Contributivo	Monopolio	275	0,0	14.122	0,1	5.035,3
	Alta	421.615	2,3	1.418.256	6,2	236,4
	Media	4.579.248	25,1	10.103.653	44,2	120,6
	Baja	6.474.404	35,5	11.306.119	49,5	74,6
	Poca	6.749.323	37,0	-	-	- 100,0
	Total	18.224.865	100	22.842.150	100	25,3
Subsidiado	Monopolio	340.464	1,7	167.776	0,6	- 50,7
	Alta	1.965.483	9,6	3.783.173	14,3	92,5
	Media	11.354.912	55,2	16.227.153	61,2	42,9
	Baja	5.489.255	26,7	5.973.386	22,6	8,8
	Poca	1.422.975	6,9	348.856	1,3	- 75,5
	Total	20.573.089	100	26.500.344	100	28,8

Nota: Se consideran los meses de diciembre 2009 y marzo de 2024. Los niveles de concentración se consideran según los siguientes rangos: $0 \leq IHH < 1.500$ Poca (Mercado competitivo), $1.500 \leq IHH < 2.500$ Baja (Mercado medianamente competitivo), $2.500 \leq IHH < 6.000$ (Mercado levemente competitivo), $6.000 \leq IHH < 10.000$ Alta (Mercado oligopólico o duopólico), $IHH = 10.000$ Alta – Valor máximo (Mercado monopolístico). Los valores en cuadros corresponden al último puntaje de cada serie.

Fuente: Base de Datos Única de Afiliados - BDUA - ADRES.
Cálculos: Innovación y Analítica de Datos – ADRES

La Tabla 4 presenta la categorización municipal vigente en Colombia, definida según el tamaño de la población y los ingresos corrientes de libre destinación, conforme a lo establecido por la Ley 617 de 2000. Esta clasificación permite analizar cómo varía la concentración del aseguramiento en salud según el tamaño y la capacidad fiscal de los municipios.

Tabla 4. Categorías municipales de acuerdo con la Ley 617 de 2000

Categoría	Habitantes	Ingresos Corrientes
Especial	Más de 500.001	Superiores a 400.001 SMMLV
Primera	Entre 100.001 y 500.000	Entre 100.001 y 400.000 SMMLV
Segunda	Entre 50.001 y 100.000	Entre 50.001 y 100.000 SMMLV
Tercera	Entre 30.001 y 50.000	Entre 30.001 y 50.000 SMMLV
Cuarta	Entre 20.001 y 30.000	Entre 20.001 y 30.000 SMMLV
Quinta	Entre 10.001 y 20.000	Entre 15.001 y 25.000 SMMLV
Sexta	Menor o igual a 10.000	Menor o igual a 15.000 SMMLV

Fuente: Elaboración propia con base en la Ley 617 de 2000, artículo 6.

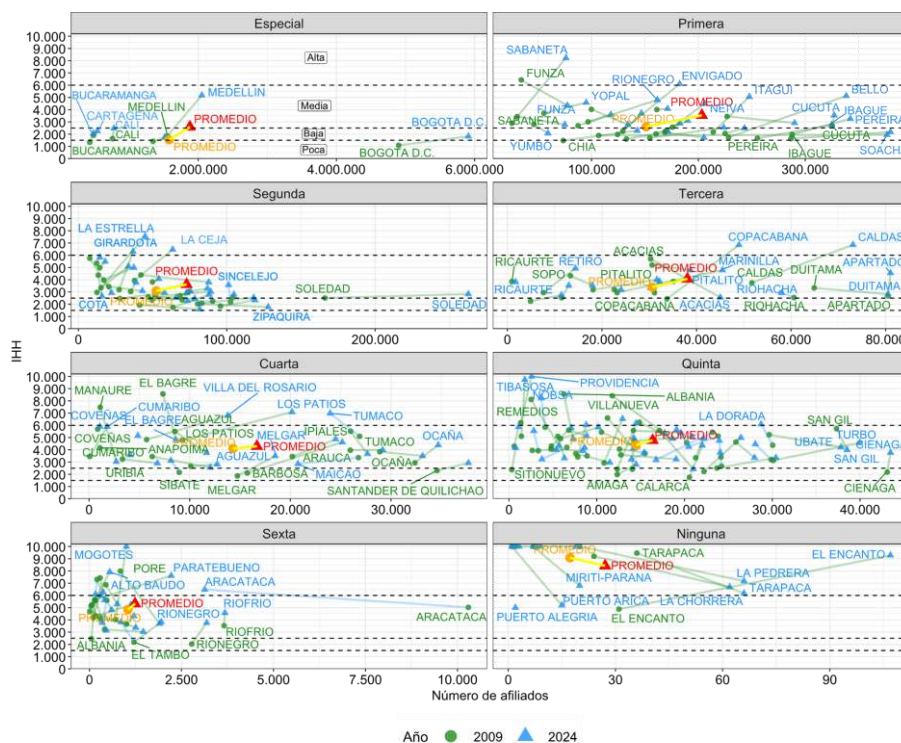
Nota: La Ley 617 de 2000 establece la clasificación de los municipios colombianos según su población y el promedio de ingresos corrientes de libre destinación en los últimos tres años fiscales.

Con base en esta clasificación, el Gráfico 12 muestra la evolución del IHH y el número de afiliados en el régimen contributivo entre 2009 y 2024, desagregado por categoría municipal. Esta desagregación evidencia cómo el comportamiento de la concentración varía según la escala poblacional y económica de los municipios.

Entre 2009 y 2024, se observa un aumento generalizado en la concentración del aseguramiento en salud en casi todas las categorías municipales. En municipios de categoría Especial, como Bogotá y Medellín, el IHH pasó de concentración media a alta. En municipios de primera y segunda categoría, el promedio también se desplazó hacia mayores niveles de concentración, con casos destacados como Soledad, La Ceja y Girardota. En las categorías tercera y cuarta, municipios como Caldas, Acacías y Tumaco también ascendieron hacia mercados más concentrados.

Incluso en las categorías más bajas (quinta, sexta y ninguna), donde anteriormente predominaban niveles bajos de concentración, se identifica un aumento significativo en los valores promedio del IHH para 2024, aunque persisten algunos municipios con niveles de competencia relativamente mayores lo que sugiere que el fenómeno de concentración no está limitado a grandes centros urbanos, sino que también afecta de manera creciente a municipios pequeños.

Gráfico 12. Variación de IHH y cantidad de afiliados por categoría municipal. Régimen contributivo. Colombia, 2009 - 2024



Nota: En el gráfico se toman los meses de diciembre 2009 y marzo 2024.

Fuente: Base de Datos Única de Afiliados - BDU - ADRES.
Cálculos: Innovación y Analítica de Datos - ADRES

En el régimen subsidiado entre 2009 y 2024 el promedio de concentración del aseguramiento aumentó en todas las categorías municipales. En los municipios de categoría especial, el nivel promedio del IHH se desplazó de una concentración baja a media, con ciudades como Bogotá D.C, Medellín, Santiago de Cali y Barranquilla consolidándose como mercados con alto grado de concentración por parte de una o pocas EPS.

En la primera categoría, el promedio pasó de baja a media concentración, en municipios como Pasto y Montería, alcanzando niveles medios o incluso altos. Las categorías segunda y tercera también evidencian una transición de baja a media concentración, destacándose municipios como Soledad, Caldas, Quibdó y Riohacha, que registran aumentos importantes en el índice.

Gráfico 13. Variación de IHH y cantidad de afiliados por categoría municipal - régimen subsidiado. Colombia, 2009 – 2024



Nota: En el gráfico se toman los meses de diciembre de 2009 y marzo de 2024.

Fuente: Base de Datos Única de Afiliados - BDU - ADRES.
Cálculos: Innovación y Analítica de Datos – ADRES

4. Conclusiones

El mercado del aseguramiento en salud en Colombia ha experimentado un proceso de concentración progresiva, reflejado en la reducción del número de EPS activas y el aumento sostenido del Índice de Herfindahl-Hirschman (IHH), especialmente en el régimen contributivo, el cual pasó de un nivel competitivo a una baja concentración, propia de un mercado medianamente competitivo, lo que en el marco del modelo de competencia regulada definido en la ley 100 de 1993 podría reflejarse en efectos sobre la posibilidad de elección de los ciudadanos y la consecuente calidad de la atención.

Por régimen, el contributivo muestra una evolución más acelerada hacia mercados concentrados, al pasar de un IHH de 1.049 en 2009 a 1.536 en 2024, lo que lo ubica en una baja concentración, propia de un mercado medianamente competitivo. Este incremento se ha acompañado de una reducción del número de EPS y un mayor peso de cuatro grandes aseguradoras.

En contraste, el régimen subsidiado mantiene niveles de concentración relativamente bajos, con un IHH que pasó de 500 en 2009 a 1.010 en 2024, manteniéndose dentro del rango de poca concentración o mercado competitivo. Sin embargo, se observa una tendencia ascendente, con menos aseguradores gestionando una proporción creciente de la población afiliada, lo que podría anticipar cambios estructurales similares a los del régimen contributivo.

Desde una perspectiva territorial, la concentración del mercado es más alta en departamentos con menor desarrollo y bajo volumen de afiliación como Guaviare, Vichada y Caquetá, mientras que regiones más robustas, como Bogotá D.C., Antioquia y Cundinamarca, presentan niveles de concentración baja o media, que corresponden a mercados medianamente o levemente competitivos, con estructuras más diversas de aseguramiento.

En zonas periféricas como la región Amazónica, el Chocó, el litoral Pacífico, el oriente de Boyacá y el sur de Bolívar se han consolidado estructuras altamente concentradas, en las que predominan monopolios o duopolios. Estos territorios, debido a sus condiciones demográficas, económicas y de conflicto, han dejado de representar una opción viable para muchos aseguradores del sistema.



Bibliografía

- Carmona, C., Supelano, D., & Osejo, I. (15 de Junio de 2015). *Tipologías Departamentales y Municipales: Una propuesta para comprender las entidades territoriales colombianas*. Departamento Nacional de Planeación, Bogotá. Obtenido de <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Desarrollo%20Territorial/Tip-FormatoPublicacion.pdf>
- Congreso de la República de Colombia. (12 de 1993). Ley 100 de 1993. *Ley 100 de 1993*. Bogotá DC, Cundinamarca, Colombia.
- Congreso de la República de Colombia. (2015). *Ley Estatutaria 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Art. 2. 16 de febrero de 2015*. Bogotá D.C: Colombia.
- Contaduría General de la Nación. (29 de 11 de 2023). Resolución No 410 de 2023. *Resolución No 410 de 2023*. Bogotá DC, Bogotá DC, Colombia: Contaduría General de la Nación.
- Kneysler, O., Kryvytska, O., Shupa, L., & Huzela, I. (2019). Assessment of the competitive environment of the health insurance market. *Problems and Perspectives in Management*, 17(2), 541–549. doi:[https://doi.org/http://dx.doi.org/10.21511/ppm.17\(2\).2019.42](https://doi.org/http://dx.doi.org/10.21511/ppm.17(2).2019.42)
- Londoño, J. L., & Frenk, J. (1 de 1997). Pluralismo estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. *Pluralismo estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina*. Washington DC, District of Columbia, Estados Unidos de América: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). *Diagnóstico de la Libre Escogencia de Entidad Promotora de Salud en el SGSSS*. Bogotá DC: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Sarmiento-Bejarano, H. (2021). *El mercado del aseguramiento en salud y la libre elección*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia. Obtenido de <https://bdigital.uexternado.edu.co/server/api/core/bitstreams/5e6db59a-1b60-466b-b190-86cfca29be2b/content>
- Scheffler, R., & Arnold, D. (2017). Insurer market power lowers prices in numerous concentrated provider markets. *Health Affairs*, 36(9), 1539–1546.

Anexos

Anexo 1: Participación porcentual de afiliados por EPS en Colombia

Nivel nacional.

Diciembre 2010 - 2023

EPS	Participación Afiliado por EPS													
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
NUEVA EPS	5,8	5,6	5,9	6,2	6,5	6,7	9,4	10,1	10,5	12,3	15,2	17,2	20,2	21,6
SANITAS	2,1	2,2	2,4	2,6	2,9	3,1	4,0	4,7	5,3	6,7	8,0	9,6	11,2	11,3
SURA	3,2	3,4	3,6	4,0	4,5	4,9	5,6	6,2	6,8	7,9	8,7	9,5	10,4	10,7
SALUD TOTAL	5,2	5,3	4,2	4,5	4,9	4,9	5,3	5,9	6,0	6,8	7,7	8,5	9,1	9,4
COOSALUD	3,0	3,0	3,3	3,8	3,7	4,0	4,4	4,5	4,6	5,2	5,8	6,3	6,8	6,6
FAMISANAR	3,2	3,3	3,5	3,5	3,7	3,9	4,1	4,4	4,6	5,0	5,5	5,6	6,0	5,9
MUTUALSER	2,1	2,3	2,5	2,6	2,7	2,8	3,1	3,5	3,6	4,3	4,5	4,9	5,2	5,2
COMPENSAR	1,7	1,9	2,0	2,2	2,4	2,6	2,8	3,2	3,2	3,6	3,9	4,1	4,2	4,2
EMSSANAR	3,2	3,2	3,3	4,0	3,8	3,7	4,3	4,4	4,2	4,1	4,0	4,0	3,8	3,6
SAVIA SALUD	-	-	-	-	-	3,8	3,8	3,9	3,7	3,6	3,5	3,3	3,4	3,3
ASMET SALUD	3,1	3,2	3,5	3,9	3,7	3,8	4,4	4,4	4,1	4,1	4,0	4,0	4,0	3,3
CAJACOPI	1,0	1,0	1,0	1,2	1,3	1,4	1,6	1,9	1,9	2,3	2,4	2,8	3,1	3,0
CAPITAL SALUD	-	-	1,5	2,4	2,4	2,4	2,6	2,6	2,5	2,4	2,4	2,4	2,4	2,3
MAGISTERIO	-	-	-	-	-	-	-	-	1,8	1,7	1,6	1,7	1,6	1,6
S.O.S.	1,9	1,9	2,0	2,0	2,0	2,1	2,1	2,1	2,0	1,8	1,8	1,6	1,5	1,5
AIC	0,7	0,8	0,9	1,0	1,0	1,0	1,0	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1
MALLAMAS	0,7	0,5	0,6	0,6	0,7	0,7	0,6	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,8	0,8
COMFENALCO VALLE	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,6	0,6	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,6	0,6
DUSAKAWI	0,5	0,6	0,6	0,6	0,6	0,5	0,5	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,6
ANASWAYUU	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5
FAMILIAR DE COLOMBIA	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,4	0,5
ALIANSA SALUD	0,8	0,8	0,8	0,7	0,5	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
COMFAORIENTE	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,5	0,5
CAPRESOCA	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
COMFACHOCÓ	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3
PIJAOS	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
INPEC	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,2	0,2
SALUD MÍA	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
ECOPETROL	-	-	-	-	-	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
FERROCARRILES	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
EPM	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
CAPRUIS	-	-	-	-	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
SALUD BOLÍVAR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0	0,0
COOMEVA	7,2	7,1	7,0	6,6	6,8	6,6	6,5	5,5	4,7	3,7	3,2	2,4	-	-
CAFESALUD	4,9	4,8	4,0	4,1	3,9	14,1	12,8	-	-	-	-	-	-	-
SALUDCOOP	9,2	9,5	9,5	9,4	9,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CAPRECOM	7,2	7,3	7,4	8,3	7,7	5,9	0,0	-	-	-	0,0	-	-	-
COMPARTA	3,5	3,5	3,6	3,8	3,7	3,7	4,2	4,0	3,8	3,3	3,2	-	-	-
MEDIMÁS	-	-	-	-	-	-	-	10,4	9,0	6,8	3,6	3,1	-	-
SALUDVIDA	2,2	2,1	2,4	3,1	3,2	3,4	3,0	2,9	2,6	2,4	0,0	-	-	-
AMBUQ	1,5	1,7	1,8	2,0	1,9	2,1	2,1	1,9	1,8	1,7	1,6	-	-	-
COMF. HUILA	1,1	1,1	1,2	1,3	1,1	1,2	1,2	1,3	1,3	1,2	1,2	1,1	-	-
COMFAMA	1,2	1,5	3,9	4,0	3,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CONVIDA	0,9	0,9	0,9	0,9	0,8	1,2	1,3	1,3	1,2	1,1	1,1	1,0	-	-

EPS	Participación Afiliado por EPS													
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
EMDISALUD	2,4	2,2	1,2	1,1	1,1	1,1	1,1	1,0	1,0	-	-	-	-	-
CRUZ BLANCA	1,4	1,4	1,4	1,3	1,3	1,3	1,2	1,1	0,9	-	-	-	-	-
ECOOPSOS	1,3	1,3	0,8	0,7	0,6	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	-
COMFACOR	0,8	0,9	1,1	1,3	1,3	1,3	1,4	1,3	1,2	-	0,0	-	-	-
SOLSALUD	3,6	3,1	3,1	0,0	0,0	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-
COMFENALCO ANTIOQUIA	1,7	1,9	0,9	0,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
COMF. CARTAGENA	0,5	0,5	0,5	0,6	0,6	0,5	0,5	0,4	0,4	0,3	-	-	-	-
COMFAGUAJIRA	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	-	-
COMF. NARIÑO	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	-	-	-
HUMANAVIVIR	1,5	1,5	1,3	0,0	0,0	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-
MANEXKA	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,0	-	-	0,0	-	-	-
SELVASALUD	1,0	1,0	0,8	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
COMFACUNDI	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,4	0,0	-	-	-
CÓNDOR	1,1	0,9	0,6	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CAFAM	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-
COLSUBSIDIO	0,7	0,6	0,2	0,2	0,2	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-
COMFABOY	0,2	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	-	-	-	-	-	-	-
COMFANORTE	0,5	0,5	0,2	0,1	0,1	0,0	-	-	-	-	0,0	-	-	-
COMFENALCO TOLIMA	0,4	0,4	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
GOLDEN GROUP	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0	-	-	-	-	-	-	-
CAFABA	0,3	0,3	0,0	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SALUD COLPATRIA	0,2	0,2	0,2	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
COMF. CAMACOL	0,2	0,0	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
RED SALUD	0,2	0,0	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
COMFENALCO SANTANDER	0,1	0,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CAJASAN	0,1	0,1	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
COMFACA	0,2	0,0	-	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MULTIMÉDICAS	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	-	-	-	-	-
SALUDCOLOMBIA	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	-	-	-	-	-
CALISALUD	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
COMFENALCO QUINDÍO	0,0	0,0	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CAJASALUD	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0	-	-	-

Nota: Se tomaron cortes de diciembre de cada año. A excepción del 2010 que solo contenía información disponible en marzo, y el 2024 disponía datos solo del primer trimestre. Se etiquetaron algunas EPS más notorias de acuerdo con el total de sus afiliados

Fuente: Base de Datos Única de Afiliados - BDU - ADRES.
Cálculos: Innovación y Analítica de Datos - ADRES