

Cuarta parte

LAS FINANZAS DEL SECTOR SALUD

UN ANÁLISIS DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD DE LOS ENTES TERRITORIALES COLOMBIANOS

Antonio José Orozco-Gallo

La financiación y el gasto son uno de los elementos más importantes de los sistemas de salud; su conocimiento ayudaría a los formuladores de política a planear mejor para el futuro (Kea *et al.*, 2011). A esto se añade que las mejoras en la salud son fundamentales para el bienestar de la población y esenciales para el desarrollo económico y social sostenible de un país (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2010). En la actualidad la composición del financiamiento de la salud en Colombia se asemeja a la de los países integrantes de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (Escobar *et al.*, 2010). De hecho, en promedio entre 2003 y 2012 el gasto público representó tres cuartas partes del gasto total en salud, por encima de los países miembros de la OCDE y de la región de 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 la década de los noventa (Escobar *et al.*, 2010). Estas fueron fortalecidas, años más tarde, mediante la descentralización de competencias y recursos, las cuales 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. Los recursos públicos pasaron a ser asignados mediante criterios que favorecen su gestión de manera eficiente.

Estas medidas han alcanzado 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, 2017), 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, 2017), 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 período 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.

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

1. 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 beneficios sociales, especialmente en áreas de alto impacto, como la salud (Kang *et al.*, 2012; Costa-Font y Moscone, 2008; World Bank, 2003). Esta delegación de facultades dan lugar a lo que se conoce como un proceso de descentralización (Bonet *et al.*, 2016; Guerrero *et al.*, 2014).

En Colombia los primeros avances normativos en términos de descentralización se establecieron en la constitución de 1886 (Espitia, 2004; Martínez, 1991). Sin embargo, fue desde finales de los años sesenta y mediados de los setenta 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, implementado por el gobierno nacional (Ley 33 de 1968)¹. Luego, los

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: 30,5% a partir del 1 de julio de 1986, 32% en 1987, 34,5% en 1988, 37,5% en 1989, 41% en 1990, 45% en 1991 y 50% en adelante.

departamentos afianzaron sus finanzas por medio del denominado 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.

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 lo ilustra el Anexo 2. Allí 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.*, 2011a; Barón, 2007; Morales, 1997).

Los años ochenta marcaron el inicio de la descentralización política en el país: la elección popular de alcaldes en 1986 (Ley 78) y, cinco años después, la de gobernadores (Constitución 1991) hicieron parte de este proceso (Bonet *et al.*, 2016; Guerrero *et al.*, 2014; Arroyave, 2009). A estos ajustes se sumó la Ley 10 de 1990, que estableció la forma de emprender 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).

La Constitución Política de 1991 consagró los principios de descentralización y autonomía territorial. En consecuencia, los gobiernos subnacionales asumieron nuevas responsabilidades, así como los recursos necesarios para desarrollarlas (artículos 356 y 357). Del mismo modo, la nueva Constitución cambió la concepción de los servicios de la salud, al considerarlos como un

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.

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 *et al.*, 2011a).

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 ICN. Para los años siguientes, el porcentaje podía crecer sin sobrepasar el 25% de los ION (arts. 6 y 32, Ley 10 de 1990).

derecho irrenunciable de todos los habitantes⁵ (Bonet *et al.*, 2016; Guerrero *et al.*, 2014). Con el fin de reglamentar el precepto constitucional, se promulgó la Ley 60 de 1993, que 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 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). De acuerdo 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 papel 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 en la expedición de las leyes 60 y 100 contribuyó a su diferencia de enfoque. Por tal motivo, durante la transición hacia el nuevo sistema de salud fueron evidentes vacíos normativos y ambigüedades (Guerrero *et al.*, 2014; 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 de finales de los años noventa limitó el recaudo tributario y, por 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.*, 2016).

⁵ Sumado a esto, en su artículo 49 ordenó que los servicios de salud se organizaran 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 que alcanzaron el 22% en 2001 (art. 10 y 24 Ley 60 de 1993).

En este contexto la Constitución de 1991 sumó su undécima reforma mediante el 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 recursos, los cuales se asignan de manera directa 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 [DNP], 2002; Santamaría *et al.*, 2001).

No obstante, y contrario a lo ocurrido con los anteriores esquemas de transferencias, el SGP adolece de 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 (pp) bajo el SGP, cuando habían crecido en un punto porcentual con la Ley 60 (Bonet *et al.*, 2016; Departamento Nacional de Planeación, 2002).

⁷ El Acto Legislativo 01 de 2001 (art. 3) estableció la base inicial del SGP en COP 10,9 billones (b) 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.

2. 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 establecer condiciones de acceso en todos los niveles de atención para todos los habitantes. 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.

2.1 COMPETENCIAS Y ACTORES

En el sistema de salud colombiano se consideran, desde el marco legislativo actual⁹, seis competencias: rectoría, modulación, financiamiento, aseguramiento, salud pública y prestación de servicios (Cuadro 1). La rectoría, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), 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, realizada de manera conjunta por la Superintendencia Nacional de Salud (SNS) 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) y, de acuerdo con criterios de

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

⁹ Se refiere a las Leyes 715 de 2001, 1122 de 2007 y 1438 de 2011.

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

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 tanto, es una responsabilidad conjunta de las EPS y los entes territoriales, en especial los municipios, 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: PIC).

Por último, la provisión de servicios de salud se delegó a 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 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 (Ley 60/93 y Ley 715/01), en la realidad los departamentos, distritos y municipios asumen múltiples competencias y se enfrentan a reglas que presentan 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).

2.2 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 (Diagrama 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.

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		Departamentos	SNS
	Inspección, vigilancia y control en la prestación de los servicios de atención		Departamentos	SNS
	Inspección, vigilancia y control en el aseguramiento de la población		Departamentos	SNS
	Planes bienales de inversiones públicas para la prestación de los servicios de salud	MSPS	Departamentos	
	Habilitar EPS	SNS		
	Habilitar IPS		Departamentos y distritos	

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).

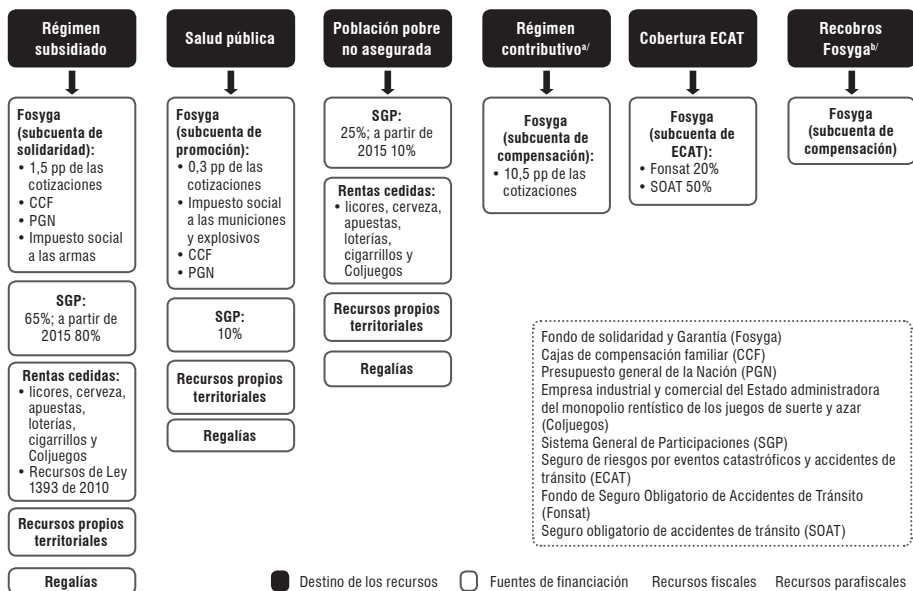
CUADRO 1. (CONTINUACIÓN) COMPETENCIAS Y ACTORES EN EL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO

COMPETENCIAS	DESCRIPCIÓN	ACTORES		
		GOBIERNO NACIONAL	ENTES TERRITORIALES	ASEGURADORAS Y PRESTADORES
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		

Notas: 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: leyes 715 de 2001, 1122 de 2007, 1438 de 2011, Guerrero et al. (2014), MSPS (2012) y García (2005); elaboración del autor.

DIAGRAMA 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.

^{4/} También utiliza recursos de la subcuenta de promoción para financiar acciones a cargo de las EPS y Plan Ampliado de Inmunizaciones.

^{5/} Comprende recobros por servicios y medicamentos no incluidos en el plan de beneficios y fallos de tutela.

Fuente: MSPSP (2013a); elaboración del autor.

Los aportes del Fosyga y del SGP constituyen el mecanismo esencial de financiamiento de los recursos del sector salud. Precisamente, en promedio entre 2010 y 2013 ambas fuentes cubrieron el 90,0% del gasto público en salud, el cual ascendió de 4,4% del PIB en 2010 a 4,6% en 2013 (Cuadro 2). Dicho incremento está asociado con la tendencia creciente que han mantenido las cotizaciones, con los nuevos recursos generados por la Ley 1393 de 2010 y con los aportes de la nación a la subcuenta de solidaridad, para financiar la igualación del POS del régimen subsidiado con el del contributivo (MSPSP, 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 10 PP 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 (MSPS, 2013a).

CUADRO 2. PROMEDIO ANUAL DE LAS FUENTES Y DESTINOS DE LOS RECURSOS PÚBLICOS DEL SISTEMA DE SALUD, 2010-2013
(porcentaje del PIB)

FUENTE / DESTINO	RÉGIMEN SUBSIDIADO	SALUD PÚBLICA	POBLACIÓN POBRE NO ASEGURADA	RÉGIMEN CONTRIBUTIVO ^{a/}	RECOBROS ^{b/}	COBERTURA ECAT	OTROS ^{c/}	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
Regalias	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

^{a/} También utiliza recursos de la subcuenta de promoción para financiar acciones a cargo de EPS y del Plan Ampliado de Inmunizaciones.

^{b/} Comprende cobros por servicios no incluidos en el plan de beneficios y por fallos de tutela.

^{c/} 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.

Nota: algunos recursos provienen de distintas fuentes y, además, tienen diferente destino, por ello las celdas en blanco.

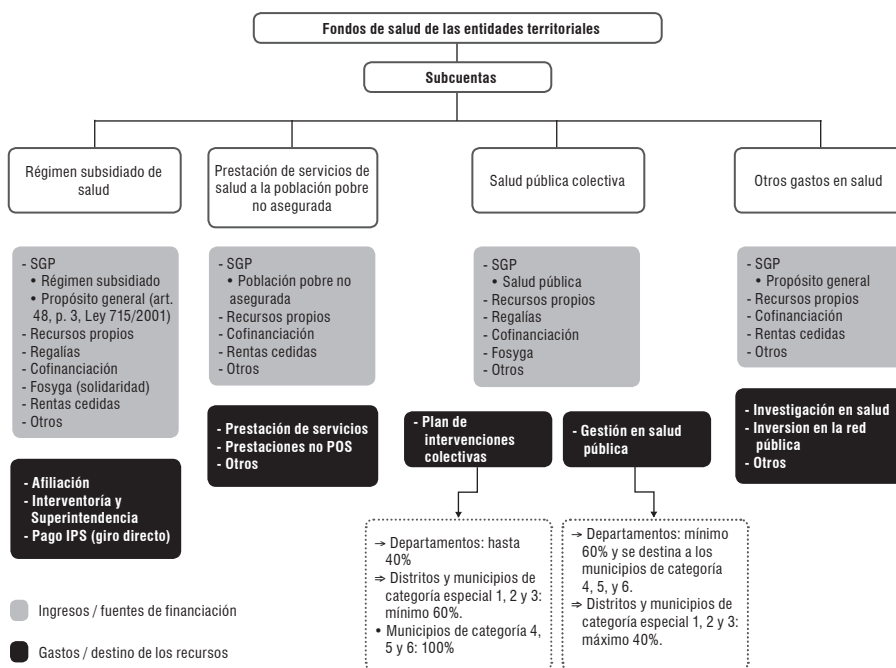
Fuente: MSPS (2013a) y DANE; cálculos del autor.

Es importante señalar que la estructura de financiamiento del sistema puede verse modificada de manera sustancial por la Ley Estatutaria de Salud, puesto que en un único ente se centralizaría 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 que no fueron cubiertas por el POS.

3. 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 (Diagrama 2). Los recursos en cada subcuenta son canalizados por medio de cuentas maestras constituidas con entidades financieras, con excepción de otros gastos en salud.

DIAGRAMA 2. ESTRUCTURA DE FINANCIAMIENTO DE LOS FONDOS DE SALUD DE LAS ENTIDADES TERRITORIALES



Fuente: leyes 715 de 2001, 1122 de 2007, y resoluciones 3042 de 2007 y 4204 de 2008; elaboración del autor.

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

3.1 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, cuya ponderación 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.

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). Un poco más de la mitad del gasto se destinó a la prestación de servicios a la población pobre no asegurada (Gráfico 1 panel A), rubro que disminuyó sus recursos a causa de los avances logrados en la cobertura del aseguramiento (MSPS, 2013a).

Desde 2007 la subcuenta de prestación de servicios a la población pobre no asegurada financia 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 pp del crecimiento real de 25,3% en el gasto. Es importante mencionar que las prestaciones no incluidas en el POS, en especial 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 (Azuelo, 2012).

¹³ En adelante, ente territorial hace alusión tanto a departamentos como a municipios.

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

CUADRO 3. PROMEDIO ANUAL DE LAS FUENTES Y DESTINOS DE LOS RECURSOS TERRITORIALES DEL SISTEMA DE SALUD^{a/}, 2007-2013
(porcentaje del PIB)

A. DEPARTAMENTOS					
FUENTE / DESTINO	RÉGIMEN SUBSIDIADO	SALUD PÚBLICA	POBLACIÓN POBRE NO ASEGURADA	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	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. Se prescindió de la información de cincuenta entes (1 departamento y 49 municipios) durante el periodo 2007-2013 por presentar valores extremos. Se excluyeron las transferencias entre departamentos y municipios dentro del gasto en salud, para evitar una doble contabilidad.

^{a/} El Cuadro 2 y el Cuadro 3 no son comparables porque el primero incluye cuentas que el segundo no (régimen contributivo, recobros y cobertura EGAT), el período de análisis no es el mismo, y el manejo contable de las fuentes y destinos es diferente desde los fondos de salud territoriales.

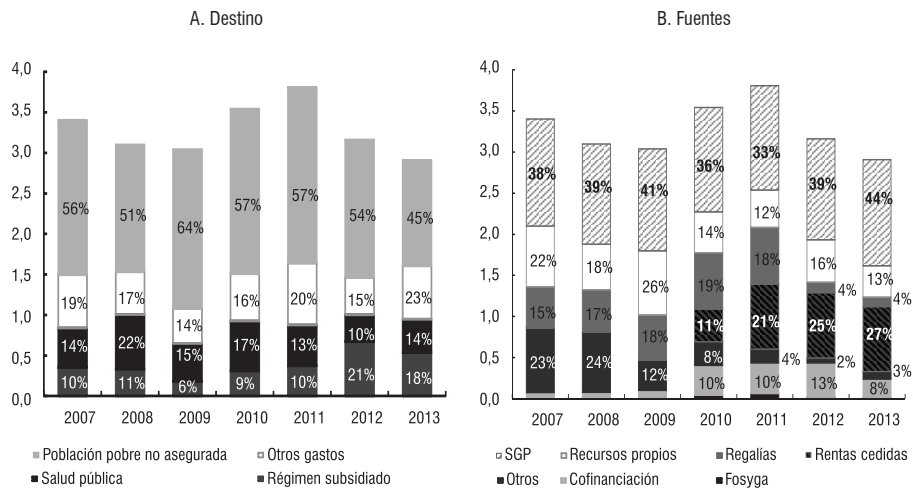
Fuentes: DNP y DANE; cálculos del autor.

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 1 panel B), 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, en julio de 2010 el Congreso expidió la Ley

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 del 21 de enero de 2010.

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).

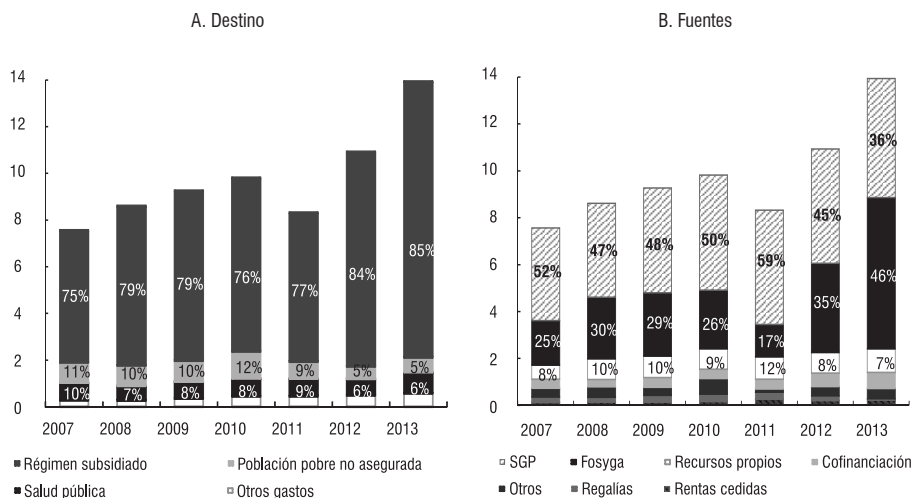
GRÁFICO 1. GASTO DEPARTAMENTAL EN EL SECTOR SALUD POR DESTINO Y FUENTES, 2007 - 2013
(billones de pesos constantes de 2013)



Fuente: DNP; cálculos del autor.

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 2 panel A), con el fin de mejorar la cobertura dentro del propósito de aseguramiento universal (MSPS, 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 2 panel B). 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 (MSPS, 2014a). Dicha disminución se formalizó mediante la Resolución 477 de 2011, con el objetivo de liberar recursos para fortalecer la subcuenta de compensación y de promoción y prevención (MPS, 2010).

GRÁFICO 2. GASTO MUNICIPAL EN EL SECTOR SALUD POR DESTINO Y FUENTES, 2007-2013
(billones de pesos constantes de 2013)



Fuente: DNP; cálculos del autor.

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 1 panel B). Lo anterior, 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 (MSPS, 2013a).

3.2 DIFERENCIAS TERRITORIALES EN EL GASTO PÚBLICO EN SALUD

Existen diferencias en el gasto en salud ejecutado 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 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, par. 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 tanto, mayores costos de atención, derivados, entre otros, del transporte de pacientes. Es por esto que aquellos municipios que destinaron mayores recursos para la salud (quintil 5), como muestra el Mapa 1, panel B, 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 con respecto al resto de municipios del país¹⁷.

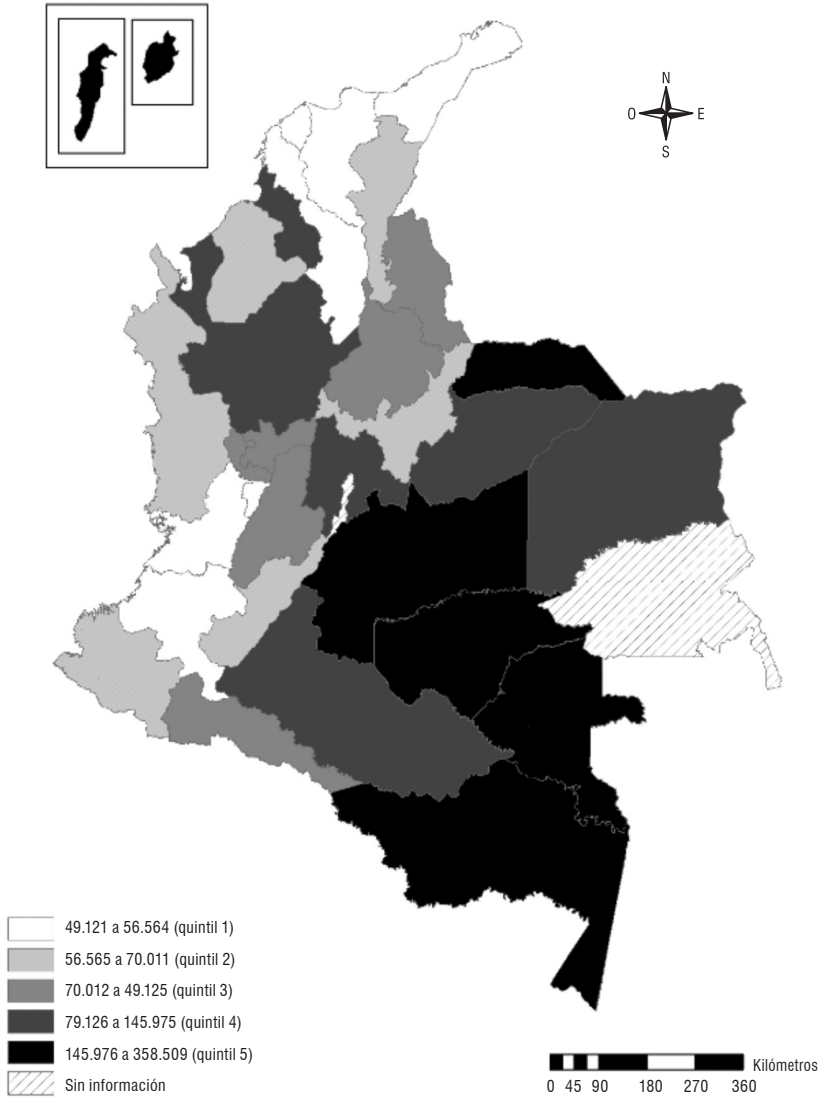
Si bien el gasto en salud difiere dentro de un mismo nivel territorial, no se encontraron indicios de desigualdad. Lo anterior porque en 2013 el gasto per cápita promedio de los departamentos y municipios que más invirtieron en el sector (quintil 5) supera en 4 y 3 veces, respectivamente, el gasto por 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).

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).

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 véanse los artículos 9 y 10 del Acuerdo 19 de 2010 de la Comisión de Regulación en Salud.

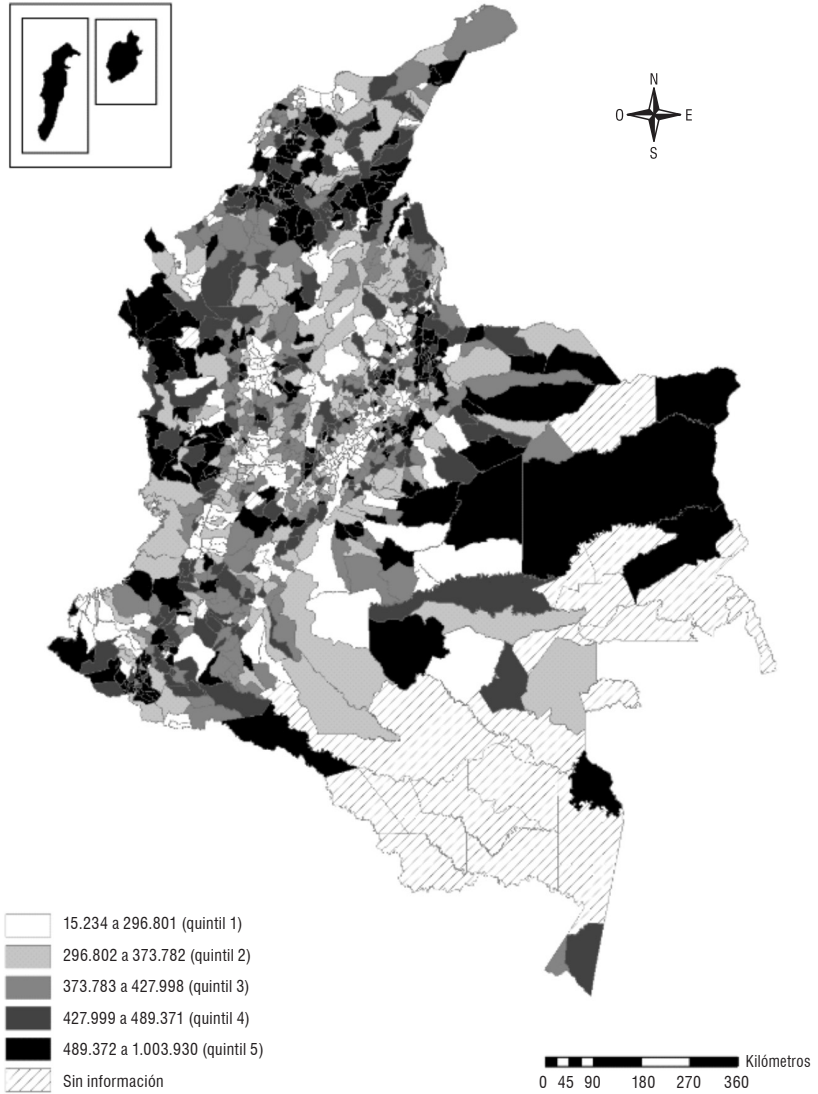
MAPA 1. GASTO EN SALUD PER CÁPITA POR DEPARTAMENTOS Y MUNICIPIOS, 2013 (pesos)

A. Departamentos



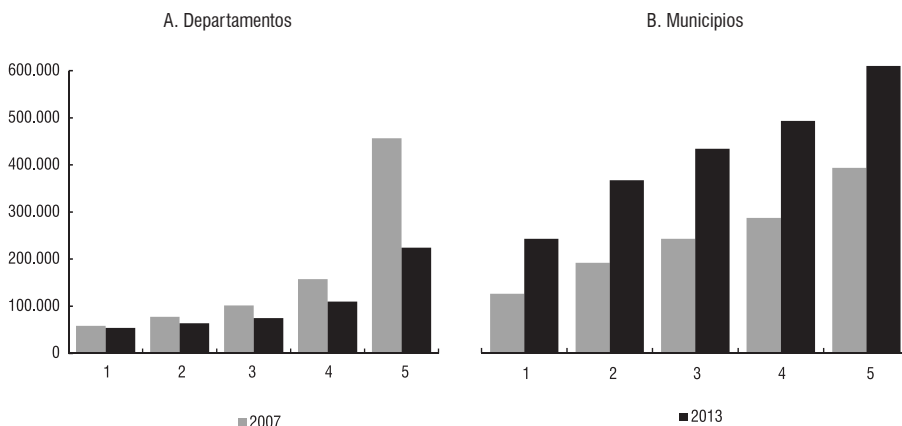
MAPA 1. (CONTINUACIÓN) GASTO EN SALUD PER CÁPITA POR DEPARTAMENTOS Y MUNICIPIOS, 2013
(PESOS)

B. Municipios



Fuente: DNP y DANE; cálculos del autor.

GRÁFICO 3. GASTO EN SALUD PER CÁPITA POR QUINTIL, EN DEPARTAMENTOS Y MUNICIPIOS, 2007 Y 2013
(pesos constantes de 2013)



Fuente: DNP y DANE; cálculos del autor.

4. RESULTADOS 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.

4.1 RÉGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD: LA EQUITAD, EL PRINCIPAL LOGRO

Por medio de esta subcuenta se financia la afiliación al régimen subsidiado de la población pobre identificada por cada 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

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

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, COP 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 un 80% 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 (MSPS, 2013a).

CUADRO 4. RECURSOS TERRITORIALES DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD, 2007-2013
(promedio porcentual anual de participación)

FUENTE / DESTINO	AFLIACIÓN	INTERVENTORÍA Y SUPER-INTENDENCIA DE SALUD	PAGO IPS (GIRO DIRECTO)	OTROS ^{a/}	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.

^{a/} Incluye: reservas de inversión, pago de déficit de inversión y pago de deuda de contratos.

Fuente: DNP; cálculos del autor.

En la actualidad cerca del 96% de la población colombiana se encuentra asegurada. Es una 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).

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 MSPS de forma directa a los aseguradores, a nombre de las entidades territoriales.

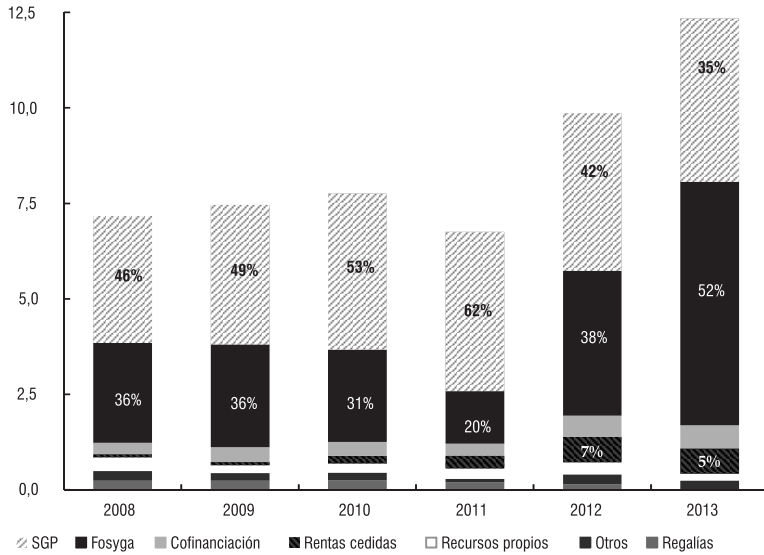
Para tal logro, la Ley 1122/07 dio un paso importante al establecer que para el año 2010 debería estar cubierta toda la población susceptible de ser afiliada al régimen subsidiado, es decir, todos los individuos clasificados en los niveles I, II y III del Sistema de Identificación y Selección de Beneficiarios (Sisbén) aptos para pertenecer al régimen en cuestión (Orozco, 2014; Observatorio de la Seguridad Social, 2012).

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. No obstante, 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 esperaba que la cobertura del contributivo mejorara 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 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 COP 5,9 billones durante ese lapso para financiar el acceso a servicios de cuatro millones de nuevos afiliados (gráficos 4 y 5). De este modo, cada nuevo asegurado le costó al Estado COP 1,4 millones, un poco más del doble de la UPC anual del régimen contributivo para 2015, fijada en COP 629.974 (Resolución 5925 de 2014). Este hecho está asociado con 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, según el MSPS (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 un mayor aporte de la subcuenta de solidaridad del Fosyga dentro de la financiación (Gráfico 4).

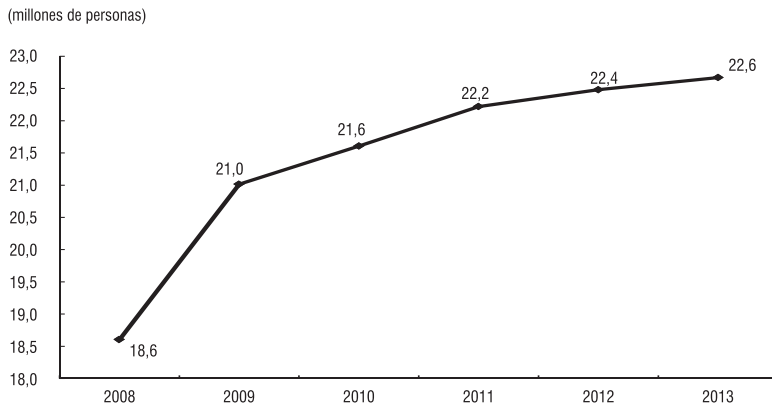
Los logros en aseguramiento también constituyen un importante avance en términos de equidad, puesto que la mayor cobertura se ha concentrado en la población más pobre (Guzmán, 2017; Núñez y Zapata, 2012; Pinto y Muñoz, 2010). Este hecho se puede corroborar en el Mapa 2, donde los departamentos más pobres fueron cobijados por una mayor cobertura del régimen subsidiado, sobre todo 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)



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

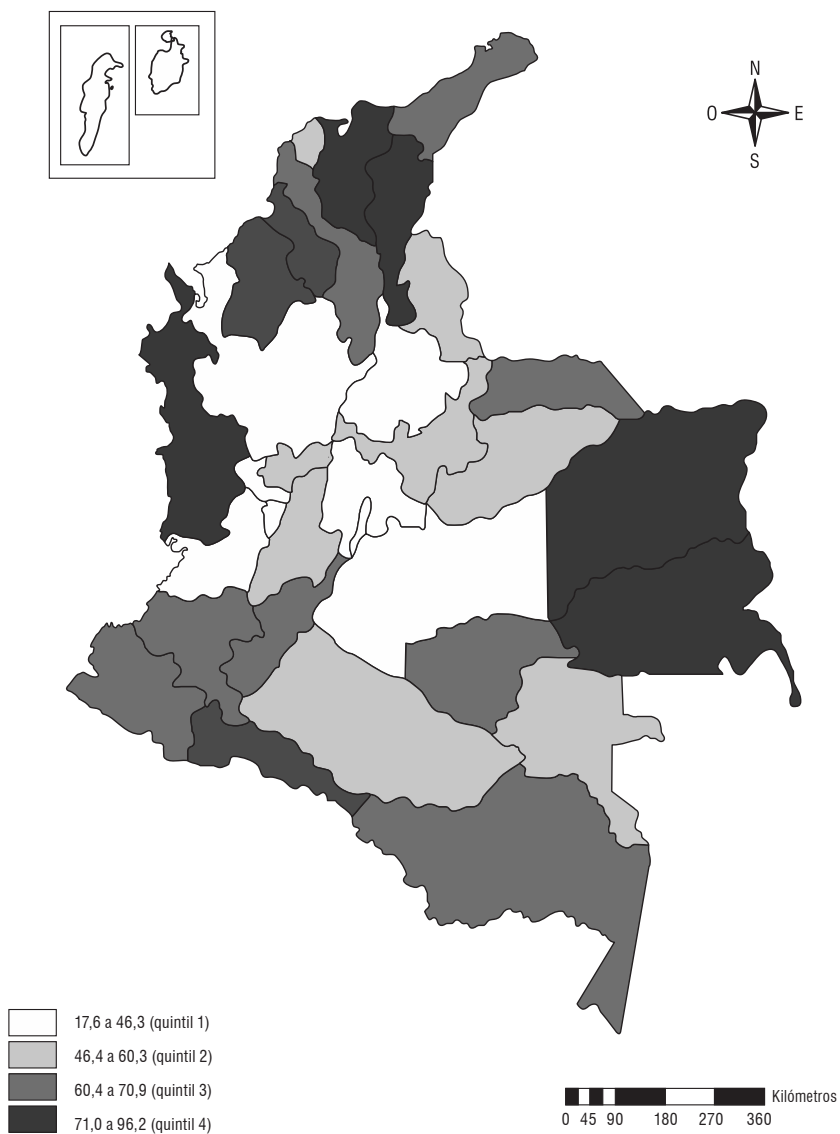
GRÁFICO 5. PERSONAS AFILIADAS AL RÉGIMEN SUBSIDIADO, 2008-2013



Fuente: MSPS (Base única a diciembre de cada año).

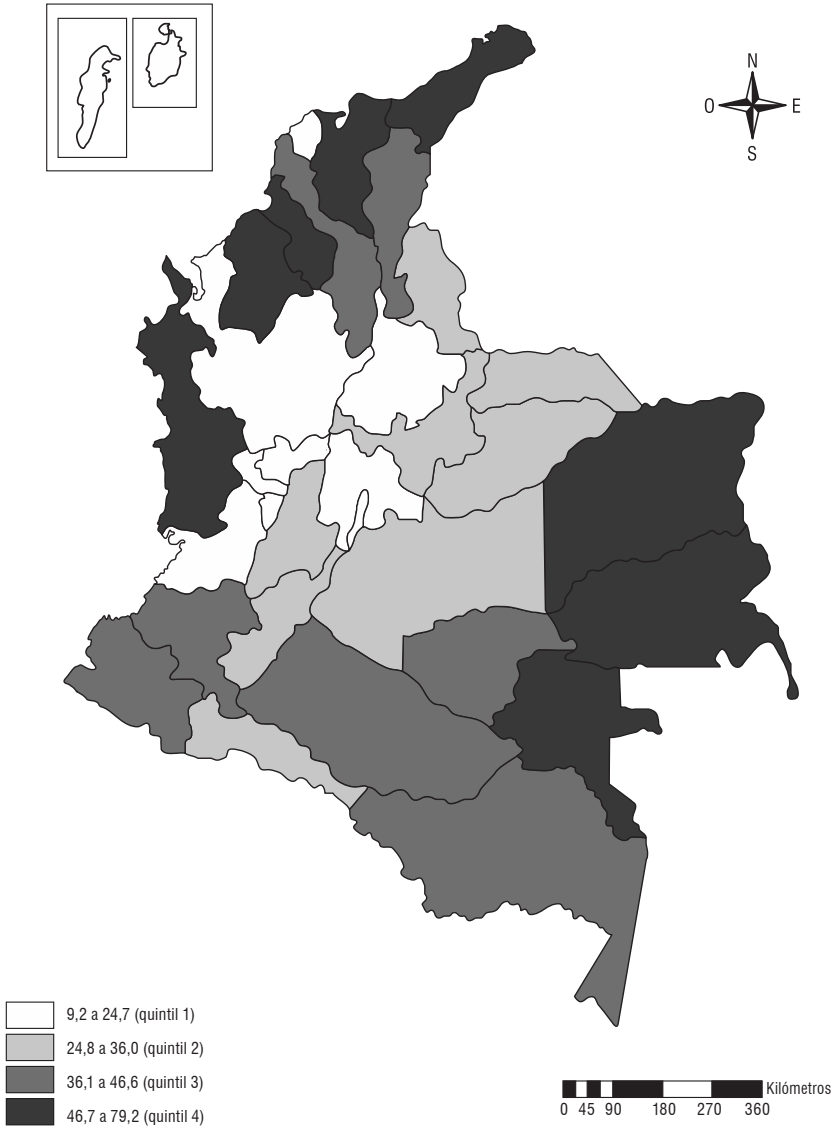
MAPA 2. COBERTURA DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO Y POBLACIÓN POBRE^{a/} (porcentaje)

A. Cobertura por departamentos, promedio 2008-2013



MAPA 2. (CONTINUACIÓN) COBERTURA DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO Y POBLACIÓN POBRE^{a/}
(porcentaje)

B. Personas con NBI por departamentos, 2005



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

Fuente: MSPS y DANE; cálculos del autor.

4.3 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 6 panel A). Los recursos del SGP financiaron un poco más de la mitad de las erogaciones de la subcuenta, seguidos por los recursos propios (15,5%) (Gráfico 6 panel B).

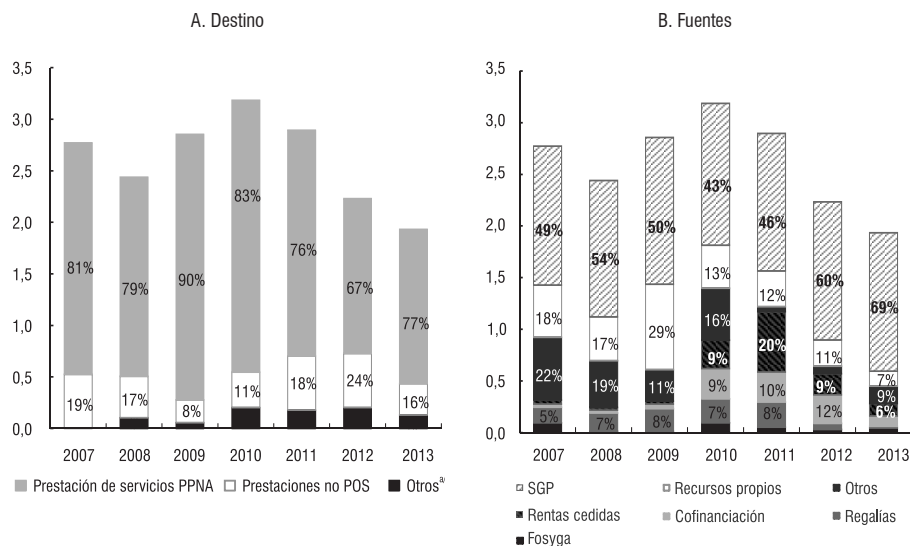
El gasto por prestación de servicios a la población pobre no asegurada cayó, en términos reales, en un 4,5% promedio anual (Gráfico 6). Lo anterior porque a mayor cobertura en el régimen subsidiado menor el número de no asegurados. Este hecho contribuyó de manera significativa al descenso de la subcuenta, 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 con la forma como se distribuyen y asignan los recursos del SGP, principal fuente de financiación de la subcuenta, dentro de los entes territoriales²¹.

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.*, 2011b; 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 representaron un 3,2% y en la subcuenta un 15,9%, en promedio durante el período de análisis.

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.

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 asegurado, 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).

GRÁFICO 6. GASTO TERRITORIAL EN PRESTACIÓN DE SERVICIOS A LA POBLACIÓN POBRE NO ASEGURADA, 2007-2013
(billones de pesos constantes de 2013)



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

a/ Incluye: reservas de inversión y pago de déficit.

Fuente: DNP; cálculos del autor.

Además, 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, es importante resaltar que Caldas, Norte de Santander, Santander y Tolima, que se ubicaron por encima del promedio nacional (Gráfico 7), también registraron un alto número de tutelas en salud por persona. Los dos primeros departamentos se encuentran dentro de los que más solicitaron el derecho a la salud mediante tutelas (Anexo 4)²³.

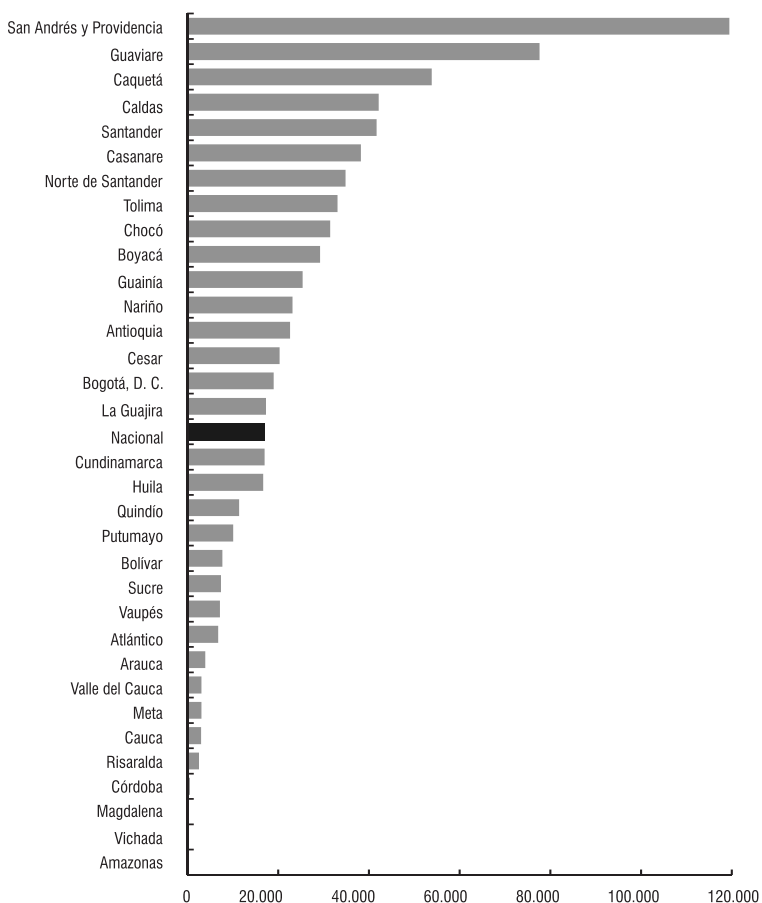
4.4 SALUD PÚBLICA COLECTIVA: RESULTADOS INSUFICIENTES

La descentralización en salud pública (Ley 10 de 1990 y 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

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

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 MSPS e implementado por los entes territoriales (Diagrama 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 (MSPS, 2012; Balladelli *et al.*, 2009).

GRÁFICO 7. GASTO EN PRESTACIONES NO POS POR AFILIADO AL RÉGIMEN SUBSIDIADO, PROMEDIO ANUAL, 2007-2013
(pesos)



Fuentes: DNP (gasto) y MSPS (afiliados); cálculos del autor.

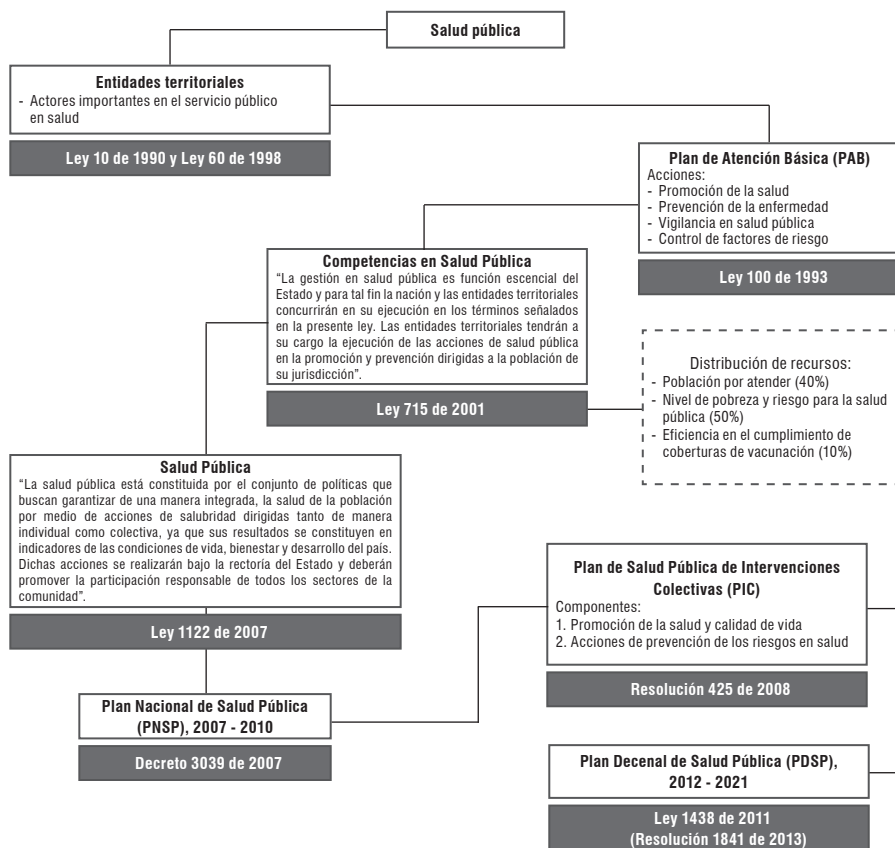
La Ley 715 de 2001 intentó corregir estas dificultades al transferir a los municipios algunas de las acciones de promoción y prevención contenidas en el POS, al definir criterios en la distribución de recursos y al fijar competencias claras entre los distintos actores. Aun así, persistieron problemas, como el 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 período 2007-2010. En este escenario fue necesario acoplar el plan dentro de las acciones a cargo de los entes territoriales. Para ello, se implementó el PIC, compuesto por: i) promoción de la salud y calidad de vida, y ii) prevención de los riesgos en salud²⁴ (Diagrama 3).

Para su ejecución, las acciones en salud pública demandaron, en promedio, COP 1,15 billones anuales durante 2007-2013 (9,5% del gasto territorial en salud). 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, rubros 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 (sección 4.1 y Gráfico 8, panel B). Los recursos propios contrarrestaron esta circunstancia con un importante incremento en el año siguiente, que permitió que el gasto alcanzara su segundo nivel más alto durante el período 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 8, panel A).

²⁴ En adelante, para simplificar, promoción y prevención. 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 empezó en 2014 (MSPS, 2013b).

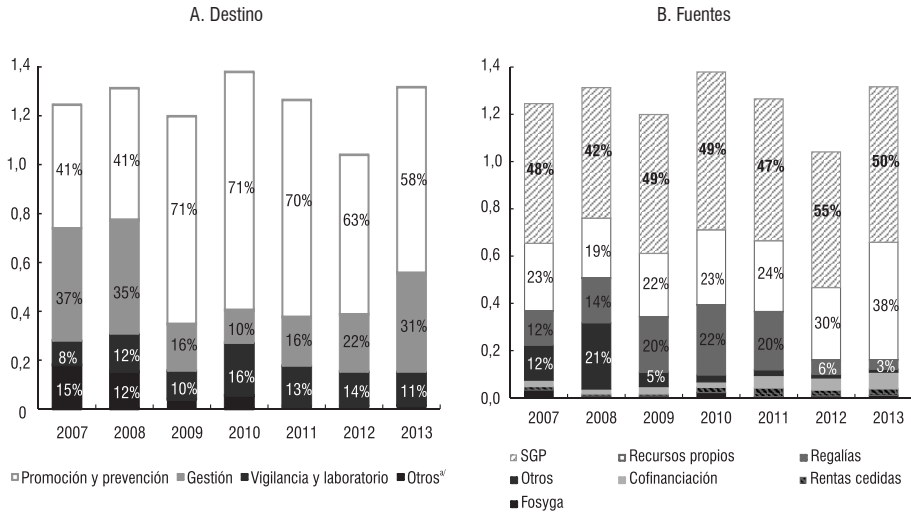
DIAGRAMA 3. LA SALUD PÚBLICA EN EL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO



Fuentes: MSPS(2012) y Balladelli *et al.* (2009); elaboración del autor.

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). Los dos primeros adquirieron una mayor representatividad a lo largo del período.

GRÁFICO 8. GASTO TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA, 2007-2013
(billones de pesos constantes de 2013)

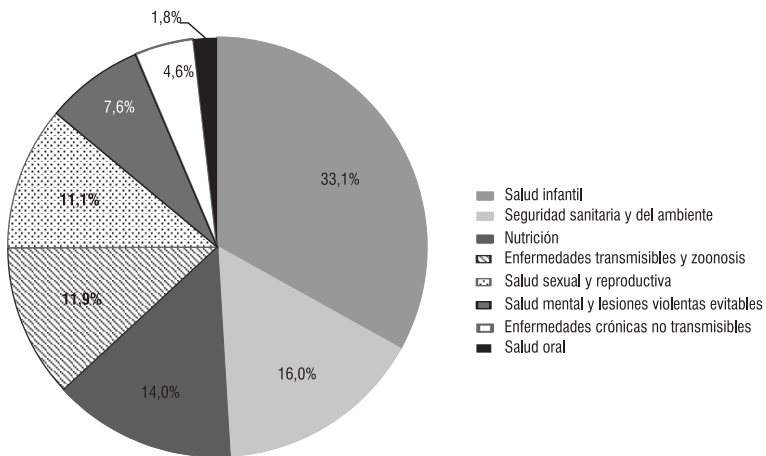


Nota: gasto territorial = gasto de los departamentos y municipios.

a/ Incluye: proyectos transversales, reservas de inversión, pago de déficit y gasto por venta de medicamentos controlados (Fondo Rotatorio de Estupefacientes).

Fuente: DNP; cálculos del autor.

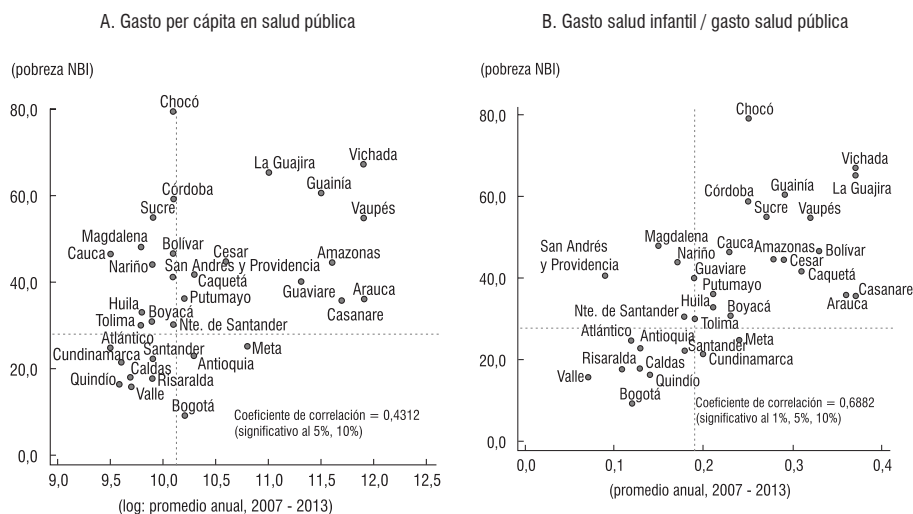
GRÁFICO 9. DESTINO DEL GASTO TERRITORIAL EN PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN, 2007-2013
(promedio anual)



Fuente: DNP; cálculos del autor.

El Gráfico 10 panel A 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 10, panel B). 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.

GRÁFICO 10. GASTO EN SALUD PÚBLICA Y POBREZA POR DEPARTAMENTOS



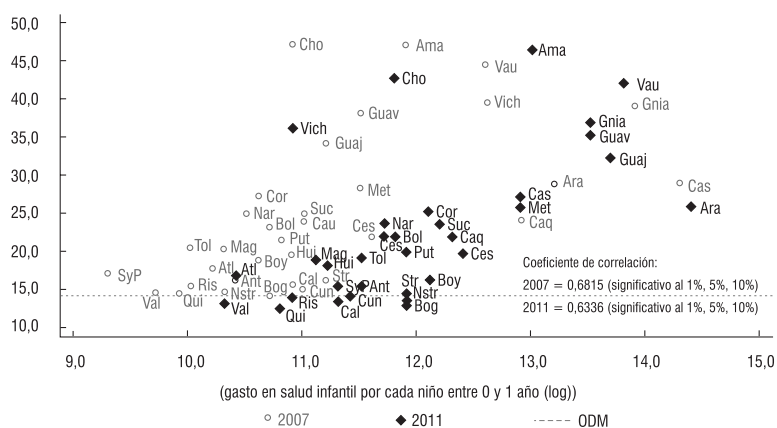
Nota: los valores de gasto corresponden al departamento y los municipios de su jurisdicción. La pobreza está medida por personas en NBI, según el censo general de 2005. Se utilizó la correlación por rangos de Spearman. La línea punteada indica el valor nacional.

Fuente: DNP y DANE; cálculos del autor.

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 (Diagrama 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 propósitos. Uno de los objetivos de desarrollo de milenio (ODM) para Colombia es el de alcanzar una tasa de mortalidad infantil (TMI) de 14 por cada 1.000 nacidos vivos. La importancia de la TMI no es menor, pues se utiliza como indicador de la salud infantil, de las condiciones de salubridad, del desarrollo social y económico y de la salud general (Acosta y Romero, 2017). 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 ODM de reducir la mortalidad infantil en la mayor parte de las regiones de Colombia: el 78,8% de los departamentos y el 82,2% de los municipios no han cumplido esta meta.

GRÁFICO 11. GASTO EN SALUD INFANTIL Y TASA DE MORTALIDAD INFANTIL, 2007 Y 2011
(porcentaje)



Nota: se utilizó la correlación por rangos de Spearman. Las líneas punteadas en el eje vertical indican el valor nacional para ambos periodos.
 Fuente: DNP y DANE; cálculos del autor.

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

4.4 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 participación dentro del gasto territorial en salud (7,6% en promedio durante 2007-2013). El 58,4% 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, 2007-2013
(promedio porcentual anual de participación)

FUENTE / DESTINO	INVESTIGACIÓN EN SALUD	INVERSIONES EN LA RED PÚBLICA	CARTERA CON ASEGURADORES Y PRESTADORES	OTROS ^{a/}	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.

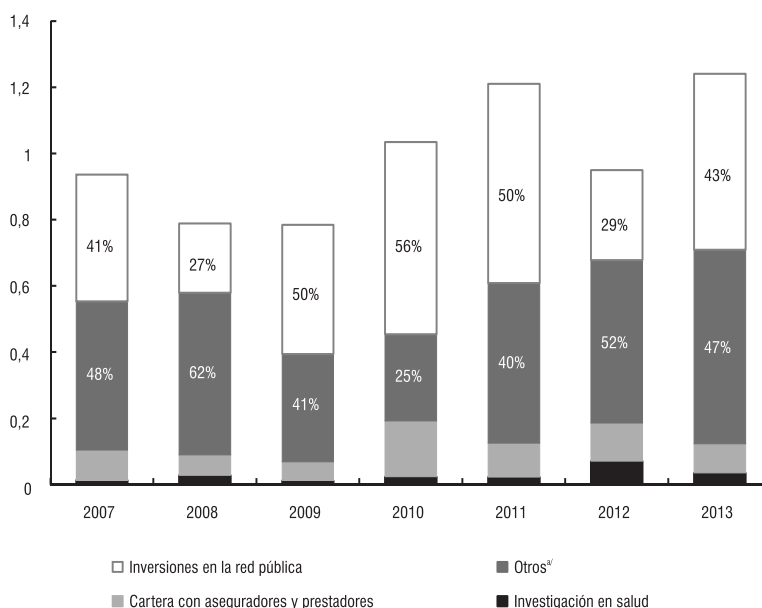
^{a/} Incluye: reorganización de redes de prestadores de servicios de salud (2007-2013), pago de deuda de infraestructura (2007), pago del pasivo prestacional (2007-2013), pago de otras deudas (2007-2013), reservas de inversión (2007-2010), pago de déficit (2009), promoción social (2012-2013), otros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

Fuente: DNP; cálculos del autor.

La subcuenta de otros gastos en salud registró un crecimiento promedio anual de 7,0%, donde las inversiones en la red pública aportaron 5 pp (gráfico 12). Dicho gasto corresponde específicamente a inversiones en infraestructura física y en dotación de equipos biomédicos para prestar servicios de salud (Resolución 2514 de 2012, MSPS).

El MSPS (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: de 4 a 4,75 camas para poblaciones mayores de 100.000 personas. Igualmente, el porcentaje de ocupación de camas hospitalarias públicas aumentó en 3 pp entre 2007 y 2011, a pesar de que el número de estas por cada mil habitantes permaneció estable, de acuerdo con Guzmán (2017) 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)

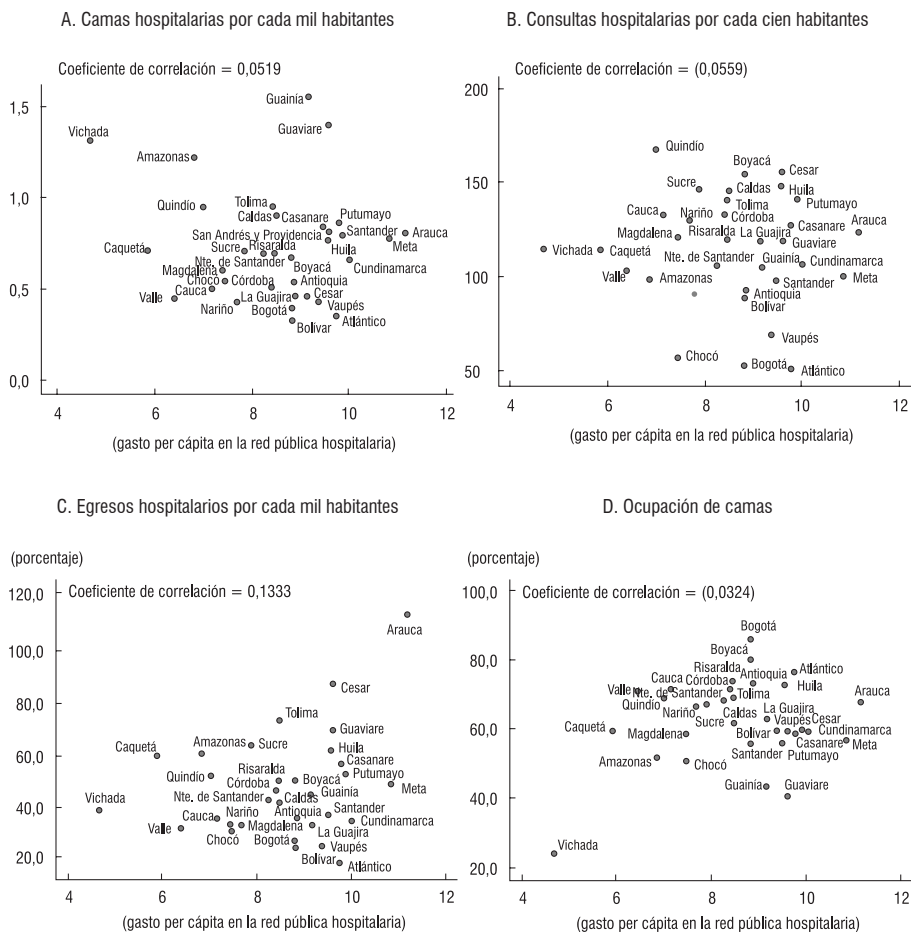


Nota: gasto territorial = gasto de los departamentos y municipios.

* 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: DNP; cálculos del autor.

GRÁFICO 13. GASTO DE INVERSIÓN EN LA RED PÚBLICA, CAPACIDAD INSTALADA Y PRODUCCIÓN DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS



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: DNP (gasto en la red pública) y MSPS (SIHO) (capacidad instalada y producción de los hospitales públicos); cálculos del autor.

Partiendo de lo anterior, el Gráfico 13 muestra la existencia de una alta dispersión entre el gasto de inversión en la red pública frente a 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, 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.

5. REFLEXIONES FINALES

Los resultados de este estudio indican que gran parte del gasto territorial en salud tuvo como principal destino financiar la atención de la población afiliada al régimen subsidiado, mientras una pequeña proporción se usó 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 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 período 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. En 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, puesto que en la práctica comparten 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 años noventa, a pesar de las reformas introducidas para corregirlos, en especial 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 de acuerdo 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 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 ocurrió 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, significó un importante logro en materia de equidad. No obstante, estos hechos imponen un alto reto fiscal y financiero para el gobierno nacional, que para 2013 tuvieron un costo de COP 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 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.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, K. (2017). “La salud en las regiones colombianas: inequidad y morbilidad”, en J. Bonet, K. Guzmán y L. Hahn de Castro (eds.). *La salud en Colombia: una perspectiva regional* [esta obra], pp. 1-42, Bogotá: Banco de la República.
- Acosta, K.; Romero, J. (2017). “Estimación indirecta de la tasa de mortalidad infantil en Colombia, 1964-2008”, en J. Bonet, K. Guzmán y L. Hahn de Castro (eds.). *La salud en Colombia: una perspectiva regional* [esta obra], pp. 43-82, Bogotá: 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*, Bogotá: Universidad de los Andes, Escuela de Gobierno, Ediciones Uniandes, pp. 183-207
- 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.; 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*, vol. 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.; Ayala, J. (2016). “Contexto histórico y evolución del SGP en Colombia”, Bonet y Luis Armando Galvis (editores). *Sistemas de transferencias subnacionales: lecciones para una reforma en Colombia*, pp. 81-128, Bogotá: Banco de la República.
- Costa-Font, J.; Moscone, F. (2008). “The Impact of Decentralization and Inter-territorial Interactions on Spanish Health Expenditure”, *Empirical Economics*, vol. 34, pp. 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*, vol. 57. Bogotá, Colombia.
- Escobar, M. L.; Giedion, U.; Giuffrida, A.; 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*. Washington, D. C., Banco Interamericano de Desarrollo & The Brookings Institution, pp. 1-14
- Espitia, J. E. (2004). “La descentralización fiscal y el crecimiento económico: Evidencia para Colombia”, *Revista Ensayos Sobre Política Económica*, vol. 46, núm. 1 Edición Especial, Bogotá, Colombia: Banco de la República, pp. 186-248.
- Fedesarrollo. (2013). “La Ley Estatutaria de Salud: ¿legislando para arcángeles sin restricción de presupuesto?”, *Tendencia Económica*, vol. 130. Bogotá, Colombia.
- Fedesarrollo. (2012). “Las paradojas de la salud: Un sistema que ha sido ejemplo internacional podría estar en peligro”, *Tendencia Económica*, vol. 122. Bogotá, Colombia.

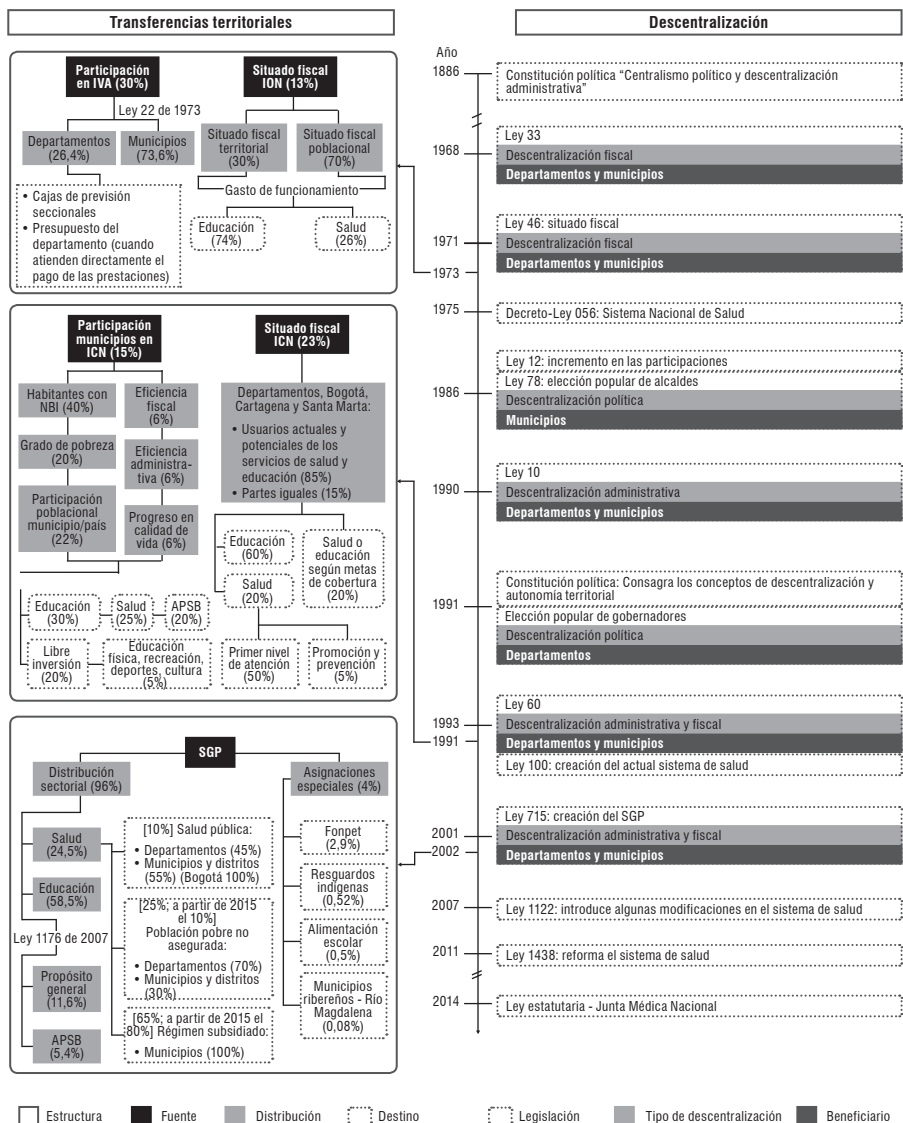
- Forero, M. T.; Santamaría, M.; Zapata, J. G. (2010). “Efectos económicos de las decisiones judiciales en las finanzas del Sistema de Seguridad Social en salud. En Federación Nacional de Departamentos y Fedesarrollo (Eds.)”, *Salud: Una visión desde los departamentos de Colombia* Bogotá, Colombia, pp. 119-145
- Franco, M. H.; Cristancho, F. A. (2011). “El federalismo fiscal y el proceso de descentralización fiscal en Colombia”, *Revista Estudios de Derecho*, vol. 69, núm. 154, pp. 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: https://www.u-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.; Chernichovsky, D. (2014). “La doble descentralización en el sector salud: evaluación y alternativas de política pública”, *Cuadernos de Fedesarrollo*, vol. 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*, vol. 175. Cartagena, Colombia: Banco de la República.
- Guzmán, K. (2017). “Radiografía de la oferta de servicios de Salud en Colombia”, en J. Bonet, K. Guzmán y L. Hahn de Castro (eds.). *La salud en Colombia: una perspectiva regional* [esta obra], pp. 127-176, Bogotá: Banco de la República.
- Kang, Y.; Cho, W.; Jung, K. (2012). “Does decentralization matter in health outcomes? Evidence from 22 OECD unbalanced panel data for 1995-2005”, *International Review of Public Administration*, vol. 17, núm. 1, 1-32.
- Kea, X.; Saksena, P.; 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.
- Martínez, J. M. (1991). “La nueva Constitución de Colombia”, *Revista general de derecho*, pp. 565-566, pp. 8799-8821.
- Melo, L. A.; Ramos, J. E. (2010). “Algunos aspectos fiscales y financieros del sistema de salud en Colombia”, *Borradores de Economía*, vol. 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. (2014a). “Comportamientos variables del proceso de compensación: 2002-2013”, *Cifras financieras del sector salud, Boletín trimestral*, vol. 3. 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*, vol. 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”.
- 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*. Rio de Janeiro: Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, pp. 349-440.
- Morales, L. G. (1997). “El financiamiento del sistema de seguridad Social en salud en Colombia”. *Serie Financiamiento del Desarrollo*, vol. 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*. Debates de Coyuntura Económica y Social. Bogotá, Colombia, pp. 11-17.
- Núñez, J.; Zapata, J. G. (2012). “Finanzas, cadena de valor y rentabilidad del sector salud. En Fedesarrollo (Ed.)”, *Sostenibilidad financiera de la salud en Colombia*. Debates de Coyuntura Económica y Social. Bogotá, Colombia, pp. 18-25.
- 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*, vol. 80. Medellín, Colombia.
- Orozco, A.; Gallo, A. (2017). “Una aproximación regional a la eficiencia y producción de los hospitales públicos colombianos”, en esta edición, pp. 173-209.
- Pinto, D.; 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.; Yanovich, D. (1998). “Salud, educación y desempleo. Diagnóstico y recomendaciones”. *Proyecto Agenda Colombia, Nueva Serie Cuadernos de Fedesarrollo*, vol. 1, núm. 4, pp. 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.; Uribe, M. J. (2011a). “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*. Bogotá D.C., Fedesarrollo, pp. 1-81.
- Santamaría, M.; Pinto, D.; Acosta, P.; García, F.; Gonzáles, J. L.; Rodríguez, A.; Vásquez, T. (2011b). “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*. Bogotá D. C., Fedesarrollo, pp. 447-524
- Santamaría, M.; Camacho, P.; Arias, J. F. (2001). “Exposición de Motivos de la Reforma a la Ley 60 de 1993. Sector Educación y Sector Salud”, Archivos de Economía, vol. 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

DIAGRAMA A1.1 ANTECEDENTES DE LA DESCENTRALIZACIÓN DE RECURSOS EN EL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO

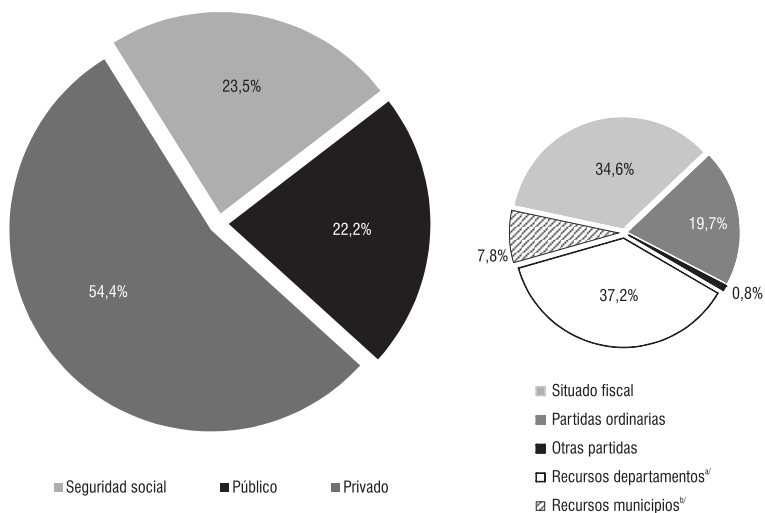


Nota: impuesto sobre las ventas (IVA); ingresos ordinarios de la nación (ION); ingresos corrientes de la nación (ICN); necesidades básicas insatisfechas (NBI); Sistema General de Participaciones (SGP); Fondo Nacional de Pensiones de las Entidades Territoriales (Fonpet); agua potable y saneamiento básico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

Fuente: elaboración del autor.

ANEXO 2

GRÁFICO A2.1 FINANCIAMIENTO DEL SECTOR SALUD, 1993



a/ Incluye los recursos de los presupuestos departamentales y rentas cedidas de la nación.

b/ Incluye los recursos de los presupuestos municipales y los transferidos por la Empresa Colombiana de Recursos para la Salud (Ecosalud).

Fuente: Barón (2007:58); elaboración del autor.

ANEXO 3

CUADRO A3.1 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 o municipal; otros aportes y transferencias nacionales, departamentales o municipales; transferencias y cofinanciación para alimentación escolar; cofinanciación régimen subsidiado; excedentes de la cuenta maestra del régimen subsidiado; recursos de la Lotería 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.

Fuente: elaboración del autor.

ANEXO 4

CUADRO A4.1 LAS TUTELAS Y EL DERECHO A LA SALUD, 2007-2013

TUTELAS QUE SOLICITARON EL DERECHO A LA SALUD (PORCENTAJE)		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: Defensoría del Pueblo (2008-2014); cálculos del autor.