

**Un análisis del gasto público en
salud de los entes territoriales
colombianos**

Por: Antonio José Orozco-Gallo

Núm. 220
Mayo, 2015



Documentos de trabajo sobre
ECONOMÍA REGIONAL



BANCO DE LA REPÚBLICA

CENTRO DE ESTUDIOS ECONÓMICOS REGIONALES (CEER) - CARTAGENA

ISSN 1692 - 3715

La serie **Documentos de Trabajo Sobre Economía Regional** es una publicación del Banco de la República - Sucursal Cartagena. Los trabajos son de carácter provisional, las opiniones y posibles errores son de responsabilidad exclusiva de los autores y no comprometen al Banco de la República ni a su Junta Directiva.

Un análisis del gasto público en salud de los entes territoriales colombianos⁺

Antonio José Orozco-Gallo⁺⁺

⁺ El autor agradece los comentarios de Jaime Bonet, gerente del Banco de la República sucursal Cartagena, y de los investigadores del Centro de Estudios Económicos Regionales (CEER), Gerson Javier Pérez y Karelys Guzmán. Asimismo, la asesoría brindada por Alexander Lagos y Otoniel Cabrera del Ministerio de Salud y Protección Social, y de Andrés Pachón del Departamento Nacional de Planeación.

⁺⁺ Profesional de Estudios Económicos del Banco de la República, sucursal Barranquilla. Dirección postal: Carrera 46 No. 45-39, Barranquilla, Colombia. Dirección electrónica: aorozcga@banrep.gov.co.

Resumen

Este documento analiza el gasto público en salud de los entes territoriales colombianos entre 2007 y 2013. Para ello se utilizó la información de ejecuciones presupuestales de los departamentos y municipios. Los resultados indican que los municipios con menor densidad poblacional y mayor siniestralidad registraron el gasto per cápita más alto. Además, no se encontraron indicios de desigualdad en su distribución entre las regiones. El gasto tuvo como principal destino financiar la afiliación en el régimen subsidiado, donde la mayor cobertura, especialmente de la población más pobre, y la igualación de los planes de beneficios significaron un importante logro en materia de equidad. En cambio, se enfocó en menor medida en apoyar las acciones de promoción y prevención y la inversión en la red pública hospitalaria, con escasos resultados dentro de sus propósitos. Finalmente, los recursos del Fosyga y del SGP fueron esenciales en la financiación del gasto.

Palabras clave: gasto público, sistema de salud, cobertura, salud pública

Clasificación JEL: H51, H75, I10, I18

Abstract

This paper analyses the public expenditure on health from local and regional governments in Colombia between 2007 and 2013. For this purpose, we use data from budget executions of departments and municipalities. Our findings indicate that municipalities with the highest per capita expenditure are those with less population density and more accident rate. Moreover, there is no evidence of unequal distribution of the spending among the regions. The expenditure was mainly focused on health coverage of the poor and makes equal the benefit health plan for all citizens, which represents a major achievement in equity. In contrast, it had a small share on supporting promotion and prevention, and investment in public hospitals, with ineffective results. Finally, Fosyga and GSP resources were essential in financing the spending.

Keywords: public expenditure, health system, health care coverage, public health

JEL classification: H51, H75, I10, I18

Tabla de contenido

1. Introducción	1
2. Antecedentes de la descentralización de competencias y recursos en el sistema de salud colombiano	3
3. Una visión general del sistema de salud colombiano.	7
3.1. Competencias y actores.....	8
3.2. Estructura de financiamiento	10
4. Finanzas públicas territoriales de la salud.....	15
4.1. Evolución reciente.....	15
4.2. Diferencias territoriales en el gasto público en salud	22
5. Resultados al interior de cada subcuenta de gasto.....	25
5.1. Régimen subsidiado de salud: la equidad el principal logro	25
5.2. Prestación de servicios a la población pobre no asegurada: el descenso de los recursos de oferta.....	31
5.3. Salud pública colectiva: resultados insuficientes	34
5.4. Otros gastos en salud: más inversión escaso rendimiento.....	42
6. Reflexiones finales	46
Referencias bibliográficas	48
Anexos.....	52

1. Introducción

La financiación y el gasto son uno de los elementos más importantes de los sistemas de salud, el conocimiento de estos factores ayudaría a los formuladores de política a planificar mejor para el futuro (Kea et al., 2011). Añadamos a esto que las mejoras en la salud son fundamentales para el bienestar humano y esenciales para el desarrollo económico y social sostenible de un país (OMS, 2010). La composición del financiamiento de la salud en Colombia se asemeja actualmente a la de los países integrantes de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (Escobar et al., 2010). De hecho, el gasto público representó, en promedio entre 2003 y 2012, tres cuartas partes del gasto total en salud, por encima de los países miembros de la OCDE y de la región (América Latina y el Caribe).

El mayor alcance de los recursos públicos en el financiamiento de la salud se debe en gran parte a las reformas introducidas al sistema a principios de los noventa (Escobar et al., 2010). Estas fueron fortalecidas, años más tarde, mediante la descentralización de competencias y recursos que le otorgaron a los departamentos y municipios mayor participación en el sistema de salud. Así, se definieron funciones claras entre el Gobierno Nacional y los entes territoriales, suprimiendo los vacíos normativos de reformas anteriores, además, los recursos públicos pasaron a ser asignados mediante criterios que favorecen su gestión de manera eficiente.

Estas medidas han sumado importantes logros en materia de salud. La cobertura universal está próxima a ser alcanzada (Pinto y Muñoz, 2010; Fedesarrollo, 2012). Asimismo, el plan de beneficios al que tienen derecho las personas pobres sin capacidad de pago es equivalente al de los individuos con capacidad de pago (Orozco, 2014), lo que constituye un importante avance en términos de equidad. A pesar de esto, se evidencian inconvenientes como los desequilibrios a los que está

sometida la sostenibilidad financiera del sistema (Salazar, 2011; Melo y Ramos, 2010), la persistencia de inequidades en el estado de salud (Acosta, 2014), las deficiencias en la calidad de la atención y la escasa modernización de los hospitales públicos (Escobar et al., 2010).

Estos hechos generan interrogantes sobre la efectividad o el alcance del gasto público en salud articulado con las medidas implementadas en la descentralización de competencias y recursos. Todo esto cobra relevancia ante la expedición de la Ley Estatutaria de Salud, norma que puede plantear nuevas reformas al sistema. En este contexto, el objetivo del presente trabajo es analizar el gasto público en salud de los entes territoriales entre 2007 y 2013. Se busca responder, desde un enfoque descriptivo y regional, los siguientes interrogantes: ¿Qué destino ha tenido el gasto público en salud de los entes territoriales? ¿Cómo ha sido su evolución durante el periodo de análisis? ¿Ha variado la importancia relativa de las fuentes de financiación? ¿Cuál ha sido el alcance de los principales rubros de gasto según su propósito? Para ello, se utilizó la información de ejecuciones presupuestales de los departamentos y municipios, específicamente del gasto de inversión en salud.

El documento está organizado de la siguiente manera: en la segunda sección se describen los antecedentes que han motivado el proceso de descentralización en el sistema de salud. La tercera sección ofrece una visión general del sistema enfocada en los actores y sus competencias y la estructura de financiamiento. La cuarta sección analiza el gasto público en salud de los entes territoriales desde su evolución hasta las diferencias en su asignación. La quinta sección evalúa el alcance de los principales rubros de gasto. Por último, se presentan las reflexiones finales del trabajo.

2. Antecedentes de la descentralización de competencias y recursos en el sistema de salud colombiano

La transferencia de poder, competencias y recursos en materia de funciones públicas desde el gobierno central hacia los niveles subnacionales de gobierno podría incentivar los beneficios sociales, especialmente en áreas de alto impacto como la salud (Kang et al., 2012; Costa-Font y Moscone, 2008; World Bank, 2003). Estas transferencias de facultades dan lugar a lo que se conoce como un proceso de descentralización (Bonet et al., 2014; Guerrero et al., 2014).

En Colombia, los primeros avances normativos en términos de descentralización se establecieron en la constitución de 1886 (Espitia, 2004; Martinez, 1991). Sin embargo, fue hasta finales de los años 60 y mediados de los 70 del siglo XX, que el país inició importantes reformas, las cuales le concedieron a los departamentos y municipios mayor independencia en el ámbito fiscal (Franco y Cristancho, 2011). Así, dichos entes fortalecieron la generación de ingresos tributarios propios y participaron de un porcentaje del recaudo del impuesto a las ventas del Gobierno Nacional (Ley 33 de 1968)¹. Luego, los departamentos afianzaron sus finanzas por medio del reciente situado fiscal (Ley 46 de 1971)² (Franco y Cristancho, 2011; Espitia, 2004). Una parte de estos recursos se destinó a financiar la salud pública (26% del situado fiscal) y las cajas seccionales de previsión social (26,4% de la participación en el impuesto a las ventas), como indica el Anexo 1.

¹ Este porcentaje se estableció de la siguiente forma: un 10% en 1969, un 20% en 1970 y, un 30% desde 1971 en adelante (Art. 2, Ley 33 de 1968). Posteriormente, la Ley 12 de 1986 (Art. 1) cambió esta participación, como sigue: 30,5% a partir del 1ro de julio de 1986, 32% en 1987, 34,5% en 1988, 37,5% en 1989, 41% en 1990, 45% en 1991 y, en adelante el 50%.

² El situado fiscal se basó en un porcentaje de los ingresos ordinarios de la Nación (ION), definido de la siguiente manera: 13% en 1973, 14% en 1974 y 15% en 1975; para los años siguientes, el porcentaje podía crecer sin sobrepasar el 25% de los ION (Art. 1, Ley 46 de 1971). Los ION están definidos como la diferencia entre los ingresos corrientes de la nación (ICN) y las rentas con destinación específica.

Es importante mencionar que estos recursos constituían la principal fuente de financiación, de origen público, del Sistema Nacional de Salud (anterior sistema de salud colombiano, organizado por el Decreto-ley 056 de 1975), como ilustra el Anexo 2. En este coexistían tres subsistemas: el de seguridad social, el público u oficial, y el privado. Cada uno se financiaba de forma diferente. A pesar de que este sistema surgió como un conjunto de organismos cuyo objetivo era procurar la salud de la comunidad, funcionaba de manera desarticulada con duplicación de competencias, presentaba baja cobertura, ineficiencia en la gestión de los recursos, altos niveles de desigualdad y escasa solidaridad³ (Santamaría et al., 2011; Barón, 2007; Morales, 1997).

Los años 80 marcaron el inicio de la descentralización política en el país. Esto es, la elección popular de alcaldes en 1986 (Ley 78) y cinco años después la de gobernadores (nueva Constitución) (Bonet et al., 2014; Guerrero et al., 2014; Arroyave, 2009). A estos ajustes se sumó la ley 10 de 1990, que estableció la forma de llevar a cabo el proceso de descentralización en el sector salud. Para ello, demarcó las competencias y recursos entre los distintos niveles de administración del orden nacional y territorial⁴. En la práctica, la falta de recursos limitó el desarrollo de su aplicación y los alcances esperados. (Guerrero et al., 2014; Barón, 2007; Morales, 1997).

Posteriormente, se aprobó la Constitución Política de 1991, la cual consagró los principios de descentralización y autonomía territorial. En consecuencia, los gobiernos subnacionales asumieron nuevas responsabilidades, así como los

³ En el año 1990 solo el 31% de la población colombiana tenía acceso a la seguridad social. Por otra parte, el 12% de las hospitalizaciones y el 20% de las cirugías adelantadas que debían dirigirse a la población pobre, fueron recibidas por el 20% más rico (Santamaría, 2011, p. 32, 34).

⁴ Se destaca, la responsabilidad de los entes territoriales en la prestación de servicios de salud y su certificación (municipios) para la transferencia de recursos. Asimismo, el valor del situado fiscal para 1991, fijado en un 4% de los ingresos corrientes de la Nación (ICN). Para los años siguientes, el porcentaje podía crecer sin sobrepasar el 25% de los ION (Art. 6 y 32, Ley 10 de 1990).

recursos necesarios para el desarrollo de estas (Artículos 356 y 357). Del mismo modo, la nueva Constitución cambió la concepción de los servicios de la salud, al considerarlos como un derecho irrenunciable de todos los habitantes⁵ (Bonet et al., 2014; Guerrero et al., 2014). Con el fin de reglamentar el precepto constitucional, se promulgó la Ley 60 de 1993. Dicha norma consolidó la descentralización administrativa en el sector salud, mediante la ampliación de las competencias y los recursos de las entidades territoriales. En particular, definió las responsabilidades en la prestación de servicios entre departamentos y municipios y aumentó las transferencias de la Nación a estos entes, representadas en el situado fiscal (20%) y en la participación de los municipios en los ICN (25%)⁶, como muestra el Anexo 1 (Guzmán, 2012; Ministerio de Salud y Protección Social, 2012; Reina y Yanovich, 1998).

Cuatro meses y doce días después de expedida la Ley 60, el Congreso decretó la Ley 100 de 1993, que reformó el diseño institucional del sistema de salud (Guerrero et al., 2014). En línea con Escobar et al. (2010), la reforma creó un seguro de salud universal obligatorio para mejorar la equidad y el beneficio social del gasto público en salud. Asimismo, cambió significativamente el rol que habrían de desempeñar las entidades territoriales (Guerrero et al., 2014). Además, propició la creación de nuevas fuentes de financiación y redefinió la asignación sectorial de los recursos fiscales y parafiscales ya existentes (Barón, 2007).

La cercanía temporal en la expedición de la Ley 60 y la Ley 100 contribuyó en su diferencia de enfoque. Por tal motivo, durante la transición hacia el nuevo sistema de salud se evidenciaron vacíos normativos y ambigüedades (Guerrero et al., 2014;

⁵ Sumado a esto, en su artículo 49 ordenó que los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

⁶ El situado fiscal se definió como un porcentaje creciente de los ICN, así: 23% en 1994, 23,5% en 1995 y 24,5% en 1996. Por su parte, la participación de los municipios en los ICN se fijó en un 15% en 1994 hasta alcanzar el 22% en 2001 (Art. 10 y 24 Ley 60 de 1993).

Barón 2007). En palabras de Santamaría et al. (2001), los inconvenientes radicaban en: i) la duplicidad de competencias entre entidades territoriales, ii) la inequidad e ineficiencia en la asignación y distribución de recursos, iii) la ineficiencia en la gestión de la oferta pública hospitalaria y, iv) las deficiencias en la gestión descentralizada en salud pública. Sumado a esto, la crisis económica a finales de los noventa limitó el recaudo tributario y por lo tanto los ICN. Este hecho significó una desmejora en el situado fiscal y las participaciones municipales, lo cual condujo a una situación de desequilibrio fiscal en cuanto a los recursos para inversión social, especialmente en salud (Bonet et al., 2014).

Bajo este contexto, la Constitución de 1991 sumó su undécima reforma mediante Acto Legislativo 01 de 2001, el cual modificó los artículos 347, 356 y 357, en aras de garantizar la estabilidad de los recursos destinados a financiar la inversión social. Este Acto se formalizó con la Ley 715 de 2001, que reforzó la descentralización administrativa dispuesta con la Ley 60. Para ello creó el Sistema General de Participaciones (SGP), que simplificó la asignación de las transferencias, al fusionar el situado fiscal con la participación de los municipios en los ingresos de la Nación y; redujo la volatilidad de los recursos, al asociar su crecimiento con la inflación causada más un porcentaje fijo⁷ (Anexo 1). Asimismo, delimitó las competencias de la Nación y los entes territoriales, especialmente en salud pública, donde los municipios adquirieron un papel más protagónico (Guerrero et al., 2014; Arroyave, 2009; Barón, 2007).

El SGP propone cambios positivos en las finanzas del sector salud en comparación con el anterior sistema de transferencias. Primero, porque simplifica el flujo de

⁷ El Acto Legislativo 01 de 2001 (Art. 3) estableció la base inicial del SGP en \$10,9 billones en 2001, creciente en una proporción igual al de la inflación causada más un porcentaje fijo. Este último será de un 2% entre 2002 y 2005 y 2,5% entre 2006 y 2008. El Acto Legislativo 04 de 2007 (Art. 4) definió esta magnitud en: 4% entre 2008 y 2009, 3,5% en 2010 y 3% entre 2011 y 2016.

recursos, los cuales se asignan directamente al ente responsable de ejecutarlos en función de sus competencias. Segundo, porque promueve su distribución, con mayor equidad, entre las regiones. Por último, porque favorece la gestión eficiente de los recursos, al condicionar su transferencia al logro y avance en las metas sectoriales (ampliación de coberturas, metas en salud pública, eficiencia de la red pública hospitalaria, entre otros) (Barón, 2007; Departamento Nacional de Planeación, 2002; Santamaría et al., 2001).

No obstante lo anterior, y contrario a lo ocurrido con los anteriores esquemas de transferencias, el SGP aduce una desmejora en cuanto a los recursos transferidos. Por ejemplo, durante 1986 y 1993 (régimen de transferencias previo al de la Ley 60/93) los giros, como proporción del PIB, aumentaron de 2% a 3%; entre 1994 y 2001 (régimen de la Ley 60/93) crecieron de 3,5% a 5,4%; mientras que entre 2002 y 2012 (régimen del SGP) pasaron de 4,8% a 3,8%. De igual forma, las transferencias para la salud se vieron afectadas, pues estas disminuyeron en 0,25 puntos porcentuales bajo el SGP, cuando habían crecido en un punto porcentual bajo la Ley 60 (Bonet et al., 2014; Departamento Nacional de Planeación, 2002).

3. Una visión general del sistema de salud colombiano.

El actual sistema de salud colombiano, creado por la Ley 100 de 1993 bajo el nombre de Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), tiene por objeto regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso en todos los niveles de atención para todos los ciudadanos. Con ese fin, define un conjunto de servicios, Plan Obligatorio de Salud (POS), que está garantizado a la población, la cual se encuentra asegurada bajo el régimen contributivo (personas con

capacidad de pago) y el régimen subsidiado (personas pobres y vulnerables sin capacidad de pago)⁸.

3.1. Competencias y actores

En el sistema de salud colombiano se consideran, desde el marco legislativo actual⁹, seis competencias. Estas son: rectoría, modulación, financiamiento, aseguramiento, salud pública y prestación de servicios, como se indica en el Cuadro 1. La rectoría, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, integra la dirección, orientación y conducción del sistema, mediante el diseño de un marco normativo que promueva y garantice el acceso de la población a una provisión equitativa de servicios de salud. La modulación, que incluye la dirección del sistema por parte de los departamentos y municipios en el territorio de su jurisdicción, incorpora, por un lado, la inspección, vigilancia y control del sector, llevada a cabo de manera conjunta por la Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud) y las entidades territoriales. Por otro lado, contiene la regulación del sistema, en cuanto a la habilitación de aseguradores y prestadores¹⁰. Asimismo, contempla la aprobación, desde el nivel nacional, de los planes bienales de inversiones públicas de los entes territoriales, cuyo componente municipal es avalado por los departamentos para el territorio de su jurisdicción.

El Gobierno Nacional tiene el control del proceso de recaudación de recursos desde sus distintas fuentes; y los entes territoriales, de forma marginal, recaudan algunas rentas destinadas a la salud. Estos dineros son movilizados al Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), donde se mancomunan y, de acuerdo con

⁸ El POS es el conjunto básico de servicios de atención en salud contenido en un listado de medicamentos, servicios y procedimientos.

⁹ En referencia a la Ley 715 de 2001, Ley 1122 de 2007 y la Ley 1438 de 2011.

¹⁰ Los departamentos y distritos carecen de autonomía en la acreditación de prestadores, ya que los lineamientos o requisitos son definidos a nivel nacional (Decreto 2309 de 2002, Capítulo I).

criterios de compensación y distribución preestablecidos, se asignan para financiar el aseguramiento de la población mediante la Unidad de pago por capitación (UPC), y las acciones de salud pública, con recursos de la Nación y territoriales de destinación específica.

El aseguramiento está dirigido principalmente a la salud individual. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) son las encargadas del aseguramiento de los individuos en el régimen contributivo y subsidiado. Para ello administran el proceso de afiliación de los ciudadanos al sistema, asumen la gestión del riesgo financiero y garantizan el acceso efectivo de los afiliados a los servicios de salud a que tienen derecho. Los municipios deben identificar y seleccionar a los beneficiarios del régimen subsidiado y promover la afiliación de las personas con capacidad de pago al régimen contributivo.

La salud pública incorpora las acciones orientadas a la promoción y cuidado de la salud de la población, por lo tanto, es una responsabilidad conjunta de las EPS y los entes territoriales, principalmente los municipios. Lo anterior porque las EPS son responsables de los servicios médicos individuales, incluyendo los preventivos, de sus afiliados (POS); mientras que las entidades territoriales están encargadas de emprender las acciones de salud pública colectiva dirigidas a la población de su territorio (Plan de Intervenciones Colectivas).

Por último, la provisión de servicios de salud es una atribución de las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), definidas como hospitales y prestadores autorizados para funcionar como tales. Estos operan en un mercado de competencia regulada por el Estado. Son contratados por las EPS para la prestación de servicios incluidos en el POS, por compradores de servicios particulares y, por las entidades territoriales en el desarrollo del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) y la provisión de servicios a la población pobre no asegurada.

A pesar del avance que significó la descentralización administrativa en el sector salud, por medio de la Ley 60/93 y la Ley 715/01, en la realidad los departamentos, distritos y municipios asumen múltiples competencias y se enfrentan a reglas de juego no muy claras o vacíos normativos. Específicamente, la función rectora carece de una mayor presencia en el ámbito local; en la modulación existe duplicidad de competencias dentro de la inspección, vigilancia y control; la financiación registra dificultades en la asignación de recursos por problemas operativos (fragilidad de los sistemas de información, entre otros) y problemas jurídicos (prestaciones no incluidas en el POS); además, las acciones de salud pública se encuentran limitadas por problemas de capacidad y coordinación por parte de los actores (Guerrero et al., 2014).

3.2. Estructura de financiamiento

El modelo de financiamiento del sistema de salud colombiano es reconocido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como uno de los más solidarios del mundo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012). Este se financia básicamente con rentas fiscales y parafiscales, como muestra la Figura 1. Los ingresos fiscales provienen del SGP, del Presupuesto General de la Nación (PGN), de las rentas cedidas, de los recursos territoriales y de las regalías. Las rentas parafiscales, que son administradas por las subcuentas del Fosyga, proceden en su mayoría de las cotizaciones que realizan los individuos con capacidad de pago (Melo y Ramos, 2010)¹¹.

¹¹ Las cotizaciones equivalen al 12,5% del ingreso, donde un 4% lo paga el trabajador y el resto el empleador. A partir de 2014, el impuesto sobre la renta para la equidad (CREE), establecido por la Ley 1607 de 2012, reemplaza la contribución del empleador (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013a).

Cuadro 1
Competencias y actores en el sistema de salud colombiano

Competencias	Descripción	Actores		
		Gobierno Nacional	Entes territoriales	Aseguradoras y prestadores
Rectoría	Definir principios, competencias de los actores y reglas de juego del sistema de salud	MSPS		
	Brindar asesoría y asistencia técnica sobre la regulación del sistema	MSPS	Departamentos	
Modulación	Dirección del sistema en el ámbito de su territorio		Departamentos y municipios	
	Inspección, vigilancia y control en el recaudo y uso de los recursos del sistema	SNS	Departamentos	
	Inspección, vigilancia y control en la prestación de los servicios de atención	SNS	Departamentos	
	Inspección, vigilancia y control en el aseguramiento de la población	SNS	Departamentos	
	Planes bienales de inversiones públicas para la prestación de los servicios de salud	MSPS	Departamentos	
	Habilitar EPS	SNS		
	Habilitar IPS		Departamentos y distritos	
Financiación	Recaudar recursos fiscales y parafiscales	MSPS		
	Recaudar algunos recursos fiscales		Departamentos y municipios	
	Financiar y cofinanciar inversiones en el sector salud	MSPS	Departamentos y municipios	
	Mancomunación, compensación y distribución de recursos	Fosyga		
Aseguramiento	Afiliación al régimen subsidiado de la población pobre y vulnerable		Departamentos y municipios	
	Identificación y selección de beneficiarios del régimen subsidiado		Municipios	
	Promoción del régimen contributivo		Municipios	
	Aseguramiento para los regímenes contributivo y subsidiado			EPS
Salud pública	Garantizar el suministro de insumos para las acciones de salud pública	MSPS		
	Coordinar los planes municipales de salud		Departamentos	
	Promoción y cuidado de la salud		Departamentos y municipios	EPS / IPS
	Inspección, vigilancia y control de medicamentos y alimentos	Invima	Departamentos y municipios	
	Inspección, vigilancia y control de factores de riesgo ambiental		Departamentos y municipios	
	Plan de intervenciones colectivas		Departamentos y municipios	
	Atención primaria en salud		Departamentos y municipios	
	Control de normas sanitarias		Municipios	
Prestación de servicios	Provisión de servicios de salud incluidos en los planes de beneficios o adquiridos por particulares, y aquellos dentro de las funciones de salud pública de los entes territoriales			IPS
	Gestionar la provisión de servicios para la población pobre y vulnerable no asegurada		Departamentos y municipios	
	Administrar la red de IPS públicas		Departamentos	
	Provisión de servicios especializados por medio de instituciones adscritas	MSPS		

Nota: Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS); Superintendencia Nacional de Salud (SNS); Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga); Entidad Promotora de Salud (EPS); Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS); Instituto Nacional para la Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima).

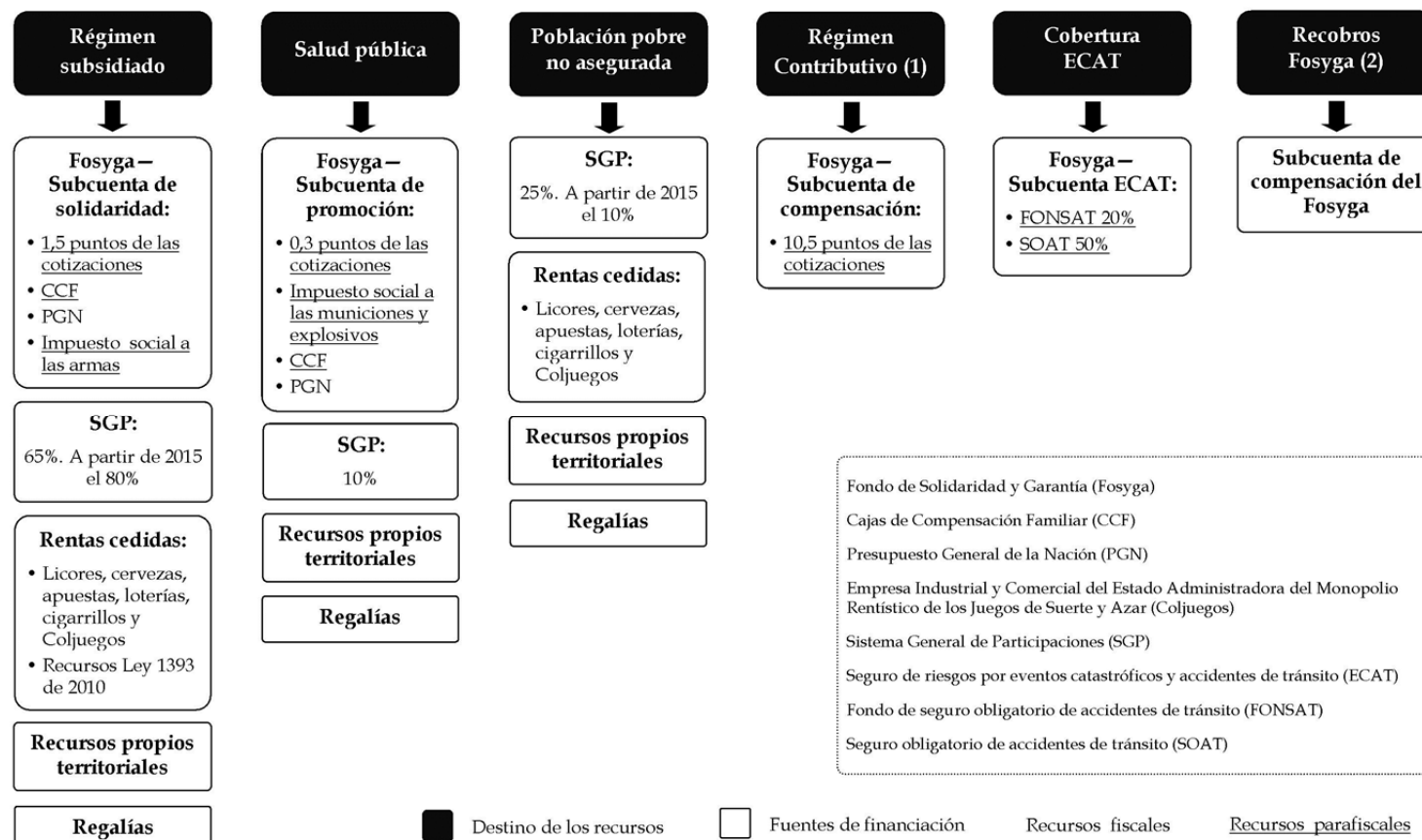
Fuente: elaboración propia con base en Ley 715 de 2001, Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011, Guerrero et al. (2014), Ministerio de Salud y Protección Social (2012) y García (2005).

Los aportes del Fosyga y del SGP constituyen el mecanismo esencial de financiamiento de los recursos del sector salud. Precisamente, ambas fuentes financiaron, en promedio entre 2010 y 2013, el 90,0% del gasto público en salud, el cual ascendió de 4,4% del PIB en 2010 a 4,6% del PIB en 2013 (Cuadro 2). Dicho incremento está asociado a la tendencia creciente que han mantenido las cotizaciones, a los nuevos recursos generados por la Ley 1393 de 2010 y a los aportes de la Nación a la subcuenta de solidaridad, para financiar la igualación del POS del régimen subsidiado con el del contributivo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013a).

El régimen contributivo es el que más recursos demanda del sector (44,7% en promedio entre 2010 y 2013), seguido del subsidiado, con 33,1%. La participación del subsidiado aumentó en diez puntos porcentuales entre 2010 y 2013, a raíz de los recursos destinados para mantener la cobertura alcanzada de 22,6 millones de personas, que a partir del 1 de julio de 2012 empezaron a recibir el mismo POS del régimen contributivo. Por otro lado, los recursos para financiar la prestación de servicios para la población pobre no asegurada fueron los únicos en registrar descenso, lo cual es consistente con la tendencia de ampliación y cobertura total del aseguramiento (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013a).

Es importante señalar que la estructura de financiamiento del sistema puede verse modificada de manera sustancial por la Ley Estatutaria de Salud, puesto que se centralizaría en un único ente el recaudo de los recursos y el pago de los servicios de salud. Como afirma Fedesarrollo (2013), este hecho contrasta con los beneficios que implica realizar los pagos en un esquema descentralizado, además, significaría un retroceso dados los avances alcanzados en materia de descentralización, al tiempo que agravaría los problemas que hoy en día presenta el Fosyga, entidad centralizada, en cuanto al pago de obligaciones causada por fuera del POS.

Figura 1
Estructura de financiamiento del sistema de salud, 2013



Nota: Las subcuentas del Fosyga incluyen rendimientos financieros, excedentes financieros y otros ingresos, además, pueden incorporar recursos provenientes de los excedentes financieros de la subcuenta ECAT.

(1) También utiliza recursos de la subcuenta de promoción para financiar acciones a cargo de las EPS y Plan Ampliado de Inmunizaciones.

(2) Comprende recobros por servicios y medicamentos no incluidos en el plan de beneficios y fallos de tutela.

Fuente: elaboración propia con base en Ministerio de Salud y Protección Social (2013a).

Cuadro 2
Fuentes y destinos de los recursos del sistema de salud
(promedio anual, 2010-2013)

Fuente / Destino	Porcentaje del PIB							
	Régimen subsidiado	Salud pública	Población pobre no asegurada	Régimen contributivo (1)	Recobros (2)	Cobertura ECAT	Otros (3)	Total fuentes
Fosyga	0,53	0,08	0,04	1,93	0,37	0,03	0,02	3,00
Subcuenta de compensación				1,86	0,33		0,00	2,20
Subcuenta de solidaridad	0,48							0,48
Subcuenta de promoción		0,04		0,07				0,11
Subcuenta ECAT	0,05	0,04	0,04	0,00	0,04	0,03	0,01	0,20
Subcuenta de garantías para la salud							0,00	0,00
SGP	0,62	0,09	0,20					0,92
Rentas cedidas	0,25		0,06				0,03	0,34
Recursos propios territoriales	0,01	0,00	0,00					0,02
Regalías	0,02	0,01	0,01				0,00	0,05
Total destino	1,44	0,19	0,31	1,93	0,37	0,03	0,05	4,32

(1) También utiliza recursos de la subcuenta de promoción para financiar acciones a cargo de las EPS y Plan Ampliado de Inmunizaciones.

(2) Comprende recobros por servicios y medicamentos no incluidos en el plan de beneficios y fallos de tutela.

(3) Incluye los recursos de distintas fuentes destinados al Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación (Colciencias) para proyectos de investigación; a los entes territoriales para funcionamiento, estructura e interventoría; a otros proyectos en salud y; para el fortalecimiento y apoyo de entidades del sector salud.

Fuente: cálculos propios con base en Ministerio de Salud y Protección Social (2013a) y el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE).

4. Finanzas públicas territoriales de la salud

Los entes territoriales administran los recursos de la salud por medio de los fondos de salud departamentales, distritales o municipales, según el caso. Estos fondos funcionan como una cuenta presupuestal con manejo contable independiente y exclusivo que permite identificar de forma precisa el origen y el destino de los recursos de cada fuente de financiación. Los fondos están conformados por las siguientes subcuentas: i) régimen subsidiado de salud, ii) prestación de servicios de salud en lo no cubierto con subsidios a la demanda¹², iii) salud pública colectiva y, iv) otros gastos en salud (Figura 2). Los recursos al interior de cada subcuenta son canalizados por medio de cuentas maestras, con excepción de otros gastos en salud, constituidas con entidades financieras.

4.1. Evolución reciente

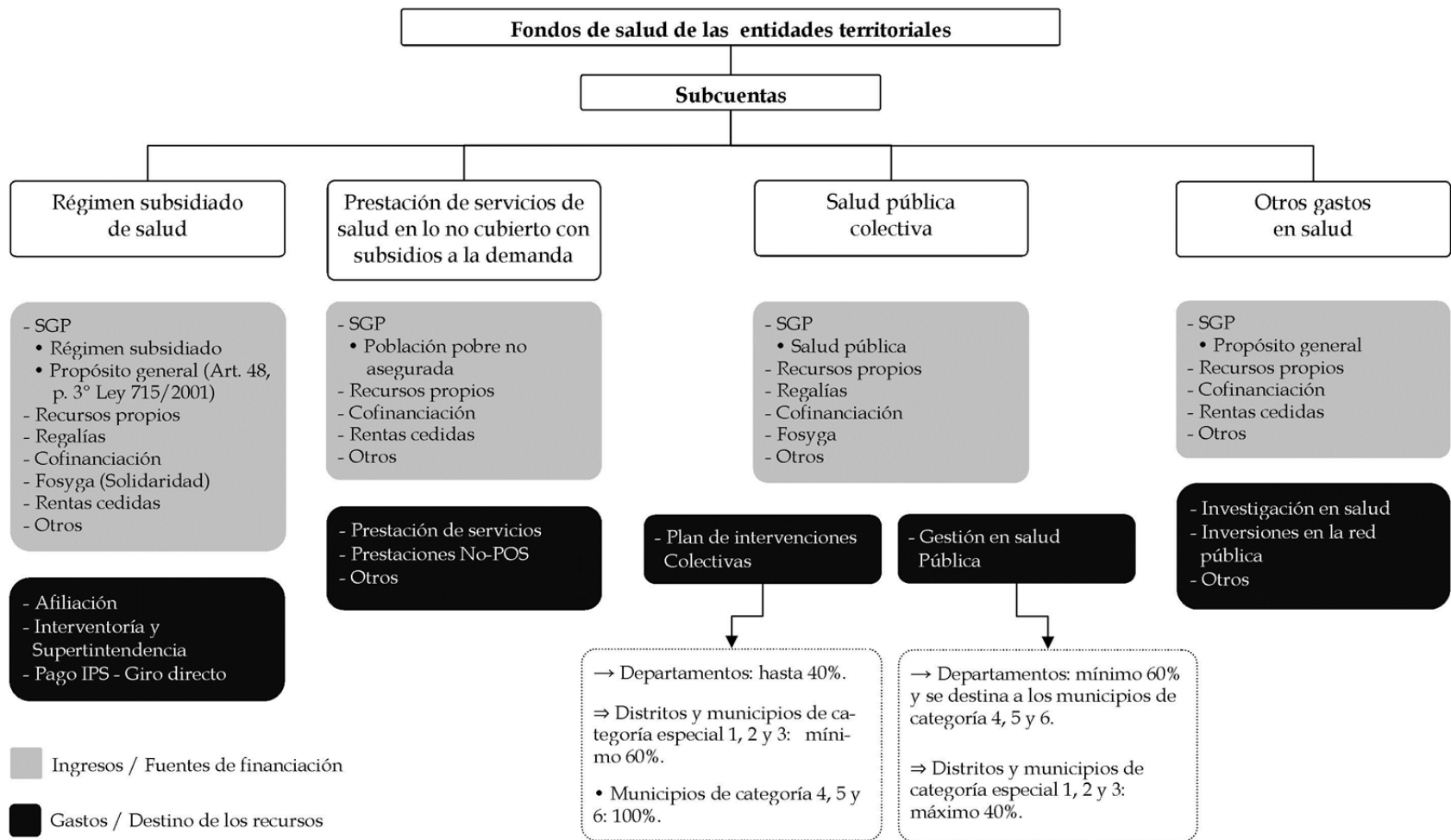
En promedio entre 2007 y 2013, los municipios absorbieron el 75,0% de los recursos territoriales de la salud. Esto se debe a que recibieron el 95,2% de los dineros del régimen subsidiado, cuyo peso dentro del gasto en salud de los entes territoriales fue de 62,2% (Cuadro 3)¹³. De este gasto, un 20,0% tuvo como destino la prestación de servicios a la población pobre no asegurada, del cual los departamentos concentraron el 69,0%. Por otro lado, las rentas provenientes del SGP y Fosyga financiaron dos tercios del gasto territorial en salud, siendo estas dos fuentes las que proporcionaron el 78,1% de los fondos municipales, mientras el 81,1% de los departamentales se apoyaron en los dineros provenientes del SGP, los recursos propios, las regalías y las rentas cedidas (Cuadro 3)¹⁴.

¹² En adelante, prestación de servicios a la población pobre no asegurada para simplificar.

¹³ En adelante, ente territorial hace alusión a los departamentos y municipios.

¹⁴ En el Anexo 3 se muestra cómo se agruparon las fuentes de financiación.

Figura 2
Estructura de financiamiento de los fondos de salud de las entidades territoriales



Fuente: elaboración propia con base en Ley 715 de 2001, Ley 1122 de 2007, Resolución 3042 de 2007 y Resolución 4204 de 2008.

Cuadro 3
Fuentes y destinos de los recursos territoriales del sistema de salud (1)
(promedio anual, 2007-2013)

a) Departamentos

Fuente / Destino	Régimen subsidiado	Salud pública	Población pobre no asegurada	Porcentaje del PIB	
				Otros gastos	Total fuentes
SGP	0,01	0,04	0,16	0,00	0,21
Recursos propios	0,01	0,01	0,05	0,03	0,10
Otros	0,01	0,01	0,03	0,02	0,06
Regalías	0,01	0,01	0,02	0,02	0,08
Cofinanciación	0,00	0,00	0,02	0,01	0,04
Fosyga	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Rentas cedidas	0,03	0,00	0,02	0,01	0,06
Total destino	0,06	0,08	0,30	0,10	0,54

b) Municipios

Fuente / Destino	Régimen subsidiado	Salud pública	Población pobre no asegurada	Porcentaje del PIB	
				Otros gastos	Total fuentes
SGP	0,62	0,06	0,07	0,01	0,76
Recursos propios	0,04	0,04	0,03	0,04	0,14
Otros	0,03	0,00	0,03	0,01	0,07
Regalías	0,02	0,01	0,00	0,00	0,04
Cofinanciación	0,07	0,00	0,00	0,00	0,07
Fosyga	0,48	0,00	0,01	0,00	0,49
Rentas cedidas	0,02	0,00	0,01	0,00	0,03
Total destino	1,27	0,12	0,14	0,07	1,60

Nota: los datos provienen de las ejecuciones presupuestales departamentales y municipales. Se tomó el valor de los compromisos (ejecutado + obligaciones). Se prescindió de la información de 50 entes (1 departamento y 49 municipios) durante el periodo 2007-2013 por presentar valores extremos altos. Se excluyeron las transferencias entre departamentos y municipios dentro del gasto en salud, para evitar una doble contabilidad. (1) El Cuadro 2 y el Cuadro 3 no son comparables porque el primero incluye cuentas que el segundo no (régimen contributivo, recobros y cobertura ECAT), el periodo de análisis no es el mismo, y el manejo contable de las fuentes y destinos es diferente desde los fondos de salud territoriales.

Fuente: cálculos del autor con base en información del Departamento Nacional de Planeación (DNP) y DANE.

El gasto de inversión que los departamentos realizaron en el sector salud disminuyó, en términos reales, en un 2,0% anual en promedio durante 2007-2013 (Gráfico 1). Lo anterior porque su principal fuente de erogaciones, es decir, un

poco más de la mitad del gasto, se destinó a la prestación de servicios a la población pobre no asegurada (Gráfico 1a). Rubro que disminuyó sus recursos a causa de los avances logrados en la cobertura del aseguramiento (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013a).

La subcuenta de prestación de servicios a la población pobre no asegurada financia, desde 2007, la prestación de servicios no incluidos en el POS del régimen subsidiado (Guzmán, 2012). Este componente incidió de manera importante para que el gasto departamental aumentara en 2010 y 2011 (Gráfico 1). En particular, aportó 9,5 puntos porcentuales del crecimiento real de 25,3% en el gasto. Es importante mencionar que las prestaciones no incluidas en el POS, especialmente las del contributivo, en conjunto con los problemas en la prestación de servicios, entre otras razones, pusieron en riesgo la viabilidad financiera del sistema, lo que motivó la declaración del estado de emergencia social a finales de 2009 por parte del Gobierno (Salazar, 2011; Melo y Ramos, 2010). En respuesta a ello, en 2011 se introdujeron controles para limitar el gasto por prestaciones No POS, como la Ley 1438 (art. 26 y 27) para el régimen contributivo y la Ley 1450 (art. 154) para el subsidiado (Azuero, 2012).

Si bien el estado de emergencia social sustentó la implementación de nuevos impuestos que por sus características engrosaron los recursos de rentas cedidas de los departamentos¹⁵ (Gráfico 1b), la Corte Constitucional declaró inexecutable dicho estado, aunque permitió que el nuevo recaudo continuara hasta diciembre de 2010. En tal sentido, fue necesario asegurar de manera permanente los nuevos tributos que solventaban parcialmente los problemas financieros del sector. Para ello, el

¹⁵ En alusión al incremento de las tarifas del impuesto al consumo de productos y servicios como la cerveza, los productos derivados del tabaco, los juegos de suerte y azar y algunos vinos y licores, mediante la Ley 127 de enero 21 de 2010.

Congreso, en julio de 2010, expidió la Ley 1393, la cual definió rentas de destinación específica, con el propósito de garantizar los proyectos de universalización del aseguramiento y unificación de los planes de beneficios, entre otros (Salazar, 2011; Melo y Ramos, 2010).

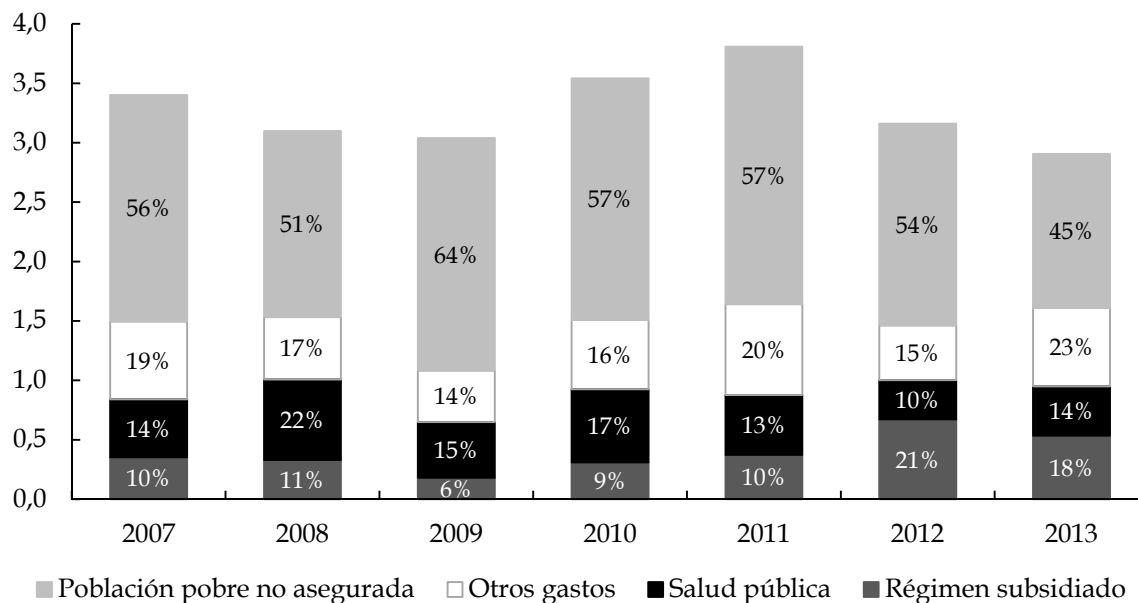
A diferencia del orden departamental, el gasto de inversión que los municipios realizaron en el sector salud registró un crecimiento promedio real anual de 12,0% entre 2007 y 2013 (Gráfico 2). Este resultado es producto de los mayores recursos destinados a financiar el régimen subsidiado, el cual absorbió en promedio un 80% del gasto municipal (Gráfico 2a), con el fin de mejorar la cobertura dentro del propósito de aseguramiento universal (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013a). Cabe anotar que en 2011 el gasto cayó notablemente, como consecuencia de la disminución del porcentaje descontado a las cotizaciones para financiar la subcuenta de solidaridad del Fosyga, fuente que financió en promedio un tercio de la inversión municipal en salud (Gráfico 2b). Tal porcentaje pasó de 1,5% entre 2007 y febrero de 2011 a 0,17% entre marzo de 2011 y 2012, para luego en 2013 retornar a su proporción normal (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014a). Dicha disminución se formalizó mediante Resolución 477 de 2011, con el objetivo de liberar recursos para fortalecer la subcuenta de compensación y de promoción y prevención (Ministerio de la Protección Social, 2010).

Vale la pena aclarar que dentro de esta coyuntura los aportes de la Nación a la subcuenta de solidaridad se duplicaron, con la finalidad de sostener la unificación del plan de beneficios de ambos regímenes. Es por ello que las regalías perdieron peso dentro de las fuentes de financiamiento del gasto departamental en salud entre 2012 y 2013 (Gráfico 1b). Teniendo en cuenta que el artículo 145 de la Ley 1530 de 2012 (Sistema General de Regalías), dispuso que estos recursos pueden disminuir a medida que aumenten los aportes de la Nación para la financiación del régimen subsidiado (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013a).

Gráfico 1
Gasto departamental en el sector salud por destino y fuentes, 2007-2013
(billones de pesos constantes de 2013)

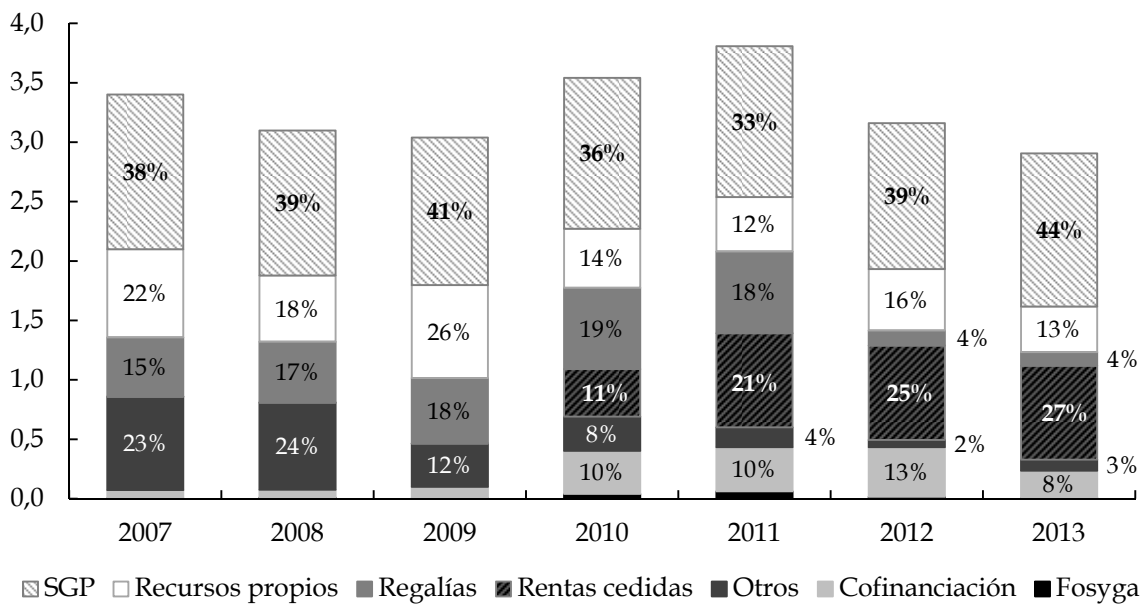
a) Destino

(billones de pesos)



b) Fuentes

(billones de pesos)

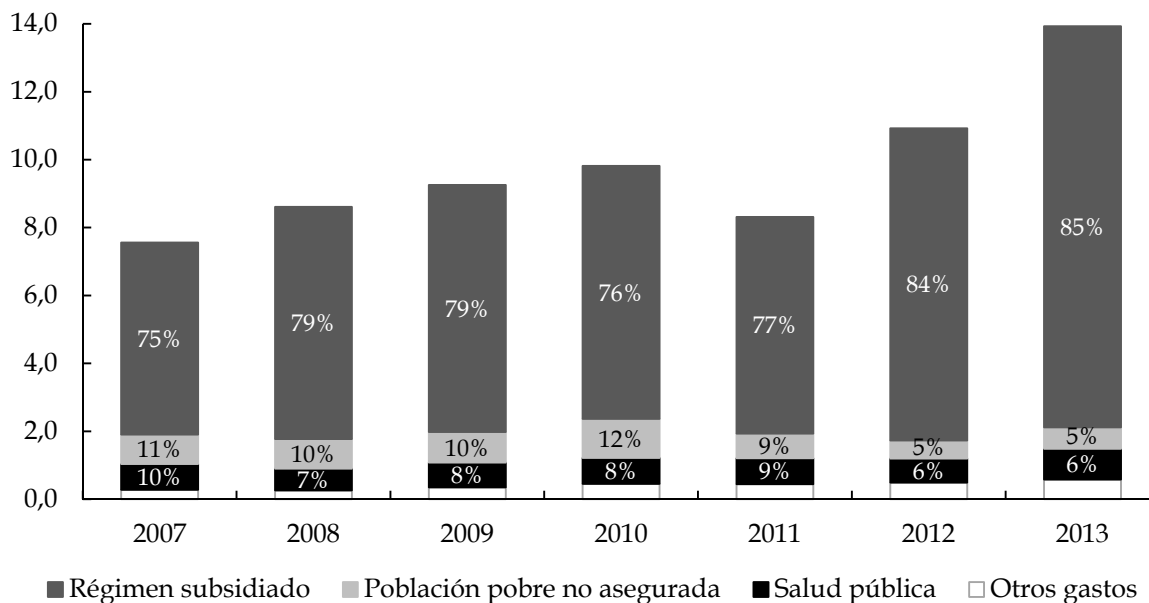


Fuente: cálculos del autor con base en información del DNP.

Gráfico 2
Gasto municipal en el sector salud por destino y fuentes, 2007-2013
(billones de pesos constantes de 2013)

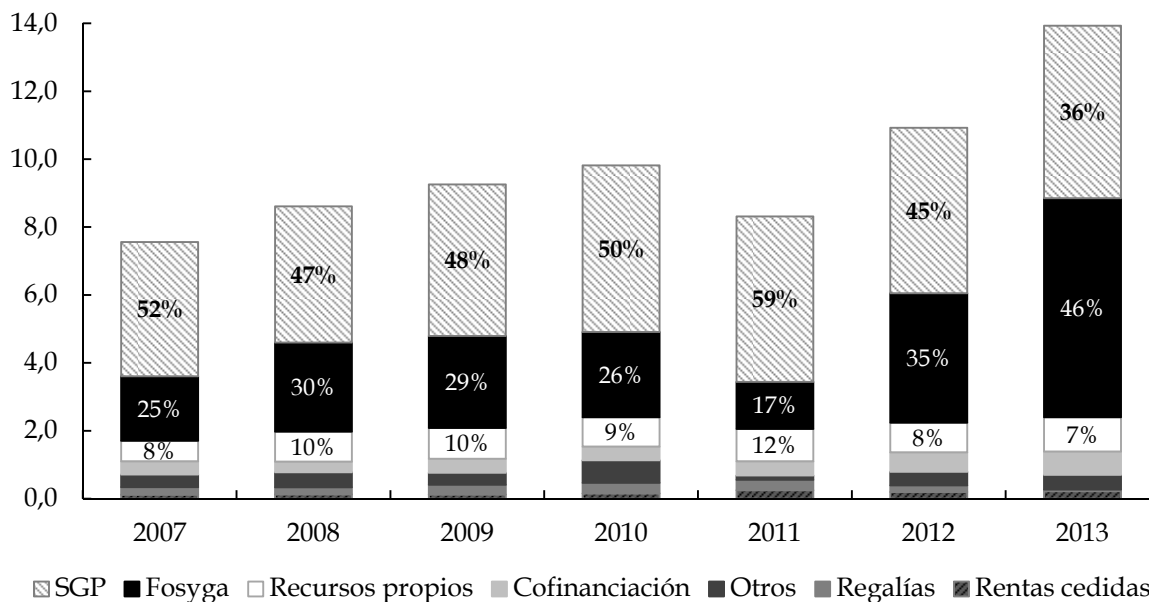
a) Destino

(billones de pesos)



b) Fuentes

(billones de pesos)



Fuente: cálculos del autor con base en información del DNP.

4.2. Diferencias territoriales en el gasto público en salud

Existen notables diferencias en el gasto en salud realizado por los entes territoriales. Como muestra el Mapa 1, en 2013, el gasto en salud per cápita de un departamento difiere con el de los municipios de su jurisdicción. Además, este contraste también se hace palpable al comparar departamentos o municipios.

La diferencia entre los departamentos y los municipios de su jurisdicción radica en las competencias y recursos asignados a cada ente. En otras palabras, la financiación de la afiliación al régimen subsidiado de la población pobre y vulnerable, que en 2013 participó con casi tres cuartas partes del gasto territorial en salud, recae exclusivamente en los municipios, quienes concentraron un 95,7% de estos recursos. El resto (4,3%) fue ejecutado por los departamentos que cumplen de manera especial esta competencia, como son los que tienen corregimientos departamentales (Amazonas, Guainía y Vaupés), los que reciben recursos del SGP para financiar la afiliación de la población mediante subsidios a la demanda y; el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina (Art. 7, P. 1, Resolución 3042 de 2007).

Partiendo de lo anterior se puede explicar la diferencia dentro de un mismo nivel territorial, específicamente entre departamentos. No obstante, entre municipios la divergencia reside principalmente en la UPC-S¹⁶ asignada a cada territorio. Esta puede incluir un valor adicional por concepto de dispersión geográfica, es decir, aquellas áreas donde hay una menor densidad poblacional y, por lo tanto, mayores costos de atención, derivado, entre otros, del transporte de pacientes. Es por esto que aquellos municipios que destinaron mayores recursos para la salud (quintil 5),

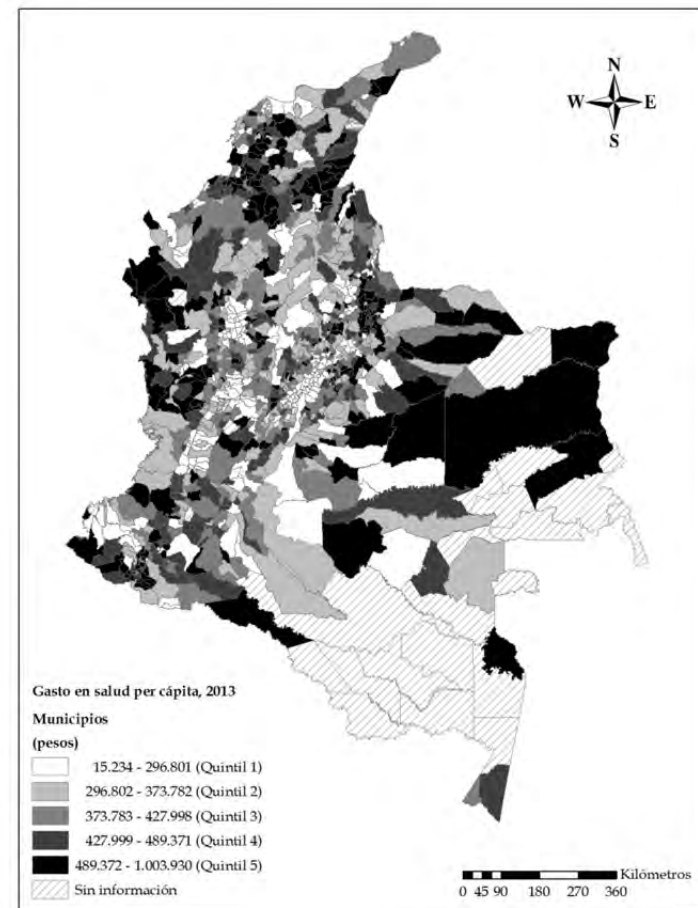
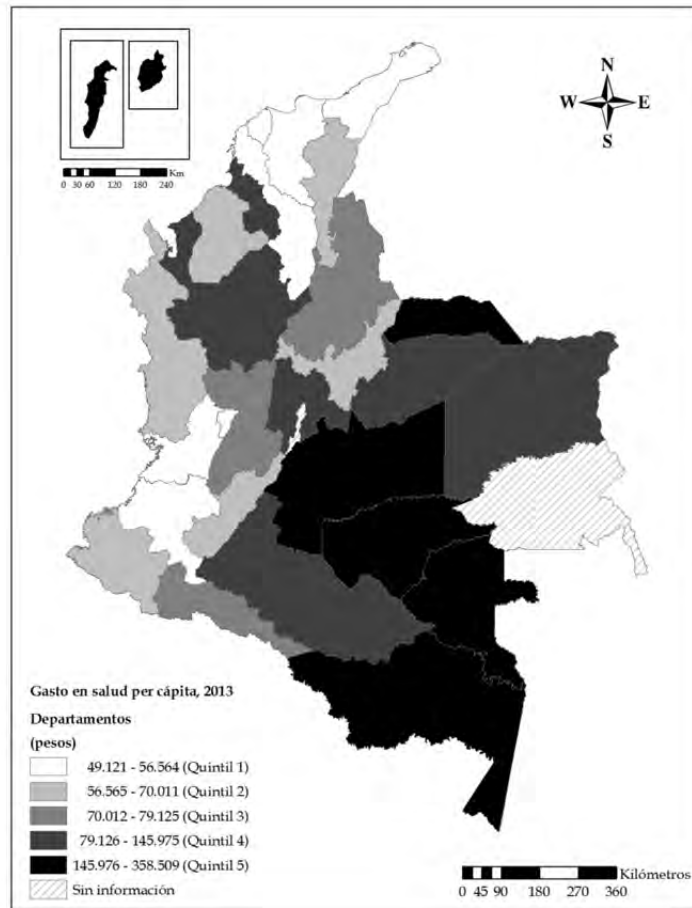
¹⁶ Unidad de pago por capitación del régimen subsidiado. Es el valor reconocido por cada uno de los afiliados en este régimen para cubrir el plan de beneficios al que tienen derecho (POS del régimen subsidiado).

como muestra el Mapa 1, tienden a ubicarse en zonas de la periferia. Asimismo, la UPC-S puede incluir un valor diferencial aplicado a las zonas geográficas que presenten mayor siniestralidad respecto del resto de municipios del país¹⁷.

Si bien el gasto en salud difiere dentro de un mismo nivel territorial, no se encontraron indicios de desigualdad, esto es, que la mayoría de los recursos se concentre en manos de pocos. Lo anterior porque en 2013 el gasto per cápita promedio de los departamentos y municipios que más invirtieron en el sector (Quintil 5) solo supera en cuatro y tres veces, respectivamente el gasto por persona de los departamentos y municipios que menos invirtieron (Quintil 1), como indica el Gráfico 3. Es importante señalar que en los municipios esta relación se mantiene desde 2007, a pesar de que el gasto creció en términos reales; mientras que en los departamentos, donde los recursos decrecieron entre un año y otro, se redujeron las diferencias entre los entes que más gastaron en comparación con los que menos (Gráfico 3).

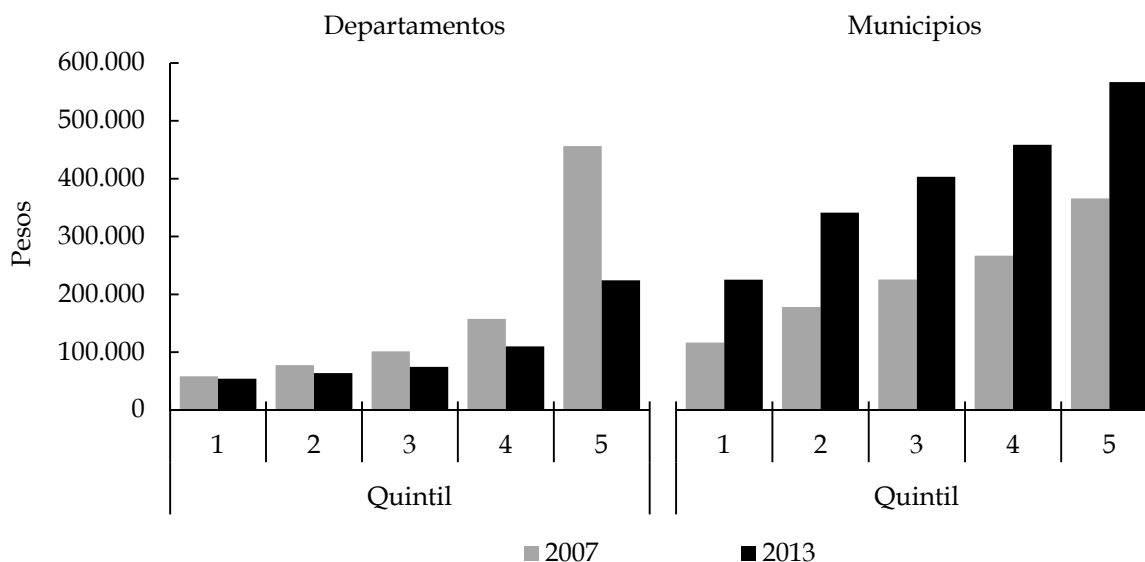
¹⁷ Este diferencial es aplicado a las ciudades de Bogotá, Cali, Medellín y Barranquilla y los municipios conurbados de Soacha, Bello, Itagüí, Envigado, Sabaneta y Soledad. Para más detalle sobre la UPC adicional y diferencial ver artículos 9 y 10 del Acuerdo 19 de 2010 de la Comisión de Regulación en Salud.

Mapa 1
Gasto en salud per cápita por departamentos y municipios en 2013
(pesos)



Fuente: cálculos del autor con base en información del DNP y DANE.

Gráfico 3
Gasto en salud per cápita por quintil, 2007 y 2013
(pesos constantes de 2013)



Fuente: cálculos del autor con base en información del DNP y DANE.

5. Resultados al interior de cada subcuenta de gasto

En esta sección se analiza el alcance que han tenido los principales rubros del gasto de inversión en salud, desde cada una de las subcuentas que integran los fondos, acorde con las competencias territoriales.

5.1. Régimen subsidiado de salud: la equidad el principal logro

Por medio de esta subcuenta se financia la afiliación al régimen subsidiado de la población pobre determinada por la entidad territorial. Específicamente, corresponde a los recursos ejecutados para financiar la UPC-S que garantiza el acceso a los servicios de salud de dicha población acorde con su plan de beneficios. También financia las acciones de inspección vigilancia y control en las entidades territoriales, ejercidas por la Superintendencia Nacional de Salud, con el 0,2% de

los recursos del régimen subsidiado de los distritos y municipios¹⁸. Asimismo, con el 0,4% de los recursos de esta subcuenta, se respaldan los servicios de interventoría del régimen, con el objeto de verificar el cumplimiento del contrato de aseguramiento, el acceso a los servicios, el flujo y uso de los recursos, además de las acciones que contribuyan al mejoramiento continuo. Por último, se encuentran los pagos realizados a las IPS por concepto de giro directo¹⁹.

La afiliación de la población pobre al régimen subsidiado demandó, en promedio, \$ 7,3 billones anuales, entre 2007 y 2013 (1,27% del PIB). De esta forma, concentró el 95,3% de los fondos de la subcuenta en mención, la cual fue financiada en cuatro quintas partes por los recursos del SGP y el Fosyga (Cuadro 4). Hasta 2011 los recursos para la afiliación se ejecutaban mediante celebración de contratos entre los entes territoriales y las EPS para la continuidad y ampliación de los asegurados. A raíz de los cambios introducidos por la Ley 1438 de 2011, se suspenden estos contratos, limitando las competencias de los entes al seguimiento y control del aseguramiento de los afiliados dentro de su jurisdicción. Por ende, le concedió a las EPS realizar la afiliación de potenciales beneficiarios en un contexto de cobertura universal²⁰ (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013a).

En la actualidad cerca del 96% de la población colombiana se encuentra asegurada. Cobertura similar a la observada en la mayoría de países miembros de la OCDE (Fedesarrollo, 2012; Muñoz, 2012). De esta forma, prácticamente se triplicó la cobertura existente antes de la Ley 100/93, con lo cual el país está cercano a la cobertura universal (Pinto y Muñoz, 2010). Para tal logro, la Ley 1122/07 dio un

¹⁸ Desde 2012 este porcentaje corresponde a 0,4%.

¹⁹ Mecanismo introducido por el Decreto 3260 de 2004 (Art. 6) para optimizar el flujo de los recursos, cuando las aseguradoras tengan dificultades para el pago a los prestadores.

²⁰ De esta manera, los recursos por concepto de UPC son girados por el Ministerio de Salud de forma directa a los aseguradores, a nombre de las entidades territoriales.

paso importante al establecer que para el año 2010 debería estar cubierta toda la población susceptible de ser afiliada al régimen subsidiado, es decir, todos los individuos clasificados en los niveles I, II y III del sistema de identificación y selección de beneficiarios (Sisbén) aptos para pertenecer al régimen en cuestión (Orozco, 2014; Observatorio de la Seguridad Social, 2012).

Cuadro 4
Recursos territoriales del régimen subsidiado de salud
(promedio anual, 2007-2013)

Fuente / Destino	Porcentaje de participación				
	Afiliación	Interventoría y Superintendencia de Salud	Pago IPS - Giro directo	Otros (1)	Total fuentes
SGP	46,9	0,1	0,3	1,2	48,5
Recursos propios	2,9	0,1	0,1	0,5	3,5
Otros	1,9	0,0	0,2	0,4	2,5
Regalías	2,4	0,0	0,0	0,1	2,5
Cofinanciación	4,9	0,0	0,0	0,1	5,0
Fosyga	33,3	0,1	0,2	1,1	34,7
Rentas cedidas	3,2	0,1	0,0	0,0	3,3
Total destino	95,3	0,4	0,8	3,5	100,0

Nota: recursos territoriales = recursos de los departamentos y municipios.

(1) Incluye: reservas de inversión, pago de déficit de inversión y pago deuda contratos.

Fuente: cálculos del autor con base en información del DNP.

Es evidente que los buenos resultados en términos de cobertura han sido impulsados por la mayor afiliación en el régimen subsidiado (Orozco 2014, Muñoz, 2012). En palabras de Fedesarrollo (2012), entre 2000 y 2011 el número de asegurados en el mencionado régimen aumentó en 13,7 millones de personas, en tanto en el contributivo el avance fue de 9 millones de afiliados. No obstante lo anterior, la formalización laboral inducida por el sistema de salud ha permitido que la diferencia en el número de asegurados entre ambos regímenes no sea muy grande (Núñez y Zapata, 2012). Asimismo, se espera que la cobertura del contributivo mejore acorde con la efectividad de las políticas de formalización

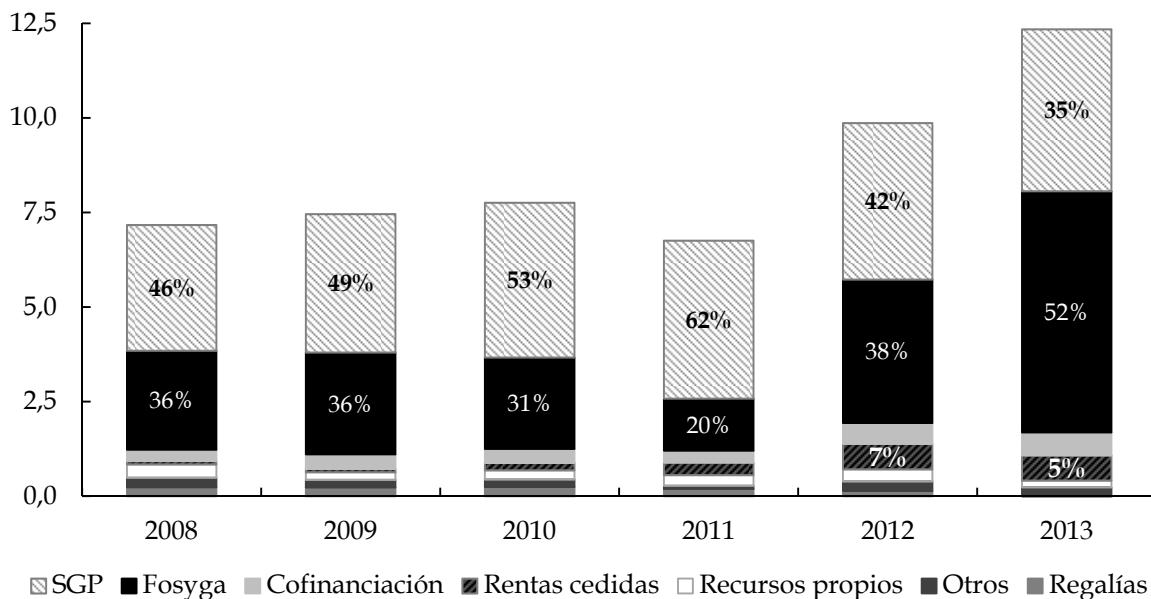
laboral incluidas en el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 y en la Ley de Primer Empleo (Ley 1429 de 2010) (Muñoz, 2012).

Los avances en cobertura han requerido de un importante esfuerzo financiero. En términos reales, los recursos territoriales para afiliación en el régimen subsidiado crecieron en un 15,7% anual, en promedio entre 2008 y 2013. En ese sentido, se requirieron \$ 5,9 billones durante ese lapso para financiar el acceso a servicios de 4 millones de nuevos afiliados (Gráficos 4 y 5). De este modo, cada nuevo asegurado le costó al Estado \$ 1,4 millones, un poco más del doble de la UPC anual del régimen contributivo para el 2015, fijada en \$ 629.974 (Resolución 5925 de 2014). Este hecho está asociado a que desde mediados de 2012 se igualaron los planes de beneficios de ambos regímenes, razón por la cual se observa un importante aumento en el gasto a partir de ese mismo año (Gráfico 4). La anterior nivelación, en línea con el Ministerio de salud y protección Social (2013a), constituye uno de los más importantes logros en materia de equidad en salud. Cabe destacar que dentro de esta coyuntura los aportes de la Nación se duplicaron, circunstancia que motivó a un mayor aporte de la subcuenta de solidaridad del Fosyga dentro de la financiación (Gráfico 4).

Los logros en aseguramiento también constituyen un importante avance en términos de equidad, puesto que la mayor cobertura se ha concentrado en la población más pobre (Guzmán, 2014; Nuñez y Zapata, 2012; Pinto y Muñoz, 2010). Este hecho se puede corroborar en el Mapa 2, donde los departamentos más pobres fueron cobijados por una mayor cobertura del régimen subsidiado, sobretodo en Chocó, Vichada, Guainía, Córdoba, Sucre y Magdalena.

Gráfico 4
Fuentes de financiación del gasto territorial en régimen subsidiado, 2008-2013
(billones de pesos constantes de 2013)

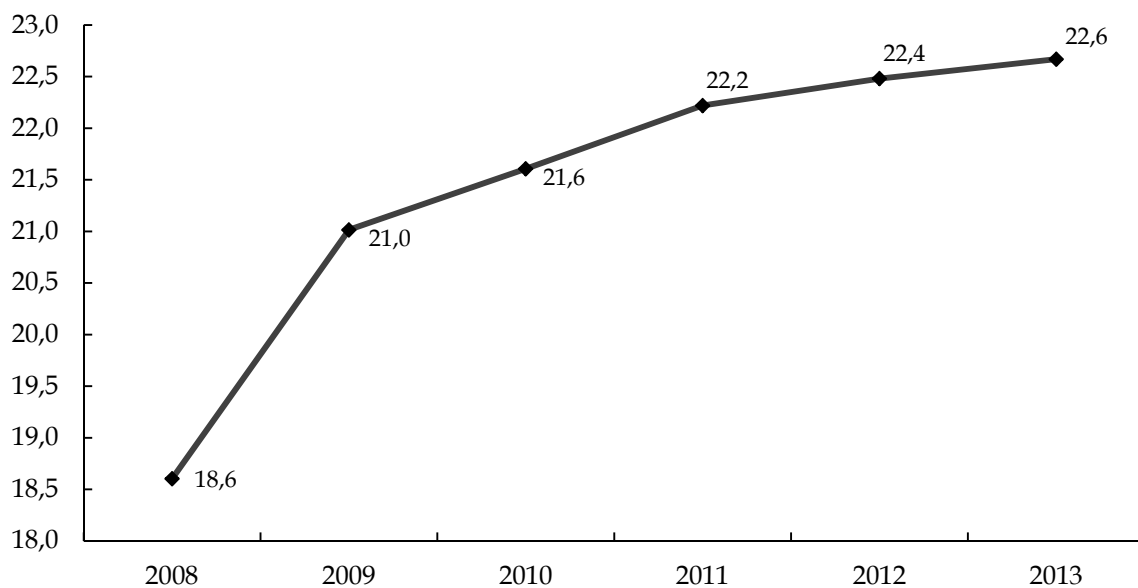
(billones de pesos)



Nota: gasto territorial = gasto de los departamentos y municipios.
 Fuente: cálculos del autor con base en información del DNP.

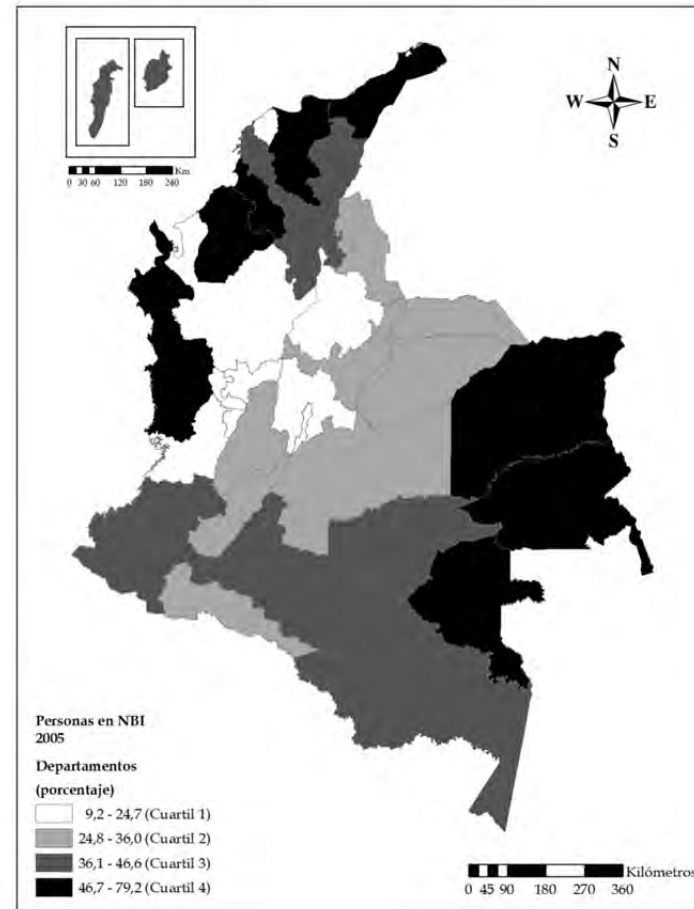
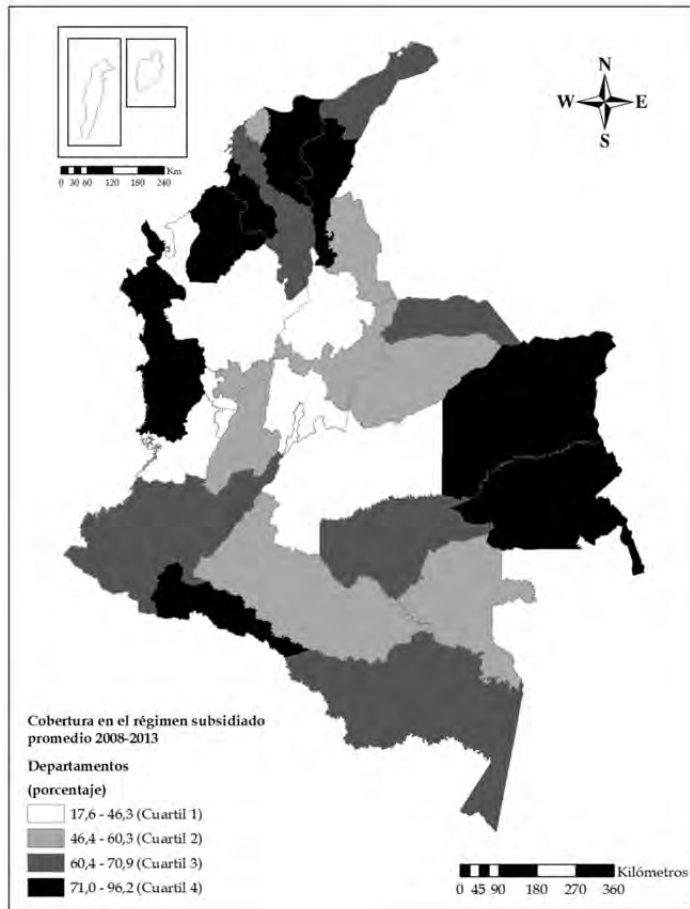
Gráfico 5
Personas afiliadas en el régimen subsidiado, 2008-2013

(millones de personas)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Base Única de Afiliados a diciembre de cada año.

Mapa 2
Cobertura del régimen subsidiado y población pobre (1)



Nota: Necesidades básicas insatisfechas (NBI), DANE - Censo General de 2005.

(1) La correlación entre ambas variables fue de 0,8346 (estadísticamente significativa al 1%, 5% y 10%), según la correlación por rangos de Spearman.

Fuente: cálculos del autor con base en información del Ministerio de Salud y Protección Social y DANE.

5.2. Prestación de servicios a la población pobre no asegurada: el descenso de los recursos de oferta

Desde esta subcuenta se proveen los recursos destinados a garantizar la prestación de servicios a la población pobre que no se encuentra asegurada (PPNA) y la prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios del régimen subsidiado para los afiliados en este esquema (No-POS).

Esta subcuenta concentró, en promedio, el 20,4% del gasto territorial en salud entre 2007 y 2013. Tuvo como principal destino la prestación de servicios a la población pobre no asegurada, con una participación media de 79,2% (Gráfico 6a). Los recursos del SGP financiaron un poco más de la mitad de las erogaciones de la subcuenta, seguido por los recursos propios (15,5%) (Gráfico 6b).

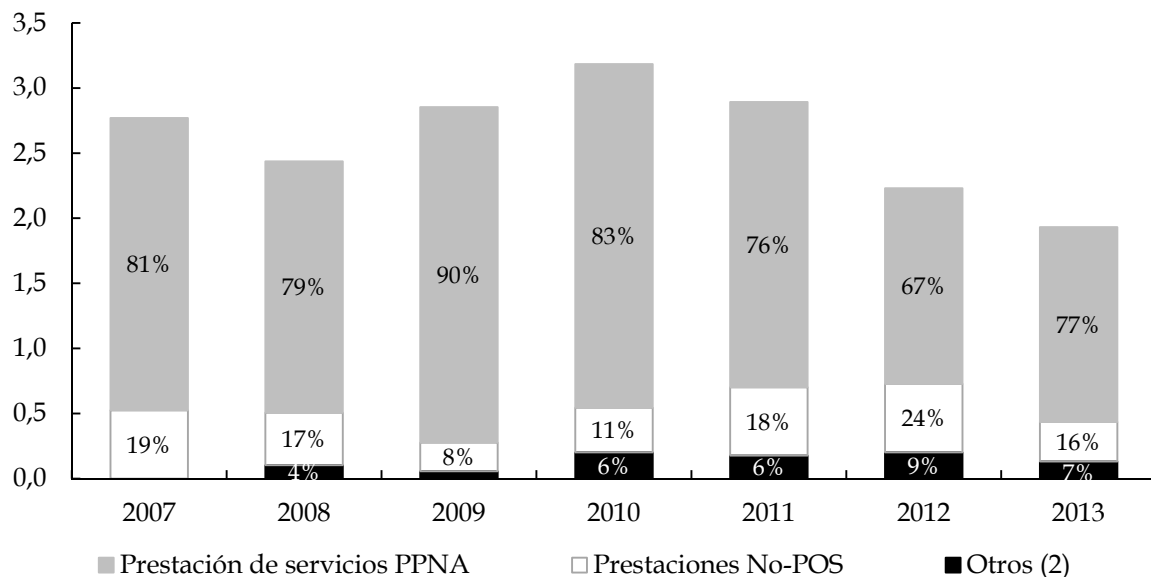
El gasto por prestación de servicios a la población pobre no asegurada cayó, en términos reales, en un 4,5% promedio anual (Gráfico 6). Lo anterior porque a mayor cobertura en el régimen subsidiado menor el número de no asegurados. Este hecho contribuyó significativamente al descenso de la subcuenta, dentro de la cual un 69,1% de los recursos fueron ejecutados por los departamentos y el resto (30,9%) por los municipios y distritos. Esta diferencia está asociada a la forma como se distribuyen y asignan los recursos del SGP, principal fuente de financiación de la subcuenta, dentro de los entes territoriales²¹.

²¹ Con base en los Conpes Sociales 111, 112, 122, 136, 145, 158 y 163, a los departamentos correspondió, en promedio entre 2007 y 2013, el 71,0% de los recursos del SGP- Salud para prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda.

Gráfico 6
Gasto territorial en prestación de servicios a la población pobre no asegurada,
2007-2013 (billones de pesos constantes de 2013)

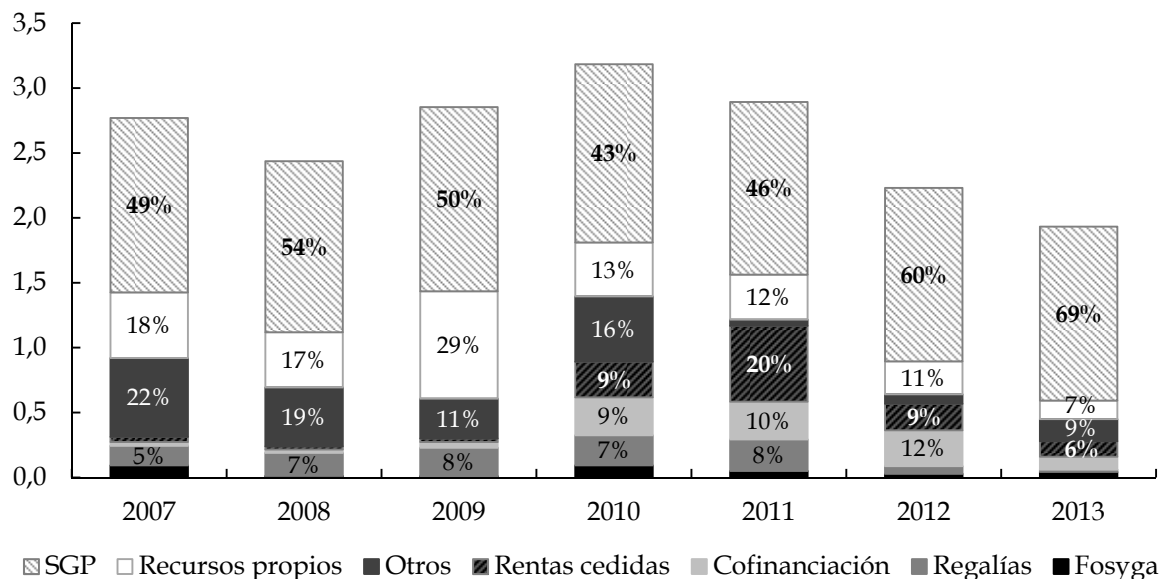
a) Destino

(billones de pesos)



b) Fuentes

(billones de pesos)



Nota: gasto territorial = gasto de los departamentos y municipios.

(1) Incluye: reservas de inversión y pago de déficit.

Fuente: cálculos del autor con base en información del DNP.

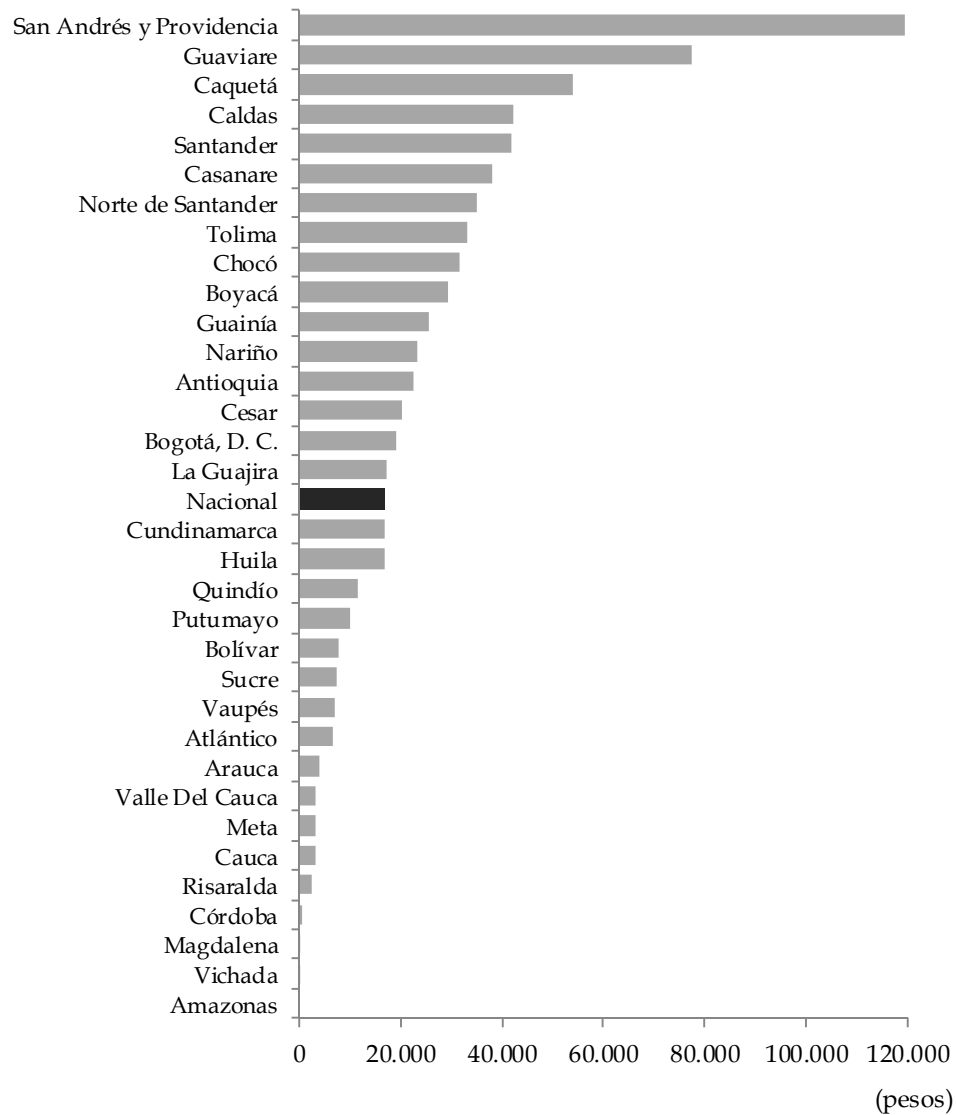
A diferencia del gasto por prestaciones No-POS en el régimen contributivo, en el subsidiado tal rubro no ha generado serios desequilibrios financieros. En el contributivo, este gasto, que es asumido por el Fosyga, agotó los excedentes de la subcuenta de compensación con un amplio crecimiento en los recobros (Núñez y Zapata, 2012; Salazar, 2011; Santamaría et al., 2011; Melo y Ramos, 2010; Forero et al., 2010)²². En el subsidiado, si bien las prestaciones No-POS fueron importantes en el gasto departamental en salud, en el global territorial representó un 3,2% y en la subcuenta un 15,9%, en promedio durante el periodo de análisis.

Añadamos a esto que el gasto No-POS por afiliado más alto, registrado en San Andrés y Providencia, solo representó un 22,5% de la UPC subsidiada en 2014. No obstante lo anterior, es importante resaltar que Caldas, Norte de Santander, Santander y Tolima, quienes se ubicaron por encima del promedio nacional (Gráfico 7), también registraron un alto número de tutelas en salud por persona, además, los dos primeros departamentos se encuentran dentro de los que más solicitaron el derecho a la salud mediante tutelas (Anexo 4)²³.

²² Los usuarios del sistema pueden acceder a servicios y medicamentos No-POS por medio de la acción de tutela o solicitud a los comités técnicos científicos (CTC). En el régimen contributivo, las EPS cubren el 50% de los eventos No-POS aprobados mediante tutelas, el resto lo cubre el Fosyga. Este fondo financia el 100% cuando el evento es aprobado directamente por los CTC. En el subsidiado, los entes territoriales asumen el costo, con la restricción de que este debe ser asumido, en gran parte, por los departamentos debido a que la cobertura del POS de este régimen incluye la atención de primer nivel, que es responsabilidad municipal (Forero et al., 2010).

²³ Las tutelas pueden ser instauradas por afiliados en ambos regímenes.

Gráfico 7
Gasto en prestaciones No-POS por afiliado al régimen subsidiado,
promedio anual, 2007-2013 (pesos)



Fuente: cálculos del autor con base en información del DNP (gasto) y Ministerio de Salud y Protección Social (afiliados).

5.3. Salud pública colectiva: resultados insuficientes

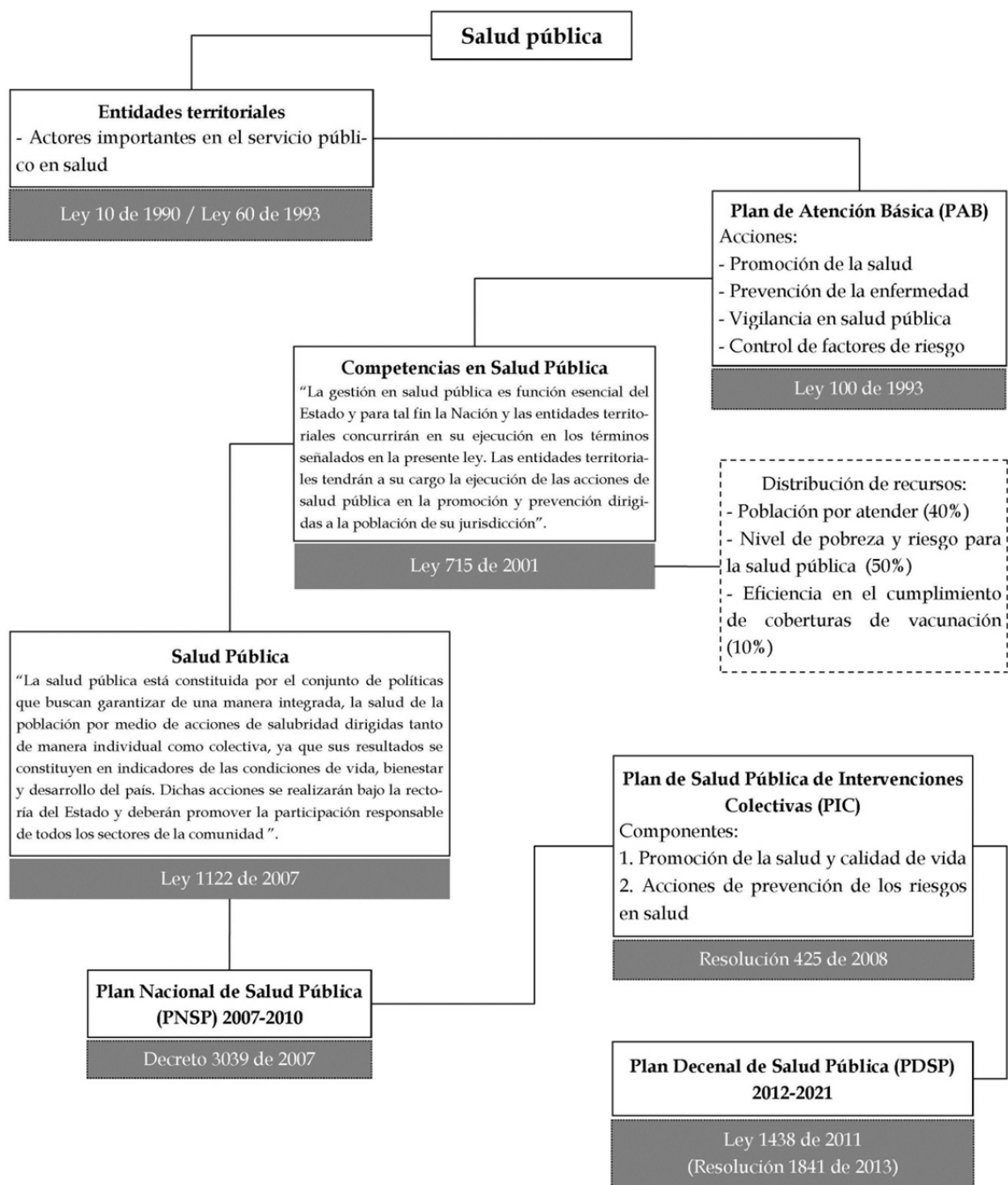
La descentralización en salud pública (Ley 10 de 1990/Ley 60 de 1993) asignó a las entidades territoriales responsabilidades directas en cuanto a la administración de la red pública hospitalaria y el planteamiento y desarrollo de los programas de

atención básica en su territorio. Con la creación del sistema de salud actual (Ley 100 de 1993), las acciones de salud pública quedaron enmarcadas en el Plan de Atención Básica (PAB) delineado por el Ministerio de Salud e implementado por los entes territoriales (Figura 3). No obstante, estas acciones presentaron serias dificultades por vacíos en la reglamentación, deficiente gestión territorial condicionada por su débil capacidad técnica, escasa complementariedad entre el PAB y el POS, y poca coordinación entre los PAB departamentales y municipales (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012; Balladelli et al., 2009).

La Ley 715 de 2001 intentó corregir estas dificultades al transferir a los municipios algunas de las acciones de promoción y prevención contenidas en el POS, al definir criterios en la distribución de recursos y al fijar competencias claras entre los distintos actores. Aun así, persistieron problemas como bajo nivel técnico en los municipios, poca asistencia nacional y departamental, y subejecución de las metas del PAB y de las acciones de promoción y prevención del POS subsidiado (Balladelli et al., 2009). Estos hechos marcaron la necesidad de implementar una política de salud pública para el país. Ante esto, la Ley 1122 de 2007 introdujo el Plan Nacional de Salud Pública (PNSP) para el periodo 2007-2010. Bajo este escenario fue necesario acoplar el plan dentro de las acciones a cargo de los entes territoriales. Para ello, se implementó el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), compuesto por las acciones de: i) promoción de la salud y calidad de vida, y ii) prevención de los riesgos en salud²⁴ (Figura 3).

²⁴ En adelante, promoción y prevención para simplificar. Además, es importante mencionar que en la actualidad se encuentra vigente el Plan Decenal de Salud Pública: 2012-2021, cuyo empalme con los Planes Territoriales de Salud se inició en septiembre de 2013 y su implementación en 2014 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013b).

Figura 3
La salud pública en el sistema de salud colombiano



Fuente: elaboración propia con base en Ministerio de Salud y Protección Social (2012) y Balladelli et al. (2009).

Las acciones en salud pública demandaron para su ejecución, en promedio, \$ 1,15 billones anuales durante 2007-2013 (9,5% del gasto territorial en salud). En detalle,

este gasto financió, esencialmente, las actividades de promoción y prevención dentro del PIC, así como la gestión para el desarrollo del PNSP; la vigilancia de factores de riesgo ambiental, laboral y sanitario; y los laboratorios en salud pública que brindan apoyo a la vigilancia y al control de enfermedades. En promedio, un 59,5% de estos recursos fueron destinados a la prevención y promoción, rubro que en conjunto con la gestión concentraron el 83,0% de los fondos de la subcuenta, la cual se financió en un 88,0% con las rentas del SGP, los recursos propios y las regalías (Gráfico 8).

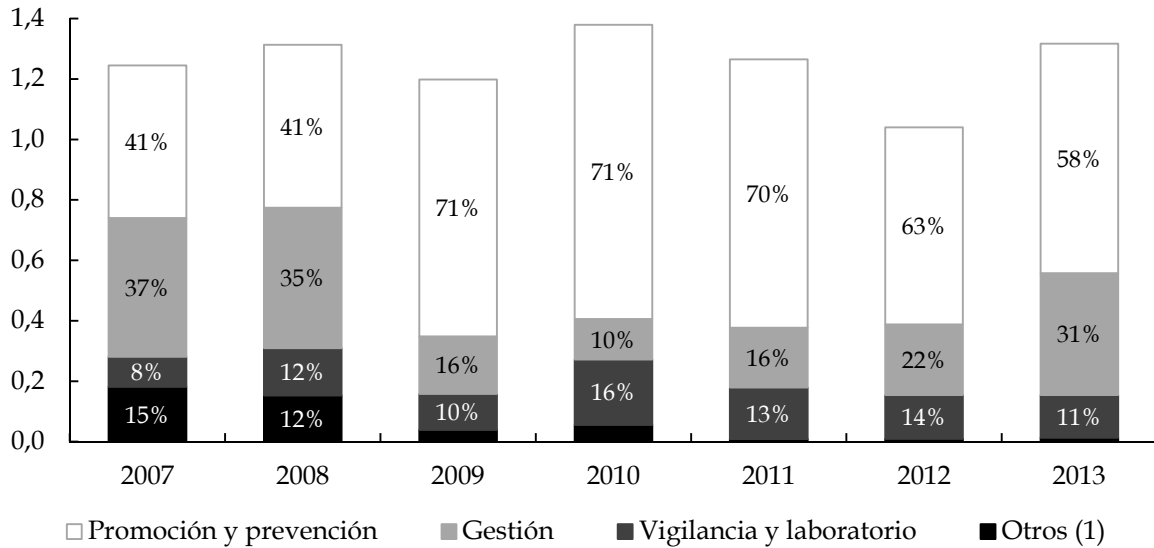
El gasto en salud pública registró un crecimiento real anual de 2,1% (promedio) entre 2007 y 2013. Los recursos propios y el SGP fueron las fuentes de financiación de mayor contribución sobre este crecimiento. Dentro de la evolución del gasto sobresale el bajo nivel registrado en 2012, ocasionado, en gran medida, por la disminución del aporte de las regalías al sector (ver sección 4.1 y Gráfico 8a). Los recursos propios contrarrestaron esta circunstancia con un importante incremento en el año siguiente, que permitió al gasto alcanzar su segundo nivel más alto durante el periodo estudiado. Por destino, el gasto en promoción y prevención adquirió una mayor participación desde 2009, ante las menores erogaciones para la gestión. Aunque este último concepto retornó a los niveles iniciales, probablemente por motivo del proceso de articulación del Plan Decenal de Salud Pública en los territorios (Gráfico 8b).

Los programas para mejorar la salud infantil, la salud sexual y reproductiva, la situación nutricional, la seguridad sanitaria y para disminuir las enfermedades transmisibles y las zoonosis agruparon, en promedio, el 86,0% del gasto en prevención y promoción (Gráfico 9). Donde los dos primeros adquirieron una mayor representatividad a lo largo del periodo.

Gráfico 8
Gasto territorial en salud pública, 2007-2013
(billones de pesos constantes de 2013)

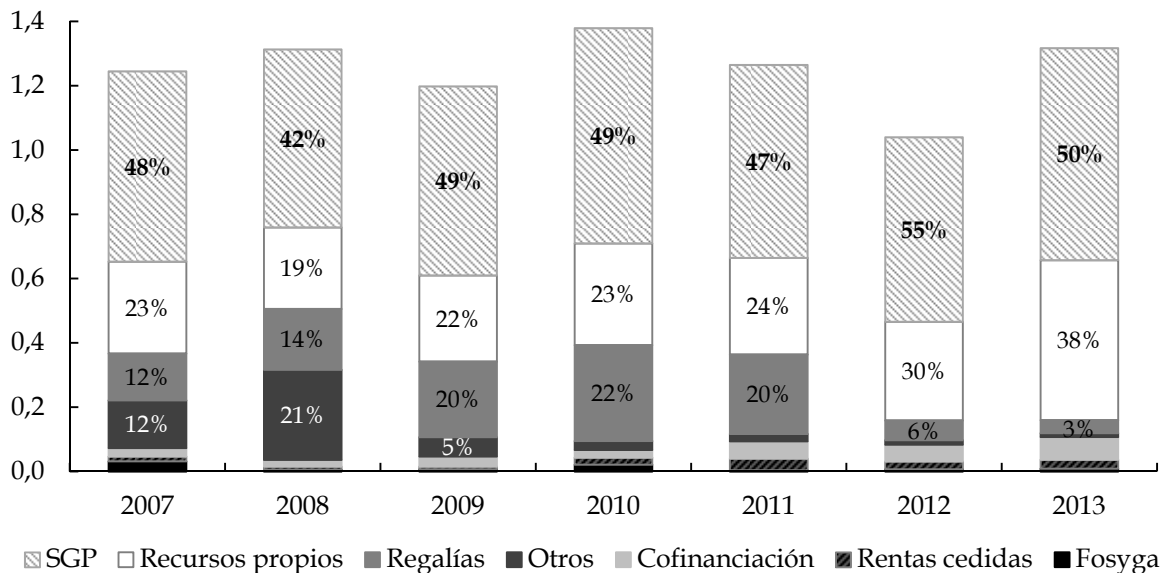
a) Destino

(billones de pesos)



b) Fuentes

(billones de pesos)

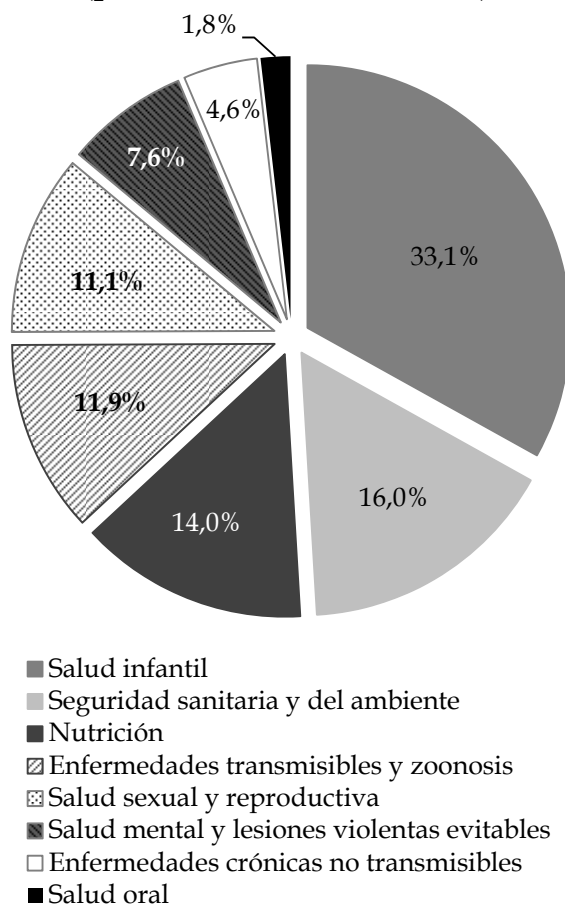


Nota: gasto territorial = gasto de los departamentos y municipios.

(1) Incluye: proyectos transversales, reservas de inversión, pago de déficit y gasto por venta de medicamentos controlados (fondo rotatorio de estupeficientes).

Fuente: cálculos del autor con base en información del DNP.

Gráfico 9
Destino del gasto territorial en promoción y prevención
(promedio anual, 2007-2013)



Fuente: cálculos del autor con base en información del DNP.

El Gráfico 10a muestra una asociación positiva entre la pobreza y el gasto por persona en salud pública para los departamentos colombianos. Dicha relación es más palpable cuando se tiene en cuenta la proporción de este egreso destinado a la salud infantil (Gráfico 10b). En otras palabras, se puede afirmar que los departamentos más pobres priorizan sus erogaciones en mejorar la salud de los niños. En particular, territorios con una alta incidencia de pobreza como La Guajira, Vichada, Guainía y Vaupés, tienen gastos per cápita que exceden el nacional. Además, estos departamentos en conjunto con Chocó, Córdoba y Sucre

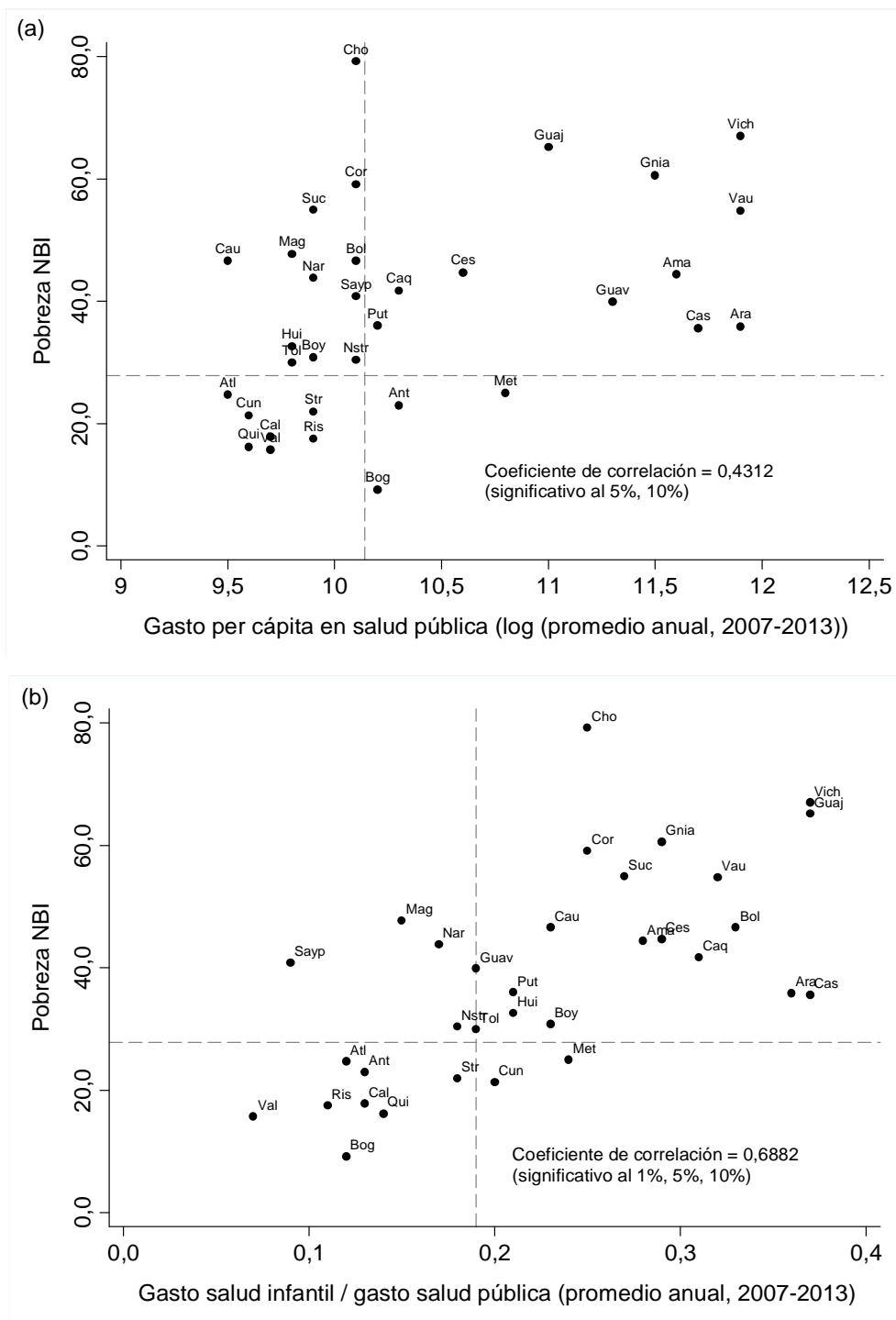
(que también tienen altos niveles de pobreza) presentan una alta proporción del gasto enfocado a la salud infantil.

La explicación de este hecho es que el componente del SGP para salud pública tiene como criterio de distribución el principio de equidad. El cual, según el artículo 52 de la Ley 715 de 2001, concentra el 50% de estos recursos y debe ser asignado a cada entidad territorial, de acuerdo con su nivel de pobreza y los riesgos en salud de su población (Figura 3). Cabe agregar que los departamentos mencionados financiaron el 80% de sus egresos con dineros del SGP, con excepción de La Guajira, donde la mitad correspondió a las regalías.

A pesar de lo anterior, no es posible deducir que el gasto está siendo efectivo en sus objetivos. Uno de los objetivos de desarrollo de milenio (ODM) para Colombia es el de alcanzar una mortalidad infantil (TMI) de 14 por cada 1000 nacidos vivos. La importancia de la TMI no es menor, se ha utilizado como un indicador de la salud infantil, de las condiciones de salubridad, del desarrollo social y económico y de la salud general (Acosta y Romero, 2014). El Gráfico 11 es concluyente con respecto a varios aspectos. En primer lugar, los esfuerzos fiscales en la salud pública no han sido suficientes para lograr el objetivo del milenio de reducir la mortalidad infantil en la mayor parte de las regiones de Colombia, donde el 78,8% de los departamentos y el 82,2% de los municipios no han cumplido con la meta.

En segundo lugar, las tasas de mortalidad infantil más altas se presentaron en zonas pobres, esto es, en Vichada, Chocó, Vaupés, Guainía, La Guajira, Amazonas y Guaviare. Sumado a esto, sus registros no mejoraron significativamente durante el periodo de análisis. Este hecho cobra relevancia en los últimos cinco departamentos, cuyo gasto en salud infantil por infante superó al nacional, especialmente en Vaupés, Guainía y La Guajira, territorios donde predominó la salud de los niños dentro del gasto.

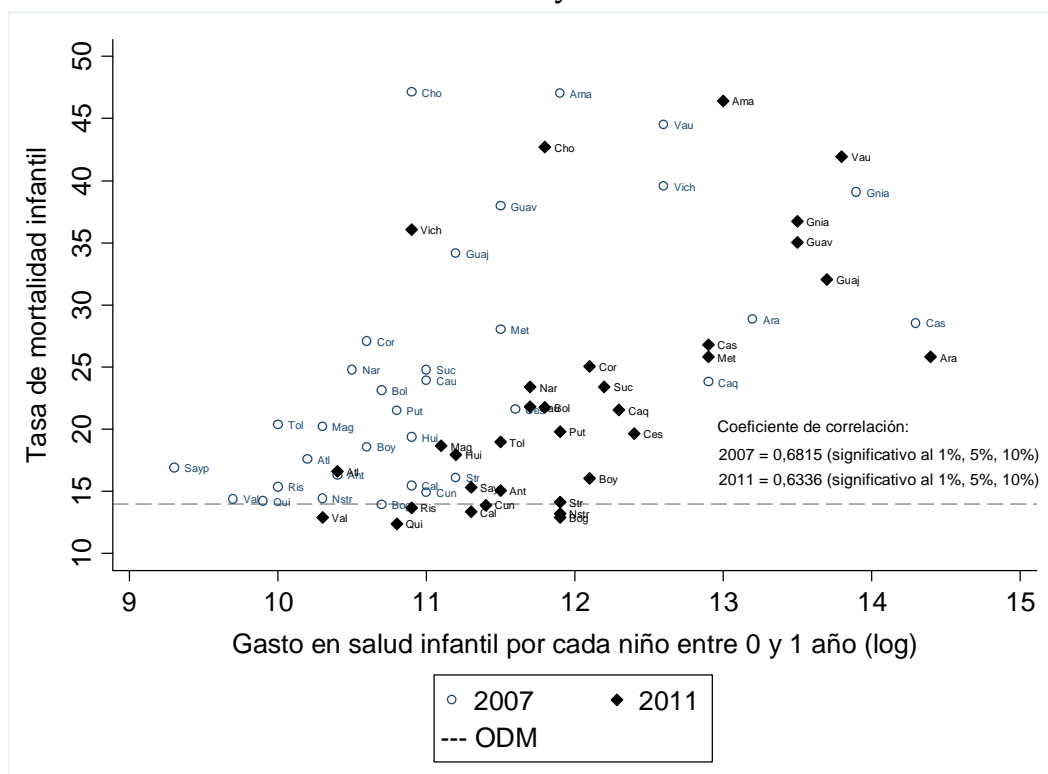
Gráfico 10
Gasto en salud pública y pobreza por departamentos



Nota: los valores de gasto corresponden al departamento y los municipios de su jurisdicción. La pobreza está medida por personas en NBI, según Censo General de 2005. Se utilizó la correlación por rangos de Spearman. La línea punteada indica el valor nacional.

Fuente: cálculos del autor con base en información del DNP y DANE.

Gráfico 11
Gasto en salud infantil y mortalidad infantil



Nota: se utilizó la correlación por rangos de Spearman.
 Fuente: cálculos del autor con base en información del DNP y DANE.

5.4. Otros gastos en salud: más inversión escaso rendimiento

En términos generales, este rubro financia los proyectos de investigación en salud, las inversiones en la red pública hospitalaria (según el plan bienal de inversiones públicas para la prestación de los servicios de salud), la cartera con aseguradores y prestadores y otros gastos. De este último, sobresalen las erogaciones para garantizar el pago del pasivo prestacional del sector salud y para el desarrollo de las acciones de reorganización de redes de prestación de servicios.

Esta subcuenta fue la de menor aporte dentro del gasto territorial en salud, con una participación, promedio durante el lapso de estudio, de 7,6%. El 58,4% de este gasto se concentró en los departamentos. Tuvo como principal destino los

desembolsos para inversión en la red pública y otros gastos, componentes que demandaron el 87,2% de sus fondos (Cuadro 5). Su principal fuente de financiación provino de los recursos propios (44,2%), concepto que en conjunto con las regalías y otros rubros suministraron un poco más de tres cuartas partes de las rentas.

Cuadro 5
Recursos territoriales de la subcuenta de otros gastos en salud
(promedio anual, 2007-2013)

Fuente / Destino	Porcentaje de participación				
	Investigación en salud	Inversiones en la red pública	Cartera con aseguradores y prestadores	Otros (1)	Total fuentes
SGP	0,4	1,3	1,4	3,1	6,2
Recursos propios	1,2	16,6	3,1	23,3	44,2
Otros	0,4	5,8	1,5	10,0	17,7
Regalías	0,3	13,5	0,6	2,2	16,7
Cofinanciación	0,1	1,9	1,9	4,0	7,9
Fosyga	0,0	0,3	0,6	0,5	1,4
Rentas cedidas	0,6	2,7	0,7	1,9	5,9
Total destino	3,0	42,1	9,8	45,1	100,0

Nota: recursos territoriales = recursos de los departamentos y municipios.

(1) Incluye: reorganización de redes de prestadores de servicios de salud (2007-2013), pago de deuda de infraestructura (2007), pago pasivo prestacional (2007-2013), pago de otras deudas (2007-2013), reservas de inversión (2007-2010), pago de déficit (2009), promoción social (2012-2013), otros gastos en emergencias y desastres (2012-2013); y programas de saneamiento fiscal y financiero de los prestadores públicos (2013).

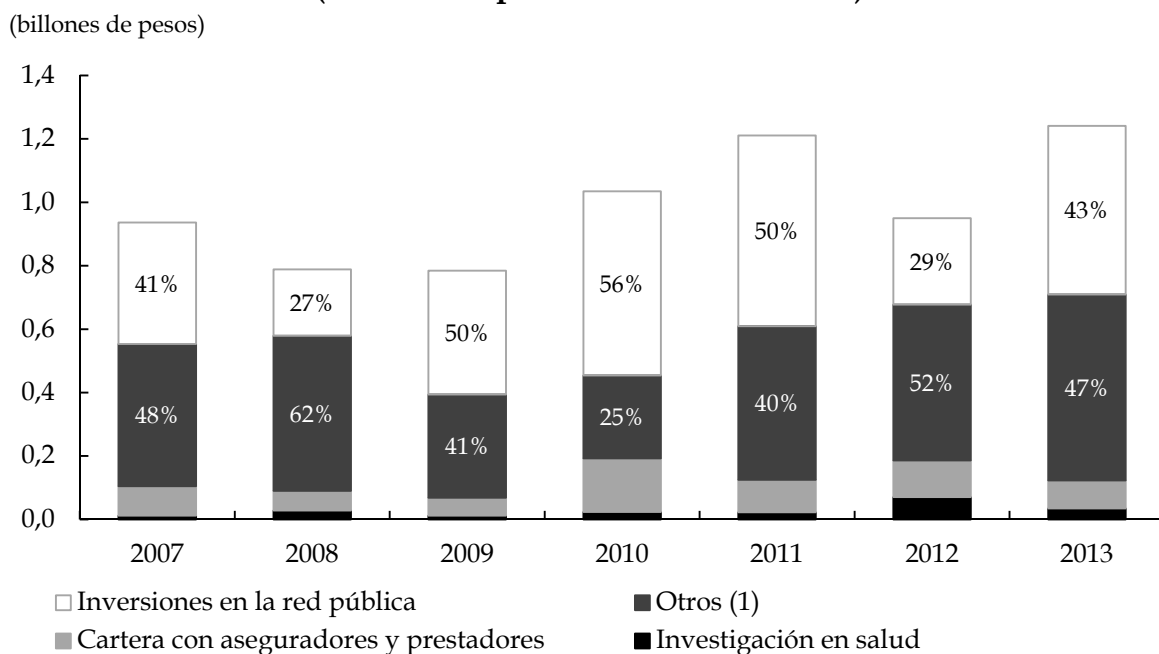
Fuente: cálculos del autor con base en información del DNP.

La subcuenta de otros gastos en salud registró un crecimiento promedio anual de 7,0%, donde las inversiones en la red pública aportaron 5 puntos porcentuales (Gráfico 12). Dicho gasto corresponde específicamente a inversiones en infraestructura física e inversiones en dotación de equipos biomédicos para la prestación de servicios de salud (Resolución 2514 de 2012, Ministerio de Salud y Protección Social).

El Ministerio de Salud y Protección Social (2012) destaca el crecimiento de la capacidad instalada (número de camas en los hospitales de primer nivel y salas operatorias en los de segundo y tercer nivel), la oferta de servicios y la producción

de los hospitales públicos. Con base en la OMS (2014, 2007) y Orozco (2014), en Colombia, el número de camas hospitalarias por cada mil habitantes pasó de 1,2 a 1,4 entre 2004 y 2012, por debajo de la norma internacional recomendada por la OMS - 4 a 4,75 camas para poblaciones mayores de 100.000 personas -. Igualmente, el porcentaje de ocupación de camas hospitalarias públicas aumentó en 3 puntos porcentuales entre 2007 y 2011, a pesar de que el número de estas por mil habitantes permaneció estable, en línea con Guzmán (2014) y según cifras del Sistema de gestión de hospitales públicos (SIHO) del Ministerio de salud y Protección Social.

Gráfico 12
Destino del gasto territorial en otros gastos en salud, 2007-2013
(billones de pesos constantes de 2013)



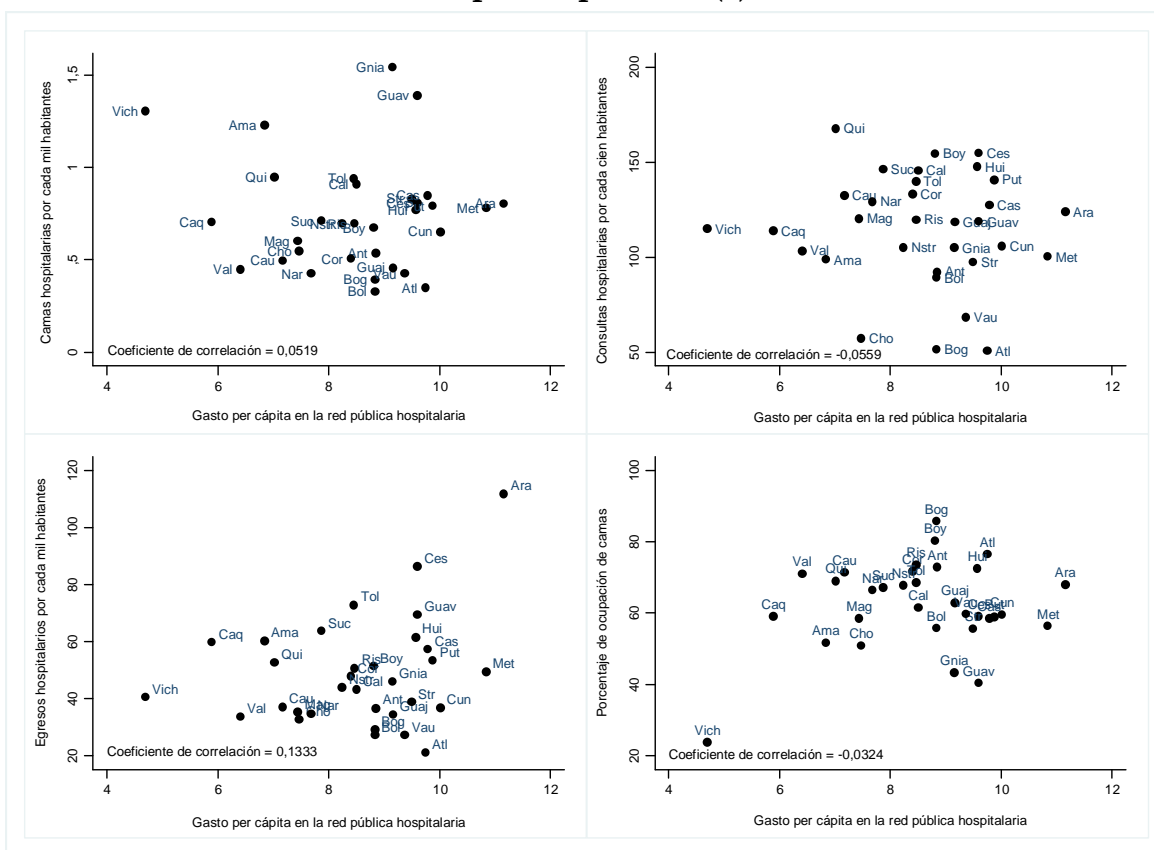
Nota: gasto territorial = gasto de los departamentos y municipios.

(1) Incluye: reorganización de redes de prestadores de servicios de salud (2007-2013), pago de deuda de infraestructura (2007), pago pasivo prestacional (2007-2013), pago de otras deudas (2007-2013), reservas de inversión (2007-2010), pago de déficit (2009), promoción social (2012-2013), otros gastos en emergencias y desastres (2012-2013); y programas de saneamiento fiscal y financiero de los prestadores públicos (2013).

Fuente: cálculos del autor con base en información del DNP.

Partiendo de lo anterior, el Gráfico 13 muestra la existencia de una alta dispersión entre el gasto de inversión en la red pública y la capacidad instalada y la producción de los hospitales públicos. Esto implica, posiblemente, que los mayores recursos destinados a la red pública hospitalaria no se están viendo reflejados en mejoras dentro de la infraestructura de servicios de estas instituciones. Desde el ámbito territorial, esto indica que aquellos departamentos y los municipios de su jurisdicción que más invirtieron en la red pública no son los que poseen un mayor número de camas o prestaron mayores servicios hospitalarios por persona.

Gráfico 13
Gasto de inversión en la red pública, capacidad instalada y producción de los hospitales públicos (1)



Nota: los valores de gasto en la red pública hospitalaria corresponden al logaritmo natural del promedio per cápita entre 2007 y 2013; en el caso de las variables de capacidad instalada y producción de los hospitales son promedios entre 2007 y 2011. Estos últimos solo cubren ese periodo por limitaciones en la información. Se utilizó la correlación por rangos de Spearman.

Fuente: cálculos del autor con base en información del DNP (gasto en la red pública) y Ministerio de Salud y Protección Social - SIHO (capacidad instalada y producción de los hospitales públicos).

6. Reflexiones finales

Los resultados de este estudio indican que el gasto territorial en salud tuvo como principal destino financiar la atención de la población afiliada al régimen subsidiado, mientras se usó en una pequeña proporción en apoyar las acciones de promoción y prevención y de inversión en la red pública hospitalaria. En otras palabras, el gasto de inversión en salud que los entes territoriales realizaron con recursos públicos tuvo un enfoque curativo antes que preventivo, además de una escasa orientación hacia la modernización de los hospitales públicos. Por lo tanto, es necesario que el esquema de gasto sea más equilibrado, de tal forma que se pueda mejorar el estado de salud de los colombianos y la calidad de los servicios de atención, sin generar un mayor nivel de egresos, asumiendo que cada rubro de gasto es efectivo en su propósito.

A pesar de que los recursos destinados a las acciones de promoción y prevención y de inversión en la red pública hospitalaria fueron bajos, estos aumentaron durante el periodo estudiado. Sin embargo, su alcance no ha sido fructífero a causa de la poca efectividad que han tenido para mejorar la salud infantil y la infraestructura de servicios de los hospitales públicos. Bajo este contexto, es recomendable intensificar las acciones de inspección, vigilancia y control en el uso de los recursos. Estas actividades deben contar con una mayor presencia en el ámbito regional y local, además, los entes ejecutores, la Supersalud y los departamentos, no deben entrar en conflicto de intereses con las entidades vigiladas. Igualmente, dichos agentes deben generar sinergias alrededor de esta disposición, puesto que comparten en la práctica la misma competencia.

De acuerdo con lo anterior, se evidencia una posible ineficiencia en la asignación de los recursos dentro de las acciones de salud pública y de gestión de la oferta pública hospitalaria. Estos inconvenientes persisten desde principios de los noventa, a pesar de las reformas introducidas para corregirlos por medio del

fortalecimiento de la descentralización administrativa y el fomento de la gestión eficiente de los recursos. Por consiguiente, desde el ámbito de la salud pública, se recomienda: (i) fortalecer la capacidad técnica de los entes territoriales, en especial de los municipios; (ii) alinear dentro de un mismo objetivo el componente de promoción y prevención del PIC y del POS; (iii) definir competencias claras entre los distintos actores, limitando la sobrecarga, duplicidad y ambigüedad de funciones; y (iv) vincular la distribución de los recursos al logro de metas sectoriales en línea con los ODM y criterios de línea base.

Por el lado de la oferta pública hospitalaria, se recomienda: (i) darle prioridad a la modernización de los hospitales públicos mediante la inversión en tecnologías costo-efectivas, la renovación de equipos y la provisión del talento humano idóneo y capacitado para su gestión; (ii) promover e incentivar la adopción de buenas prácticas empresariales al interior de cada prestador; (iii) mejorar la capacidad instalada y la infraestructura de servicios de estas instituciones con base en estándares internacionales y criterios de línea base; por último, (iv) asociar la asignación de los recursos, desde el plan bienal de inversiones, al avance en términos de eficiencia y calidad en la prestación de servicios.

A pesar de estos resultados, es importante destacar que el gasto en el régimen subsidiado generó un importante aporte dentro del propósito de cobertura universal. Dicha contribución se dio gracias al aseguramiento de la población más pobre, donde Chocó, Vichada, Guainía, Córdoba, Sucre y Magdalena fueron los departamentos más beneficiados. Lo anterior sumado a la unificación de los planes de beneficios de ambos regímenes, significaron un importante logro en materia de equidad. No obstante, estos hechos imponen un alto reto fiscal y financiero para el Gobierno Nacional, que para el 2013 tuvieron un costo de \$ 12,2 billones, financiado en un 50% por los recursos del Fosyga, donde los aportes de la Nación a la subcuenta de solidaridad contribuyeron sustancialmente. Por lo tanto, el Estado

debe definir si la cobertura total y la igualación de los planes seguirán sosteniéndose en gran parte de los aportes de la Nación, y lo que es más importante, determinar si puede, desde el presupuesto general, mantener este aporte.

Es importante mencionar las limitantes de este trabajo en cuanto a la calidad de la información obtenida de las ejecuciones presupuestales de los departamentos y municipios. Este inconveniente fue condicionado mediante una revisión precisa de los datos, lo cual llevó a prescindir de la información de algunos entes que presentaron valores extremos altos.

Referencias bibliográficas

- Acosta, K. (2014). La salud en las regiones colombianas: inequidad y morbilidad. *Documentos de Trabajo Sobre Economía Regional*, 213. Cartagena, Colombia: Banco de la República.
- Acosta, K. y Romero, J. (2014). Estimación indirecta de la tasa de mortalidad infantil en Colombia, 1964-2008. *Documentos de Trabajo Sobre Economía Regional*, 199. Cartagena, Colombia: Banco de la República.
- Azuero, F. (2012). La organización institucional y la regulación en el sistema general de seguridad social en salud en Colombia. En O. Bernal y C. Gutiérrez (Comp.), *La salud en Colombia: logros, retos y recomendaciones* (pp. 183-207). Bogotá: Universidad de los Andes, Escuela de Gobierno, Ediciones Uniandes.
- Arroyave, I. D. (2009). *La organización de la salud en Colombia*. Medellín: Hospital Universitario San Vicente de Paúl. Disponible en: www.periodicoelpulso.com Consultado el 23 de octubre de 2012.
- Balladelli, P. P., Hernández, J. y Sempertegui, R. (2009). Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010: Una construcción colectiva. *Serie Cuadernos de Sistematización de Buenas Prácticas en Salud Pública en Colombia*, 3. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Bogotá, Colombia.
- Barón, G. (2007). *Cuentas de salud de Colombia 1993-2003. El gasto nacional en salud y su financiamiento*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social.

- Bonet, J., Pérez, G. J. y Ayala, J. (2014). Contexto histórico y evolución del SGP en Colombia. *Documentos de Trabajo Sobre Economía Regional*, 205. Cartagena, Colombia: Banco de la República.
- Costa-Font, J. y Moscone, F. (2008). The impact of decentralization and inter-territorial interactions on Spanish health expenditure. *Empirical Economics*, 34, 167-184.
- Defensoría del Pueblo (2008-2014). La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2007-2013. Bogotá, Colombia.
- Departamento Nacional de Planeación. (2002). Distribución del Sistema General de Participaciones, vigencia 2002. *Conpes Social*, 57. Bogotá, Colombia.
- Escobar, M. L., Giedion, U., Giuffrida, A. y Glassman, A. L. (2010). Colombia: Una década después de la reforma del sistema de salud. En A. L. Glassman, M. L. Escobar, A. Giuffrida y U. Giedion (Eds.), *Salud al alcance de todos. Una década de expansión del seguro médico en Colombia* (pp. 1-14). Washington, D.C., Banco Interamericano de Desarrollo & The Brookings Institution.
- Espitia, J. E. (2004). La descentralización fiscal y el crecimiento económico: Evidencia para Colombia. *Revista Ensayos Sobre Política Económica*, 46(1) Edición Especial, 186-248. Bogotá, Colombia: Banco de la República.
- Fedesarrollo. (2013). La Ley Estatutaria de Salud: ¿legislando para arcángeles sin restricción de presupuesto? *Tendencia Económica*, 130. Bogotá, Colombia.
- Fedesarrollo. (2012). Las paradojas de la salud: Un sistema que ha sido ejemplo internacional podría estar en peligro. *Tendencia Económica*, 122. Bogotá, Colombia.
- Forero, M. T., Santamaría, M. y Zapata, J. G. (2010). Efectos económicos de las decisiones judiciales en las finanzas del Sistema de Seguridad Social en salud. En Federación Nacional de Departamentos y Fedesarrollo (Eds.), *Salud: Una visión desde los departamentos de Colombia* (pp. 119-145). Bogotá, Colombia.
- Franco, M. H. y Cristancho, F. A. (). El federalismo fiscal y el proceso de descentralización fiscal en Colombia. *Revista Estudios de Derecho*, 69(154), 235-262.
- García, T. (2005). La rectoría de salud como componente esencial de la gobernabilidad del sector: La dimensión regulatoria de la función rectora. OPS/OMS Washington, D.C. Disponible en: [49](https://www.u-</p></div><div data-bbox=)

cursos.cl/medicina/2011/1/KI03010306034/1/material_docente/bajar?id_material=365040 Consultado el 12 de septiembre de 2014.

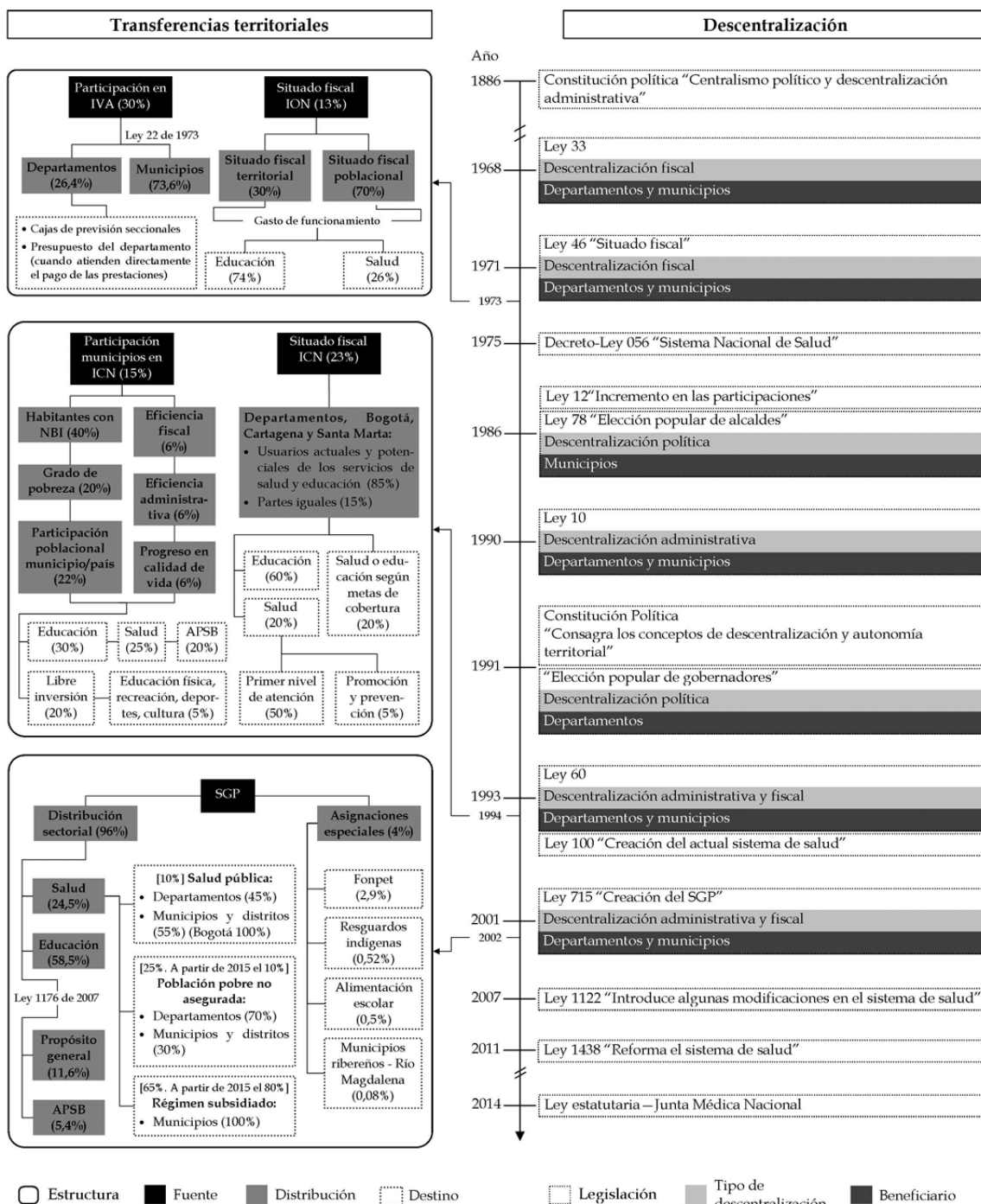
- Guerrero, R., Prada, S. I. y Chernichovsky, D. (2014). La doble descentralización en el sector salud: evaluación y alternativas de política pública. *Cuadernos de Fedesarrollo*, 53. Cali, Colombia: Fedesarrollo.
- Guzmán, K. (2012). Los subsidios de oferta y el régimen subsidiado de salud en Colombia. *Documentos de Trabajo Sobre Economía Regional*, 175. Cartagena, Colombia: Banco de la República.
- Kang, Y., Cho, W. y Jung, K. (2012). Does decentralization matter in health outcomes? Evidence from 22 OECD unbalanced panel data for 1995-2005. *International Review of Public Administration*, 17(1), 1-32.
- Kea, X., Saksena, P. y Holly, A. (2011). The determinants of health expenditure: A country-level panel data analysis. *A Working Paper of the Results for Development Institute (R4D)*. World Health Organization, Geneva, Switzerland.
- Lozano, I., Ramos, J. y Rincón, H. (2007). Implicaciones fiscales y sectoriales de la reforma a las transferencias territoriales en Colombia. *Borradores de Economía*, 437. Bogotá, Colombia: Banco de la República.
- Martínez, J. M. (1991). La nueva Constitución de Colombia. *Revista general de derecho*, 565-566, 8799-8821.
- Melo, L. A. y Ramos, J. E. (2010). Algunos aspectos fiscales y financieros del sistema de salud en Colombia. *Borradores de Economía*, 624. Bogotá, Colombia: Banco de la República.
- Ministerio de la protección Social. (2010). Sostenibilidad de la subcuenta de compensación del Fosyga y financiación del régimen subsidiado. Bogotá, Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). Sistema de Salud en Colombia. En L. Giovanella, O. Feo, M. Faria y S. Tobar (Orgs.), *Sistemas de salud en Suramérica: Desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad* (pp. 349-440). Rio de Janeiro: Instituto Suramericano de Gobierno en Salud.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014a). Comportamientos variables del proceso de compensación: 2002-2013. *Cifras financieras del sector salud, Boletín trimestral*, 3. Bogotá, Colombia.

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014b). Gasto en salud de Colombia: 2004-2011. *Cifras financieras del sector salud, Boletín trimestral, 2*. Bogotá, Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013a). Fuentes y usos de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). *Cifras financieras del sector salud, Boletín trimestral, 1*. Bogotá, Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013b). Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú. Bogotá, Colombia.
- Morales, L. G. (1997). El financiamiento del sistema de seguridad Social en salud en Colombia. *Serie Financiamiento del Desarrollo, 55*. Cepal, Santiago de Chile.
- Muñoz, N. (2012). Panorama de la sostenibilidad financiera del sistema de salud en Colombia. En Fedesarrollo (Ed.), *Sostenibilidad financiera de la salud en Colombia* (pp. 11-17). Debates de Coyuntura Económica y Social. Bogotá, Colombia.
- Núñez, J. y Zapata, J. G. (2012). Finanzas, cadena de valor y rentabilidad del sector salud. En Fedesarrollo (Ed.), *Sostenibilidad financiera de la salud en Colombia* (pp. 18-25). Debates de Coyuntura Económica y Social. Bogotá, Colombia.
- Observatorio de la Seguridad Social. (2012). Implicaciones económicas y fiscales de la cobertura universal en salud. Grupo de Economía de la Salud. Medellín, Colombia.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014, 2007). *Estadísticas sanitarias mundiales*. Recuperado de: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/es/ Consultado el 26 de septiembre de 2014.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2010). Informe sobre la salud en el mundo. La financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Ginebra, Suiza.
- Orozco, A. (2014). El sector salud en las ciudades colombianas de Barranquilla y Cartagena. *Lecturas de Economía, 80*. Medellín, Colombia.
- Pinto, D. y Muñoz, A. L. (2010). Colombia: Sistema General de Seguridad Social en Salud, estrategia del BID 2011-2014. Notas técnicas, Banco Interamericano de Desarrollo, División de Protección Social y Salud.
- Reina, M., y Yanovich, D. (1998). Salud, educación y desempleo. Diagnóstico y recomendaciones. *Proyecto Agenda Colombia, Nueva Serie Cuadernos de Fedesarrollo, 1(4)*, 1-29.

- Salazar, N. (2011). El régimen de seguridad social en salud: problemas financieros, medidas adoptadas y retos para el futuro próximo. Centro de estudios fiscales, Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Bogotá, Colombia.
- Santamaría, M., García, F., Rozo, S. y Uribe, M. J. (2011). Un diagnóstico general del sector salud en Colombia: evolución, contexto y principales retos de un sistema en transformación. En M. Santamaría (Ed.), *Efectos de la Ley 100 en salud. Propuestas de reforma* (pp. 1-81). Bogotá D.C., Fedesarrollo.
- Santamaría, M., Pinto, D., Acosta, P., García, F., Gonzáles, J. L., Rodríguez, A. y Vásquez, T. (2011). Eficiencia y sostenibilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). En M. Santamaría (Ed.), *Efectos de la Ley 100 en salud. Propuestas de reforma* (pp. 447-524). Bogotá D.C., Fedesarrollo.
- Santamaría, M., Camacho, P. y Arias, J. F. (2001). Exposición de Motivos de la Reforma a la Ley 60 de 1993. Sector Educación y Sector Salud. *Archivos de Economía*, 338. Bogotá, Colombia: Departamento Nacional de Planeación.
- World Bank. (2003). *World development report 2004. Making services work for poor people*. Washington, D.C., World Bank and Oxford University Press.

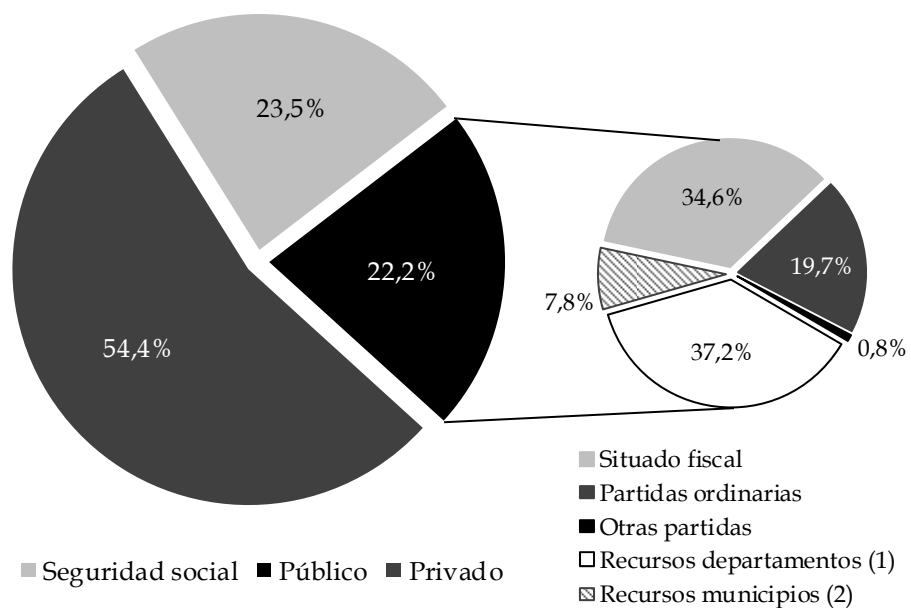
Anexo 1

Antecedentes de la descentralización de recursos en el sistema de salud colombiano



Nota: impuesto sobre las ventas (IVA); ingresos ordinarios de la Nación (ION); ingresos corrientes de la Nación (ICN); necesidades básicas insatisfechas (NBI); Sistema General de Participaciones (SGP); Fondo Nacional de Pensiones de las Entidades Territoriales (Fonpet); agua potable y saneamiento básico (APSB).
Fuente: elaboración propia.

Anexo 2 Financiamiento del sector salud, 1993



(1) Incluye los recursos de los presupuestos departamentales y rentas cedidas de la nación.
 (2) Incluye los recursos de los presupuestos municipales y los transferidos por la Empresa Colombiana de Recursos para la Salud (Ecosalud).
 Fuente: elaboración propia con base en Barón (2007, p. 58).

Anexo 3
Categorías de las fuentes de financiación

SGP	SGP - Salud, asignaciones especiales, propósito general, recursos por crecimiento de la economía superior al 4%, rendimientos financieros.
Recursos propios	Ingresos corrientes de libre destinación, ingresos corrientes con destinación específica, recursos de capital propios, otros recursos de capital.
Otros	Crédito interno y externo, otras fuentes, reintegro de aportes patronales, recursos del sector eléctrico.
Regalías	Regalías, compensaciones, impuesto de transporte de oleoductos y gaseoductos, fondo nacional de regalías, fondo departamentos de córdoba y sucre, escalonamiento, fondo de ahorro y estabilización petrolera, 1% regalías y compensaciones ICBF - Ley 1283 de 2009.
Cofinanciación	Cofinanciación nacional, departamental y/o municipal, otros aportes y transferencias nacionales, departamentales y/o municipales, transferencias y cofinanciación para alimentación escolar, cofinanciación régimen subsidiado, excedentes cuenta maestra régimen subsidiado, recursos del Lotto en línea, desahorro Fonpet.
Fosyga	Fosyga.
Rentas cedidas	Etesa, participación en el monopolio de licores, juegos de suerte y azar, sobretasa a cigarrillos, Coljuegos, excedentes de rentas cedidas.

Anexo 4
Las tutelas y el derecho a la salud, 2007-2013

Porcentaje de tutelas que solicitaron el derecho a la salud		Número de tutelas en salud por cada 100.000 habitantes	
Departamento	Promedio (2007-2013)	Departamento	Promedio (2007-2013)
Caldas	53,0	Caldas	695
Guainía	51,0	Antioquia	487
Risaralda	45,8	Risaralda	453
Quindío	42,7	Quindío	376
Arauca	42,4	Santander	323
Cauca	41,3	Norte de Santander	301
Norte de Santander	40,6	Tolima	292
Vaupés	39,4	Valle Del Cauca	286
Amazonas	39,1	Cauca	248
Nariño	37,5	Nacional	245
San Andrés y Providencia	37,2	Cesar	238
Vichada	37,1	San Andrés	226
Antioquia	36,6	Meta	214
Santander	36,6	Huila	176
Córdoba	33,2	Bogotá, D. C.	175
La Guajira	33,0	Atlántico	162
Valle Del Cauca	32,9	Bolívar	161
Guaviare	32,7	Guainía	147
Cundinamarca	31,2	Magdalena	146
Tolima	31,2	Nariño	133
Nacional	29,8	Arauca	132
Casanare	27,9	Amazonas	130
Meta	27,2	Caquetá	124
Bolívar	26,9	Córdoba	123
Boyacá	25,9	Boyacá	118
Huila	25,6	Sucre	117
Cesar	25,3	Casanare	96
Putumayo	24,6	Chocó	92
Chocó	23,9	Guaviare	92
Atlántico	21,4	Vichada	77
Magdalena	20,6	La Guajira	74
Caquetá	18,1	Cundinamarca	68
Bogotá, D. C.	17,3	Putumayo	58
Sucre	16,3	Vaupés	35

Fuente: cálculos del autor con base en Defensoría del Pueblo (2008-2014).

ÍNDICE "DOCUMENTOS DE TRABAJO SOBRE ECONOMÍA REGIONAL"

<u>No.</u>	<u>Autor</u>	<u>Título</u>	<u>Fecha</u>
1	Joaquín Viloría de la Hoz	Café Caribe: la economía cafetera en la Sierra Nevada de Santa Marta	Noviembre, 1997
2	María M. Aguilera Díaz	Los cultivos de camarones en la costa Caribe colombiana	Abril, 1998
3	Jaime Bonet Morón	Las exportaciones de algodón del Caribe colombiano	Mayo, 1998
4	Joaquín Viloría de la Hoz	La economía del carbón en el Caribe colombiano	Mayo, 1998
5	Jaime Bonet Morón	El ganado costeño en la feria de Medellín, 1950 – 1997	Octubre, 1998
6	María M. Aguilera Díaz Joaquín Viloría de la Hoz	Radiografía socio-económica del Caribe Colombiano	Octubre, 1998
7	Adolfo Meisel Roca	¿Por qué perdió la Costa Caribe el siglo XX?	Enero, 1999
8	Jaime Bonet Morón Adolfo Meisel Roca	La convergencia regional en Colombia: una visión de largo plazo, 1926 – 1995	Febrero, 1999
9	Luis Armando Galvis A. María M. Aguilera Díaz	Determinantes de la demanda por turismo hacia Cartagena, 1987-1998	Marzo, 1999
10	Jaime Bonet Morón	El crecimiento regional en Colombia, 1980-1996: Una aproximación con el método <i>Shift-Share</i>	Junio, 1999
11	Luis Armando Galvis A.	El empleo industrial urbano en Colombia, 1974-1996	Agosto, 1999
12	Jaime Bonet Morón	La agricultura del Caribe Colombiano, 1990-1998	Diciembre, 1999
13	Luis Armando Galvis A.	La demanda de carnes en Colombia: un análisis econométrico	Enero, 2000
14	Jaime Bonet Morón	Las exportaciones colombianas de banano, 1950 – 1998	Abril, 2000
15	Jaime Bonet Morón	La matriz insumo-producto del Caribe colombiano	Mayo, 2000
16	Joaquín Viloría de la Hoz	De Colpuertos a las sociedades portuarias: los puertos del Caribe colombiano	Octubre, 2000
17	María M. Aguilera Díaz Jorge Luis Alvis Arrieta	Perfil socioeconómico de Barranquilla, Cartagena y Santa Marta (1990-2000)	Noviembre, 2000
18	Luis Armando Galvis A. Adolfo Meisel Roca	El crecimiento económico de las ciudades colombianas y sus determinantes, 1973-1998	Noviembre, 2000
19	Luis Armando Galvis A.	¿Qué determina la productividad agrícola departamental en Colombia?	Marzo, 2001
20	Joaquín Viloría de la Hoz	Descentralización en el Caribe colombiano: Las finanzas departamentales en los noventa	Abril, 2001
21	María M. Aguilera Díaz	Comercio de Colombia con el Caribe insular, 1990-1999.	Mayo, 2001
22	Luis Armando Galvis A.	La topografía económica de Colombia	Octubre, 2001
23	Juan David Barón R.	Las regiones económicas de Colombia: Un análisis de <i>clusters</i>	Enero, 2002
24	María M. Aguilera Díaz	Magangué: Puerto fluvial bolivarense	Enero, 2002
25	Igor Esteban Zuccardi H.	Los ciclos económicos regionales en Colombia, 1986-2000	Enero, 2002
26	Joaquín Viloría de la Hoz	Cereté: Municipio agrícola del Sinú	Febrero, 2002
27	Luis Armando Galvis A.	Integración regional de los mercados laborales en Colombia, 1984-2000	Febrero, 2002

28	Joaquín Viloría de la Hoz	Riqueza y despilfarro: La paradoja de las regalías en Barrancas y Tolú	Junio, 2002
29	Luis Armando Galvis A.	Determinantes de la migración interdepartamental en Colombia, 1988-1993	Junio, 2002
30	María M. Aguilera Díaz	Palma africana en la Costa Caribe: Un semillero de empresas solidarias	Julio, 2002
31	Juan David Barón R.	La inflación en las ciudades de Colombia: Una evaluación de la paridad del poder adquisitivo	Julio, 2002
32	Igor Esteban Zuccardi H.	Efectos regionales de la política monetaria	Julio, 2002
33	Joaquín Viloría de la Hoz	Educación primaria en Cartagena: análisis de cobertura, costos y eficiencia	Octubre, 2002
34	Juan David Barón R.	Perfil socioeconómico de Tubará: Población dormitorio y destino turístico del Atlántico	Octubre, 2002
35	María M. Aguilera Díaz	Salinas de Manaure: La tradición wayuu y la modernización	Mayo, 2003
36	Juan David Barón R. Adolfo Meisel Roca	La descentralización y las disparidades económicas regionales en Colombia en la década de 1990	Julio, 2003
37	Adolfo Meisel Roca	La continentalización de la Isla de San Andrés, Colombia: Panyas, raizales y turismo, 1953 – 2003	Agosto, 2003
38	Juan David Barón R.	¿Qué sucedió con las disparidades económicas regionales en Colombia entre 1980 y el 2000?	Septiembre, 2003
39	Gerson Javier Pérez V.	La tasa de cambio real regional y departamental en Colombia, 1980-2002	Septiembre, 2003
40	Joaquín Viloría de la Hoz	Ganadería bovina en las Llanuras del Caribe colombiano	Octubre, 2003
41	Jorge García García	¿Por qué la descentralización fiscal? Mecanismos para hacerla efectiva	Enero, 2004
42	María M. Aguilera Díaz	Aguachica: Centro Agroindustrial del Cesar	Enero, 2004
43	Joaquín Viloría de la Hoz	La economía ganadera en el departamento de Córdoba	Marzo, 2004
44	Jorge García García	El cultivo de algodón en Colombia entre 1953 y 1978: una evaluación de las políticas gubernamentales	Abril, 2004
45	Adolfo Meisel R. Margarita Vega A.	La estatura de los colombianos: un ensayo de antropometría histórica, 1910-2002	Mayo, 2004
46	Gerson Javier Pérez V.	Los ciclos ganaderos en Colombia, 1950-2001	Junio, 2004
47	Gerson Javier Pérez V. Peter Rowland	Políticas económicas regionales: cuatro estudios de caso	Agosto, 2004
48	María M. Aguilera Díaz	La Mojana: Riqueza natural y potencial económico	Octubre, 2004
49	Jaime Bonet	Descentralización fiscal y disparidades en el ingreso regional: experiencia colombiana	Noviembre, 2004
50	Adolfo Meisel Roca	La economía de Ciénaga después del banano	Noviembre, 2004
51	Joaquín Viloría de la Hoz	La economía del departamento de Córdoba: ganadería y minería como sectores clave	Diciembre, 2004
52	Juan David Barón Gerson Javier Pérez V Peter Rowland.	Consideraciones para una política económica regional en Colombia	Diciembre, 2004
53	José R. Gamarra V.	Eficiencia Técnica Relativa de la ganadería doble propósito en la Costa Caribe	Diciembre, 2004
54	Gerson Javier Pérez V.	Dimensión espacial de la pobreza en Colombia	Enero, 2005
55	José R. Gamarra V.	¿Se comportan igual las tasas de desempleo de las siete principales ciudades colombianas?	Febrero, 2005

56	Jaime Bonet	Inequidad espacial en la dotación educativa regional en Colombia	Febrero, 2005
57	Julio Romero P.	¿Cuánto cuesta vivir en las principales ciudades colombianas? Índice de Costo de Vida Comparativo	Junio, 2005
58	Gerson Javier Pérez V.	Bolívar: industrial, agropecuario y turístico	Julio, 2005
59	José R. Gamarra V.	La economía del Cesar después del algodón	Julio, 2005
60	Jaime Bonet	Desindustrialización y terciarización espuria en el departamento del Atlántico, 1990 - 2005	Julio, 2005
61	Joaquín Viloria De La Hoz	Sierra Nevada de Santa Marta: Economía de sus recursos naturales	Julio, 2005
62	Jaime Bonet	Cambio estructural regional en Colombia: una aproximación con matrices insumo-producto	Julio, 2005
63	María M. Aguilera Díaz	La economía del Departamento de Sucre: ganadería y sector público	Agosto, 2005
64	Gerson Javier Pérez V.	La infraestructura del transporte vial y la movilización de carga en Colombia	Octubre, 2005
65	Joaquín Viloria De La Hoz	Salud pública y situación hospitalaria en Cartagena	Noviembre, 2005
66	José R. Gamarra V.	Desfalcos y regiones: un análisis de los procesos de responsabilidad fiscal en Colombia	Noviembre, 2005
67	Julio Romero P.	Diferencias sociales y regionales en el ingreso laboral de las principales ciudades colombianas, 2001-2004	Enero, 2006
68	Jaime Bonet	La terciarización de las estructuras económicas regionales en Colombia	Enero, 2006
69	Joaquín Viloria de la Hoz	Educación superior en el Caribe Colombiano: análisis de cobertura y calidad.	Marzo, 2006
70	José R. Gamarra V.	Pobreza, corrupción y participación política: una revisión para el caso colombiano	Marzo, 2006
71	Gerson Javier Pérez V.	Población y ley de Zipf en Colombia y la Costa Caribe, 1912-1993	Abril, 2006
72	María M. Aguilera Díaz	El Canal del Dique y su sub región: una economía basada en su riqueza hídrica	Mayo, 2006
73	Adolfo Meisel R. Gerson Javier Pérez V.	Geografía física y poblamiento en la Costa Caribe colombiana	Junio, 2006
74	Julio Romero P.	Movilidad social, educación y empleo: los retos de la política económica en el departamento del Magdalena	Junio, 2006
75	Jaime Bonet Adolfo Meisel Roca	El legado colonial como determinante del ingreso per cápita departamental en Colombia, 1975-2000	Julio, 2006
76	Jaime Bonet Adolfo Meisel Roca	Polarización del ingreso per cápita departamental en Colombia	Julio, 2006
77	Jaime Bonet	Desequilibrios regionales en la política de descentralización en Colombia	Octubre, 2006
78	Gerson Javier Pérez V.	Dinámica demográfica y desarrollo regional en Colombia	Octubre, 2006
79	María M. Aguilera Díaz Camila Bernal Mattos Paola Quintero Puentes	Turismo y desarrollo en el Caribe colombiano	Noviembre, 2006
80	Joaquín Viloria de la Hoz	Ciudades portuarias del Caribe colombiano: propuestas para competir en una economía globalizada	Noviembre, 2006
81	Joaquín Viloria de la Hoz	Propuestas para transformar el capital humano en el Caribe colombiano	Noviembre, 2006
82	Jose R. Gamarra Vergara	Agenda anticorrupción en Colombia: reformas, logros y recomendaciones	Noviembre, 2006
83	Adolfo Meisel Roca Julio Romero P	Igualdad de oportunidades para todas las regiones	Enero, 2007
84	Centro de Estudios Económicos Regionales CEER	Bases para reducir las disparidades regionales en Colombia Documento para discusión	Enero, 2007

85	Jaime Bonet	Minería y desarrollo económico en El Cesar	Enero, 2007
86	Adolfo Meisel Roca	La Guajira y el mito de las regalías redentoras	Febrero, 2007
87	Joaquín Viloría de la Hoz	Economía del Departamento de Nariño: ruralidad y aislamiento geográfico	Marzo, 2007
88	Gerson Javier Pérez V.	El Caribe antioqueño: entre los retos de la geografía y el espíritu paisa	Abril, 2007
89	Jose R. Gamarra Vergara	Pobreza rural y transferencia de tecnología en la Costa Caribe	Abril, 2007
90	Jaime Bonet	¿Porqué es pobre el Chocó?	Abril, 2007
91	Gerson Javier Pérez V.	Historia, geografía y puerto como determinantes de la situación social de Buenaventura	Abril, 2007
92	Jaime Bonet	Regalías y finanzas públicas en el Departamento del Cesar	Agosto, 2007
93	Joaquín Viloría de la Hoz	Nutrición en el Caribe Colombiano y su relación con el capital humano	Agosto, 2007
94	Gerson Javier Pérez V. Irene Salazar Mejía	La pobreza en Cartagena: Un análisis por barrios	Agosto, 2007
95	Jose R. Gamarra Vergara	La economía del departamento del Cauca: concentración de tierras y pobreza	Octubre, 2007
96	Joaquín Viloría de la Hoz	Educación, nutrición y salud: retos para el Caribe colombiano	Noviembre, 2007
97	Jaime Bonet Jorge Alvis	Bases para un fondo de compensación regional en Colombia	Diciembre, 2007
98	Julio Romero P.	¿Discriminación o capital humano? Determinantes del ingreso laboral de los afrocartageneros	Diciembre, 2007
99	Julio Romero P.	Inflación, costo de vida y las diferencias en el nivel general de precios de las principales ciudades colombianas.	Diciembre, 2007
100	Adolfo Meisel Roca	¿Por qué se necesita una política económica regional en Colombia?	Diciembre, 2007
101	Jaime Bonet	Las finanzas públicas de Cartagena, 2000 – 2007	Junio, 2008
102	Irene Salazar Mejía	Lugar encantados de las aguas: aspectos económicos de la Ciénega Grande del Bajo Sinú	Junio, 2008
103	Joaquín Viloría de la Hoz	Economía extractiva y pobreza en la ciénega de Zapatosa	Junio, 2008
104	Eduardo A. Haddad Jaime Bonet Geofrey J.D. Hewings Fernando Perobelli	Efectos regionales de una mayor liberación comercial en Colombia: Una estimación con el Modelo CEER	Agosto, 2008
105	Joaquín Viloría de la Hoz	Banano y revaluación en el Departamento del Magdalena, 1997-2007	Septiembre, 2008
106	Adolfo Meisel Roca	Albert O. Hirschman y los desequilibrios económicos regionales: De la economía a la política, pasando por la antropología y la historia	Septiembre, 2008
107	Julio Romero P.	Transmisión regional de la política monetaria en Colombia	Octubre, 2008
108	Leonardo Bonilla Mejía	Diferencias regionales en la distribución del ingreso en Colombia	Diciembre, 2008
109	María Aguilera Díaz Adolfo Meisel Roca	¿La isla que se repite? Cartagena en el censo de población de 2005	Enero, 2009
110	Joaquín Viloría De la Hoz	Economía y conflicto en el Cono Sur del Departamento de Bolívar	Febrero, 2009
111	Leonardo Bonilla Mejía	Causas de las diferencias regionales en la distribución del ingreso en Colombia, un ejercicio de micro-descomposición	Marzo, 2009
112	María M. Aguilera Díaz	Ciénega de Ayapel: riqueza en biodiversidad y recursos hídricos	Junio, 2009

113	Joaquín Viloría De la Hoz	Geografía económica de la Orinoquia	Junio, 2009
114	Leonardo Bonilla Mejía	Revisión de la literatura económica reciente sobre las causas de la violencia homicida en Colombia	Julio, 2009
115	Juan D. Barón	El homicidio en los tiempos del Plan Colombia	Julio, 2009
116	Julio Romero P.	Geografía económica del Pacífico colombiano	Octubre, 2009
117	Joaquín Viloría De la Hoz	El ferroníquel de Cerro Matoso: aspectos económicos de Montelíbano y el Alto San Jorge	Octubre, 2009
118	Leonardo Bonilla Mejía	Demografía, juventud y homicidios en Colombia, 1979-2006	Octubre, 2009
119	Luis Armando Galvis A.	Geografía económica del Caribe Continental	Diciembre, 2009
120	Luis Armando Galvis A Adolfo Meisel Roca.	Persistencia de las desigualdades regionales en Colombia: Un análisis espacial	Enero, 2010
121	Irene Salazar Mejía	Geografía económica de la región Andina Oriental	Enero, 2010
122	Luis Armando Galvis A Adolfo Meisel Roca.	Fondo de Compensación Regional: Igualdad de oportunidades para la periferia colombiana	Enero, 2010
123	Juan D. Barón	Geografía económica de los Andes Occidentales de Colombia	Marzo, 2010
124	Julio Romero	Educación, calidad de vida y otras desventajas económicas de los indígenas en Colombia	Marzo, 2010
125	Laura Cepeda Emiliani	El Caribe chocoano: riqueza ecológica y pobreza de oportunidades	Mayo, 2010
126	Joaquín Viloría de la Hoz	Finanzas y gobierno de las corporaciones autónomas regionales del Caribe colombiano	Mayo, 2010
127	Luis Armando Galvis	Comportamiento de los salarios reales en Colombia: Un análisis de convergencia condicional, 1984-2009	Mayo, 2010
128	Juan D. Barón	La violencia de pareja en Colombia y sus regiones	Junio, 2010
129	Julio Romero	El éxito económico de los costeños en Bogotá: migración interna y capital humano	Agosto, 2010
130	Leonardo Bonilla Mejía	Movilidad inter-generacional en educación en las ciudades y regiones de Colombia	Agosto, 2010
131	Luis Armando Galvis	Diferenciales salariales por género y región en Colombia: Una aproximación con regresión por cuantiles	Septiembre, 2010
132	Juan David Barón	Primeras experiencias laborales de los profesionales colombianos: Probabilidad de empleo formal y salarios	Octubre, 2010
133	María Aguilera Díaz	Geografía económica del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	Diciembre, 2010
134	Andrea Otero	Superando la crisis: Las finanzas públicas de Barranquilla, 2000-2009	Diciembre, 2010
135	Laura Cepeda Emiliani	¿Por qué le va bien a la economía de Santander?	Diciembre, 2010
136	Leonardo Bonilla Mejía	El sector industrial de Barranquilla en el siglo XXI: ¿Cambian finalmente las tendencias?	Diciembre, 2010
137	Juan David Barón	La brecha de rendimiento académico de Barranquilla	Diciembre, 2010
138	Luis Armando Galvis	Geografía del déficit de vivienda urbano: Los casos de Barranquilla y Soledad	Febrero, 2011
139	Andrea Otero	Combatiendo la mortalidad en la niñez: ¿Son las reformas a los servicios básicos una buena estrategia?	Marzo, 2011
140	Andrés Sánchez Jabba	La economía del mototaxismo: el caso de Sincelejo	Marzo, 2011
141	Andrea Otero	El puerto de Barranquilla: retos y recomendaciones	Abril, 2011

142	Laura Cepeda Emiliani	Los sures de Barranquilla: La distribución espacial de la pobreza	Abril, 2011
143	Leonardo Bonilla Mejía	Doble jornada escolar y la calidad de la educación en Colombia	Abril, 2011
144	María Aguilera Díaz	Habitantes del agua: El complejo lagunar de la Ciénaga Grande de Santa Marta	Mayo, 2011
145	Andrés Sánchez Jabba	El gas de La Guajira y sus efectos económicos sobre el departamento	Mayo, 2011
146	Javier Yabrudy Vega	Raizales y continentales: un análisis del mercado laboral en la isla de San Andrés	Junio, 2011
147	Andrés Sánchez Jabba	Reformas fiscales verdes y la hipótesis del doble dividendo: un ejercicio aplicado a la economía colombiana	Junio, 2011
148	Joaquín Vilorio de la Hoz	La economía anfibia de la isla de Mompo	Julio, 2011
149	Juan David Barón	Sensibilidad de la oferta de migrantes internos a las condiciones del mercado laboral en las principales ciudades de Colombia	Julio, 2011
150	Andrés Sánchez Jabba	Después de la inundación	Agosto, 2011
151	Luis Armando Galvis Leonardo Bonilla Mejía	Desigualdades regionales en la dotación de docentes calificados en Colombia	Agosto, 2011
152	Juan David Barón Leonardo Bonilla Mejía	La calidad de los maestros en Colombia: Desempeño en el examen de Estado del ICFES y la probabilidad de graduarse en el área de educación	Agosto, 2011
153	Laura Cepeda Emiliani	La economía de Risaralda después del café: ¿Hacia dónde va?	Agosto, 2011
154	Leonardo Bonilla Mejía Luis Armando Galvis	Profesionalización docente y la calidad de la educación en Colombia	Septiembre, 2011
155	Adolfo Meisel Roca	El sueño de los radicales y las desigualdades regionales en Colombia: La educación de calidad para todos como política de desarrollo territorial	Septiembre, 2011
156	Andrés Sánchez Jabba	Etnia y rendimiento académico en Colombia	Octubre, 2011
157	Andrea Otero	Educación para la primera infancia: Situación en el Caribe Colombiano	Noviembre, 2011
158	María Aguilera Díaz	La yuca en el Caribe colombiano: De cultivo ancestral a agroindustrial	Enero, 2012
159	Andrés Sánchez Jabba	El bilingüismo en los bachilleres colombianos	Enero, 2012
160	Karina Acosta Ordoñez	La desnutrición en los primeros años de vida: Un análisis regional para Colombia	Enero, 2012
161	Javier Yabrudy Vega	Treinta años de finanzas públicas en San Andrés Islas: De la autosuficiencia a la dependencia fiscal.	Enero, 2012
162	Laura Cepeda Emiliani Juan David Barón	Segregación educativa y la brecha salarial por género entre los recién graduados universitarios en Colombia	Febrero, 2012
163	Andrea Otero	La infraestructura aeroportuaria del Caribe colombiano	Febrero, 2012
164	Luis Armando Galvis	Informalidad laboral en las áreas urbanas de Colombia	Febrero, 2012

165	Gerson Javier Pérez Valbuena	Primera versión de la Política de Seguridad Democrática: ¿Se cumplieron los objetivos?	Marzo, 2012
166	Karina Acosta Adolfo Meisel Roca	Diferencias étnicas en Colombia: Una mirada antropométrica	Abril, 2012
167	Laura Cepeda Emiliani	¿Fuga interregional de cerebros? El caso colombiano	Abril, 2012
168	Yuri C. Reina Aranza	El cultivo de ñame en el Caribe colombiano	Junio, 2012
169	Andrés Sánchez Jabba Ana María Díaz Alejandro Peláez et al.	Evolución geográfica del homicidio en Colombia	Junio, 2012
170	Karina Acosta	La obesidad y su concentración según nivel socioeconómico en Colombia	Julio, 2012
171	Javier Yabrudy Vega	El aguacate en Colombia: Estudio de caso de los Montes de María, en el Caribe colombiano.	Agosto, 2012
172	Andrea Otero	Cali a comienzos del Siglo XXI: ¿Crisis o recuperación?	Agosto, 2012
173	Luis Armando Galvis Bladimir Carrillo	Un índice de precios espacial para la vivienda urbana en Colombia: Una aplicación con métodos de emparejamiento.	Septiembre, 2012
174	Andrés Sánchez Jabba	La reinención de Medellín.	Octubre, 2012
175	Karelys Katina Guzmán	Los subsidios de oferta y el régimen subsidiado de salud en Colombia.	Noviembre, 2012
176	Andrés Sánchez Jabba	Manejo ambiental en Seaflower, Reserva de Biosfera en el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina.	Noviembre, 2012
177	Luis Armando Galvis Adolfo Meisel	Convergencia y trampas espaciales de pobreza en Colombia: Evidencia reciente.	Diciembre, 2012
178	Karina Acosta	Cartagena, entre el progreso industrial y el rezago social.	Diciembre, 2012
179	Gerson Javier Pérez V.	La Política de Seguridad Democrática 2002-2006: efectos socioeconómicos en las áreas rurales.	Diciembre, 2012
180	María Aguilera Díaz	Bucaramanga: capital humano y crecimiento económico.	Enero, 2013
181	Andrés Sánchez Jabba	Violencia y narcotráfico en San Andrés	Febrero, 2013
182	Luis Armando Galvis	¿El triunfo de Bogotá?: desempeño reciente de la ciudad capital.	Febrero, 2013
183	Laura Cepeda y Adolfo Meisel	¿Habrán una segunda oportunidad sobre la tierra? Instituciones coloniales y disparidades económicas regionales en Colombia.	Marzo, 2013
184	Karelys Guzmán Finol	La industria de lácteos en Valledupar: primera en la región Caribe.	Marzo, 2013

185	Gerson Javier Pérez Valbuena	Barranquilla: avances recientes en sus indicadores socioeconómicos, y logros en la accesibilidad geográfica a la red pública hospitalaria.	Mayo, 2013
186	Luis Armando Galvis	Dinámica de crecimiento económico y demográfico regional en Colombia, 1985-2011	Mayo, 2013
187	Andrea Otero	Diferencias departamentales en las causas de mortalidad en Colombia	Mayo, 2013
188	Karelys Guzmán Finol	El río Cesar	Junio, 2013
189	Andrés Sánchez	La economía del bajo San Jorge	Julio, 2013
190	Andrea Otero	Río Ranchería: Entre la economía, la biodiversidad y la cultura	Julio, 2013
191	Andrés Sánchez Jabba	Bilingüismo en Colombia	Agosto, 2013
192	Gerson Javier Pérez Valbuena Adolfo Meisel Roca	Ley de Zipf y de Gibrat para Colombia y sus regiones:1835-2005	Octubre, 2013
193	Adolfo Meisel Roca Leonardo Bonilla Mejía Andrés Sánchez Jabba	Geografía económica de la Amazonia colombiana	Octubre, 2013
194	Karina Acosta	La economía de las aguas del río Sinú	Octubre, 2013
195	María Aguilera Díaz	Montes de María: Una subregión de economía campesina y empresarial	Diciembre, 2013
196	Luis Armando Galvis Adolfo Meisel Roca	Aspectos regionales de la movilidad social y la igualdad de oportunidades en Colombia	Enero, 2014
197	Andrés Sánchez Jabba	Crisis en la frontera	Enero, 2014
198	Jaime Bonet Joaquín Urrego	El Sistema General de Regalías: ¿mejoró, empeoró o quedó igual?	Enero, 2014
199	Karina Acosta Julio Romero	Estimación indirecta de la tasa de mortalidad infantil en Colombia, 1964-2008	Febrero, 2014
200	Yuri Carolina Reina A.	Acceso a los servicios de salud en las principales ciudades colombianas (2008-2012)	Marzo, 2014
201	Antonio José Orozco Gallo	Una aproximación regional a la eficiencia y productividad de los hospitales públicos colombianos	Marzo, 2014
202	Karelys Guzmán Finol	Radiografía de la oferta de servicios de salud en Colombia	Mayo, 2014
203	Jaime Bonet Karelys Guzmán Finol Joaquín Urrego Juan Miguel Villa	Efectos del nuevo Sistema General de Regalías sobre el desempeño fiscal municipal: un análisis dosis-respuesta	Junio, 2014
204	Jhorland Ayala García	La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso	Julio, 2014

205	Jaime Bonet Gerson Javier Pérez V. Jhorland Ayala	Contexto histórico y evolución del SGP en Colombia	Julio, 2014
206	Andrés Sánchez Jabba	Análisis de la respuesta del Estado colombiano frente al Fenómeno de La Niña 2010-2011: El caso de Santa Lucía	Julio, 2014
207	Luis Armando Galvis	Eficiencia en el uso de los recursos del SGP: los casos de la salud y la educación	Agosto, 2014
208	Gerson Javier Pérez V. Ferney Valencia Bernardo González Julio Cesar Cardona	Pereira: contexto actual y perspectivas	Septiembre, 2014
209	Karina Acosta Julio Romero P.	Cambios recientes en las principales causas de mortalidad en Colombia	Octubre, 2014
210	Jhorland Ayala García	Crecimiento económico y empleo en Ibagué	Diciembre, 2014
211	Lina Marcela Moyano Luis Armando Galvis	¿Oportunidades para el futuro?: la movilidad social de los adolescentes en Colombia	Diciembre, 2014
212	Jhorland Ayala García	Aspiraciones económicas, conflicto y trampas de pobreza en Colombia	Diciembre, 2014
213	Karina Acosta	La salud en las regiones colombianas: inequidad y morbilidad	Diciembre, 2014
214	María Aguilera Díaz	Determinantes del desarrollo en la avicultura en Colombia: instituciones, organizaciones y tecnología	Diciembre, 2014
215	Karelys Guzmán-Finol	¿Qué hay detrás de un cambio en la productividad hospitalaria?	Febrero, 2015
216	Luis Armando Galvis-Aponte Lucas Wilfried Hahn-De-Castro	Crecimiento municipal en Colombia: El papel de las externalidades espaciales, el capital humano y el capital físico	Febrero, 2015
217	Jhorland Ayala-García	Evaluación externa y calidad de la educación en Colombia	Abril, 2015
218	Gerson Javier Pérez-Valbuena Alejandro Silva-Ureña	Una mirada a los gastos de bolsillo en salud para Colombia	Abril, 2015
219	Jaime Bonet-Morón Yuri Reina-Aranza	Necesidades de inversión y escenarios fiscales en Cartagena	Mayo, 2015
220	Antonio José Orozco-Gallo	Un análisis del gasto público en salud de los entes territoriales colombianos	Mayo, 2015