

Cuentas de salud de Colombia 1993-2003

El gasto nacional en salud y su financiamiento

Gilberto Barón Leguizamón



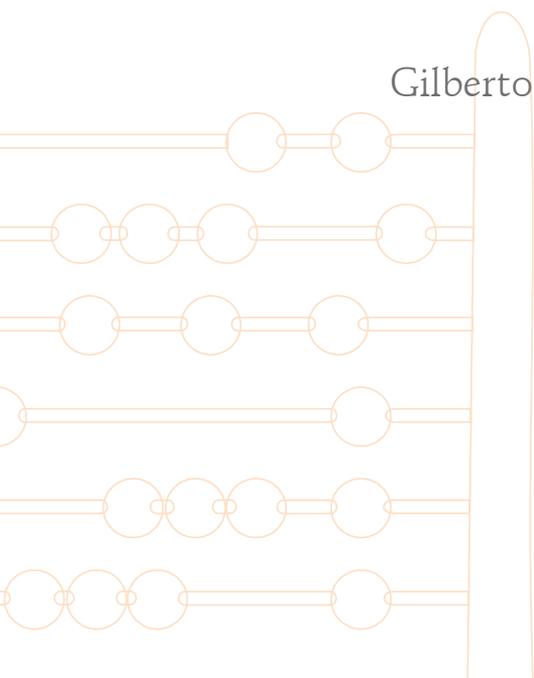
Ministerio de la Protección Social
Programa de Apoyo a la Reforma de Salud - PARS
Departamento Nacional de Planeación

Ministerio de la Protección Social
Programa de Apoyo a la Reforma de Salud
Departamento Nacional de Planeación

Cuentas de salud de Colombia 1993-2003

El gasto nacional en salud y su financiamiento

Gilberto Barón Leguizamón





© 2007 Programa de Apoyo a la Reforma de Salud - PARS
Ministerio de la Protección Social - MPS

ISBN: 978-958-98067-7-7

Cuentas de salud de Colombia 1193-2003. El gasto nacional en salud y su financiamiento
Gilberto Barón Leguizamón

Bogotá, Colombia
Marzo 2007

Teresa Tono Ramírez
Directora general – Colección PARS

Marcela Giraldo Sampes
Directora editorial

Jannette Bonilla Torres
Coordinación editorial

Impresol Ediciones Ltda.
Diseño, impresión y acabados
Calle 78 No 29B-44. PBX 250 8244

www.minprotecciónsocial.gov.co
Cra. 13 No 32-78
Teléfono 3305000, extensiones 1843/1503
Línea de atención al ciudadano
En Bogotá, 3305000, extensiones 1503/1843
Resto del país, 018000910097



MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL - MPS

Diego Palacio Betancourt

Ministro de la Protección Social

Ramiro Guerrero Carvajal

Viceministro Técnico

Blanca Elvira Cajigas de Acosta

Viceministra de Salud y Bienestar

Jorge León Mesa

Viceministro de Relaciones Laborales

PROGRAMA DE APOYO A LA REFORMA DE SALUD - PARS

Teresa Tono Ramírez

Directora Ejecutiva

Jaime Ramírez Moreno

Coordinador Técnico

María del Rosario Estrada Moncayo

Coordinadora Administrativa y Financiera

DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN - DNP

Carolina Rentería

Directora General

José Fernando Arias

Director de Desarrollo Social

Félix Nates

Subdirector de Salud

Gilberto Barón Leguizamón

Economista de la Universidad Jorge Tadeo Lozano, con Maestría en economía y política internacional del Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE) de México DC. En la actualidad se desempeña como consultor del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) en el proyecto de institucionalización de las cuentas de salud de Colombia para el Ministerio de la Protección Social y Programa de Apoyo a la Reforma de Salud (PARS).

En los últimos trece años ha trabajado en el campo de la consultoría para entidades oficiales como el Departamento Nacional de Planeación, el antiguo Ministerio de Salud y la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá; así como en investigación social con la Corporación Nacional de Consejería Económica y Social (CONSENSO) y FESCOL, especialmente en temas de política social y de seguridad social tanto en pensiones como en salud, y en este último componente en los aspectos de gasto y financiamiento público y privado.

De igual modo, en años anteriores estuvo vinculado como jefe de Planeación e Informática del Instituto de Seguros Sociales, jefe de Estadística de la dirección General de la Tesorería General de la República del Ministerio de Hacienda y Crédito Público y como asistente de investigación de Fedesarrollo.

Ha ejercido la docencia por más de veinte años en varias universidades como el Externado y la Pontificia Universidad Javeriana, en esta última con vinculación continua en los Programas de Posgrado en Seguridad Social en Salud de las Facultades de Ciencias Económicas y Administrativas y de Ciencias Jurídicas.

Entre otros trabajos y publicaciones de las que es autor se destacan: *Políticas de empleo e ingresos para los grupos vulnerables: balance y perspectivas*, *La multinacionalización bancaria y sus impactos de crisis en América Latina*. Y como coautor: *Alternativas de reforma del sistema pensional en Colombia* y *El impacto de la ayuda externa en América Latina: 1972-1992*.

Contenido

Presentación	II
Introducción	15
Capítulo I	
¿Qué son las cuentas de salud?	21
A. Origen y desarrollo	23
B. Definiciones y alcances	25
C. Enfoques metodológicos	28
I. Cuentas nacionales de salud (CNS) basadas en las cuentas administrativas	30
2. Sistema de cuentas nacionales (SCN 1993)	33
3. Sistema de cuentas de salud (SCS-OCDE)	37
D. Cuentas de salud de Colombia: estructura y características	40
E. Cuenta satélite de salud y seguridad social	45
F. Un análisis comparativo de los proyectos en Colombia	47
G. Situación actual y perspectivas	49
Capítulo 2	
Financiación del Sistema colombiano de seguridad social en salud	53
A. Antecedentes	55
B. La reforma de la seguridad social en salud	60
I. Marco conceptual	60
2. Características del sistema de financiamiento	66

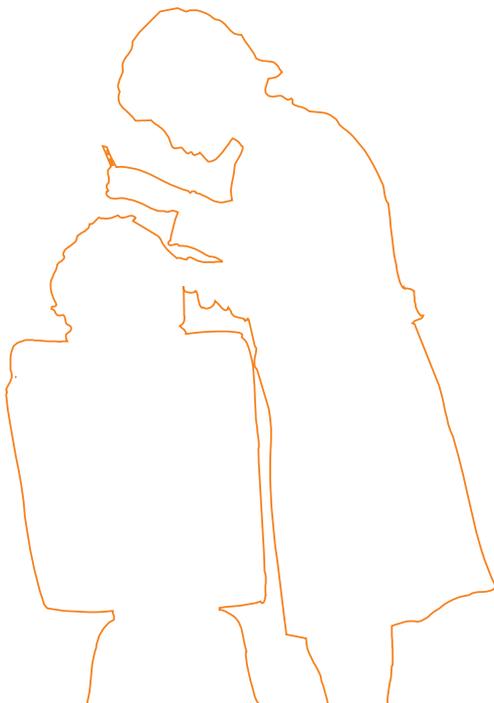
Capítulo 3

Resultados de las cuentas de salud 1993-2003	89
A. Esquema general de los flujos de recursos	91
B. Tamaño y composición del gasto total en salud	92
1. Gasto total en salud	100
2. Gasto en seguridad social en salud	105
3. Gasto público directo	108
4. Gasto privado	110
C. Financiamiento y usos de los recursos	112
1. Financiamiento	112
2. Usos	117
D. Gasto en atención de salud	124
1. Por tipos de servicios	126
2. Por tipos de instituciones prestadoras	128

Capítulo 4

Sobre los indicadores de gasto y financiamiento en salud y algunas comparaciones internacionales	131
A. Conceptos y criterios básicos	133
B. Tipos de indicadores y su pertinencia	136
1. Indicadores relativos al tamaño del gasto	137
2. Indicadores <i>per cápita</i>	139
3. Indicadores de composición del gasto	140
4. Indicadores de financiamiento	142
5. Indicadores de uso de los recursos	143
6. Indicadores de equidad	144
C. Algunas comparaciones internacionales	145

Capítulo 5	
Conclusiones	151
Referencias bibliográficas	163
Anexo I	
Aspectos metodológicos de la estimación del gasto de bolsillo	173
1. Sobre el método de imputación	175
2. Problemas de las estimaciones con base en las encuestas	177
Anexo 2	
Cuadros de resultados	181
Anexo 3	
Matrices años 2000–2003	201
Tabla de cuadros y de gráficos	235
Glosario de siglas	243



Agradecimientos

Este trabajo debe mucho al estímulo y apoyo de varias personas e instituciones.

- A Mauricio Restrepo Trujillo y Úrsula Giedion por su valiosa colaboración en la formulación original del proyecto
- A Cecilia López Montaña, en su calidad de directora del Departamento Nacional de Planeación por su confianza y respaldo inicial brindado para la realización del proyecto
- A los directivos y funcionarios del DNP por la acogida para la continuidad del proyecto en sus fases posteriores, en particular, a Beatriz Londoño Soto, como asesora de la dirección del DNP, y a Mauricio Santamaría Salamanca en la dirección de Desarrollo Social
- A María del Pilar Granados Torschmit, José Fernando Arias Duarte y Félix Nates en la subdirección de Salud
- A Federico Becerra Echeverri por el trabajo de apoyo realizado, lo mismo que al equipo técnico de esa y de otras dependencias, por sus aportes a través de la discusión y retroalimentación de resultados
- Un reconocimiento especial merece el respaldo decidido y entusiasta de Teresa Tono Ramírez, quien como directora ejecutiva del Programa de Apoyo a la Reforma de Salud (PARS) del Ministerio de la Protección Social, alentó nuevas posibilidades del proyecto durante los tres últimos años
- A Jaime Ramírez Moreno, coordinador del grupo técnico-científico del PARS, por sus aportes siempre útiles y orientadores

- A Carlos Eduardo Melo, por su dedicado trabajo estadístico y de procesamiento de datos de las encuestas, y a todos los demás colegas del PARS por su invaluable colaboración
- De igual forma, es preciso reconocer y agradecer la colaboración prestada por parte de los funcionarios y contactos de las distintas entidades públicas y privadas en el suministro de información y la atención brindada en la discusión y aclaración de inquietudes sobre distintos temas institucionales, normativos y sobre aspectos específicos de información.
- Por último, un especial reconocimiento al Ministerio de la Protección Social y al Banco Interamericano de Desarrollo, BID, por haber hecho realidad la publicación de este estudio y por el apoyo brindado para la institucionalización del proyecto.

Presentación

En mi calidad de directora del Programa de Apoyo a la Reforma de Salud (PARS) tengo el privilegio de presentar el libro del economista Gilberto Barón, en el cual se recogen nueve años de trabajo sobre el tema de las cuentas de salud en Colombia.

El PARS ha apoyado este estudio durante los últimos cuatro años por la importante contribución de este instrumento al desarrollo y fortalecimiento del sistema de salud en el país y por el rigor con el cual ha sido elaborado.

El país cuenta a partir de ahora con un excelente instrumento de análisis con respecto al comportamiento de las finanzas de la salud en el país, pionero en Colombia y América Latina. En este trabajo se logra recoger y sistematizar con metodologías reconocidas en el ámbito internacional los variados y distintos componentes de los recursos que intervienen en el complejo sistema de salud de nuestro país y sus respectivos valores, mostrándonos cómo y en qué proporción han cambiado, en dónde se concentra el gasto en salud y cuáles áreas necesitan de mayores recursos.

Por ello, cuentas de salud de Colombia 1993 -2003 se constituye en una línea de base para posteriores estudios y actualizaciones de esta información, clave para el desarrollo del Sistema.

El PARS fue creado en 1996 con el propósito de apoyar la implementación del Sistema general de seguridad social en salud desarrollado por la Ley 100 de 1993. Para ello, los recursos del PARS se han dedicado a la generación de conocimiento, diagnósticos, metodologías, instrumentos técnicos, sistemas de información, fortalecimiento institucional y desarrollo de políticas.

Todos estos esfuerzos parten de la base común de que para implementar una ambiciosa reforma social, como es el Sistema, se requiere aumentar y cualificar la capacidad del país para en efecto llevarla a la práctica.

Este desarrollo de la capacidad del país de poner en funcionamiento la reforma de salud equivale a adaptar, desarrollar y mantener las habilidades y recursos de las personas, las organizaciones y la sociedad como un todo para que puedan desempeñar en forma adecuada su rol en el sistema.

De esta manera, el Ministerio de Salud, hoy de la Protección Social, en su condición de ente rector y direccionador del sistema de salud requiere de la capacidad, entre otras, de planear, administrar y evaluar los cambios organizacionales y la asignación y ejecución de los recursos financieros a través del sistema, que su implementación exige.

Para incrementar la capacidad del Ministerio en cuanto a aplicar con eficiencia los cuantiosos recursos del sector salud al mejoramiento de las condiciones de salud de los colombianos, el PARS apoyó el desarrollo e institucionalización de las cuentas de salud en Colombia.

Este libro presenta el desarrollo del Sistema de cuentas de salud de nuestro país para un periodo consecutivo de once años, que comprende los años inmediatamente anteriores al nuevo sistema de salud, los iniciales a su implementación y los posteriores.

Las cuentas de salud son una manera estandarizada de organizar, tabular y presentar la información de gastos del sector salud. Tal como lo describe Gilberto Barón, son una metodología para la cuantificación de las fuentes de financiamiento del gasto en salud, la estructura de la distribución y financiamiento de los servicios de salud y su uso final.

Por esta razón, las cuentas de salud son un instrumento idóneo para monitorear el tamaño y composición del gasto frente a

la cambiante financiación nacional, al igual que los cambios en la estructura de financiamiento de la atención en salud a través del tiempo.

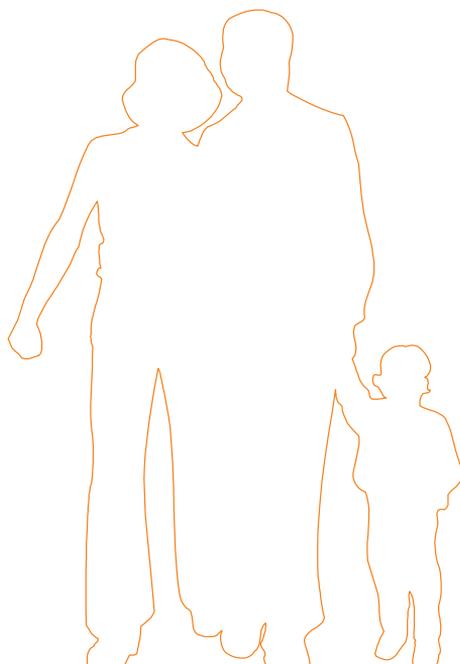
De manera adicional, proveen la información necesaria para la formulación, seguimiento y evaluación de las políticas de salud. Las cuentas de salud permiten desarrollar políticas basadas en evidencia, es decir, informadas con explícito y riguroso análisis utilizando datos estandarizados y comparables entre sí en períodos del tiempo.

Instrumentos como las cuentas de salud son la principal manera de desarrollar un proceso político democrático caracterizado por la transparencia y la rendición de cuentas.

Este volumen hace parte de la Colección de Publicaciones PARS que contiene los resultados de la reforma a la salud desde distintas aristas y ejes temáticos.

Teresa Tono Ramírez

Directora del Programa de Apoyo a la Reforma
PARS





Introducción

El reconocimiento sobre la importancia y utilidad de las cuentas de salud (Cs) radica no sólo en sus atributos como instrumento cuantitativo (pertinente, suficiente, uniforme, oportuno y estandarizado), sino como una herramienta para la formulación de políticas de salud. En tal sentido, sus resultados, como datos específicos anuales o como series de tiempo, deben proporcionar a los formuladores de políticas información sistemática que les permita monitorear, evaluar y pronosticar cambios en la magnitud y composición de los recursos de financiamiento y gasto en salud.

Aunque en la mayoría de los países se emplea algún tipo de estimativos sobre el gasto nacional en salud, no todos disponen de una metodología apropiada que les permita efectuar estimativos de gasto de manera consistente y sistemática, conocer aspectos esenciales como tendencias del gasto y su estructura público-privada, sus fuentes de financiación ni el origen interno y externo de los recursos.

En algunos países de América Latina las cuentas son instrumentos aún rudimentarios; en otros, se recurre a estudios mediante los cuales se realizan cálculos para uno o dos años, pero a menudo dichos estimativos plantean problemas de comparabilidad y oportunidad. Por ello, en los últimos años, desde las organizaciones rectoras de las políticas sanitarias en los ámbitos internacional y regional, conjuntamente con organismos multilaterales y bilaterales y otros como la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), se han apoyado acciones tendientes a desarrollar e implementar metodologías de cuentas de salud o cuentas nacionales de salud y a impulsar una utilización más extendida de éstas como un instrumento de rectoría en los distintos países (Oms, 2000).

En el caso de Colombia, las cuentas de salud han tenido un desarrollo más o menos continuo durante los últimos ocho años, gracias al apoyo, al inicio, de la subdirección de Salud del Departamento Nacional de Planeación (DNP) y más recientemente del Programa de Apoyo a la Reforma de Salud (PARS) del Ministerio de la Protección Social (MPS), lo que ha permitido una consolidación gradual de la metodología adoptada y disponer de estimativos sobre gasto y financiamiento en salud para el periodo 1993-2003. Dichos resultados han sido hasta ahora objeto de interés y análisis en un ámbito relativamente reducido de investigadores y expertos; sin embargo, se requiere valorizar la importancia o utilidad de las cuentas de salud entre los niveles decisorios como una herramienta de política, para lo cual se considera necesario avanzar en un proceso de institucionalización de la metodología y sus resultados. En tal sentido, la publicación de este trabajo constituye un paso importante e indispensable.

Sin duda, dicho esfuerzo tendrá mejores posibilidades de éxito si se demuestra la “bondad” o utilidad de disponer de un conjunto de indicadores que facilite la comprensión de los estimativos de los que se derivan y permita establecer comparaciones en el tiempo sobre series de datos nacionales y, en lo posible, con los estándares internacionales disponibles.

El conjunto de resultados que se presenta en este trabajo constituye una propuesta y una contribución para el análisis sistemático de los aspectos de financiamiento y gasto en salud en Colombia. Los conceptos y medidas empleados podrán refinarse aún más en el futuro, dependiendo de la disponibilidad de información de los distintos agentes de gasto, así como de datos complementarios o de fuentes secundarias que se considere necesario incorporar.

Su empleo y difusión servirá además de estímulo para mejorar la calidad de los datos y generar estimativos con un mayor nivel de desagregación y pertinencia, con aspectos de análisis que demanden mayor atención y susciten mayor interés. En el futuro podrán ampliarse para establecer interacciones con variables reales

relacionadas con cantidades de recursos físicos y humanos, tales como profesionales médicos, enfermeras, equipos médicos, unidades de producción de servicios, etc., y determinar así medidas de costos unitarios de mayor exactitud y pertinencia.

La importancia y utilidad de este trabajo radica, quizás, en el esfuerzo de una cobertura amplia de información, en la medida en que incorpora los componentes público y privado del gasto en salud y permite determinar una dimensión más o menos completa del gasto nacional en salud para un periodo significativo (once años), durante el cual justamente ha tenido vigencia el sistema general de seguridad social en salud, adoptado mediante la Ley 100 de 1993. Estos aspectos no pueden dejar de resaltarse, dado el alcance relativo de los estudios realizados en el pasado sobre gasto en salud en Colombia, cuya importante contribución al análisis y conocimiento del sector salud en los años anteriores a la reforma, tampoco puede desconocerse.

El conjunto de resultados que se presenta en este trabajo constituye una propuesta y una contribución para el análisis sistemático de los aspectos del financiamiento y gasto en salud en Colombia.

Entre esos estudios se destaca el realizado por Fedesarrollo para la Misión de apoyo a la descentralización y focalización de los servicios sociales del DNP, con un análisis de la evolución del gasto público en salud para el periodo 1970-1990, la distribución del mismo en el ámbito regional y la determinación de los montos de subsidios públicos (Molina, C. *et al.*, 1993). De igual modo, se debe mencionar la publicación del Ministerio de Salud con información para el periodo 1983-1993 sobre distintas variables, entre las que se incluían las ejecuciones presupuestales de ingresos y gastos de algunas entidades oficiales del sector (Ministerio de Salud, 1994a); así mismo, las series consolidadas de gasto social del periodo 1980-1996, incluyendo el gasto público en salud del sector central y entidades descentralizadas del orden nacional, del Sistema de indicadores demográficos (SISD) y las series de gasto social del periodo 1995-2002 de la Misión Social,

publicadas en documentos internos del DNP; y más recientemente, el trabajo sobre el gasto en protección social, como parte de los pocos trabajos realizados sobre ese tema en Colombia (Perrotti, 2000). Y en cuanto al gasto privado en salud, es digno de mencionarse el trabajo pionero del Instituto Nacional de Salud (INS), con un análisis descriptivo del gasto “familiar e individual” (de bolsillo), en el marco del Estudio nacional de salud y con base en la encuesta realizada entre 1977 y 1980 en 9.869 hogares y a 52.762 personas (INS, 1986).

El presente trabajo se divide en cinco capítulos. En el Capítulo I se desarrollan algunos conceptos básicos relacionados con el significado de las cuentas de salud, se plantean algunas consideraciones sobre su utilidad e importancia, y se identifican y describen los enfoques metodológicos existentes, para luego señalar las características de la metodología aplicada en Colombia, su estructura y su instrumental básico. Este capítulo termina con una breve reseña de los desarrollos recientes y perspectivas para el futuro inmediato.

El Capítulo 2 contiene un análisis sobre la financiación del sistema colombiano de seguridad social en salud, incluyendo los antecedentes, la descripción de los elementos centrales de la reforma introducida mediante la Ley 100 de 1993, el planteamiento del marco conceptual o de referencia, y unas consideraciones breves sobre mecanismos de movilización de recursos, aspectos fiscales y administrativos, y los problemas u obstáculos que desde un comienzo incidieron en la asignación y distribución de recursos, especialmente en el régimen subsidiado, así como sobre los ajustes y cambios normativos operados en el esquema de financiamiento mediante el sistema de transferencias (Ley 715 de 2001).

El Capítulo 3 analiza los resultados de las cuentas de salud para el periodo 1993-2003, a partir de una descripción del esquema general de flujos de financiamiento y la determinación del tamaño, composición, evolución y tendencias del gasto en salud, así como sobre la estructura de financiamiento (fuentes) y de utilización (o uso) de los recursos. El análisis de este capítulo, que

constituye la esencia del trabajo, responde a una perspectiva general debido a la utilización de las cifras más agregadas de gasto y financiamiento, tomadas de los totales anuales de las matrices según componentes principales.

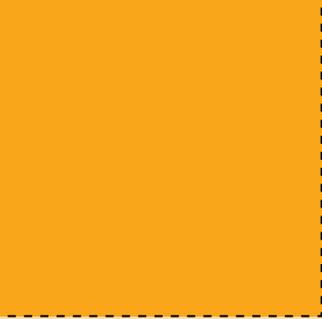
El Capítulo 4 aborda unos temas de discusión y análisis sobre los indicadores de gasto en salud y de financiamiento y su utilidad en términos de comparabilidad internacional, a partir de la formulación de indicadores estandarizados, empleados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la publicación de sus informes anuales, en especial desde 2000. Con base en los resultados analizados en el capítulo anterior, se efectúan algunas comparaciones de las medidas obtenidas en términos relativos para Colombia, del gasto nacional de salud y su composición respecto a otros países.

Por último, el Capítulo 5 consigna las principales conclusiones del trabajo.

De manera adicional, se incluyen tres anexos. El primero incluye una descripción sobre aspectos metodológicos de las estimaciones del gasto directo o de bolsillo. El segundo contiene la información sobre las series de gasto y financiamiento en salud de Colombia del periodo 1993-2003, en pesos corrientes y constantes, tomadas de los resultados agregados de las matrices de cada año y que constituyen el insumo básico que sirve de sustento a los capítulos 3 y 4. El último anexo contiene las matrices de cada uno de los cuatro últimos años.

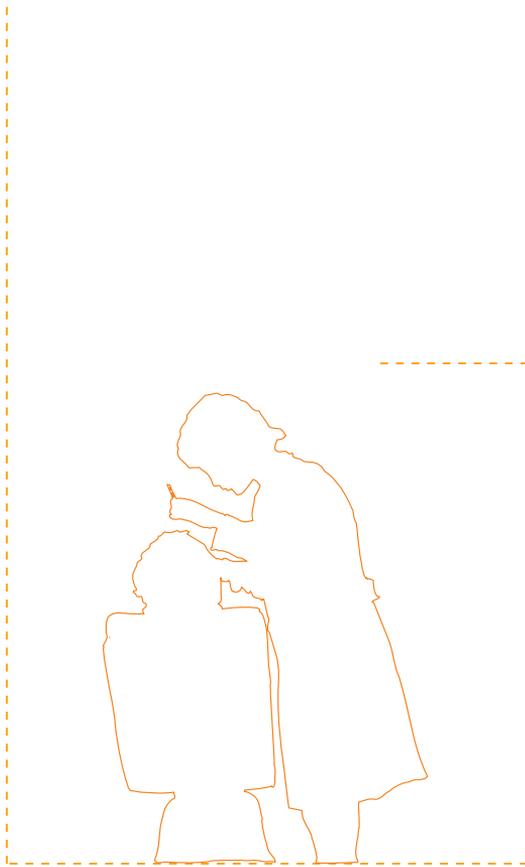
Por último, sólo cabe agregar que con la publicación del presente trabajo se materializan los esfuerzos de nueve años de labor y que gracias al apoyo y estímulo constante de un grupo técnico que desde el DNP y el Programa de Apoyo a la Reforma de Salud del Ministerio de la Protección Social ha sido posible esta contribución al análisis de la realidad colombiana sobre la seguridad social en salud en una de sus dimensiones más importantes: el gasto nacional en salud y su financiamiento.

Gilberto Barón Leguizamón

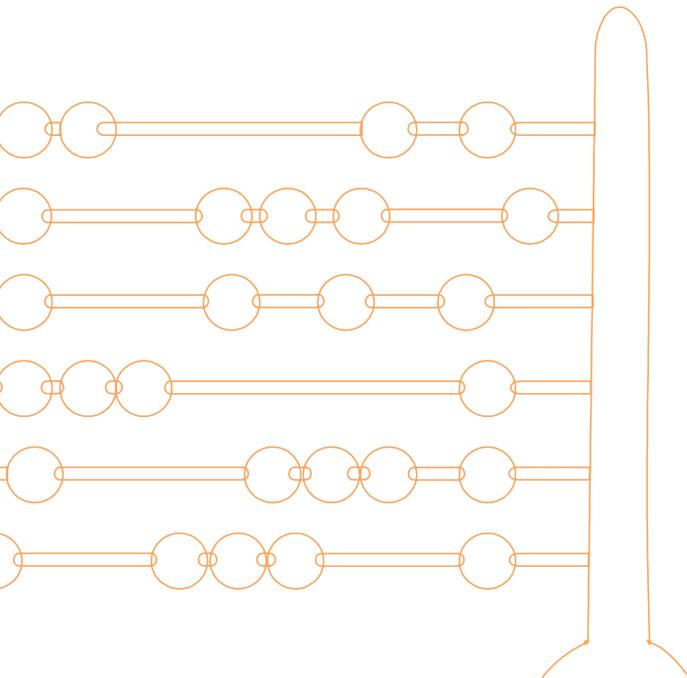




Capítulo I
¿Qué son las cuentas de salud^I?



1 En este trabajo se utiliza el término cuentas de salud (Cs) en vez de cuentas nacionales de salud (Cns), salvo cuando se trate de referencias textuales, atendiendo algunas observaciones críticas que señalan su uso inconveniente por las ambigüedades a las que daría lugar en relación con el Sistema de cuentas nacionales de las Naciones Unidas (Scn-NU), adoptado en la mayoría de los países del mundo, mediante el cual se miden los grandes agregados económicos y se cuantifican las relaciones que se efectúan entre los diferentes agentes económicos de un país. El término cuentas nacionales de salud ha sido ampliamente utilizado en los trabajos pioneros sobre el tema y también por expertos del sector para referirse a estudios sobre gasto y financiamiento y sobre el gasto total nacional en programas de control de enfermedades como el Hiv/SIDA, la tuberculosis, la malaria, entre otras.



A. Origen y desarrollo

A partir de 1964, en Estados Unidos se comenzaron a producir estimativos y series sobre el gasto nacional en salud de manera estandarizada y sistemática. Para entonces existían dificultades de información que impedían el análisis sobre aspectos como la necesidad de establecer la eficiencia del uso de los recursos existentes y la evaluación de distintas opciones de financiamiento de la salud, dadas las restricciones que planteaba la disponibilidad de recursos para el cumplimiento de los objetivos nacionales en el sector. Las principales dificultades consistían en la falta de información sobre gastos en salud y la no utilización de información existente para mejorar la planeación y el manejo de los recursos del sector (Lanzeby *et al.*, 1993 y Berman y Cooper, 1996).

De igual manera, en 1962-1963 los países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) habían comenzado a desarrollar esfuerzos y aproximaciones en el mismo sentido (OCDE, 2002).

Durante varios años las mediciones del gasto nacional en salud se hicieron a partir de unas guías o formatos estándar que permitían la recolección de datos del gasto de los sectores público y privado. Abel-Smith (1963, 1967), con los auspicios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), realizó los primeros estudios comparativos nacionales de gasto en salud². Algunos autores sugerían que dicha información fuera recolectada como una extensión de la contabilidad nacional con la idea de conformar

2 Un primer estudio incluía a Sri Lanka (entonces Ceilán) y Chile; el segundo comprendía catorce países en desarrollo: cinco de la región de África, cinco de América, dos de la región mediterránea oriental y dos de la región del pacífico occidental.

un sistema integral de estadísticas de salud (Abel-Smith, 1963; y Cumper, Chia y Tarantola, 1978). Otros proponían utilizar elementos de la contabilidad del ingreso nacional con el fin de preservar la compatibilidad, mientras se prepararan estimaciones separadas para el sector que fueran usadas en el diseño de políticas. Sin embargo, la mayoría estaba de acuerdo en que un grupo estándar de definiciones de actividades de salud y de categorías de gastos para diferentes países aumentaría la utilidad de la información para los formuladores de política y analistas tanto nacionales como internacionales, y, por tanto, una organización, tabulación y presentación estándar de los datos también aumentaría la pertinencia política de la información sobre los gastos en salud (Berman y Cooper, 1996).

Durante los años ochenta, dado el creciente interés en los aspectos económicos del sector salud, varios investigadores y gobiernos de distintos países comenzaron a llevar a cabo estimaciones sobre el gasto en salud de manera más frecuente, esfuerzo que contó con el apoyo del Banco Mundial, la Oms y otras organizaciones. A finales de esa década, el Banco Mundial tuvo una participación más decidida, dado su interés en promover reformas en los sistemas de salud, para lo cual se requería de una compilación sistemática de datos sobre sistemas de financiamiento de salud de los países. Dicho interés recibió un estímulo mayor con el trabajo preparatorio para el Informe del desarrollo mundial de 1993, que intentó medir, por primera vez, el gasto nacional en salud para todos los países y territorios del mundo, esfuerzo que reveló inexactitudes y errores para la mayoría de los datos nacionales disponibles.

En los años noventa se dio un proceso creciente de implementación de las cuentas nacionales de salud en varios países en desarrollo, que condujo a una utilización de éstas a una escala más amplia, con el renovado interés del Banco Mundial, la Oms y la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID), entidades que dieron apoyo a la recopilación de datos sobre gastos nacionales en salud y la comparación de éstos en el

ámbito internacional. Ello coincidió con la segunda revisión importante del sistema de cuentas nacionales de 1993 que permitió la creación de las cuentas satélite en sectores específicos como la salud (Rannan- Eliya, Berman y Somanathan, 1997).

En los últimos años han surgido nuevos desarrollos como el del Sistema de cuentas de salud de la OCDE, que, partiendo de una definición común sobre lo que se entiende por servicios de atención en salud y sus límites, y buscando la mayor compatibilidad posible con el sistema de cuentas nacionales de las Naciones Unidas, propone constituir un modelo estándar para los distintos países que siguen esquemas de organización diversos en sus sistemas nacionales de salud y la adopción de clasificaciones y categorías estandarizadas con el fin de resolver problemas de comparabilidad internacional (OCDE, 2002).

En el caso de América Latina, en los últimos años la mayoría de países ha logrado progresos sustanciales en la elaboración de estudios sobre cuentas de salud/cuentas nacionales de salud, mediante la utilización de una amplia gama de métodos y una amplia documentación técnica de los mismos, lo que ha permitido la comparación básica de los cálculos obtenidos (OPS, 2004).

Durante los años ochenta, dado el creciente interés en los aspectos económicos del sector salud, varios investigadores y gobiernos de distintos países comenzaron a llevar a cabo estimaciones sobre el gasto en salud de manera más frecuente.

B. Definiciones y alcances

Las definiciones aportadas por algunos trabajos pioneros sobre cuentas nacionales de salud inicialmente hacían más énfasis en los aspectos técnicos de la estructura, formulación matricial y cruces de datos; mientras que la alusión a su importancia como herramienta de análisis y de apoyo para el diseño de políticas y de evaluación de impacto de estrategias de reforma, sólo se resalta en los trabajos más recientes.

En los últimos años han surgido nuevos desarrollos como el del Sistema de cuentas de salud de la OCDE, que propone constituir un modelo estándar para los distintos países y la adopción de clasificaciones y categorías estandarizadas con el fin de resolver problemas de comparabilidad internacional.

De acuerdo con Lanzeby *et al.* (1992), las cuentas nacionales de salud constituyen un marco dentro del cual se cuantifican los tipos de servicios y fuentes de financiamiento del gasto en atención de salud. Así concebidas, las CNS describen la estructura de distribución y financiamiento de los servicios de salud y proveen información esencial necesaria para la formulación de políticas de salud pública y para comparaciones internacionales³. En un sentido similar, las cuentas nacionales de salud constituyen una manera de organizar, tabular y

presentar la información de gastos del sector salud (Berman y Cooper, 1996).

Según Waldo (1996:I):

En su más básica expresión, una serie de cuentas de salud muestra la fuente y destino de los fondos empleados en atención de salud. Se siguen los flujos de dinero de las fuentes gubernamentales, del seguro privado y de los bolsillos de los pacientes a los proveedores de bienes y servicios de atención de salud. No obstante, la cuenta de salud también puede incorporar otras dimensiones del sistema de financiamiento y provisión de atención de salud: empleo en el sector, la concentración de gastos entre grupos de la población o partes del país, etcétera. A menudo, estas otras dimensiones producen información que ayuda al contable de salud a evaluar la exactitud de la concentración analítica principal de la cuenta de salud: las fuentes y los usos de los fondos.

Según Magnoli (2001), las cuentas nacionales de salud son un método internacionalmente establecido que, en un país y por un periodo definido, permite:

3 Definición desde una visión de la experiencia de las cuentas nacionales de salud de Estados Unidos.

- Proporcionar una descripción clara del funcionamiento financiero del sistema de salud
- Identificar sus principales agentes (fuentes e intermediarios de financiamiento y proveedores)
- Describir los flujos financieros (de dónde provienen los fondos, a dónde van y cómo transitan)
- Desglosar el gasto en salud en renglones totales y componentes principales
- Detectar el comportamiento de los proveedores y consumidores
- Mostrar la asignación de recursos.

De la evidencia empírica aportada por varios estudios sobre diferentes países en años recientes, pueden mencionarse también algunos aspectos en los que se resaltan la importancia y utilidad de las cuentas de salud:

- Constituyen una herramienta poderosa para mejorar la capacidad de análisis de los responsables de la toma de decisiones, la identificación de problemas y las oportunidades en procesos de cambio en los sistemas de salud, y para el desarrollo y monitoreo de estrategias de reforma. En distintos países donde se comenzó a aplicar la metodología de cuentas en los años noventa (Egipto, Filipinas, Jordania, México y Colombia, entre otros), se logró un uso de este instrumento en varios aspectos relevantes. En Filipinas, por ejemplo, el método de cálculo incluyó un esquema de cuentas regionales para 1991, cuyos resultados, en combinación con encuestas de hogares y de salud y estudios de costos, permitieron desarrollar interesantes ejercicios de simulación de políticas de salud. En Jordania, la utilización de cuentas de salud fue un punto de partida para estimar los efectos financieros de varias propuestas de reforma (Berman y Cooper, 1996)

- Representan un instrumento idóneo para monitorear el tamaño y composición del gasto frente a la cambiante financiación nacional o cambios en la estructura de financiamiento de la atención en salud a través del tiempo (Ministerio de Salud/ Universidad de Harvard, 1996b)
- Constituyen un instrumento útil para los responsables de las políticas del sector y para analistas e investigadores, en la medida en que proporcionan una perspectiva general unificada y sirven para ayudar a identificar los problemas y los aspectos que requieren más investigación
- Con el tiempo, las cuentas de salud proporcionan también los datos necesarios para predecir e identificar los futuros cambios en el sistema, con base en la experiencia adquirida en el pasado; sin embargo, la utilización de las cuentas nacionales de salud para la toma de decisiones es más bien reciente (Berman y Cooper 1996).

En cuanto a su estado actual, otros planteamientos recientes señalan la necesidad de mejorar las cuentas de salud frente a los cuestionamientos de los diseñadores de políticas de salud y analistas en los distintos países sobre la idoneidad de las prácticas contables y la capacidad de las cuentas de salud existentes. Esto con el fin de hacer seguimiento eficaz a los sistemas de salud en rápida evolución y cada vez más complejos, en un contexto de ‘crisis de financiamiento’ que exige un conocimiento oportuno de los cambios en cuanto al tamaño y composición del gasto y su estructura de fuentes de financiamiento (OCDE, 2002).

C. Enfoques metodológicos

En la actualidad se identifican al menos cinco enfoques diferentes de cuentas de salud/cuentas nacionales de salud utilizados para la estimación de indicadores económicos y financieros relacionados con salud, atención de servicios de salud y sistemas de atención en salud (OPS/OMS, 2004).

De estos enfoques, tres corresponden a metodologías relativamente consolidadas, desarrolladas y adoptadas en diferentes países y que brevemente se denominan:

- *Cuentas administrativas*, basadas en definiciones, conceptos y procedimientos contables usados en los países
- *Sistema de cuentas nacionales de las Naciones Unidas (SCN-NU)*, basado en definiciones o extensiones de conceptos, clasificaciones y procedimientos contables de la revisión de 1993 de dicho sistema y del grupo de clasificaciones económicas y sociales
- *Sistema de cuentas de salud (SCS)* – OCDE, que combina indicadores económicos y financieros de las dos metodologías anteriores, pero buscando esencialmente una compatibilidad con el SCN-NU.

Cada uno de estos enfoques tiene variantes que resultan básicamente de adaptaciones realizadas por organizaciones u organismos internacionales con propósitos distintos.

Los otros dos enfoques corresponden a desarrollos más recientes, bien como nuevas propuestas metodológicas o como aplicación de lineamientos metodológicos para la adopción de cuentas de salud o cuentas nacionales de salud en países menos desarrollados, formulados y promovidos por organizaciones internacionales y organismos bilaterales y multilaterales. Esto tiene la finalidad de disponer de un conjunto de indicadores básicos, entre otros propósitos, para la evaluación de la factibilidad económica y financiera de las políticas públicas de extensión de cobertura y el mejoramiento de la eficiencia y equidad de los sistemas nacionales de salud y de protección social (OPS/OMS, 2004). Dichos desarrollos se conocen como: PHR/USAID–Harvard, que corresponde a una adaptación de una

Las CNS describen la estructura de distribución y financiamiento de los servicios de salud y proveen información esencial necesaria para la formulación de políticas de salud pública y para comparaciones internacionales.

variante de la metodología de cuentas administrativas o cuentas nacionales de salud para países en desarrollo; y PHRplus/USAID/World Bank/WHO, que corresponde a una adaptación del primero y tercero de los enfoques mencionados (World Bank/WHO/USAID, 2003).

A continuación se desarrolla una breve descripción de cada uno de los tres enfoques metodológicos principales, anteriormente enunciados.

1. Cuentas nacionales de Salud (CNS) basadas en las cuentas administrativas

Este enfoque se basa principalmente en los desarrollos de National Health Expenditure Accounts (NHEA/National Health Accounts (NHA), metodología empleada desde 1964 en las mediciones del gasto nacional en salud de Estados Unidos. Con base en dicha metodología se han producido las series anuales de estadísticas que incluyen el gasto total nacional en salud, bajo la coordinación del US Department of Health and Human Services (HHS) y Health Care Financing Administration (HCFA). Esta metodología se conoce como: HCFA/CMS-NHEA/NHA.

En este enfoque, las CNS surgieron como un conjunto de estimaciones sobre gasto nacional en salud (público y privado), utilizando guías y formatos para la recolección de datos. Estas cuentas han servido de base para que el gobierno estadounidense suministre a la OCDE bancos de datos sobre gastos de salud, que son más detalladas y confiables que las estimaciones generadas a través de las cuentas del ingreso nacional; y de hecho, han servido de modelo para la recolección institucionalizada de los datos de gasto nacional en salud en otros países (Berman y Cooper, 1996).

Las cuentas nacionales de salud están conformadas por un conjunto básico de matrices (o tablas bidimensionales) que responden a una clasificación cruzada de los gastos por fuentes de financiación, por proveedores y por tipos de servicios de salud

(Berman, 1996). En su diseño original integran tres elementos esenciales:

1. Matriz de fuentes y usos, que normalmente incluye estimaciones de gasto por fuentes y tipos de proveedores.
2. Desagregación extensiva de las fuentes de financiamiento del gasto.
3. Marco sistemático para determinar usos de acuerdo con categorías predefinidas.

El enfoque matricial de las cuentas nacionales de salud supone que todos los gastos estimados por las distintas fuentes sean asignados a usos específicos, por lo cual se requiere de una comprensión exhaustiva de los flujos de fondos a través del sistema. Este enfoque intenta responder a tres preguntas básicas (Berman, 1996):

1. ¿Quién paga? (Agentes financiadores).
2. ¿Cuánto? (Montos del gasto).
3. ¿Para qué? (Usos específicos).

Un aspecto destacable de este enfoque es la capacidad de vincular fuentes y usos para analizar políticas de financiamiento, más allá de la recaudación de fondos. Las características principales de este enfoque se podrían resumir brevemente así:

- El punto de partida consiste en la definición del sector salud, la cual debe ser resultado de un consenso y debate nacional
- La estructuración de las matrices supone un proceso de identificación de fuentes, agentes de financiamiento y proveedores
- De igual manera, supone una definición completa de los flujos de fondos del sistema

- Las mediciones implican una determinación de montos de gasto por agentes y luego un rastreo de cada gasto hasta su fuente de financiamiento
- El proceso de medición implica desagregar gastos según proveedores y usos
- Criterio general: evitar la doble contabilización.

Las cuentas nacionales de salud están conformadas por un conjunto básico de matrices (o tablas bidimensionales) que responden a una clasificación cruzada de los gastos por fuentes de financiación, por proveedores y por tipos de servicios de salud (Berman, 1996).

Esta metodología ha servido de modelo de aplicación para otros países mediante estudios y trabajos realizados por el Banco Mundial y la Universidad de Harvard. Entre los estudios de países vale la pena mencionar los casos de México, Egipto, Filipinas, Jordania y Colombia.

Una variante de esta metodología se ha adoptado también en América Latina y el Caribe desde la segunda mitad de los noventa, mediante la aplicación del *software* desarrollado por la Universidad de Harvard y financiado por el proyecto Partnership for Health Reform (PHR) con la participación de la US Agency for International

Development (USAID) y el proyecto Data for Decision Making⁴. La principal limitación de los estudios de cuentas nacionales de Salud desarrollados en América Latina durante los noventa consistió en su aplicación limitada a uno o dos años, lo que no permitió la construcción de series históricas ni la continuidad de las iniciativas (Tobar, 2000).

Un cambio importante en el método de estimación con base en el *software* desarrollado por la Universidad de Harvard consiste en que se establece una relación que va de flujos de gasto a funciones específicas a tipos de gasto; mientras que en el método ori-

⁴ Proyecto de asistencia técnica que se extendió a los siguientes países: Bolivia, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Nicaragua y Perú.

ginal de estimación la relación establecida va de fuentes a agentes de financiamiento a proveedores, relación concebida como base de diseño y estructuración de las matrices (Berman y Cooper, 1996).

Como queda claro, en América Latina se han adoptado variantes de la metodología original. Sin embargo, a pesar de los avances logrados, existe una gran diversidad de resultados que hace difícil la interpretación y la utilización de los mismos para la evaluación de tendencias y análisis comparativos sobre el gasto nacional en salud entre países.

2. Sistema de cuentas nacionales (SCN 1993)

El Sistema de cuentas nacionales 1993 fue adoptado por el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas en ese mismo año⁵. Dicho órgano recomendó a sus Estados miembros⁶ el uso de este sistema “como la norma internacional para la elaboración de sus estadísticas de cuentas nacionales, con el fin de promover la integración de las estadísticas económicas y otras estadísticas conexas, como una herramienta analítica y como forma de presentación internacional de datos de contabilidad nacional comparables” (Naciones Unidas, 1993: I).

El SCN 1993 consiste en un conjunto coherente, consistente e integrado de cuentas macroeconómicas, balances y cuadros basados en un grupo de conceptos, definiciones, clasificaciones y principios contables aceptados internacionalmente. Provee un marco contable comprehensivo dentro del cual los datos económicos pueden ser compilados y presentados en un formato diseñado para propósitos de análisis económicos, toma de decisiones y formulación de políticas. Las cuentas en sí mismas presentan, de manera condensada, un gran volumen de

5 Como resultado de una recomendación unánime formulada por la Comisión de Estadística de esa misma Organización, en la XXVII sesión celebrada en la ciudad de Nueva York del 22 de febrero al 3 de marzo de 1993.

6 Mediante Resolución 1993/5 del 12 de julio de 1993.

información detallada y organizada de acuerdo con principios económicos y percepciones acerca del funcionamiento de una economía. Constituyen un registro completo y pormenorizado de actividades económicas complejas que tienen lugar dentro de una economía y la interacción entre diferentes agentes económicos y grupos de agentes que actúan en mercados u otros ámbitos. En la práctica, las cuentas se elaboran para una sucesión de períodos, proporcionando así un flujo continuo de información que es indispensable para el seguimiento, análisis y evaluación de los resultados de una economía a lo largo del tiempo. El SCN ofrece información, no sólo acerca de la actividad económica, sino también sobre los niveles de los activos productivos de una economía y de la riqueza de sus habitantes en momentos determinados. Finalmente, el SCN incluye una cuenta del exterior que muestra las relaciones entre una economía y el resto del mundo (Naciones Unidas, 1993: I)⁷.

En relación con la versión anterior de 1968, el SCN 1993 incorpora varias características nuevas como: la actualización, la clarificación y simplificación, y la armonización.

En cuanto a la actualización, el SCN 1993 introdujo algunas modificaciones con el objeto de reflejar los nuevos fenómenos y cambios ocurridos en el ámbito de la economía mundial durante 25 años⁸. De este modo, el nuevo sistema presenta una cuen-

7 Existen varios trabajos como aproximaciones al enfoque general, estructura y aspectos específicos de este sistema que tienen como fuentes: Ops, Oms, Bureau of Economic Analysis y OCEDE, sobre los cuales se puede consultar en:

<http://unstats.un.org/unsd/sna1993/introduction.asp>

<http://www.paho.org/English/DPM/SHD/HP/ha-nha-sum.pdf>

http://www3.who.int/whosis/discussion_papers/pdf/paper47.pdf

<http://www.bea.doc.gov/bea/mp.htm>

<http://www.oecd.org/dataoecd/18/57/2713889.doc>

8 Fenómenos como la inflación, el cambio del papel del gobierno en muchos países (especialmente en los que entraron en proceso de transición a la economía de mercado), la importancia creciente de algunas actividades de los servicios como las comunicaciones y la informática, la mayor complejidad de las instituciones y los mercados financieros, y la creciente preocupación por la interacción del medio ambiente con la economía.

ta separada para registrar la revalorización de los activos (como consecuencia de la inflación); define el agregado consumo final efectivo de los hogares, el gobierno y las instituciones sin fines de lucro que sirven a los hogares; describe el tratamiento de los servicios cuando sus características peculiares afectan su registro en las cuentas; establece criterios para la delimitación del sector de las sociedades financieras y para la clasificación de los instrumentos financieros; y abre la puerta a la contabilidad del medio ambiente, a través de la definición de la frontera de los activos y la clasificación de los activos.

Con respecto a la clarificación y simplificación, el SCN 1993 pretende simplificar el trabajo del contable económico, básicamente de dos formas: primero, reconociendo la gran variedad de condiciones y ordenamientos institucionales que pueden encontrarse en los países desarrollados y en desarrollo, incluyendo las economías emergentes de mercado; y segundo, ofreciendo un razonamiento conceptual del tratamiento aplicado de modo que, por extensión, se pueda decidir sobre el tratamiento de las nuevas condiciones y ordenamientos institucionales. Adicionalmente aclara cuestiones concretas, como reglas contables sobre principios de valorización, momento del registro etc.; y formula recomendaciones para el tratamiento de impuestos del tipo de valor agregado, de los sistemas oficiales de tipos de cambios múltiples y la utilización de índices anuales en cadena.

Por último, el SCN 1993 incorpora criterios de armonización con respecto a otras normas estadísticas internacionales más completos que en el pasado; concretamente, en cuanto se refiere a definiciones y conceptos del Manual de balanza de pagos y del Manual de estadísticas de finanzas públicas y financieras del Fondo Monetario Internacional (FMI) y la Clasificación Industrial Internacional Uniforme (CIIU, revisión 3), así como respecto a variables y medi-

El SCN 1993 consiste en un conjunto coherente, consistente e integrado de cuentas macroeconómicas, balances y cuadros basados en un grupo de conceptos, definiciones, clasificaciones y principios contables aceptados internacionalmente.

ciones sobre población, empleo y los sectores formal e informal, definidas por la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

Con base en lo anterior, y dada la amplitud de su cobertura y el alcance de su aplicabilidad, el SCN 1993 ofrece unos atributos adicionales representados en los siguientes aspectos: primero, una visión global de una economía; segundo, sirve de manera prácticamente universal como guía de las cuentas nacionales; tercero, reconoce la necesidad de flexibilidad; y cuarto, refuerza el papel central de las cuentas nacionales en la estadística.

De estos aspectos, interesa destacar aquí el relacionado con la flexibilidad, término que se considera como un medio para facilitar las comparaciones internacionales y fomentar el uso del SCN en economías que difieren mucho entre sí. Pero, además, uno de los aspectos de la flexibilidad consiste en que abre la posibilidad de desarrollar cuentas satélite, para lo cual ofrece un sistema de clasificación y un marco contable que pueden utilizarse a diferentes niveles de detalle, y, asimismo, propone cómo utilizar dichas cuentas para presentar conceptos adicionales a, o diferentes de, los del marco central del SCN (Naciones Unidas, 1993). Es justamente en este marco donde surge la Posibilidad de desarrollar cuentas satélite de salud (Css), como un enfoque metodológico adicional al de las cuentas de salud/cuentas nacionales de salud.

De acuerdo con un informe preparado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), para 2002 el proceso de desarrollo e implementación del SCN 1993 en la región mostraba distintos grados de avance. De 31 países en total, nueve, entre los que se incluye Colombia, publican periódicamente sus series de cuentas nacionales con los estándares del sistema; los demás, aun cuando tenían proyectos y trabajos en curso o en etapa de culminación, aún no habían publicado oficialmente sus resultados (CEPAL, 2003).

Específicamente, en cuanto a desarrollo e implementación de cuentas satélite de salud (Css) para 2003, nueve países (Argen-

tina, Brasil, Chile, Colombia, México, Panamá, Paraguay, Perú y Uruguay) tenían proyectos de adelantar estudios y avanzar en su implementación con apoyo de asistencia técnica y financiación de la OPS y el BID (OPS/OMS, 2004).

3. Sistema de cuentas de salud (SCS) - OCDE

Es un sistema desarrollado con base en la experiencia de aproximadamente treinta años de trabajo de la Secretaría de la OCDE. Su marco conceptual y metodológico y su base instrumental están contenidos en un manual, cuya versión preliminar en francés e inglés fue publicada en 2000, y versiones más actualizadas en 2002 y 2004⁹.

El archivo de datos de salud de la OCDE (Health Data File - HDF) en 1963 representó un primer esfuerzo de compilar y procesar datos oficiales sobre gasto nacional en salud a nivel internacional¹⁰. En décadas posteriores, se fueron estructurando las cuentas de salud como parte de los esfuerzos de instrumentar el análisis sobre políticas de salud de los países de la OCDE. En 1997 se empezaron a coordinar actividades para promocionar la información de las cuentas de salud como instrumento importante para la mejor administración de los programas de salud. Resultado de varios encuentros de expertos y grupos de trabajo fue la publicación de las primeras versiones del manual en 2000 y 2002.

Este sistema proporciona una estructura básica para elaborar un conjunto de tablas estándar interrelacionadas, que permiten presentar en un formato normalizado los gastos de salud y su financiación. Además, sistematiza e integra categorías y definiciones en el marco de una contabilidad nacional de salud, utilizando códigos comunes para efectos de comparabilidad internacional.

⁹ Se puede consultar en:

<http://www1.oecd.org/publications/e-book/8100061E.pdf>.

¹⁰ Dicho archivo se ha seguido actualizando hasta la fecha. Para 2002 se puede consultar en: <http://www.oecd.org/topicstatsportal/0,2647, en>.

El principal aporte del SCS-OCDE consiste en el desarrollo de una clasificación internacional de las cuentas de salud (International Classification Health Accounts, ICHA), que básicamente cubre tres dimensiones:

1. Funciones de atención de salud ICHA-HC (Health Care).
2. Proveedores de servicios de atención en salud ICHA-HP (Health Providers).
3. Fuentes de financiación ICHA-HF (Health Financing).

Estas clasificaciones fueron elaboradas a partir de otras clasificaciones nacionales e internacionales existentes, como la Clasificación Internacional Industrial Uniforme (CIIU), Revisión 3 de 1990; la Clasificación Central de Productos (CCP), versión I de 1998 y el Sistema de cuentas nacionales de 1993.

El sistema consiste en un conjunto de diez tablas principales, que en lo esencial intenta responder a tres interrogantes:

1. ¿De dónde viene el dinero? (Identificación de fuentes).
2. ¿A dónde va el dinero? (Identificación de proveedores y tipo de bienes).
3. ¿Qué tipo de bienes se ofrecen y qué tipo de bienes se compran? (Clasificación funcional).

Los criterios básicos del Sistema de cuentas de salud son: exhaustividad, coherencia, comparabilidad internacional, compatibilidad, oportunidad y precisión. De estos criterios interesa resaltar aquí la compatibilidad, referida a una indispensable armonización metodológica con el Sistema de cuentas nacionales (SCN-NU), que constituye, además, un requisito esencial para una integración futura con dicho sistema, y para lo cual plantea el desarrollo de una cuenta satélite de salud en el marco de las cuentas satélite de orientación funcional integradas al SCN 1993¹¹.

11 Para sectores como educación, turismo, medio ambiente y otros.

Aunque el proceso de estructuración del Sistema de cuentas de salud ha logrado nexos importantes con el SCN, aún subsisten divergencias sobre hasta dónde debe ir la integración de las cuentas de salud con las categorías de producción del Sistema de cuentas nacionales, particularmente en cuanto a los cálculos de la estructura de valor agregado y a la definición de una tabla de *input-output* para salud (OCDE, 2002). Debido a que el proceso de integración aún no es completo, al Scs-OCDE se le considera como un sistema de cuentas cuasi-satélite (OPS/OMS, 2004).

El proceso de desarrollo del Scs ha tenido lugar básicamente mediante aplicaciones piloto a escala nacional, de cuya evaluación resultan tareas que aún están pendientes, tales como la necesidad de una mayor armonización de los límites generales y la estandarización de criterios de estimación del gasto en salud, en particular los límites entre salud y otros servicios sociales; revisión de las fuentes y métodos de estimación del gasto privado en salud (aspecto que genera un margen importante de error) y un mayor nivel de detalle del gasto en salud por fuentes de financiación de acuerdo con las clasificaciones ICHA, dada la alta complejidad de los esquemas de financiamiento en la mayoría de países.

En la actualidad, este sistema ha sido adoptado por varios países (incluyendo, por supuesto, los treinta países miembros de la organización) y otros están en proceso de adoptarlo. En América Latina, aparte de México (país miembro), países como Argentina, Colombia y Cuba han utilizado conceptos, clasificaciones y métodos de este sistema junto con las metodologías de cuentas de salud/cuentas nacionales de salud y el SCN 1993 para estudios y estimativos de varios años; otros como Bolivia y Brasil han manifestado interés en el mismo sentido.

De 31 países en total, nueve, entre los que se incluye Colombia, publican periódicamente sus series de cuentas nacionales con los estándares del sistema; los demás, aun cuando tenían proyectos y trabajos en curso o en etapa de culminación, aún no habían publicado oficialmente sus resultados (CEPAL, 2003).

D. Cuentas de salud de Colombia: estructura y características

La metodología adoptada por Colombia corresponde al primero de los enfoques descritos¹². El diseño matricial fue incorporando unas categorías y especificaciones propias dadas las características, algo inéditas, de la reforma introducida en el sector salud mediante la Ley 100 de 1993, y los cambios que como resultado de la misma se introdujeron de manera progresiva en el conjunto de agentes, los mecanismos de aseguramiento y financiamiento, y en el esquema de prestación de los servicios.

A diferencia de lo ocurrido en otros países de la región, la propuesta metodológica se adoptó en el marco de un convenio suscrito entre el Ministerio de Salud Pública y la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard, a finales de 1994. Durante 1995 se conformó un grupo de trabajo que, además del equipo de expertos internacionales, contó con la participación de consultores nacionales y profesionales en representación del Ministerio de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud y el Departamento Nacional de Planeación.

En el desarrollo del convenio, un grupo de expertos de la Universidad de Harvard, que trabajó conjuntamente con distintos grupos nacionales, brindó asesoría y asistencia técnica para la implementación, monitoreo y evaluación del progreso de la reforma de salud en sus distintos componentes. Uno de los aspectos cruciales señalados desde el comienzo fue la financiación de la atención en salud, dado que la reforma introdujo cambios en la estructura y en los mecanismos de financiación y previó un aumento

12 En cuanto se refiere al propósito central y la presentación y análisis de resultados de este trabajo, pues como ya se mencionó en las dos secciones anteriores, Colombia también ha optado desde 2003 por la implementación y desarrollo de una cuenta satélite de seguridad social en el marco del SCN 1993 y que en el caso del componente de seguridad social en salud utiliza unas cuentas intermedias basadas en conceptos y clasificaciones del SCS-OCDE, trabajo que viene desarrollando el Departamento Nacional de Estadística (DANE), con el apoyo del BID y sobre el cual se efectúa una breve descripción más adelante (véase sección E).

considerable de recursos, con el fin de garantizar el cumplimiento del objetivo primordial de acceso universal al aseguramiento, bajo condiciones de mayor equidad, eficiencia y calidad de los servicios, lo cual hacía prever también efectos importantes tanto en el tamaño y composición del gasto total de la atención de salud, como en las formas de contribución a ese gasto por parte de las distintas instituciones e individuos, y en la utilización de los fondos.

La propuesta de adoptar la metodología de cuentas nacionales de salud (CNS) se enriqueció con el planteamiento de un marco conceptual, a partir del cual sería posible desarrollar los estimativos correspondientes del gasto total de atención en salud para un año determinado. Siguiendo los lineamientos metodológicos, las discusiones iniciales debían concentrarse en dos temas centrales (Ministerio de Salud/Programa Universidad de Harvard, 1996a):

El sistema consiste en un conjunto de diez tablas principales, que en lo esencial intenta responder a tres interrogantes:

1. ¿De dónde viene el dinero?
2. ¿A dónde va el dinero?
3. ¿Qué tipo de bienes se ofrecen y qué tipo de bienes se compran?

1. La utilización de una definición común y ampliamente aceptada sobre lo que significan los servicios de salud (o atención en salud) y sus límites, a partir de la cual fuese viable medir el gasto en salud. Dicha definición constituiría la base para la identificación de los agentes de gasto o financiadores, tanto públicos como privados, y la identificación del esquema básico de fuentes de financiamiento y usos de los recursos, con sus correspondientes interrelaciones y flujos de financiamiento entre fuentes, agentes y proveedores de los servicios.
2. La estimación del gasto por cada tipo de agente, cuyos cálculos deberían basarse en gastos reales o efectivamente ejecutados, en lo posible no en datos presupuestados, incluyendo tanto lo relativo al capital como a los desembolsos recurrentes y al gasto de las entidades de los sectores público y privado, y de los hogares, procediendo a la determinación de valores netos

de las transferencias intermedias durante dicho periodo, con el propósito de evitar la doble contabilización.

Inicialmente, se consideró conveniente obtener estimativos del gasto nacional anual en salud para 1993 y en lo posible para los dos años siguientes, de modo que pudiese establecerse una contrastación entre la situación pre-reforma y los años iniciales de la reforma, y así poder determinar la evolución del gasto y sus cambios en tamaño y composición. Como producto del trabajo realizado, se obtuvieron unos primeros resultados de las CNS, sólo para 1993, los cuales quedaron consignados en un documento de trabajo, y sirvieron de base para los análisis y recomendaciones contenidos en el informe final (Ministerio de Salud/Programa de la Universidad de Harvard, 1996b).

La metodología adoptada por Colombia corresponde al primero de los enfoques descritos. A diferencia de lo ocurrido en otros países de la región, se adoptó en el marco de un convenio suscrito entre el Ministerio de Salud Pública y la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard, a finales de 1994.

Del análisis de tales resultados se derivó un conjunto de preguntas sobre aspectos analíticos que sería necesario aclarar y una serie de observaciones sobre los datos que deberían completarse y ajustarse, así como la formulación de un plan con los pasos previstos para continuar la actualización de las CNS de Colombia en los años siguientes.

Desde 1998 y hasta 2003, el proyecto tuvo un apoyo y desarrollo más o menos continuos en el Departamento Nacional de Planeación (División de Salud de la Unidad de Desarrollo Social). Como producto del trabajo realizado en el DNP, se ajustaron los resultados de las primeras estimaciones obtenidas para 1993, se rediseñaron las matrices básicas, y, progresivamente, se estandarizaron los métodos de estimación y se actualizaron los resultados para el periodo 1994-2002, con datos muy parciales para este último año.

Dada la importancia institucional del proyecto y los valiosos aportes que puede brindar, entre otros aspectos, para el análisis,

formulación y evaluación de políticas de financiamiento y la determinación de las condiciones de equilibrio financiero del Sgs-s, durante 2003 se incorporó en el conjunto de proyectos del Programa de Apoyo a la Reforma de Salud del Ministerio de la Protección Social¹³. En esta última fase, 2003-2006, se realizó un trabajo integral de depuración de información y obtención de datos definitivos para el periodo 1993-2001 y actualización de resultados definitivos para 2002 y 2003.

De este modo ha sido posible consolidar una metodología que, a partir de un conjunto de métodos o procedimientos de cálculo relativamente estandarizados, permite una actualización continua de resultados y la disponibilidad de series históricas para distintas variables de análisis del gasto total en salud. El instrumental básico de las cuentas de salud para cada año consiste en:

- *Cuatro matrices* (conjunto matricial): las matrices responden a un formato estándar de fuentes y usos de los recursos. El gasto total anual en salud es el mismo en cada matriz y su composición varía según tipo de relación establecida¹⁴
- *Cuadros de soporte*: para cada uno de los agentes, ordenados según la misma secuencia con que aparecen en las correspondientes matrices, con los cálculos y estimativos que sustentan las cifras que aparecen en las respectivas secciones de las matrices
- *Anexos estadísticos*: incluyen información adicional, como los cuadros de resumen con series anuales, cuyas cifras provienen de las diferentes matrices y permiten mostrar para los distintos años el gasto por agente (gasto público, gasto en seguridad social y gasto privado), gasto como proporción del PIB y gasto *per cápita*; las fuentes de financiamiento, y los usos de los recursos según categorías. Para algunos años, eventualmente se incluye otra

13 Creado en 2003 mediante la fusión de los anteriores ministerios de Salud y de Trabajo y Seguridad Social.

14 En el Anexo 3, se incluyen las matrices con los resultados correspondientes a 2000, 2001, 2002 y 2003.

información complementaria, obtenida de encuestas realizadas para años determinados (Encuestas de hogares y de calidad de vida), o de estudios coyunturales (sobre costos del Pos y la Upc de los regímenes contributivo y subsidiado), u otro tipo de información adicional, ya procesada y disponible que puede tener algún interés especial, como los afiliados por edad y sexo, número y tipo de cotizantes, ingresos base de cotización y rangos salariales, etcétera

- *Apéndice técnico*: contiene categorías básicas de conceptos, categorías y subcategorías, empleadas en las matrices y los cuadros de soporte, incluyendo la descripción detallada de fuentes de información y especificación de datos por fuente, así como los métodos o procedimientos de cálculo empleados¹⁵.

A su vez, el conjunto matricial se compone de las siguientes cuatro matrices¹⁶:

Matriz 1. Gasto en salud según agentes y fuentes de financiación.

Matriz 2. Gasto en salud según agentes y tipos de instituciones prestadoras de servicios.

Matriz 3. Gasto en salud según agentes y tipos de servicios de salud.

Matriz 4. Gasto en salud según agentes y tipos de gasto (o usos).

La información contenida en estas cuatro matrices muestra, en esencia, el monto de los recursos por agentes, sus fuentes de financiamiento y las diferentes formas de utilización de los mismos como gasto en salud, incluyendo la parte destinada a la prestación de servicios. El gasto total en salud es el mismo en cada matriz y su composición varía dependiendo del tipo de relación estableci-

¹⁵ Como resultado del trabajo realizado en la última fase del proyecto en el Ministerio de la Protección Social, se ha elaborado un documento técnico, en el cual se han recopilado y organizado los desarrollos de tipo conceptual, metodológico y empírico, obtenidos en el proceso de actualización de resultados anuales en el Departamento Nacional de Planeación y el Ministerio de la Protección Social (Ministerio de la Protección Social/Proyecto de Apoyo a la Reforma, 2004).

¹⁶ Véase la estructura y composición de cada matriz en el Anexo 3.

da. Los datos de las matrices corresponden a cifras agregadas cuya conformación se determina a partir del detalle de los datos de los correspondientes cuadros de soporte. En general, los resultados se obtienen mediante un método de estimación que consiste en determinar el monto del gasto y, a partir de éste, las distintas clases de utilización de los recursos, determinando luego su composición en términos de fuentes de financiamiento en cada caso.

Tanto las matrices como los cuadros soporte y cuadros estadísticos adicionales responden a una configuración sencilla de tablas en Excel, interrelacionadas mediante vínculos, que permiten la actualización automática de cifras parciales o agregadas en caso de ajustes o modificaciones de los datos iniciales.

Como producto del trabajo realizado en el DNP, se ajustaron los resultados de las primeras estimaciones obtenidas para 1993, se rediseñaron las matrices básicas, y, progresivamente, se estandarizaron los métodos de estimación y se actualizaron los resultados para el periodo 1994-2002, con datos muy parciales para este último año.

E. Cuenta satélite de salud y seguridad social

Un proyecto que constituye un desarrollo del sistema de cuentas nacionales (SCN 1993) desde la perspectiva de cuentas satélite, se viene trabajando también en Colombia desde 2003 por parte del Grupo de cuentas nacionales del Departamento Nacional de Estadística (DANE). Dicho proyecto se inició en marzo de ese año como resultado de las recomendaciones formuladas por una misión del Fondo Monetario Internacional, en el desarrollo de la evaluación de las cuentas nacionales de Colombia, efectuada en marzo de 2001. El proyecto ha contado con asesoría externa financiada por el BID¹⁷.

El desarrollo de este tipo de cuentas tiene como antecedente importante el SCN de 1993, el cual, como ya se mencionó, abrió la po-

¹⁷ En su fase más reciente, hasta julio de 2005.

En esta última fase, 2003-2006, se realizó un trabajo integral de depuración de información y obtención de datos definitivos para el periodo 1993-2001 y actualización de resultados definitivos para 2002 y 2003.

sibilidad de desarrollar análisis y cuentas satélites para áreas funcionales específicas dentro de marcos de referencia más amplios, que, aunque pueden diferir del marco central, son complementarios de éste.

Además del componente de salud, el sistema de cuentas incluye el de pensiones (invalidez, vejez y muerte) y el de accidentes de trabajo y enfermedad profesional. El objetivo principal consiste en relacionar los agregados en la producción de servicios de salud y seguridad social con variables no monetarias y con los agregados macroeconómicos. Para ello realiza un estudio de productos típicos y conexos de la salud y la seguridad social, que incluye los gastos del gobierno, operaciones de los establecimientos proveedores de esos servicios, agentes financiadores y mecanismos de financiamiento, transferencias entre los componentes del sistema y transacciones de agentes que no son del sistema pero que realizan operaciones de éste.

Un aspecto para destacar en el desarrollo del componente de salud es que se utilizan algunos conceptos y clasificaciones de las tablas estandarizadas del Sistema de cuentas de salud de la OCDE como cuentas intermedias, para pasar luego a las categorías propias de la clasificación del SCN.

De acuerdo con el plan de trabajo establecido para 2005, se esperaba disponer, a mediados del año, de unos primeros resultados para 2000 y 2001, y para 2002 y 2003, al finalizar el año. Hasta julio de 2005 se tenían como resultados del proyecto una versión provisional de las cuentas de los distintos agentes que intervienen en el sistema (con excepción del Instituto de Seguros Sociales) e información básica de las fuentes provenientes de las respectivas fuentes institucionales.

A esa fecha aún estaba pendiente la terminación del trabajo estadístico de estimación de datos sobre algunos participantes del

sistema: las Ips privadas, otros productores de servicios privados, el consumo de los hogares y los entes territoriales.

F. Un análisis comparativo de los proyectos en Colombia

Vale la pena señalar que en torno a los proyectos de cuentas de salud (Cs) del Departamento Nacional de Planeación-Ministerio de la Protección Social-Programa de Apoyo a la Reforma de Salud y el de la cuenta satélite de salud y seguridad social (CsSS) del DANE, anteriormente descrito, se dio un proceso de aproximación de los equipos de trabajo mediante varias reuniones llevadas a cabo durante el segundo semestre de 2004 y el primero de 2005.

Como producto de tales reuniones preliminares se ha obtenido cierto grado de conocimiento sobre las características esenciales de los enfoques, fuentes comunes de información, tipo de datos requeridos y empleados, y niveles de desagregación, limitaciones de información y métodos de cálculo sobre componentes específicos. En la medida en que el proyecto de cuenta satélite de salud y seguridad social del DANE arroje resultados más o menos definitivos, se podrán entonces analizar y establecer posibles similitudes o diferencias de los estimativos obtenidos.

Como producto de esas aproximaciones, también se han podido identificar unos puntos básicos de coincidencia o de acuerdo, que justificarían mantener el desarrollo de ambos proyectos y que brevemente se podrían resumir así:

- Los dos proyectos se sustentan en enfoques metodológicos distintos y tienen, por tanto, formas diferentes de visualizar y abordar el problema, ya que mientras para la cuenta satélite de salud y seguridad social, que obedece a clasificaciones y marcos contables complementarios y consistentes con la medición de los grandes agregados económicos, el gasto específicamente en salud es apenas uno de los componentes, las Cs constituyen esencialmente un método de estimación del gasto de salud a

partir de los denominados agentes financiadores. Simplificando un tanto, podría decirse que mientras la cuenta satélite de salud y seguridad social, como parte del SCN, se concentra en la producción, las Cs se centran en el consumo

- La cuenta satélite de salud y seguridad social, aun cuando incluye componentes del gasto público y privado en salud, tiene como límite el sistema de aseguramiento o de la seguridad social, mientras que las Cs son una aproximación al gasto total en salud, en el que el aseguramiento es uno de sus componentes (el más importante)
- La cuenta satélite de salud y seguridad social, desde la perspectiva macroeconómica, satisface mejor los requerimientos nacionales de información para el análisis sectorial, en tanto que las Cs brindan una visión endógena, como una radiografía, del sector salud, cuya información puede ser más útil para los analistas de las políticas de salud y para la toma de decisiones de los responsables del sector, en la medida en que muestran de una manera más clara las características del esquema de financiamiento y los flujos de fondos a través del sistema de atención de salud. Además, las Cs representarían una ventaja en términos de la oportunidad de la información, en la medida en que no dependen de grandes volúmenes de información, encuestas y otros registros de información, no siempre disponibles
- Así entonces, antes que excluyentes, los dos enfoques son complementarios: las Cs proporcionan un marco apropiado para captar y presentar información acerca del nivel y características del gasto y financiamiento del sector salud, en tanto que la cuenta satélite de salud y seguridad social provee una información adicional de naturaleza funcional y sectorial, cuyas definiciones, límites y métodos de valoración complementan esa visión desde una dimensión mas amplia.

Ahora bien, el hecho de que en su origen las Cs/CNS surgieron como una metodología de gasto y financiamiento en salud

con autonomía de las cuentas nacionales, e incluso de cualquier sistema de contabilidad nacional, no significa que en aras de la complementariedad se deba sostener esa autonomía. De acuerdo con Waldo (1996), dado que la comparación del gasto nacional en salud con respecto al PIB se toma como cierta, dicho gasto ha de medirse de la misma forma que se mide el PIB, o al menos ha de ser convertible a esa medida.

En tal sentido, es preciso reconocer que el enfoque de cuentas de salud comporta algunas debilidades en cuanto a conceptos y categorías que no se ajustan de modo estricto a clasificaciones internacionalmente aceptadas, por lo cual se requiere avanzar en un proceso de armonización y compatibilización con el SCN, como una de las tareas prioritarias a desarrollar en el futuro inmediato.

G. Situación actual y perspectivas

Dado el estado actual de desarrollo de las cuentas de salud, se considera necesario avanzar en el futuro inmediato, en dos frentes importantes de actividad. Primero, en un proceso de institucionalización que permita asegurar un reconocimiento del papel de las Cs no sólo como herramienta de información, sino también como un instrumento de política y para la toma de decisiones; y segundo, en un proceso de armonización con el SCN que asegure una mayor fortaleza y consistencia técnica de sus resultados o estimativos.

En el frente de la institucionalización, existen desde hace unos pocos años algunas iniciativas concretas de apoyo a los países de la región por parte de la OPS, el BID y otros organismos internacionales. En este sentido, La Agenda compartida de la salud para las Américas, con la participación conjunta del BID, la OPS, el Banco Mundial y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo

En general, los resultados se obtienen mediante un método de estimación que consiste en determinar el monto del gasto y, a partir de éste, las distintas clases de utilización de los recursos, determinando luego su composición en términos de fuentes de financiamiento en cada caso.

Las Cs brindan una visión endógena, como una radiografía, del sector salud en la medida en que muestran de una manera más clara las características del esquema de financiamiento y los flujos de fondos a través del sistema de atención de salud.

Internacional (USAID), constituye tal vez la iniciativa más importante con el propósito de fortalecer la institucionalización de las Cs/CNS, apoyando los procesos en curso y estimulando un mayor intercambio de información en toda la región, así como la difusión de los métodos y las experiencias de los países en cuanto a la utilización de los indicadores económicos y financieros en las políticas sanitarias (Ops, 2004).

El financiamiento de las actividades a desarrollar se considera como parte de los proyectos institucionales y los programas existentes, las operaciones crediticias del BID y el BM, los programas de Asistencia

Técnica Mundial y Regional de la USAID y el programa de las Cuentas Sanitarias de la Ops.

Dado el avance relativo que registra Colombia en el desarrollo de las cuentas de salud y la continuidad de sus resultados, el país ha sido considerado como uno de los candidatos para acceder a los recursos disponibles. En tal sentido, existen dos posibilidades más o menos inmediatas. Una, como un proyecto de institucionalización de alcance nacional, mediante el apoyo de actividades como la implementación de un módulo de cuentas de salud dentro del Sistema integral de información de protección social (SISPRO) del Ministerio de la Protección Social, capacitación de funcionarios de ese Ministerio para el mantenimiento y producción de resultados actualizados hacia el futuro, y difusión de los aspectos metodológicos y de los resultados de las cuentas en distintos medios y en los diferentes niveles de administración y gestión del sector salud y de la protección social. La otra posibilidad tiene que ver con la participación en un proyecto de institucionalización de alcances regionales, como un país piloto, mediante el cual se buscaría apoyar el desarrollo de sistemas estandarizados de indicadores de gasto y financiamiento en salud, difundir experien-

cias y resultados, y fortalecer una utilización más amplia de las Cs/CNS en la región, entre otros objetivos importantes.

En el frente de la armonización y compatibilización metodológica con el SCN existen también unos lineamientos importantes formulados por parte de la Ops, producto de la evaluación reciente del estado de las Cs/CNS en la región. Una preocupación central consiste en que en la medida en que exista un rango amplio de opciones metodológicas y gran diversidad de resultados, que generan confusión y hacen difícil la interpretación y uso de los resultados, se dificulta enormemente la institucionalización de las Cs y la posibilidad de que ellas formen parte integral del sistema estadístico nacional y de los sistemas de cuentas nacionales de los países.

Por ello, se requiere avanzar en los procesos de armonización de las metodologías existentes, confluyendo hacia una utilización de categorías comunes y sistemas uniformes de clasificación.

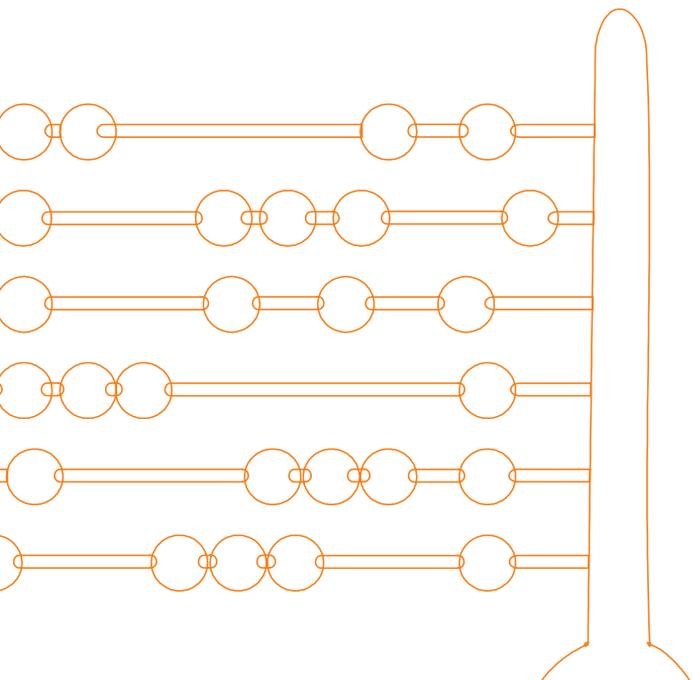
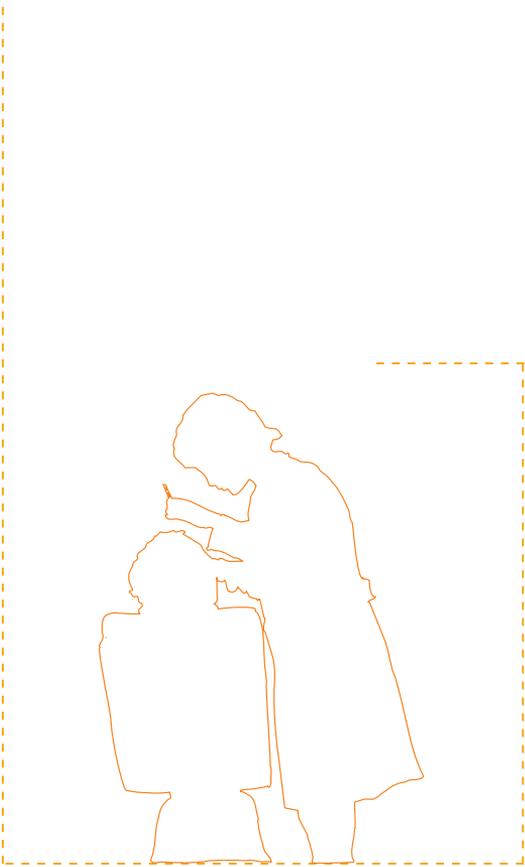
Como una síntesis de lo anterior conviene señalar que como resultado del taller realizado en Quito (Ecuador), en mayo de 2004, con los países de la Comunidad Andina, la Ops trazó unos lineamientos de acción, que de alguna manera constituyen también compromisos por parte de los países, y que brevemente se resumen así (Ops, 2004):

- Armonización de las definiciones y límites del sector salud y protección social, lo que implica también armonizar las clasificaciones de gasto y financiamiento a utilizar para efectos de comparaciones internacionales
- Institucionalizar la producción continua de indicadores de gasto y financiamiento en salud y protección social
- Integrar la producción de estimaciones de gasto y financiamiento del sector salud y protección social con los indicadores de cuentas nacionales de los países
- Promover el uso de indicadores económico-financieros para la toma de decisiones sobre políticas públicas de salud y de protección social.





Capítulo 2
Financiación
del Sistema colombiano
de seguridad social en salud



A. Antecedentes

Antes de la reforma del sector salud en Colombia, que entró en vigencia con la Ley 100 de diciembre de 1993, coexistían tres subsistemas: de seguridad social, el público u oficial, y el privado. El sistema existente funcionaba de manera desarticulada e ineficiente, en condiciones de monopolio del aseguramiento por parte del Instituto de Seguros Sociales (Iss). Dicha desarticulación generaba en muchos casos superposición y duplicación de acciones, dando como resultado bajas coberturas e ineficiencia en la gestión de los recursos (Morales, 1997).

El subsistema de seguridad social comprendía al Iss, que básicamente cubría a los trabajadores asalariados del sector privado y a las entidades de previsión social, representadas por un gran número de cajas y fondos de previsión, que cubría a los trabajadores o servidores públicos del sector oficial en los ámbitos nacional, departamental y municipal¹⁸. Este subsistema, que se suponía debía cubrir a la mayor parte de la población trabajadora, se limitaba a la afiliación de los trabajadores asalariados, de los cuales cubría cerca del 50%, y, de la población cubierta, 20% aproximadamente, lo estaba a través de las entidades de previsión social, de manera que la cobertura de la población total nacional por la seguridad social era aproximadamente del 18% (Ministerio de Salud, 1994b)¹⁹.

¹⁸ Existía además un buen número de entidades oficiales que habían organizado sus propios sistemas de seguridad social, como las Fuerzas Armadas, el magisterio, Ecopetrol, y varias cajas y fondos de previsión social descentralizados, entre otras.

¹⁹ Dado que estas entidades de seguridad social cubrían a las familias de los trabajadores con protección parcial (en los casos de maternidad y pediatría) y que en el caso del Iss sólo 18% de los afiliados tenía derecho a la cobertura familiar, la cobertura total de los trabajadores y sus familias llegaba a 42%. Las Cajas de Compensación Familiar, de alguna manera, complementaban la atención de algunos otros servicios mediante subsidios a sus afiliados de menores ingresos.

Antes de la reforma del sector salud en Colombia la cobertura de la población total nacional por la seguridad social era aproximadamente del 18% (Ministerio de Salud, 1994b.)

El subsistema público u oficial comprendía los servicios de salud organizados por los Servicios Seccionales de Salud (departamentales y municipales), incluyendo algunas entidades que dependían del nivel nacional, y prestados a través de la red de hospitales públicos en sus distintos niveles de complejidad. Aunque a este subsistema teóricamente le correspondía atender casi 50% de la población nacional, aquella que no tenía ningún tipo de aseguramiento y de las familias de trabajadores con protección parcial, realmente atendía sólo a 40%, debido especialmente a problemas de oportunidad en la atención.

El subsistema privado, por su parte, cubría a los grupos de más altos ingresos que normalmente, al no estar afiliados a una entidad de seguridad social, contaban con planes de medicina prepagada o con seguros de salud y que al momento de requerir atención acudían a prestadores privados que les brindaban servicios en forma individual. La cobertura de este subsistema era alrededor de 17% de la población.

Así pues, aproximadamente 25% de la población nacional total se encontraba en situación de desprotección, estimándose en 19% aquella que definitivamente no accedía a los servicios cuando los requería (Ministerio de Salud, 1994b).

Por otra parte, la estructura de financiamiento reflejaba el carácter incoherente y caótico del sistema. Cada subsistema tenía sus propios mecanismos de financiamiento pero, en conjunto, el sistema resultaba excluyente e inequitativo en exceso.

En el subsistema de seguridad social los mecanismos de financiamiento consistían en la cotización de aportes de trabajadores y patronos, en el caso del Iss, y cotizaciones y aportes del presupuesto nacional (obligación patronal) en el caso de las enti-

dades de previsión social. Al momento de la reforma, para el Iss se cotizaba 7% sobre los ingresos laborales de cada trabajador en la modalidad clásica y de 12% en la modalidad familiar, correspondiéndole al trabajador el pago de una tercera parte y las dos terceras partes restantes al empleador²⁰. En las entidades de previsión social la cotización se mantenía nominalmente en 5% de los ingresos laborales, cubriéndose mediante aportes del presupuesto nacional el mayor valor de las erogaciones o costos de atención, pero en la práctica algunas entidades resultaron eximiéndose, mediante convenciones colectivas, del pago de la cotización, mientras que en otras los trabajadores hacían aportes adicionales a la cotización con el objeto de obtener un mejor cubrimiento para sus familiares en cuanto al tipo y cantidad de servicios, que a veces variaban enormemente de una entidad a otra.

En el subsistema público los servicios se financiaban fundamentalmente con recursos de los distintos niveles gubernamentales y en menor proporción con algunos pagos de los usuarios a los hospitales.

Y en el subsistema privado, mediante el pago de primas por pólizas de seguros voluntarios (de hospitalización, de urgencias o de accidentes personales), planes prepagos y pagos directos, especialmente a prestadores y proveedores particulares.

De acuerdo con la primera medición de las Cs para 1993, el gasto total nacional alcanzó la cifra de 3.266.435.7 millones de pesos (Cuadro 2.I). El financiamiento de ese gasto se hizo en una alta proporción (43,7%) con pagos directos de las familias (o gasto de bolsillo), siguiéndolos de lejos los recursos de origen público, que representaban un 25,3% del financiamiento total (sumando las participaciones relativas de los recursos del

20 En la modalidad clásica el trabajador estaba cubierto por enfermedad general, su cónyuge por maternidad y el hijo tenía derecho a atención durante el primer año de edad; en la modalidad familiar se cubría por enfermedad general al trabajador y toda su familia. Los trabajadores independientes y por cuenta propia, que representaban una proporción muy baja de los afiliados, pagaban su cotización completa dependiendo de la modalidad existente en cada departamento o región.

presupuesto general de la nación y de los entes territoriales), las cotizaciones y los aportes a la seguridad social y otros (22,9%), los pagos de primas y planes prepagados del subsistema privado (7,4%) y los recursos de los agentes (0,9%).

Cuadro 2.1
Financiamiento del gasto en salud. 1993

(En millones de pesos)

	Subsistemas				Regímenes especiales 1/	Total	Distribución %
	Seguridad social		Público	Privado			
	ISS	Previs. social					
Cotizaciones y aportes 2/	627.858.0	49.765.4		43.500.0	25.464.7	746.588.1	22,9
Pagos primas y otros 3/				240.603.0		240.603.0	7,4
Presupuesto gral. nación		51.832.4	387.111.3	1.579.8	69.109.3	509.632.8	15,6
Aportes patronales		51.832.4			69.109.3	120.941.7	3,7
Transf. nación (SF)			243.064.4			243.064.4	7,4
Partidas ordinarias			138.330.4	1.579.8		139.910.2	4,3
Otras partidas			5.716.5			5.716.5	0,2
Recursos entes territoriales			315.633.6			315.633.6	9,7
Departamentos 4/			261.089.2			261.089.2	8,0
Municipios 5/			54.544.4			54.544.4	1,7
Recursos de los agentes 6/		15.206.4		12.816.7		28.023.1	0,9
Gasto de bolsillo				1.425.955.1		1.425.955.1	43,7
Total	627.858.0	116.804.2	702.744.9	1.724.454.6	94.574.0	3.266.435.7	100,0
Distribución %	19,2	3,6	21,5	52,8	2,9	100,0	

1 Comprende: Fuerzas Armadas, magisterio y Ecopetrol.

2 En subsistema privado corresponde a los recursos de las Cajas de Compensación Familiar.

3 Corresponde a seguros voluntarios (de salud y accidentes personales) y planes de medicina prepagada

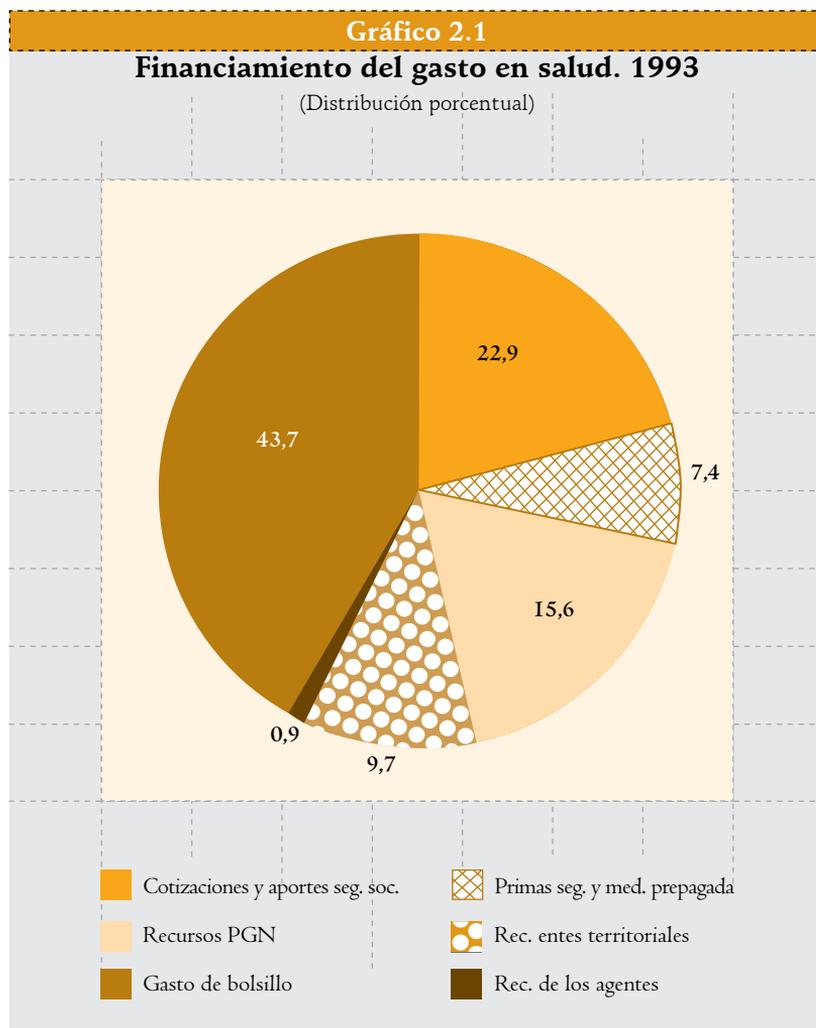
4 Incluye los recursos de los presupuestos departamentales y rentas cedidas de la nación.

5 Incluye los recursos de los presupuestos municipales y los transferidos por Ecosalud.

6 Se refiere a los recursos propios de las entidades de medicina prepagada y algunas entidades de previsión social.

Fuente: Departamento Nacional de Planeación, 1993.

En el financiamiento del mismo gasto por subsistemas, el privado representaba más de la mitad (52,8%) y, por tanto, su magnitud resultaba mayor que el de la seguridad social y el público en conjunto. El peso desproporcionado del gasto de bolsillo en sí mismo, pone de relieve una característica adicional del anterior sistema: su falta de solidaridad, originada en las grandes diferencias de recursos destinados a la atención de los distintos grupos poblacionales, con diversas necesidades de salud y a través de entidades soberanas, sin mecanismos de ayuda o solidaridad en el financiamiento con los más pobres y desprotegidos.



Fuente: Elaboración propia con base en el Cuadro 2.1

De acuerdo con la encuesta de hogares de septiembre de 1992.

- El gasto en salud llegaba a representar en promedio 2,4% del gasto total de los hogares. Es decir, los pobres gastaban en salud alrededor de 3 veces más que los ricos. Así, el gasto en salud representaba en promedio cerca de 5% de los gastos de 30% de los hogares situados en los niveles más pobres; mientras que para el 30% más rico el gasto en salud no alcanzaba a representar el 2% de sus gastos. La comparación entre el decil más

rico y el más pobre arrojaría un contraste aún mayor. Para el 10% más pobre el gasto realizado directamente, con recursos propios, representa cerca del 10% de sus ingresos; mientras que para el 10% más rico, este porcentaje no alcanza ni 1/2% (Ministerio de Salud, 1994).

B. La reforma de la seguridad social en salud

1. Marco conceptual

La reforma del sector salud colombiano mediante la Ley 100 de 1993 se inscribe dentro de unas grandes tendencias que en las décadas anteriores venían sustentando las políticas de salud y, por tanto, la concepción de los sistemas de atención de salud. Así mismo, responde a un paradigma establecido en su momento como modelo de orientación de las reformas a los sistemas de salud en los distintos países.

Desde la constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1948, las definiciones y concepciones sobre atención en salud, tipo de organizaciones, esquemas de financiamiento y de provisión de servicios, fueron marcando cambios sucesivos de enfoque dependiendo de la naturaleza de los problemas emergentes y las estrategias diseñadas para su solución.

En la década del sesenta la formulación de políticas se inspiró en los modelos burocráticos que sustentaban la tendencia a crear y fortalecer organizaciones cada vez más grandes y complejas para financiar y proveer servicios de salud. En los años setenta, frente a la evidencia de los problemas derivados de la concepción anterior, surgieron nuevas formulaciones, consignadas en varias declaraciones y resoluciones (Informe Lalonde, Salud para todos de la OMS, Declaración de Alma Atá), que partían del reconocimiento de la necesidad de un enfoque intersectorial de los problemas de la salud y de nuevas formas de comprometer a los individuos y sus comunidades en la promoción, protección y restauración de su propia salud.

En la década del ochenta, las aplicaciones de la teoría económica empiezan a ejercer una marcada influencia en la concepción de los servicios de salud y en la atención de salud. El análisis económico de los servicios de salud se fue convirtiendo entonces en la base fundamental de la formulación de políticas de salud, dándose así una tendencia a valorar la superioridad de los mecanismos del mercado, lo que conllevaba una redefinición del papel del Estado en su capacidad de intervención. Se optó entonces por sustituir, sobre todo en el área de los servicios públicos o semipúblicos, las normas, instituciones y mecanismos como la planificación, por mecanismos como la competencia, los precios y los incentivos.

Así, las formulaciones de políticas de salud tuvieron una expresión muy importante en las políticas sectoriales de las instituciones multilaterales de crédito, en especial del Banco Mundial, y en los paradigmas de reforma que luego se impulsaron en los años noventa en la mayoría de países, dando origen a un movimiento internacional de reforma del sector salud, que básicamente obedecía a un paradigma surgido del análisis de los servicios de salud en los países desarrollados, en especial los de la OCDE²¹. Entre los énfasis conceptuales de esta tendencia reformista, vale la pena resaltar el cambio del papel del Estado en el sector salud, según el cual la función de pagador de servicios de salud en instituciones oficiales debe ser redefinida por el gobierno, pasando éste de ser proveedor de servicios a financiador y administrador del cambio y el crecimiento en este sector.

De acuerdo con la primera medición de las Cs para 1993, el gasto total nacional alcanzó la cifra de 3.266.435.7 millones de pesos. El financiamiento de ese gasto se hizo en una alta proporción (43,7%) con pagos directos de las familias (o gasto de bolsillo), siguiéndolos de lejos los recursos de origen público, que representaban 25,3% del financiamiento total.

21 Países en los cuales la principal preocupación consistía en controlar el incremento de costos de los servicios de salud y la insatisfacción de los usuarios con respecto a tales servicios; en tanto que para los países en desarrollo o de bajos ingresos, el reto consistía en la superación de condiciones inaceptables de salud para la mayoría de la población y el uso eficiente y eficaz de recursos limitados.

El análisis económico de los servicios de salud se fue convirtiendo entonces en la base fundamental de la formulación de políticas de salud, dándose así una tendencia a valorar la superioridad de los mecanismos del mercado, lo que conllevaba una redefinición del papel del Estado en su capacidad de intervención.

Las tendencias descritas anteriormente convergían con la corriente en auge, a finales de los años ochenta y comienzos de los noventa, de amplias reformas en América Latina, caracterizadas por procesos de ajuste y estabilización macroeconómica, mediante procesos de apertura de las economías, medidas de desregulación monetarias, financieras y cambiarias y de flexibilización del mercado laboral, orientadas a mejorar la competitividad y a darle una mayor vigencia al mercado como mecanismo para asegurar una mejor asignación de los recursos (Rodríguez, 2002).

En este contexto, la mayor parte de las reformas de los sistemas de salud emprendidas por varios países de América Latina optó por la eliminación del monopolio público de prestación de servicios de salud, incorporando, en mayor o menor medida, esquemas de competencia y mecanismos de mercado y de precios, con el propósito de aumentar la cobertura y mejorar la eficiencia y la calidad de los servicios.

Dadas las características del mercado de servicios de salud, cuyas conocidas fallas limitan su funcionamiento como mercados verdaderamente competitivos²², el enfoque teórico que ganó respaldo en las propuestas impulsadas por instituciones u organismos como el Banco Mundial, fue el de la “competencia regulada” (Broomberg, 1994). Dicha teoría, formulada por el economista y

22 Desde el lado de la oferta tales fallas se identifican con el riesgo moral (*moral hazard*) que se deriva de la existencia del mecanismo de aseguramiento en forma amplia; la selección adversa (derivada de la propensión a comprar seguros de los individuos con alto riesgo a enfermar) y su contraparte identificada con selección de riesgos (debido a la tendencia de los aseguradores a asegurar a los individuos con bajo riesgo de enfermar); y la asimetría de información, debido al dominio que ejercen los profesionales médicos en las decisiones de sus pacientes, con sus consiguientes efectos de aumento de los costos de atención y demanda inducida.

profesor norteamericano Alain C. Enthoven²³, quien la presentó y desarrolló a través de varias publicaciones, constituye un planteamiento alternativo frente a la poca evidencia de éxito de dos posiciones extremas, régimen de demanda y régimen de oferta, que implican decisiones de política guiadas por teorías económicas. Su contradicción teórica e ideológica, que remite al papel que deben desempeñar el Estado y el mercado, se expresa en las propuestas sobre la forma de resolver los problemas de financiamiento de los servicios de salud y en relación con la asignación de recursos y la organización de los servicios.

De acuerdo con Enthoven (1988), las estrategias de libre competencia en los mercados de financiación y provisión de los servicios de salud normalmente incluyen la selección de riesgo, la segmentación del mercado, la diferenciación de productos (que incide en aumentos de costos de productos comparables), la discontinuidad en la cobertura, el rechazo al aseguramiento de ciertos individuos, la exclusión de cobertura para condiciones pre-existentes, la información sesgada en relación con la cobertura y la calidad, y la conformación de barreras de entrada al mercado.

Los planteamientos de la competencia regulada se inscribían, pues, en un marco de mercados imperfectos, más próximo a la realidad, en el cual es posible la eficiencia a través de mecanismos con los cuales los agentes involucrados en la producción de servicios de salud pueden competir en términos de recursos y servicios. En la competencia regulada, la competencia se sujeta a una serie de reglas, cuyo cumplimiento adecuado recompensa con más clientes e ingresos a aquellos planes de salud que hacen un buen trabajo, mejorando la calidad, disminuyendo el costo y satisfaciendo a los usuarios (Broomberg, 1994).

23 En un principio Enthoven habló de “competencia regulada” (*regulated competition*), término que pudo ser interpretado como la imposición por parte del gobierno de unas reglas rígidas para regular el mercado; pero posteriormente prefirió llamarla “competencia manejada” (*managed competition*), presentada como una propuesta de utilización de una forma más flexible y dinámica de una serie de herramientas capaces de dirigir y manejar el mercado.

Las condiciones básicas de la propuesta eran dos: garantizar la protección financiera para todos, y la operación de esquemas financieros y de organización de los servicios, lo cual requiere que el usuario esté consciente del costo al escoger la entidad que le proveerá los servicios. Aceptando cierto grado de competencia entre los proveedores de los bienes, las reglas para su ejercicio deben ser diseñadas y administradas de manera que no premien aquellos planes de salud que seleccionan el riesgo, que segmentan el mercado, o que, de alguna manera no cumplan las reglas de la competencia. Tales reglas pueden darse de mejor forma entre planes de salud que integran la financiación con la provisión, que entre proveedores individuales; su meta es dividir los proveedores de cada comunidad en unidades económicas que compitan entre sí y usar las fuerzas del mercado para motivarlos a desarrollar un sistema eficiente de prestación de servicios (Restrepo, 1999).

Los objetivos primordiales de la estrategia son eliminar las diferencias entre los planes de salud que sean distintas del precio, y desviar la atención desde factores de tipo subjetivo hacia el precio y medidas más objetivas de la calidad de los servicios. Ello determina que la competencia regulada sea una competencia por el precio, representado éste en la prima anual que se paga por un plan de beneficios y no en el precio que se paga por cada servicio individual, concepción que es compatible con la existencia de copagos y costos deducibles en los servicios individuales, mecanismos que pueden utilizarse para influir sobre la conducta de los usuarios con el propósito de obtener un uso más racional de los servicios.

De otro lado, en la medida en que se admite también cierto grado de libertad de la elección por parte de los usuarios (no la soberanía del consumidor), la competencia regulada supone unos agentes compradores inteligentes y activos que contratan planes de salud en nombre de un grupo de afiliados y que, en forma permanente, observan, estructuran y ajustan el mercado, cuya tendencia es a evitar la competencia por el precio. Estos agentes, denominados patrocinadores (*sponsors*), que pueden ser de naturaleza pública, privada o mixta, actúan entonces como agentes intermediarios

que contratan con aseguradores de salud (que idealmente combinen la financiación con la provisión de servicios) lo relativo a beneficios cubiertos, precios, procedimientos de afiliación y otras condiciones relacionadas con la participación de los usuarios. Las funciones de estos patrocinadores son igualmente relevantes en la corrección de las fallas del mercado y para asegurar las condiciones de competitividad, en la medida en que estructuran y contribuyen a ajustar el mercado de proveedores que compiten entre sí para establecer reglas de equidad, determinar una demanda elástica al precio y evitar la selección de riesgo (Restrepo, *op cit.*, 1999).

En la financiación y provisión de servicios de salud, la competencia y las fuerzas del mercado pueden producir efectos diferentes dependiendo del marco legislativo e institucional dentro del cual operen, reconociendo que dentro de ciertos marcos pueden llevar a la inequidad y a la ineficiencia. Para Enthoven la competencia se entiende:

- como el proceso que se da dentro de un sistema de seguro de salud universal, cuidadosamente diseñado y manejado, que tiene como bases fundamentales la libre elección de un consumidor consciente del costo y una competencia por precio entre opciones alternativas de financiación y provisión de los servicios. El propósito de este diseño es usar la competencia y las fuerza del mercado para dirigir el sistema de salud hacia la equidad y la eficiencia (Restrepo, *op cit.*, 1999).

En síntesis, para un adecuado funcionamiento de la competencia regulada se requeriría la existencia de los siguientes elementos clave: de un lado, la operación de un esquema de mercado con la participación de los patrocinadores o *sponsors*, los consumidores “conscientes del costo” y los aseguradores de salud; y de otro, la disponibilidad de información relevante de costos y calidades de los servicios.

La mayor parte de las reformas de los sistemas de salud emprendidas por varios países de América Latina optó por la eliminación del monopolio público de prestación de servicios de salud, incorporando, en mayor o menor medida, esquemas de competencia y mecanismos de mercado y de precios, con el propósito de aumentar la cobertura y mejorar la eficiencia y la calidad de los servicios.

Para un adecuado funcionamiento de la competencia regulada se requeriría la existencia de los siguientes elementos clave: de un lado, la operación de un esquema de mercado con la participación de los patrocinadores o *sponsors*, los consumidores “conscientes del costo” y los aseguradores de salud; y de otro, la disponibilidad de información relevante de costos y calidades de los servicios.

Sin embargo, en la aplicación de esta propuesta teórica a la reforma colombiana de 1993, no se logró definir de manera clara el papel de los patrocinadores, cuya función quedó diluida entre las asignadas al gobierno y a los aseguradores (empresas promotoras de salud). En el primer caso, como parte de la responsabilidad de determinar las reglas de equidad y de las medidas para evitar la selección de riesgos en el aseguramiento; y en el segundo, dentro de las funciones de administración del proceso de afiliación y de selección de los proveedores a nombre de los afiliados, no obstante la determinación de las reglas de juego con el fin de garantizar la competencia y enfrentar fallas previsibles del mercado. Y aunque la ley previó la formación de alianzas de usuarios,

éstas difícilmente lograrían cumplir el papel de corredores de usuarios en los términos propuestos por Enthoven (Restrepo, *op cit.*, 1999).

2. Características del sistema de financiamiento

La adopción de la teoría de la competencia regulada como marco conceptual y estratégico para la reforma del sector salud en Colombia en 1993 planteaba la necesidad de resolver al menos los siguientes problemas iniciales: en primer lugar, la inconveniencia de mantener tres subsistemas coexistentes con modalidades distintas de asignación de recursos y de organización para la provisión de los servicios, como se describió anteriormente; en segundo lugar, la factibilidad de lograr una cobertura universal, bajo la consideración de que los recursos asignados y organizados de manera diferente serían suficientes para alcanzar una cobertura universal; y en tercer lugar, una superación drástica de los resultados inaceptables en equidad, eficiencia, eficacia y calidad de los servicios.

Los objetivos centrales de la reforma eran:

- I. Lograr la cobertura universal de un mecanismo de seguro que garantizara el acceso a los servicios.
2. Promover la eficiencia en la provisión de servicios.
3. Mejorar la calidad de los servicios.

En función de estos objetivos se adoptaron dos estrategias básicas: de un lado, el seguro de salud obligatorio para lograr la cobertura universal; y de otro, un esquema de competencia regulada, para mejorar la eficiencia en la provisión de servicios, contener costos y mejorar la accesibilidad y aumentar la calidad de los servicios.

La Ley 100 de 1993, mediante la cual se creó el Sistema de seguridad social en salud (SGSSS) dispuso, en efecto, el carácter obligatorio de la afiliación, unificó el nivel de cotización y definió los planes de beneficios, con servicios integrales de salud para el grupo familiar, en virtud de lo cual estableció un plan obligatorio de salud (Pos) y una unidad de pago por capitación (UPC) ajustada por riesgo. Igualmente autorizó la creación de las Empresas promotoras de salud (Eps), las cuales entrarían a competir entre sí por la consecución de afiliados, quienes a su vez ejercerían el derecho a la libre escogencia, y dispuso una reorganización de las instituciones prestadoras de servicios (Ips) según su naturaleza pública, privada o mixta.

De otro lado, con el propósito de lograr integrar un subsistema definido de beneficios con un subsistema de financiamiento y administración de los recursos, dada una diferenciación en la capacidad real de pago de la población, la ley concibió un sistema de aseguramiento segmentado, representado en los regímenes contributivo y subsidiado, que progresivamente avanzaría hacia un sistema único de aseguramiento. Dicha progresividad, por lo demás, constituía un reconocimiento de una situación de financiamiento potencialmente insuficiente a corto y mediano plazos.

En el régimen contributivo, la vinculación a través del pago de una cotización del trabajador conjuntamente con su empleador

(una tercera parte y dos terceras partes, respectivamente) o en forma total por parte del primero, en el caso de los independientes, garantiza el derecho a un plan obligatorio de salud (Pos), tanto para el cotizante como para su familia, con protección integral en los casos de enfermedad general y maternidad, promoción de la salud y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación²⁴.

Este régimen se estructuró básicamente a través de las Eps, encargadas de promover y efectuar el aseguramiento de toda la población y de organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud a los afiliados, mediante la contratación de los mismos con la red de prestadores de servicios privados y públicos. Las Eps reciben mensualmente por cada afiliado el valor equivalente a una Upc, cuyo valor se supone equivalente al costo promedio del Pos, y efectúan operaciones de compensación con el Fondo de Solidaridad y Garantía en Salud (FOSYGA), creado también por la Ley 100 de 1993, mecanismo que en realidad opera entre grupos de afiliados con distintos niveles de ingresos y grados de riesgo.

Dicho mecanismo de compensación constituye la base de sostenibilidad financiera de dicho régimen y funciona de la siguiente manera: sobre el monto total de las cotizaciones recaudadas mensualmente por las Eps, éstas efectúan los descuentos correspondientes a la contribución al financiamiento del régimen subsidiado (un punto de la cotización) que se destina a la subcuenta de solidaridad del FOSYGA, y los montos establecidos para el reconocimiento y pago de incapacidades y para la subcuenta de promoción y prevención del FOSYGA²⁵ y el valor de las incapacidades de maternidad del mes anterior. Del valor remanente, la Eps apropia

24 Cotización fijada en 12% del salario base de cotización. Para los trabajadores dependientes el mínimo de cotización quedó establecido sobre un salario mínimo, mientras que para los trabajadores independientes quedó inicialmente sobre dos salarios mínimos, aunque en relación con estos últimos, posteriormente se homologó la cotización mínima sobre un salario mínimo legal mensual vigente, según fallo del Consejo de Estado del 19 de agosto de 2004. El contenido del Pos, por su parte, se asimiló al establecido por el Decreto-Ley 1650 de 1977, vigente en ese momento para los afiliados al Instituto de Seguros Sociales (Iss). Posteriormente, se adoptó mediante el Acuerdo 008 de 1994 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y se reglamentó por medio del Decreto 1938 de 1994.

25 Montos con base en proporciones establecidas sobre el valor de la Upc y fijadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

el monto total de recursos equivalente al número de afiliados que tenga por el valor de la UPC vigente y la diferencia resultante, de ser positiva, debe trasladarse al FOSYGA o, en caso contrario, el mismo fondo gira a la EPS el valor correspondiente (Cuadro 2.2).

Cuadro 2.2 Compensación interna del régimen contributivo

1. Recaudos netos mensuales de la EPS	Recaudos por cotización 12% IBC afiliados cotizantes. Descuentos efectuados: Menos 1 punto de la cotización: para la subcuenta de solidaridad del FOSYGA. Menos 0,25 puntos: para reconocimiento y pago de incapacidades originadas por enfermedad general de los afiliados cotizantes 1/. Menos 0,41 puntos: para la subcuenta de promoción del FOSYGA o utilizados por la Ers previa autorización de Minsalud 2/. Menos el valor de las licencias de maternidad en el mes anterior.
2. Valor reconocido por el SGSSS	1/12 de la UPC por cada afiliado (cotizantes y beneficiarios) multiplicado por la estructura de costos por rangos de edad, aprobada por el CNSSS para la respectiva vigencia.
3. Saldo (1-2)	Diferencia entre los dos resultados anteriores. Si el saldo es positivo: la EPS transferirá ese valor a la subcuenta de compensación del FOSYGA. Si el saldo es negativo: presentará ante la misma instancia solicitud de transferencia por el monto correspondiente.

1 Inicialmente fijado en 0,3 puntos.

2 Inicialmente fijado en 0,5 puntos.

Fuente: Elaboración propia, 2000.

En el régimen subsidiado, la vinculación al sistema supone un proceso previo de identificación de los potenciales beneficiarios entre los grupos más pobres y vulnerables de la población de las áreas urbanas y rurales²⁶. La vinculación se da mediante el pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, según lo previsto en la ley, equivalente a una UPC²⁷, financiada con recursos fiscales, parafiscales y de solidaridad, y con la cual se garantiza el derecho a un Pos que cubre servicios del primer nivel y algunos del segundo nivel de atención. El resto de servicios de segundo nivel y los del tercer nivel se financian con recursos de subsidios a la oferta. Estos servicios se incorporarían progresivamente al Pos, dando lugar

²⁶ Mediante la aplicación de una encuesta denominada Sistema de identificación de beneficiarios (SISBEN), como herramienta para la focalización de subsidios.

²⁷ En su punto de partida, representaba 50% del valor de la UPC del régimen contributivo.

a ajustes o incrementos más rápidos en el valor de la UPC, hasta lograr una igualdad con respecto al valor de la UPC del régimen contributivo y una homologación del Pos, lo cual ocurriría, según lo previsto, hacia 2001.

En razón de lo anterior, la ley contempló un régimen transitorio o de “vinculados” durante el tiempo que demandaría el ajuste del sistema, conformado por aquellas personas sin capacidad de pago y que al no haber sido afiliadas al régimen subsidiado, pudiesen recibir atención en la red de hospitales públicos, cuyo financiamiento provendría del presupuesto general de la nación, como subsidios a la oferta.

El proceso de implantación de la reforma significó ajustes progresivos en los distintos componentes debido al surgimiento de nuevos agentes y la supresión, transformación o adaptación de otros, y un nuevo esquema de flujos de fondos entre tales agentes. De acuerdo con las características de este proceso, se distinguen dos subperiodos: uno, que corresponde a la fase de transición (1994 y 1995); y, a partir de 1996, un periodo de consolidación progresiva del sistema bajo las nuevas condiciones de funcionamiento.

Al entrar en vigencia la reforma se modificaron los tres subsistemas anteriores, aunque no hubo en realidad una desaparición drástica de algunos agentes institucionales, debido a presiones políticas e intereses de algunos grupos. El Instituto de Seguros Sociales (Iss) se transformó en entidad promotora de salud (Eps), que entró a competir en la función de aseguramiento con las nuevas Eps, separando este negocio de la parte de prestación de servicios a través sus clínicas y centros de atención. En cuanto al sistema previsional oficial, algunas de sus entidades (sobre todo del nivel nacional y departamental) fueron autorizadas para convertirse en Eps o entidades adaptadas al sistema (EAS), mientras que en su gran mayoría debieron suprimirse.

En este contexto, el subsistema público debió asumir nuevas funciones en congruencia con las nuevas disposiciones, especial-

mente en cuanto a la administración de recursos y a la organización y provisión de servicios del régimen subsidiado. En primer lugar, debido al volumen de recursos provenientes del presupuesto general de la nación, como transferencias a los entes territoriales (participación en los ingresos corrientes de la nación y situado fiscal), canalizados en buena parte al financiamiento de la prestación de servicios de la población más pobre. En segundo lugar, en la función de aseguramiento que les fue asignada a los mismos entes territoriales y realizada por las administradoras del régimen subsidiado (ARS)²⁸. Y en tercer lugar, en la función de prestación de servicios a cargo de la red pública de hospitales que suscriben contratos con las ARS.

Las EPS reciben mensualmente por cada afiliado el valor equivalente a una UPC, cuyo valor se supone equivalente al costo promedio del POS, y efectúan operaciones de compensación con el Fondo de Solidaridad y Garantía en Salud (FOSYGA)

Sin embargo, los esfuerzos por integrar los distintos agentes bajo el mismo esquema de aseguramiento, los denominados regímenes especiales, representados en los servicios de sanidad de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, el Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio y los servicios de salud de la Empresa Colombiana de Petróleos (ECOPETROL), se mantuvieron fuera del alcance de la ley; razón por la cual se les denomina también “regímenes exceptuados”. Los dos primeros casos quedaron sujetos a la cotización establecida para el resto del sistema sobre los ingresos por nómina de sus miembros y trabajadores activos, y de sus pensionados y jubilados en concurrencia con los aportes del Estado como obligación patronal, y sujetos también a la contribución de un punto de la cotización para la cuenta de solidaridad del FOSYGA, pero sin efectuar compensación con dicho fondo; mientras que en el caso de Ecopetrol se mantuvo el financiamiento completamente como obligación patronal con recursos del presupuesto general de la nación.

28 Conjunto de entidades facultadas por la ley para la administración de los recursos, conformado por las EPS que también obtuvieron autorización para el efecto, las empresas solidarias de salud (ESS) y las Cajas de Compensación Familiar (CCF).

a. Estrategias de mancomunación y movilización de recursos

La reforma introducida con la Ley 100 de 1993 estuvo respaldada por voluntad política expresa de aumentar considerablemente los recursos financieros disponibles para el cumplimiento de los objetivos señalados. Ello permitió la creación de nuevas fuentes de financiación y una redestinación sectorial de recursos fiscales y parafiscales ya existentes.

El subsistema público debió asumir nuevas funciones en congruencia con las nuevas disposiciones, especialmente en cuanto a la administración de recursos y a la organización y provisión de servicios del régimen subsidiado.

En primer lugar, se produjo un incremento de los aportes del 8 al 12% sobre los salarios o ingresos base de cotización de los trabajadores con vínculo laboral, los servidores públicos, los trabajadores independientes y los pensionados, para el régimen contributivo, de los cuales un punto porcentual se destina al FOSYGA, como ya se mencionó, para apoyar la cofinanciación del régimen subsidiado. En segundo lugar, se generaron recursos adicionales dentro de un esfuerzo de mancomunación, representados en el impuesto a las armas y a las municiones, en el primer caso como una tasa

equivalente al 10% de un salario mínimo mensual, cancelado en el momento de la expedición o renovación del permiso de porte de armas y por el término de éste; y en el caso de las municiones, como un impuesto ad valorem, liquidado a una tasa del 5%. Igualmente, se fijó una contribución adicional sobre la prima del seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT), equivalente al 50% del valor de la prima anual.

Entre los recursos fiscales y parafiscales ya existentes, reorientados por la Ley 100 al sector salud, se mencionan los siguientes:

- Los recursos de la Cajas de Compensación Familiar, las cuales deben aplicar no menos del 5% de los recaudos por concepto del subsidio familiar al régimen subsidiado

- Los recursos del Fondo del Seguro de Accidentes de Tránsito (FONSAT), creado por el decreto Ley 1032 de 1991, destinados a cubrir los costos de atención de este tipo de eventos
- Los recursos del impuesto de remesas de utilidades de empresas petroleras de los campos de Cusiana y Cupiagua
- Los recursos del impuesto de valor agregado (IVA) social, destinados a la ampliación de cobertura de los grupos de madres comunitarias
- El porcentaje que establezca el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) para financiar las actividades de promoción y prevención en salud.

El incremento previsto de los recursos disponibles para la atención de salud, con el objeto de respaldar el cumplimiento de los objetivos esenciales de la reforma, se apoyó de manera primordial en la redestinación sectorial de recursos fiscales y parafiscales ya existentes, de modo que los nuevos fondos se limitaron prácticamente a la creación de un par de tributos: el impuesto social a las armas y municiones, y la contribución equivalente al 50% de la prima del seguro obligatorio de accidentes de tránsito (Cuartas, 1998).

De otro lado, conviene resaltar que el Fondo de Solidaridad y Garantía en Salud (FOSYGA), creado a fin de canalizar los recursos provenientes del incremento de la carga fiscal derivada de las nuevas contribuciones hacia la atención en salud de los grupos más pobres y vulnerables, constituye, quizás, uno de los principales instrumentos financieros del sistema, mediante el cual opera el vínculo de solidaridad entre los regímenes contributivo y subsidiado. Desde el comienzo dicho fondo entró a operar como una cuenta adscrita al Ministerio de Salud, cuyo manejo se efectúa mediante encargo fiduciario de acuerdo con las determinaciones que sobre la utilización y distribución de sus recursos imparte el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

El FOSYGA está conformado por cuatro cuentas, con un manejo presupuestal independiente, que se describen de manera breve a continuación:

1. *De compensación interna del régimen contributivo*: para el manejo de las operaciones de compensación entre aquellas Eps que liquiden excedentes entre los recaudos por cotización de sus afiliados y el monto de recursos equivalente al valor de las unidades por capitación (UpC) reconocidas por cada afiliado (descontando previamente los valores correspondientes al reconocimiento y el pago de incapacidades y licencias por enfermedad), y las Eps que liquiden déficit, producto del mismo tipo de operación.
2. *De solidaridad del régimen subsidiado*: cuyos recursos se destinan a la cofinanciación, junto con los recursos de las transferencias de la nación y los destinados para el mismo propósito por los entes territoriales, de la prestación de servicios de los afiliados a dicho régimen.
3. *De promoción y prevención*: que se financia con un porcentaje determinado (que fija el CNSS) sobre el valor de la UpC del régimen contributivo reconocida por cada afiliado a las Eps, y cuyos fondos se destinan a cubrir los costos de las actividades de promoción y fomento de la salud y de prevención secundaria y terciaria de la enfermedad.
4. *De enfermedades catastróficas y accidentes de tránsito*: cuyos fondos provienen de un porcentaje (20%) del valor anual de las primas pagadas por el seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT) y una contribución adicional equivalente al 50% del valor de la misma prima. Estos recursos son destinados a la indemnización de las víctimas de accidentes de tránsito, la atención de víctimas de atentados terroristas y de eventos catastróficos, y al fortalecimiento de la red de urgencias de los hospitales públicos.

Finalmente, cabe mencionar lo relacionado con la financiación del conjunto de acciones en salud pública con intervenciones sobre el medio ambiente y el entorno social y de vigilancia epidemiológica, mediante control y seguimiento de factores de riesgo, bajo la denominación de plan de atención básica (PAB), el cual sería financiado con recursos fiscales y su ejecución debería ser coordinada por el Ministerio de Salud. Dicho plan tendría un componente importante de acciones educativas de prevención y promoción de la salud, de gran impacto en términos de costo-efectividad, y amplio beneficio para los miembros de la comunidad, independientemente de su capacidad de pago.

b. Financiamiento de los entes territoriales

Un antecedente importante de la reforma de 1993 se encuentra en la Ley 10 de 1990, mediante la cual se pretendió impulsar la descentralización en el sector salud, proceso que en tal sentido había emprendido el país desde mediados de los años ochenta. Dicha ley determinó un esquema de asignación de competencias y recursos entre los diferentes niveles de administración, que en la práctica no tuvo suficiente desarrollo debido a la falta de recursos.

Durante el proceso de trámite y discusión de la reforma, se expidió la Ley 60 de 1993, con la cual se desarrollaron las disposiciones de la Constitución Política de 1991 (artículos 356 y 357) con respecto a las denominadas transferencias nacionales, representadas en el situado fiscal y en la participación de los municipios en los ingresos corrientes de la nación. Dicha norma no sólo asignó una mayor responsabilidad de los entes territoriales (departamentos y municipios) en la prestación de los servicios de educación y salud, sino que

La reforma introducida con la Ley 100 de 1993 estuvo respaldada por una voluntad política expresa de aumentar considerablemente los recursos financieros disponibles para el cumplimiento de los objetivos señalados. Ello permitió la creación de nuevas fuentes de financiación y una redestinación sectorial de recursos fiscales y parafiscales ya existentes.

El Fondo de Solidaridad y Garantía en Salud (FOSYGA), creado a fin de canalizar los recursos provenientes del incremento de la carga fiscal derivada de las nuevas contribuciones hacia la atención en salud de los grupos más pobres y vulnerables, constituye, quizás, uno de los principales instrumentos financieros del sistema, mediante el cual opera el vínculo de solidaridad entre los regímenes contributivo y subsidiado.

hizo efectivo el mandato constitucional de garantizarles una mayor disponibilidad de recursos.

Aun cuando esta ley intentó superar las limitaciones enfrentadas por la Ley 10 de 1990, reprodujo, en lo esencial, su concepción, que comparada con la de la Ley 100, promulgada posteriormente, representaba la continuidad de un esquema de subsidios a la oferta. Prácticamente desde el principio, la Ley 60 de 1993 tropezó con dificultades en su desarrollo, no sólo por su diferencia de enfoque con respecto a la Ley 100, sino por la falta de una delimitación más precisa de competencias entre la nación y los entes territoriales en materia de acciones de la salud pública y una aplicación confusa y redundante de recursos (por ejemplo entre acciones individuales y colectivas), que fue

objeto de críticas al desvirtuarse los principios de complementariedad y subsidiaridad que explícitamente se señalaron en la Ley 100, a través de estas acciones en el área de la salud pública.

Según lo previsto por la reforma de 1993, con la movilización de recursos y la mayor disponibilidad de financiamiento para los entes territoriales, de acuerdo con lo anteriormente descrito, debería producirse un impacto importante en el monto global de recursos canalizados a la atención de salud y en el gasto total de salud, el cual representaba para 1993, en situación de prerreforma, 6,2% del PIB. (En el Cuadro 2.3 se consigna una descripción detallada del origen y fuentes de los recursos y de la destinación de los mismos, producto de la reforma de 1993).

c. Problemas en la asignación y distribución de recursos

En la concepción y diseño del sistema, las condiciones de sostenibilidad financiera de los regímenes contributivo y subsidiado

se apoyaban en supuestos en torno a las particularidades de sus respectivas estructuras de fuentes, estrategias de movilización de fondos y metas esperadas de cobertura y acceso a los servicios, dentro de ciertas condiciones ideales de eficiencia y calidad en la prestación de los servicios y del logro de la cobertura universal en un plazo de diez años.

En el régimen contributivo, el supuesto esencial era, principalmente, su autosostenibilidad mediante los aportes de las cotizaciones, más los recursos adicionales por concepto del recaudo de pagos compartidos (cuotas moderadoras y copagos) y la venta de planes complementarios al Pos, por parte de las Eps, las cuales, bajo condiciones de eficiencia, lograrían control de costos y ajustes progresivos en sus escalas de operación. Otro supuesto clave era el mantenimiento de un equilibrio relativo entre los costos del Pos y los valores nominales anuales de la Upc (Ministerio de Salud/Programa de la Universidad de Harvard, 1996b). Por eso, el equilibrio y las condiciones de estabilidad financiera, en especial a corto plazo, quedaron dependiendo del comportamiento o evolución de la cuenta de compensación, cuyo saldo con el tiempo se convirtió en el indicador más importante de estabilidad del régimen contributivo.

Durante los primeros años, la cuenta de compensación tuvo un desempeño satisfactorio en la medida en que, hasta 1999, acumuló excedentes, los cuales, a su vez, generaron rendimientos financieros que contribuyeron al crecimiento de los saldos liquidados en cada vigencia. Sin embargo, para 2000, en un contexto de crisis económica, comenzó a manifestarse un preocupante decrecimiento de los saldos acumulados, producto de un incremento en los reconocimientos por Upc frente a los niveles efectivos de recaudo. Esta situación puso en evidencia la estrecha relación del proceso de compensación con el comportamiento de la economía y, especialmente, con la dinámica del mercado laboral. Un análisis coyuntural del proceso de compensación permitió identificar un alto grado de correspondencia entre la evolución de la cuenta de compensación y el comportamiento de cuatro indicadores clave: número de

Cuadro 2.3

Origen y destinación de los recursos de salud

Recursos	Origen / fuentes	Destinación / usos
1. RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	- 12% del ingreso base de cotización (IBC):	*Ers efectúan mensualmente operación de giro y compensación, previos descuentos.2/
1.1 Aportes por cotización obligatoria	- Trabajadores dependientes afiliados 4% y empleadores 8% (aporte mínimo sobre un salario mínimo) - Trabajadores independientes: sobre ingresos presuntivos (aporte mínimo sobre 2 salarios mínimos). 1/	- 1% transferido a la cuenta de solidaridad del FOSYGA para cofinanciar subsidios a la demanda de la población del RS - 0,41% para promoción y prevención - 0,25% para licencias de maternidad e incapacidad por enfermedad general - 10,34% aprox. para servicios incluidos en el POS-C
1.2 Pagos compartidos (obligatorios) 3/	- Cuotas moderadoras: pagos de afiliados cotizantes y sus beneficiarios al momento de solicitar servicios (racionalización en la utilización de los mismos) - Copagos: pagos de los beneficiarios al momento de solicitar servicios	- Recursos complementarios para entidades promotoras de Salud (EPS) - Recursos compartidos EPS-IPS para cubrir parte de los costos de los servicios
1.3 Pagos adicionales (voluntarios)	- Afiliados y empresas: por adquisición de planes de atención complementaria al POS-C (teniendo como requisito la afiliación previa a una Ers con derecho al POS-C).	- Recursos complementarios para atención en salud: financian parte de los gastos operacionales de EPS y entidades de medicina prepagada (EMPP).
2. RÉGIMEN SUBSIDIADO Y RÉGIMEN TRANSITORIO (SUBSIDIOS A LA OFERTA Y VINCULADOS)	* Presupuesto general de la nación (PGN): transferencias de la nación. Monto resultante de un porcentaje determinado de los ingresos corrientes de la nación (ICN), del cual 25% con destinación específica para salud, más una parte del porcentaje de libre destinación asignado a salud por cada ente territorial (25% aprox). 5/	- 50% de los recursos de destinación específica para los departamentos: - Financiación funcionamiento de hospitales (subsidio a la oferta) - 10% para financiar aportes patronales corrientes a la seguridad social - 10% para financiar acciones de salud pública y el plan de atención básica (PAB) - 50% (como mínimo) para los municipios: cofinanciación de subsidios a la demanda del RS
2.1 Situado Fiscal (SF) 4/		
2.2 Participación en los Ingresos Corrientes de la Nación (PICN) 4/	* PGN: transferencias de la nación: monto resultante de un porcentaje determinado de los ICN, de cuyo monto a su vez, 25% con destinación específica para salud, más la parte del porcentaje de libre destinación asignado a salud por cada ente territorial. 6/	- Como participación directa de los municipios en los ICN 7/ - Del 25% con destinación específica para salud: - 15 pts (60%), de cuyo monto entre 70 y 80% para cofinanciar subsidios a la demanda de la población del RS (entre 20 y 30% descontado para gastos de funcionamiento de las administraciones municipales, según categorías) - 10 pts (40%) para financiar otros gastos en salud (programas del PAB o inversión en infraestructura hospitalaria).
2.3 Rentas cedidas	* PGN: impuestos nacionales cedidos en su recaudo y administración, en beneficio de los departamentos y con destinación específica a salud: - Impuesto a la venta de licores (35%) - Impuesto a la venta de cerveza (8%) - Impuestos a ganadores de loterías (17%) - Utilidades por venta loterías foráneas (7,5%) - Utilidades de sorteos y apuestas (7,5%)	* Para financiar funcionamiento de los hospitales (subsidios a la oferta), recursos que progresivamente se irían transformando en subsidios a la demanda para población del RS: 15% en 1998, 25% en 1999 y 60% a partir de 2000 (según Ley 344 de 1996).

(Continúa)

(Continuación Cuadro 2.3)

Recursos	Origen / fuentes	Destinación / usos
2.4 Recursos del FOSYGA	<p>* Recursos de la cuenta de solidaridad</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 punto cotización del RC - Recursos de las Cajas de Compensación Familiar (CCF) 8/ - Aportes del PGN (<i>pari-passu</i>) 9/ - Rendimientos financieros generados por los anteriores recursos - Rendimientos financieros de la inversión de recursos generados por enajenación de acciones y participaciones de la nación en empresas públicas o mixtas con destinación al RS (con autorización CONPES) - Recursos provenientes del impuesto al porte de armas, municiones y explosivos 10/ - Recursos provenientes del impuesto de remesas de utilidades de empresas petroleras por explotación de los pozos de Cusiana y Cupiagua <p>- Recursos del IVA social</p>	<p>*Para cofinanciar subsidios a la demanda de la población del RS, a través de las direcciones locales de salud</p> <p>- 15% de los recursos adicionales recibidos para los departamentos y 15% para los municipios</p> <p>- Para ampliación de cobertura a las madres comunitarias del ICBF y otra destinación específica 11/</p>
2.5 Recursos de las Cajas de Compensación Familiar (CCF)	El 10% de los recaudos del impuesto a la nómina destinados a salud y administrados directamente por las CCF con coeficiente de recaudo superior a 100%	Para cofinanciar subsidios a la demanda para población del RS, manejados por las CCF como administradoras del régimen subsidiado (ARS), según Decreto 955 de 2000.
2.6 Recursos de la Empresa Territorial para la Salud (ETESA) 12/	* Arbitrio rentístico de la nación por explotación del monopolio de juegos de suerte y azar (creado con la Ley 10 de 1990).	<p>- 20% para cofinanciar deuda pensional del sector salud (a través de las entidades territoriales de salud)</p> <p>- El resto como transferencia a los municipios</p>
2.7 Recursos de las entidades territoriales	<p>* Departamentales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Impuestos de registro y anotación - Recursos propios de los presupuestos departamentales y de la venta de servicios y cuotas de recuperación en las instituciones de salud - Recursos de cofinanciación del Fondo de Cofinanciación de Inversiones Sociales - Recursos de crédito <p>* Municipales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recursos propios de los presupuestos municipales y de la venta de servicios y cuotas de recuperación en las instituciones de salud - Recursos de cofinanciación del Fondo de Cofinanciación de Inversiones Sociales - Recursos de crédito 	<p>- Para cofinanciación de subsidios a la demanda de la población del RS</p> <p>- Para infraestructura y dotación de hospitales</p> <p>- Para cofinanciación de subsidios a la demanda de la población del RS</p> <p>- Para infraestructura y dotación de hospitales</p>
3. OTROS RECURSOS		
3.1 Otros recursos del PGN	* Asignados al Ministerio de Salud o transferidos a través de éste a las Direcciones Seccionales y Locales de Salud	* Para financiar programas de salud pública y del PAB de interés nacional, cofinanciados con los entes territoriales
3.2 Recursos del seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT)	<p>* Impuesto a los vehículos automotores mediante modalidad de seguro obligatorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 20% del valor de la prima anual - Contribución adicional equivalente a 50% del valor de la prima anual 	*Transferido por las aseguradoras autorizadas a la cuenta de enfermedades catastróficas y accidentes de tránsito (ECAT) del FOSYGA para cubrir atención de víctimas de accidentes de tránsito (carros fantasmas), víctimas de atentados terroristas y de eventos catastróficos.
3.3 Aportes adicionales del PGN (a discreción del gobierno nacional)		* Transferencia a la cuenta ECAT del FOSYGA para el fortalecimiento de la red de urgencias de los hospitales públicos.

Fuente: Elaboración propia, 1998.

Notas:

1/ Según los artículos 154 y 157 párrafo 1° de la Ley 100 de 1993. El Decreto No. 1703 de 2002 aunque mantuvo para estos trabajadores la disposición de que en ningún caso se cotizaría sobre una base inferior a dos salarios mínimos legales mensuales vigentes, dicha disposición fue luego modificada mediante fallo del Consejo de Estado de agosto de 2004 al reducir dicha base a un salario mínimo. El citado decreto reglamentó de manera mucho más precisa la forma de determinar los ingresos presuntivos de los trabajadores con ingresos diferentes a los originados en una relación laboral o en mesadas pensionales, estableciendo como IBC el 40% de los ingresos originados en relaciones contractuales.

2/ Según Decreto 1283 de 1996 y ajustes que mediante Acuerdos establece el C_{NSSS} para cada año. La distribución indicada es la correspondiente a 2003 (Acuerdo 241 de 2003).

3/ Tanto para las cuotas moderadoras como para los copagos, los montos están definidos como porcentajes aplicados sobre el valor de los servicios, sujetos a unos topes máximos establecidos por la ley con el propósito de evitar que se conviertan en obstáculos para el acceso a los servicios (normas básicas: Artículo 187 de la Ley 100 /93 y Acuerdo 30/95 del C_{NSSS}).

4/ Recursos vigentes bajo estas denominaciones y formas determinadas de cómputo hasta diciembre de 2001. La Ley 715 de 2001 introduce cambios en el sistema de transferencias de la nación y crea el Sistema general de participaciones.

5/ De acuerdo con la Ley 60 de 1993, el situado fiscal global debía liquidarse sobre el total de los ingresos corrientes de la nación en una proporción equivalente al 24,5% de tales ingresos a partir de 1996, pudiendo dicho porcentaje llegar a ser superior en los años subsiguientes según lo determina en los planes sectoriales de salud y educación incorporados al plan de desarrollo económico y social. Para cada vigencia de los años 1996, 1997 y 1998, el situado fiscal se debería distribuir así: para educación 60%, para salud 20% y como libre asignación 20% restante, aunque de este último porcentaje podría adicionarse hasta una cuarta parte más para salud.

6/ Para 1994 la participación equivalía al 14% de los ingresos corrientes de la nación, porcentaje que iría aumentando en un punto porcentual por año hasta alcanzar el 22% en el año 2002. La fórmula de distribución era similar a la del situado fiscal: educación 30%, salud 25%, agua potable 20% y recreación y deporte 5% y para libre asignación el restante 20%.

7/ Mediante esta participación se buscaba beneficiar a los municipios, distritos y resguardos indígenas, sustituyendo la antigua cesión del IVA a los municipios.

8/ El 5% de los recaudos del impuesto a la nómina de aquellas CCF con cociente de recaudo inferior al 100%, recursos que deben transferirse a la cuenta de solidaridad del FOSYGA (Artículo 217 de la Ley 100 de 1993).

9/ Equivalentes a la suma de los recursos obtenidos por los dos anteriores conceptos (1 a 1). La Ley 344 de 1996 (artículo 34) modificó la proporción de asignación de 1 a 0.25 y el Decreto 955 de 2000 limitó la asignación a la disponibilidad de recursos. Sin embargo, la Corte Constitucional en sentencias del año 2000 declaró inexecutable tales disposiciones; en consecuencia sigue rigiendo lo dispuesto inicialmente en el artículo 21 de la Ley 100 de 1993.

10/ Recursos transferidos para salud a partir de 1996.

11/ Para atención de pacientes con algunas patologías específicas como cardiopatías, diabetes, discapacidad y otras.

12/ Recurso creado con la Ley 10 de 1990 y mantenido por la Ley 100 de 1993 (Artículo 214, lit. b), inicialmente administrado por la Empresa Colombiana de Salud (ECOSALUD), entidad liquidada en 2001, y actualmente por ETESA de acuerdo con la Ley 643 de 2000.

cotizantes, número de beneficiarios, densidad salarial y densidad familiar (Ministerio de Salud/OPS, 2001). De igual manera, de acuerdo con los resultados de un estudio basado en los datos de la Encuesta de hogares del DANE de 2000, se determinó el impacto de los fenómenos de evasión y elusión de aportes sobre la estabilidad del sistema (Bitrán y Asociados-Econometría, 2001).

En el régimen subsidiado, por su parte, los esfuerzos tendientes a garantizar una mayor provisión de recursos mediante las leyes 60 y 100 de 1993, tropezaron prácticamente desde un comienzo con dificultades derivadas de problemas de diseño o concepción, y con la aplicación de criterios y mecanismos de asignación y distribución de recursos que revelaban problemas de eficiencia y sesgos en contra de principios básicos de equidad. El problema de fondo surgió de las diferentes concepciones que sostenían las dos normas citadas, ya que mientras la Ley 100 proponía desarrollar un esquema progresivo de subsidios a la demanda, la Ley 60 recogía la concepción del antiguo modelo asistencialista basado en subsidios a la oferta, mediante el cual los hospitales públicos garantizaban su sostenimiento de una alta dependencia de los recursos del situado fiscal.

No obstante lo dispuesto en la Ley 100 respecto de la transformación de las instituciones de la red pública hospitalaria en empresas sociales del Estado, en condiciones de autonomía administrativa y financiera, dichas entidades han encontrado dificultades para su autosostenibilidad, derivadas en buena medida de la tendencia a mantener condiciones inadecuadas de organización frecuentemente caracterizadas por el sobredimensionamiento de sus plantas de personal, bajos niveles de productividad, altos costos de operación debido a las altas cargas salariales y prestacionales, y deficiente gestión administrativa y financiera.

De otra parte, a pesar de los alcances previstos de la Ley 60 de 1993, en la práctica se reveló una escasa capacidad institucional para la consolidación del proceso de descentralización y la generación de recursos adicionales desde los propios entes locales. Una

debilidad manifiesta de dicha ley fue la carencia de incentivos a una respuesta local para asumir competencias, movilizar recursos y mejorar su administración.

Las fórmulas de asignación de recursos para el sector salud contemplaban al mismo tiempo objetivos redistributivos, de aumento del esfuerzo fiscal de las entidades territoriales y de prestación de los servicios, objetivos sin duda importantes, pero cuya consecución a través de las transferencias determinaron importantes ineficiencias en la asignación de recursos (Departamento Nacional de Planeación, 2000).

La forma de distribución de los recursos del situado fiscal, que en un comienzo se hacía por entidades territoriales con base en porcentajes fijos y sólo después por sectores, también con porcentajes fijos, introdujo inflexibilidades que conllevaban una falta de correspondencia entre recursos asignados y las necesidades o prioridades del sector salud. Las fórmulas de distribución respondían, igualmente, a criterios inadecuados al otorgarle, por ejemplo, un gran peso al índice de NBI (que mide condiciones de infraestructura de los servicios domiciliarios y condiciones de vivienda), sin tener en cuenta las condiciones de salud de la población o las particularidades mismas de los programas, o la distribución del situado fiscal con base en gastos históricos o por departamentos, con los consiguientes sesgos de ineficiencia e inequidad en la asignación de los recursos (Ministerio de Salud/OPS, 2001).

Una de las limitaciones más serias reconocidas para el avance de metas propuestas y la consecución de la cobertura universal fue, desde un principio, sostener el esquema de subsidios a la oferta. La falta de una política clara hospitalaria, caracterizada por un manejo recurrente de emergencia frecuentemente condujo a que la red pública prestadora de servicios de salud demandase crecientes y cuantiosos recursos que implicaron un sacrificio de recursos para el régimen subsidiado. La transición prevista mediante la Ley 344 de 1996 hacia un sistema progresivo de subsidios a la demanda, en la práctica se vio obstaculizada debido a la permanencia o man-

tenimiento de la condición de los “vinculados”, es decir, la población que no hace parte del régimen contributivo ni del subsidiado, cuya demanda de servicios a través de las instituciones de red pública finalmente debe ser cubierta con recursos a la oferta, lo cual afecta también las posibilidades de ampliación de cobertura en el régimen subsidiado.

En general, una fuente de crítica era que, al no existir una relación clara entre el incremento de los recursos y los costos efectivos de las competencias que se ejercían, y dada la “automaticidad” que hacía que los recursos se transfirieran en montos predefinidos, no era posible evaluar si el crecimiento de las transferencias era compatible con objetivos en materia de cobertura de servicios, si se lograban o no las metas propuestas o si había una buena gestión en el uso de los recursos públicos. De acuerdo con cifras oficiales de cobertura en el régimen subsidiado, entre 1995 y 2000 ésta se incrementó en 10%, mientras que los recursos se incrementaron en 20% en términos reales (Departamento Nacional de Planeación, 2002).

Un análisis coyuntural del proceso de compensación permitió identificar un alto grado de correspondencia entre la evolución de la cuenta de compensación y el comportamiento de cuatro indicadores clave: número de cotizantes, número de beneficiarios, densidad salarial y densidad familiar (Ministerio de Salud/OPS).

d. Reforma al sistema de transferencias

Dado el contexto anterior, el gobierno nacional presentó a consideración del Congreso de la República una propuesta de reforma constitucional, la cual fue aprobada mediante Acto Legislativo 01 de 2001. En la reglamentación de dicho Acto, el Congreso aprobó la reforma de la Ley 60 de 1993 mediante la Ley 715 de 2001, la cual establece la distribución de competencias entre diferentes niveles de gobierno y dispone la creación de un Sistema general de participaciones.

Los cambios introducidos mediante esta ley representaron una reforma sustancial de la Ley 60 de 1993. El nuevo Sistema

general de participaciones (SGP) está conformado por las participaciones de educación, salud y propósito general (o inversión social a ejecutar de acuerdo con prioridades establecidas por parte de los entes territoriales).

La transición prevista mediante la Ley 344 de 1996 hacia un sistema progresivo de subsidios a la demanda, en la práctica se vio obstaculizada debido a la permanencia o mantenimiento de la condición de los “vinculados”, es decir, la población que no hace parte del régimen contributivo ni del subsidiado, cuya demanda de servicios a través de las instituciones de red pública finalmente debe ser cubierta con recursos a la oferta.

El objetivo principal del nuevo sistema es el de garantizar la estabilidad de los recursos orientados a financiar la inversión social en las entidades territoriales, al evitar que las fluctuaciones de la actividad económica y la consiguiente inestabilidad de los ingresos corrientes de la nación puedan generar situaciones de volatilidad en los recursos transferidos (como ocurría con las transferencias del anterior esquema de la Ley 60 de 1993). Para ello, establece dos periodos diferenciados. Uno transitorio, entre 2002 y 2008, durante el cual el SGP crecerá con la inflación causada, más un crecimiento adicional de 2% en los primeros cuatro años y de 2,5% en los tres años restantes. A partir de 2009, el SGP se determinará de acuerdo con un periodo móvil de variación de los ingresos corrientes de la nación en los cuatro años anteriores al cual se hace la distribución.

De este modo, se determinó una base de cómputo estimada para 2001 en 10.962.000 millones de pesos²⁹ y para 2002 en 12.019.833 millones de pesos (con una inflación causada de 7,65% y 2% de crecimiento real), que comparado con la base estimada para 2001 representaba una suma adicional de recursos de aproximadamente 1,1 billones de pesos. Dicho monto significó un incremento de 21,3% respecto de las transferencias de situado

²⁹ Al calcular participaciones sobre los ingresos corrientes de la nación equivalentes al 24,5 % en el caso del situado fiscal y al 22% en el caso de la participación para los municipios, netos de los descuentos previstos en la Ley 60 de 1993.

fiscal y participación de los ingresos corrientes de la nación giradas a los entes territoriales durante la vigencia de 2001. En los cuadros 2.4 y 2.5 se muestran las cifras estimadas para 2002 por concepto de transferencias, de haberse mantenido el esquema previsto en la Ley 60 de 1993 y las correspondientes a la liquidación del SGP con base en lo estipulado por la Ley 715 de 2001.

En la distribución del SGP se deben efectuar (de acuerdo con la Ley 715 de 2001, parágrafo 2 del artículo 2) unas deducciones previas como asignaciones especiales, que para 2002 representaron 4% del total de recursos³⁰. De este modo, la distribución sectorial del SGP para ese año fue del 58,5% para educación, 24,5% para salud y del 17% para propósito general.

A su vez, la distribución del SGP para salud (de acuerdo con el artículo 47 de la Ley 715 de 2001) se destina a financiar tres componentes:

- I. *Continuidad y ampliación de coberturas de afiliación en el régimen subsidiado* (subsidios a la demanda), recursos transferidos a los municipios y distritos.
2. *Prestación de servicios a la población pobre no asegurada* (subsidio a la oferta), mediante contratación con red pública y privada.
3. *Acciones en salud pública* (plan de atención básica).

Con relación al sistema anterior que tuvo vigencia con la Ley 60 de 1993, el SGP en salud plantearía algunos aspectos positivos (Departamento Nacional de Planeación, 2002):

- Clarifica y simplifica el flujo de recursos, los cuales van ahora directamente al ente responsable de ejecutarlos

³⁰ Recursos apropiados para resguardos indígenas, municipios ribereños del río Magdalena, programas de alimentación escolar y los fondos de pensiones de las entidades territoriales.

- Se lograría una redistribución de los recursos entre las regiones con mayor equidad, ya que los recursos se asignan a partir de un valor *per cápita* y en función de la población atendida y por atender de cada entidad territorial

Para ello, establece dos periodos diferenciados.

Uno transitorio, entre 2002 y 2008, durante el cual el SGP crecerá con la inflación causada, más un crecimiento adicional de 2% en los primeros cuatro años y de 2,5% en los tres años restantes. A partir de 2009, el SGP se determinará de acuerdo con un periodo móvil de variación de los ingresos corrientes de la nación en los cuatro años anteriores al cual se hace la distribución.

- Los entes territoriales pueden llevar a cabo acciones que permitan cubrir los costos de operación de la red hospitalaria, para lo cual los departamentos tienen el incentivo de mejorar el recaudo de las rentas cedidas que se liberan para financiar este uso específico; además, pueden intervenir en un proceso efectivo de organización de la red pública para su operación eficiente
- La gestión descentralizada se adaptaría mejor a los fines de la política sectorial, al permitir avanzar hacia la meta de cobertura universal, promover la gestión eficiente, distribuir los recursos con equidad y promover la competitividad por los recursos entre las entidades territoriales, entre otros fines importantes
- La nación cuenta ahora con facultades extraordinarias otorgadas por el Congreso de la República para diseñar mecanismos que agilicen y hagan más transparente el flujo de los recursos en el sector salud.

Cuadro 2.4
Transferencias establecidas en las leyes 60 de 1993
y 715 de 2001
(Millones de pesos)

Concepto	Liquidación 2002	Giro efectivo (11/12) - 2002
1. Transferencias Ley 60 de 1993 1/	10.919.075	10.009.149
Situado fiscal	6.218.967	5.700.716
Participaciones municipales (PICN)	4.700.108	4.308.433
2. Sistema general de participaciones (SGP)	12.019.833	11.018.180
3. Recursos adicionales SGP (2-1)	1.100.758	1.009.031

¹ Valores que corresponderían a la vigencia de 2002 de acuerdo con la Ley 60 de 1993, equivalentes a 24,5% de los ICN en el caso del situado fiscal y a 22% en el caso de la PICN, luego de los correspondientes descuentos.

Fuente: DNP, 2002.

Cuadro 2.5
Liquidación del SGP para 2002 según la Ley 715 de 2001
(Millones de pesos)

Concepto	Sgp 2002 1/
A. Base de cálculo (Art. 2)	10.962.000
B. Incremento anual	9,65%
Inflación causada	7,65%
% de incremento anual (real) 2/	2,00%
C. Base de liquidación SGP 2002 (A*B)	12.019.833
C.1 Deduciones (Art. 2 párrafo 2): 4% de C	480.793
C.2 Base para distribución sectorial (C-C.1)	11.539.040
D. Apropriación 2002 (11/12 de C)	11.018.180
D.1 Deduciones (4% de D)	440.727
D.2 Distribución sectorial (D-D.1)	10.577.453

¹ Según Artículo 86, párrafo transitorio Ley 725 de 2001.

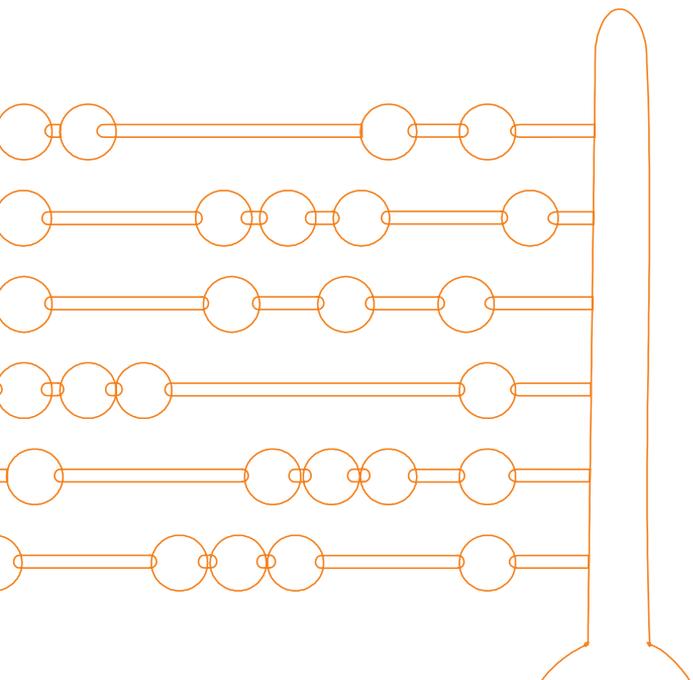
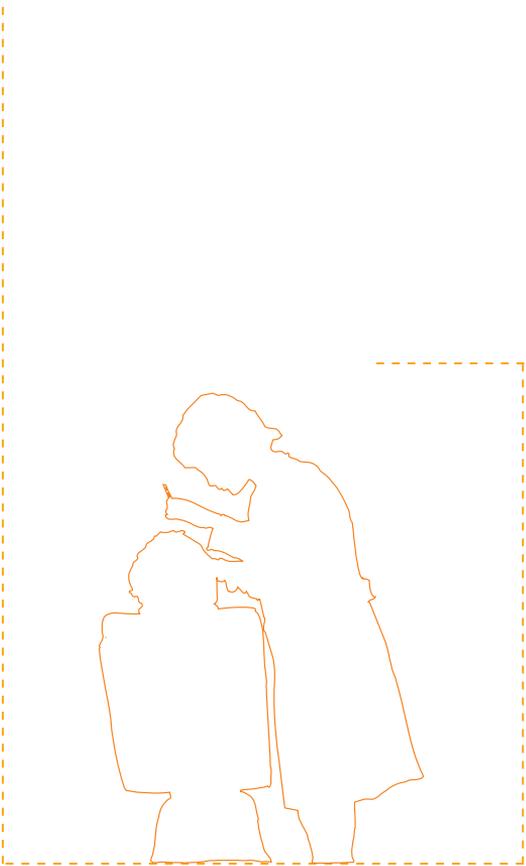
² Acto Legislativo 01 de 2001, Artículo 3, párrafo transitorio 2.

Fuente: DNP, 2002





Capítulo 3
Resultados de las
cuentas de salud 1993–2003



A. Esquema general de los flujos de recursos

El método de “fuentes y usos”, en el cual se basa la estructura matricial de las cuentas de salud, facilita un entendimiento del flujo de fondos a través del sistema y permite hacer un análisis desagregado del gasto en salud. El análisis parte de identificar la forma como se generan y se canalizan los recursos financieros de salud, intentando también responder de manera integral las cuestiones básicas de quién paga, cuánto y para qué (Gráfico 3.1).

Gráfico 3.1
Descripción del marco de análisis



Fuente: Elaboración propia, 2003.

De una manera más detallada, puede ilustrarse la composición de fuentes, agentes de financiamiento y proveedores, mediante un esquema aplicado a Colombia, como el que se ilustra en el Gráfico 3.2, empleando cifras correspondientes a 2003³¹.

En este tipo de esquema se consideran dos grandes tipos de agentes desde el punto de vista del financiamiento: los agentes financiadores primarios y los secundarios. Los agentes primarios son la última fuente de financiación de los proveedores de servicios

³¹ El esquema responde a un tipo de presentación propuesto por Berman (1996: 35) para el caso de Egipto y utilizado también en otros estudios para América Latina y El Caribe (Magnoli, 2001: 9) y Perú (Ministerio de Salud del Perú y Ors, 2003: 25).

de salud. Los agentes financiadores secundarios captan los recursos de las fuentes primarias y los distribuyen entre los proveedores. En algunas ocasiones sólo existe el agente financiador secundario; pero con frecuencia existe una secuencia compleja de agentes que dirigen los fondos desde las fuentes de financiación primarias hasta los proveedores. Por otro lado, existen agentes financiadores primarios como empresas o las propias familias que pagan directamente a los proveedores (gasto directo o gasto de bolsillo).

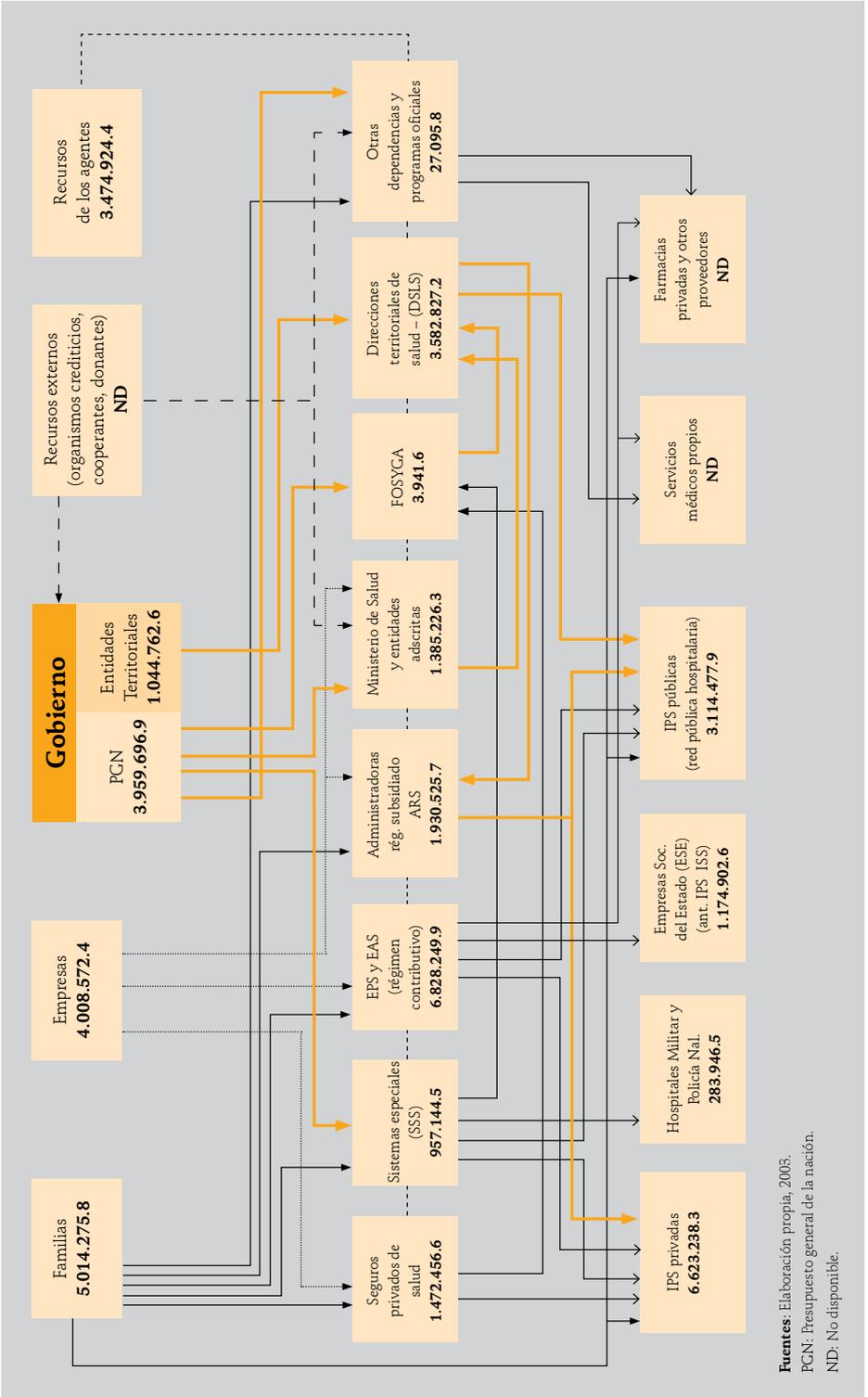
En síntesis, el esquema muestra la forma en que se originan los recursos en las fuentes y a través de los agentes primarios (nivel superior) y se canalizan hacia los prestadores de servicios de salud (nivel inferior), de manera directa o indirecta, en este último caso mediante un proceso de intermediación (nivel intermedio) de los mismos.

El esquema aplicado a Colombia muestra los flujos de recursos con información de 2003, cuyos datos son extraídos de las correspondientes matrices. En aras de la simplificación, en el esquema se omiten algunos flujos intermedios (como en el caso de FOSYGA y los municipios), no obstante lo cual se revela el carácter complejo y heterogéneo del sistema de financiamiento y del flujo de recursos de salud en Colombia.

B. Tamaño y composición del gasto total en salud

A grandes rasgos, el periodo objeto de análisis puede caracterizarse así: 1993 corresponde al año de prerreforma; 1994 y 1995 corresponden a un periodo de transición durante el cual aún no se configura completamente la estructura de agentes, y a partir de 1996, el periodo de consolidación de la reforma con la entrada en funcionamiento de la mayoría de las empresas promotoras de salud del régimen contributivo, la progresiva implementación del régimen subsidiado mediante un conjunto amplio de administradoras del régimen subsidiado (ARS) y la supresión o transforma-

Gráfico 3.2
Flujos de financiamiento de salud
 (Cifras en millones de pesos de 2003)



Fuentes: Elaboración propia, 2003.
 PGN: Presupuesto general de la nación.
 ND: No disponible.

ción en Entidades Adaptadas al Sistema (EAS) de algunas de las entidades de previsión social del anterior sistema, como resultado del proceso de desarrollo y reglamentación de la Ley 100³².

El esquema muestra la forma en que se originan los recursos en las fuentes y a través de los agentes primarios y se canalizan hacia los prestadores de servicios de salud de manera directa o indirecta.

En los cuadros A-I y A-2 del Anexo 2 se incluye la información del gasto total en salud, según agentes y componentes, para 1993–2003. De acuerdo con la clasificación allí adoptada, dicho gasto está conformado de la siguiente manera:

- El gasto público total que comprende el gasto público directo realizado por el Ministerio de Salud³³ y sus entidades adscritas, las entidades territoriales de salud (direcciones seccionales y locales de salud y hospitales públicos en cuanto a la atención de vinculados, PAB y otros gastos como administración e inversión imputados como subsidio a la oferta), otras dependencias y programas oficiales y el FOSYGA; y el gasto público en seguridad social correspondiente al régimen subsidiado (o subsidios a la demanda)
- El gasto en seguridad social en salud, correspondiente al régimen de cotizaciones o contributivo, realizado a través de las Eps (públicas y privadas), los regímenes especiales (Fuerzas Armadas, magisterio y Ecopetrol) y las entidades adaptadas al sistema (EAS)
- El gasto privado total, que comprende el gasto imputado en atención de salud por los seguros privados voluntarios (pólizas

32 A finales de 1995, había ya un total de 25 Eps autorizadas por la Superintendencia Nacional de Salud (18 privadas y 7 públicas, incluyendo el Iss, CAPRECOM y CAJANAL). En el caso de las ARS, a finales de 1996, según registros de información de contratación del régimen subsidiado del Ministerio de Salud, había 7 Eps-ARS, 175 empresas solidarias de salud (Ess), 50 Cajas de Compensación Familiar (CCF) y 7 convenios interinstitucionales. En cuanto a las Eas, en virtud del Decreto 1890 de 1995, inicialmente fueron autorizadas 31 entidades, de las cuales 10 correspondían a cajas o fondos de previsión social de las universidades públicas, que a la postre, y luego de un proceso de definición jurídico-legal, quedaron formalmente excluidas del Sistema general de seguridad social en salud.

33 Ministerio de la Protección Social a partir de 2003.

de salud y de accidentes personales), los planes de medicina pre-pagada y el gasto directo de las familias o gasto de bolsillo³⁴.

Con base en dicha información, en el Cuadro 3.I se presentan algunos indicadores relativos al tamaño y composición del gasto total en salud (véase también el Gráfico 3.3). Allí se puede establecer que el gasto total en salud en relación con el PIB representa una proporción que varía en forma ascendente entre 6,2% en 1993 y 9,6% en 1997 (la más alta de todo el periodo) y que luego decrece, mostrando una proporción relativamente estable, alrededor del 7,7%, en los últimos cuatro años.

Para los demás componentes del gasto, las proporciones obtenidas en relación con el PIB permiten señalar un comportamiento más o menos similar al registrado en el gasto total en salud. En el caso del gasto público total se registra un incremento relativamente significativo en la proporción establecida de 1,4% en 1993 a 3,4% en 1997, que más o menos se mantiene en los dos años siguientes, para luego descender en los últimos cuatro años, alcanzando el 3,1% en 2003.

En el caso del componente del gasto en seguridad social en salud, la misma relación establecida con respecto al PIB registra igualmente sucesivos incrementos (aunque más moderados al comienzo que en el caso anterior) entre 1,6% en 1993 y 3,7% en 1999, luego una drástica caída especialmente entre 2000 y 2002, y un repunte en 2003, año en el cual pasa a representar el 3,5%.

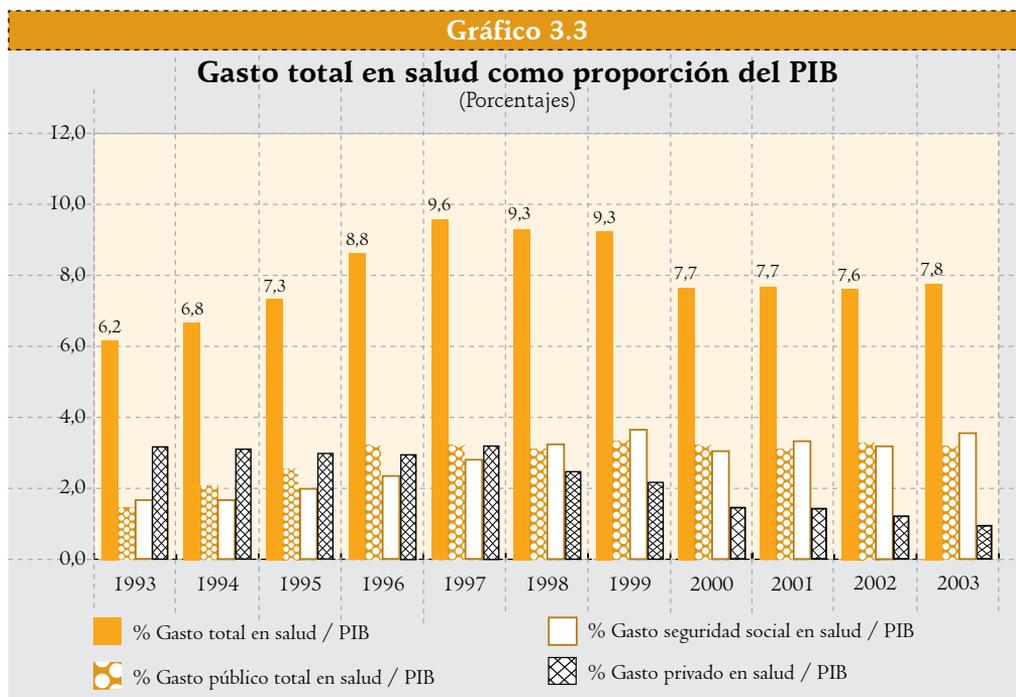
El gasto privado total, por su parte, que para 1993-1997 registra proporciones un poco por encima del 3%, llegando al 3,4% en 1997, pasa luego a registrar una disminución continua en los años subsiguientes, incluso inferiores a los observados para el subperiodo

34 Por gasto directo o de bolsillo se entiende el realizado con recursos propios de las personas, en el momento de acceder a la prestación de los servicios, independientemente de su condición de afiliados o no al sistema, e incluye lo correspondiente a copagos, cuotas moderadoras o de recuperación, gastos por consulta general o especializada, hospitalizaciones, exámenes de laboratorio y ayudas diagnósticas, medicamentos, prótesis y demás pagos directos relacionados con la atención recibida en salud. En el Anexo 1 se desarrolla una breve descripción sobre los aspectos metodológicos de las estimaciones del gasto de bolsillo.

Cuadro 3.1
Algunos indicadores de gasto en salud 1993-2003
 (Porcentajes)

Indicadores	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
% Gasto total en salud / PIB	6,2	6,8	7,3	8,8	9,6	9,3	9,3	7,7	7,7	7,6	7,8
% Gasto público total en salud / PIB	1,4	2,1	2,4	3,2	3,4	3,3	3,4	3,2	3,0	3,2	3,1
% Gasto seguridad social en salud / PIB	1,6	1,6	1,9	2,5	2,8	3,4	3,7	3,0	3,2	3,0	3,5
% Gasto privado en salud / PIB	3,3	3,2	3,0	3,1	3,4	2,6	2,2	1,5	1,5	1,3	1,2
% Gasto de bolsillo / PIB	2,7	2,7	2,6	2,6	2,9	2,1	1,6	0,9	0,9	0,8	0,6
% Gasto público total en salud / GTS	21,9	30,3	32,9	36,2	35,2	35,7	36,6	41,6	38,8	42,3	39,6
% Gasto seguridad social en salud (RC) / GTS	25,7	22,8	25,7	28,6	29,7	36,2	39,7	39,4	41,5	39,9	44,5
% Gasto total SSS (RC+RS) / GTS	25,7	22,8	28,9	32,9	36,1	44,8	48,2	48,7	53,2	52,5	55,5
% Gasto privado en salud / GTS	52,3	46,8	41,4	35,2	35,1	28,1	23,7	19,1	19,8	17,8	15,9
% Gasto de bolsillo / GTS	43,7	39,6	35,0	30,1	30,2	22,6	17,2	11,2	11,7	10,0	7,5
% GTSSGSSS / GTS	44,2	44,3	50,5	57,5	58,4	65,4	69,1	72,9	72,9	72,2	76,0
% Régimen contributivo (RC) / GTSSGSSS			50,9	49,7	50,9	55,3	57,4	54,0	56,9	55,3	58,5
% Régimen subsidiado (RS) / GTSSGSSS			6,4	7,5	11,0	13,1	12,4	12,9	16,1	17,5	14,5
% Subsidiados a la oferta (SO) / GTSSGSSS			42,7	42,8	38,1	31,6	30,2	33,1	27,1	27,3	26,9
<i>Gasto per cápita:</i>											
En pesos corrientes	87.979	121.472	160.847	225.221	290.805	320.678	340.214	316.894	336.823	351.641	392.571
En pesos constantes (2000=100)	255.717	287.991	319.203	367.443	403.147	380.934	369.991	316.894	312.906	305.324	320.074
En dólares corrientes	112	147	176	217	255	225	194	152	146	140	136
En dólares constantes (2000=100)	102	151	184	242	317	266	207	152	146	131	111

Fuente: Elaboración propia con base en Cuadro A-1 del Anexo 2.



Fuente: Departamento Nacional de Planeación (DNP), Dirección de Desarrollo Social (DDS), Subdirección de Salud (SS) y Ministerio de la Protección Social (MPS), Programa de Apoyo a la Reforma de la Salud (PARS), Proyecto cuentas de salud.

Así pues, el gasto de bolsillo muestra una alta incidencia tanto sobre el gasto privado total como en el gasto total nacional en salud, especialmente durante el periodo 1993-1997, lo que explica que para este último año, en el cual el gasto total en salud llegó a representar 9,6% del PIB, 3,4% representaba el gasto privado total y de esta proporción 2,9% correspondía al gasto de bolsillo, la cual resultaba ser mayor que la correspondiente al gasto en seguridad social del régimen contributivo. O sea que del gasto total en salud de 1997, 11,6 billones de pesos (en pesos corrientes de ese año), 3,5 billones de pesos correspondían a gasto de bolsillo. La situación descrita contrasta claramente con lo ocurrido en el periodo 1998-2003, en el cual las estimaciones del gasto de bolsillo muestran magnitudes a la baja y, por tanto, un peso relativo mucho menor tanto en el total del gasto privado como en el gasto total en salud³⁵.

³⁵ Véase una explicación más detallada, adelante en la sección 4 y también en el Anexo 1.

En el mismo Cuadro 3.I se observa la composición del gasto total en salud según los componentes anteriormente descritos (véase también el Gráfico 3.4).

El gasto total en salud en relación con el PIB representa una proporción que varía en forma ascendente entre 6,2% en 1993 y 9,6% en 1997 y que luego decrece, mostrando una proporción relativamente estable, alrededor del 7,7%, en los últimos cuatro años.

El gasto público total en salud, que en 1993 representaba 21,9% del gasto total en salud, muestra una tendencia a aumentar su participación durante el periodo, hasta alcanzar la más significativa en 2002 (42,3%), y aunque ésta se reduce en 2003 (39,6%), de todas maneras se mantiene alta, comparada con lo observado para el periodo 1993-1999.

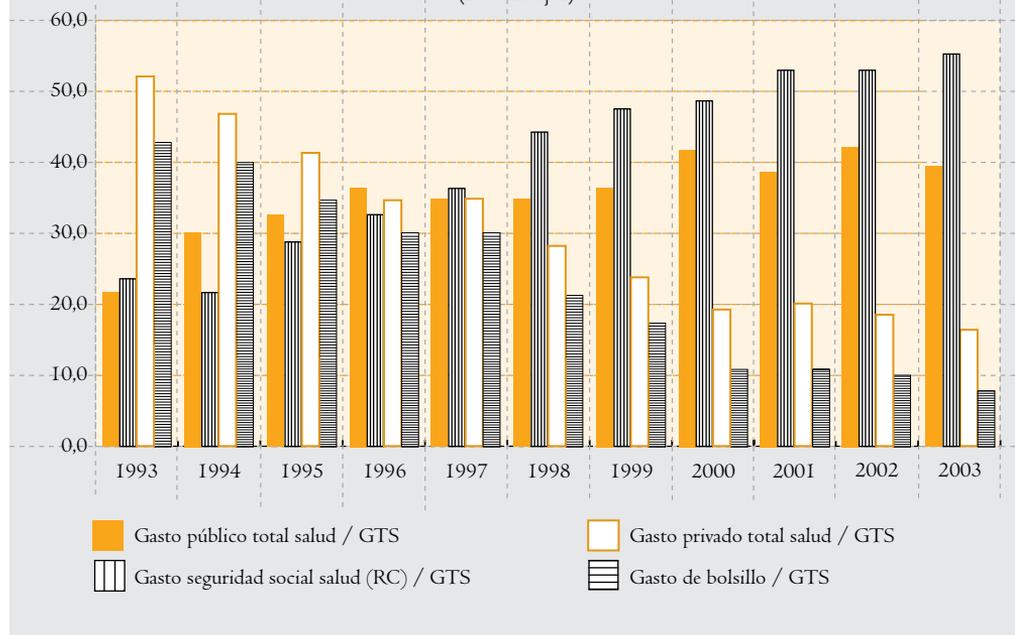
El gasto en seguridad social en salud (que corresponde al gasto del régimen contributivo) presenta igualmente una tendencia a aumentar su participación relativa en el gasto total, especialmente a partir de 1996, periodo en el cual, como se mencionó al comienzo, se consolidó en forma progresiva la estructura de agentes y el régimen de aseguramiento en el país.

El gasto privado total, por su parte, se inclina por una tendencia inversa al disminuir, de manera consistente, su participación relativa en el gasto total en salud desde 52,3% en 1993 hasta el 15,9% en 2003. Confirmando lo planteado anteriormente, en cuanto a la relación del gasto total en salud con respecto al PIB, el gasto de bolsillo muestra la misma tendencia, quizás de una manera más notoria al pasar su participación relativa del 43,7% en 1993, al 7,5% en 2003.

36 Incluyendo en éste, el gasto correspondiente al componente de aseguramiento, representado por los regímenes contributivo y subsidiado (o gasto público en seguridad social) y lo correspondiente a subsidios a la oferta, representado por el gasto de las entidades territoriales en salud (direcciones seccionales y locales de salud y los hospitales públicos en cuanto a la atención de vinculados, PAB y otros gastos imputados como parte de tales subsidios).

Gráfico 3.4

Composición del gasto total en salud (Porcentajes)



Fuente: DNP/DDS/SS y MPS/PARS, Proyecto cuentas de salud.

Finalmente, y de acuerdo con las cifras del mismo Cuadro 3.1 (véase también el Cuadro A-I0 del Anexo 2), el gasto total del Sistema general de seguridad social en salud (SGSS)³⁶, como proporción del gasto total en salud, representa, en conjunto, una participación relativa que tiende a aumentar de manera consistente desde 50,5% en 1995 hasta 78,6% en 2002, registrándose una leve disminución en la misma para el año 2003 (a 76,0%).

En 1996, al iniciarse el período de consolidación de la reforma de 1993, el gasto total del SGSS presentaba una distribución en la que el régimen contributivo correspondía a 50,9%; el régimen de subsidios a la demanda, 6,4% y el componente de subsidios a la oferta, 42,7%. Siete años después, en 2003, tal distribución era de 58,5%, 14,5%, 26,9%, respectivamente. Aunque, en efecto, el gasto del régimen contributivo muestra un aumento sostenido

en su participación durante el periodo, se destaca, sin embargo, el aumento en la participación, que prácticamente se duplica, del gasto del régimen subsidiado. Ambos aumentos, como era de esperarse, a expensas de la disminución de los subsidios a la oferta.

Lo anterior se confirma a partir de las cifras del Cuadro A-II del Anexo 2, cuyos totales de gasto se expresan en pesos constantes de 2000. Calculando tasas de variación promedio anual para el periodo 1996-2003 con base en dichas cifras, puede establecerse que el gasto del régimen subsidiado registra un ritmo de crecimiento promedio anual, en términos reales, de 12,2%, y el régimen contributivo de 5,5%, mientras que los subsidios a la oferta expone un crecimiento promedio anual negativo de -2,4%. El gasto en conjunto del Sgsss tuvo, por su parte, un crecimiento promedio anual de 3,4%, mientras que el gasto total en salud presentó un crecimiento promedio anual negativo de -0,15%, también en términos reales, durante el mismo periodo. Este último resultado se explica por la reducción del gasto de bolsillo, ya que sin considerar éste, el crecimiento promedio anual del gasto total, es también de 3,4% en términos reales (véase más adelante en la sección 4 sobre gasto privado).

A continuación se realiza un análisis un poco más detallado sobre la composición y evolución del gasto total en salud y sus componentes, durante el período 1993-2003.

1. Gasto total en salud

Adoptando un ligero cambio en la clasificación anteriormente propuesta, con el objeto de determinar cuánto representa y cuál ha sido la evolución del gasto total en seguridad social en salud, se consideran ahora los siguientes tres componentes del gasto: primero, el gasto público directo, tal y como se definió en la anterior sección; segundo, el gasto total en seguridad social en salud, conformado por el gasto del régimen contributivo (o régimen de cotizaciones) y el gasto público en seguridad social en salud (o régimen subsidiado); y tercero, el gasto privado total en salud, también tal y como quedó definido en la sección anterior.

Los resultados de este cambio de clasificación se presentan en el Cuadro 3.2 con las correspondientes relaciones porcentuales con respecto al PIB en cada año. Allí puede observarse que el gasto público directo como proporción del PIB tiende a aumentar entre 1993 y 1996 al pasar de 1,4% a 2,8%, se mantiene en ese nivel en 1997 y luego decrece hasta llegar a 2,2% en 2003. El gasto total en seguridad social en salud, también como proporción del PIB, aumenta continuamente entre 1993 y 1999 al pasar de 1,6 a 4,5%, decrece en 2000 y luego se mantiene alrededor del 4% aumentando a 4,3% en el último año del periodo, comportamiento que parece estar más determinado por el gasto del régimen contributivo.

Un aspecto a destacar es el incremento significativo que registra la participación del gasto total en seguridad social en salud en el gasto total en salud (véase Cuadro 3.1) al pasar de 32,9% en 1996 (luego del periodo de transición) a 55,5% en 2003, con un crecimiento progresivo de dicha participación a lo largo del periodo. Lo contrario ocurre con la participación relativa del gasto privado (y especialmente del gasto directo de bolsillo), la cual se reduce, también significativamente, desde 35,2% (30,1%) hasta 15,9% (7,5%), en los años mencionados.

El Gráfico 3.5 ilustra la evolución del gasto total en salud y sus tres componentes durante el periodo en cuestión. El gasto total en salud muestra una tendencia rápida al crecimiento en términos reales durante el subperiodo 1993-1997, con un quiebre en este último año y un descenso algo significativo entre 1997-2000, luego una tendencia a sostenerse en los dos siguientes años y una leve recuperación en el último año del periodo.

El gasto total en seguridad social en salud muestra, igualmente, una tendencia creciente entre 1993-1999, luego una caída en 2000 y una tendencia a recuperarse en los tres años siguientes,

En el periodo 1998-2003, en el cual las estimaciones del gasto de bolsillo muestran magnitudes a la baja y, por tanto, un peso relativo mucho menor tanto en el total del gasto privado como en el gasto total en salud.

Cuadro 3.2

Composición del gasto total en salud 1993-2003

(Millones de pesos constantes de 2000 y porcentajes)

Componentes e indicadores	1993	1994	1995	1996	1997
I. Gasto público directo	2.080.838.1	3.304.708.0	3.656.025.8	4.604.226.7	4.642.471.2
II. Gasto en seguridad social en salud	2.443.883.3	2.490.667.7	3.558.690.1	4.752.604.3	5.837.332.6
GSSS-Régimen contributivo	2.443.883.3	2.490.667.7	3.161.175.3	4.128.027.1	4.800.386.1
Gasto público SSS-Régimen subsidiado	0.0	0.0	397.514.8	624.577.2	1.036.946.5
III. Gasto privado total	4.969.374.4	5.104.828.9	5.087.901.8	5.082.135.0	5.671.901.6
Seguros privados y medicina prepagada	698.313.0	686.680.6	778.042.7	743.222.2	799.470.5
Gasto directo o de bolsillo	4.144.626.0	4.320.474.0	4.309.859.1	4.338.912.9	4.872.431.1
Otros CCF	126.435.4	97.674.3			
Gasto total en salud	9.494.095.7	10.900.204.5	12.302.617.6	14.438.966.1	16.151.705.4
Como % del PIB					
Gasto público directo / PIB	1,4	2,1	2,2	2,8	2,8
Gasto en seguridad social en salud / PIB	1,6	1,6	2,1	2,9	3,5
GSSS régimen contributivo / PIB	1,6	1,6	1,9	2,5	2,8
Gasto público SSS régimen subsidiado / PIB	0,0	0,0	0,2	0,4	0,6
Gasto privado total / PIB	3,3	3,2	3,0	3,1	3,4
Gasto total en salud / PIB	6,2	6,8	7,3	8,8	9,6

(Continúa)

(Continuación Cuadro 3.2)

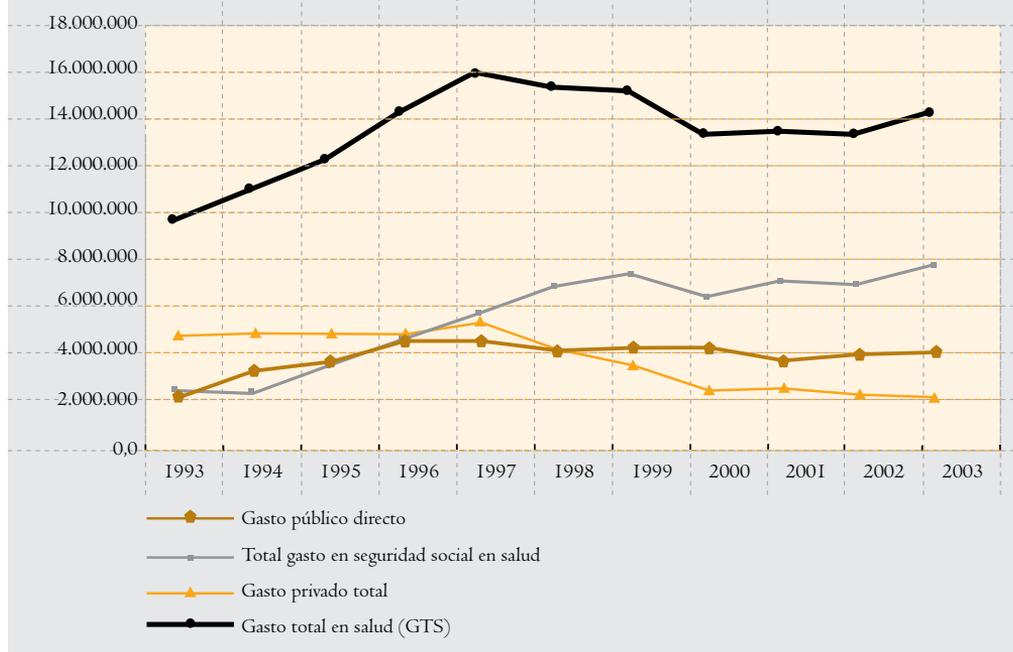
Componentes e indicadores	1998	1999	2000	2001	2002	2003
I. Gasto público directo	4.215.321.0	4.316.348.0	4.309.347.5	3.646.693.9	3.970.435.5	4.075.899.7
II. Gasto en seguridad social en salud	6.959.716.2	7.424.101.4	6.523.705.9	7.166.827.7	7.029.054.9	7.921.663.4
GSSS-Régimen contributivo	5.630.259.7	6.107.460.8	5.269.410.2	5.589.388.7	5.339.263.6	6.347.651.4
Gasto público SSS-Régimen subsidiado	1.329.456.5	1.316.640.6	1.254.295.7	1.577.439.0	1.689.791.3	1.574.012.0
III. Gasto privado total	4.377.277.9	3.647.096.3	2.549.829.9	2.663.539.1	2.384.123.0	2.272.499.8
Seguros privados y medicina prepagada	860.393.2	1.007.997.4	1.044.508.8	1.089.452.5	1.052.235.8	1.200.535.3
Gasto directo o de bolsillo	3.516.884.7	2.639.098.9	1.505.321.1	1.574.086.7	1.331.887.2	1.071.964.4
Otros CCF						
Gasto total en salud	15.552.315.1	15.387.545.6	13.382.883.2	13.477.060.6	13.383.613.4	14.270.062.9
Como % del PIB						
Gasto público directo / PIB	2,5	2,6	2,5	2,1	2,2	2,2
Gasto en seguridad social en salud / PIB	4,2	4,5	3,7	4,1	4,0	4,3
GSSS régimen contributivo / PIB	3,4	3,7	3,0	3,2	3,0	3,5
Gasto público SSS régimen subsidiado / PIB	0,8	0,8	0,7	0,9	1,0	0,9
Gasto privado total / PIB	2,6	2,2	1,5	1,5	1,3	1,2
Gasto total en salud / PIB	9,3	9,3	7,7	7,7	7,6	7,8

Fuente: Elaboración propia con base en Cuadro A-1 del Anexo 2.

Gráfico 3.5

Evolución del gasto total en salud

(En millones de pesos constantes de 2000)



Fuente: DNP/DDS/SS y MPS/PARS, Proyecto cuentas de salud.

mientras que el gasto público directo muestra un crecimiento algo lento hasta 1996 y una tendencia a estabilizarse durante el resto del período y el gasto privado total (incluyendo el gasto de bolsillo), tiende a disminuir de manera significativa a partir de 1997 luego de registrar un nivel comparativamente más alto y sostenido durante los primeros cinco años del período.

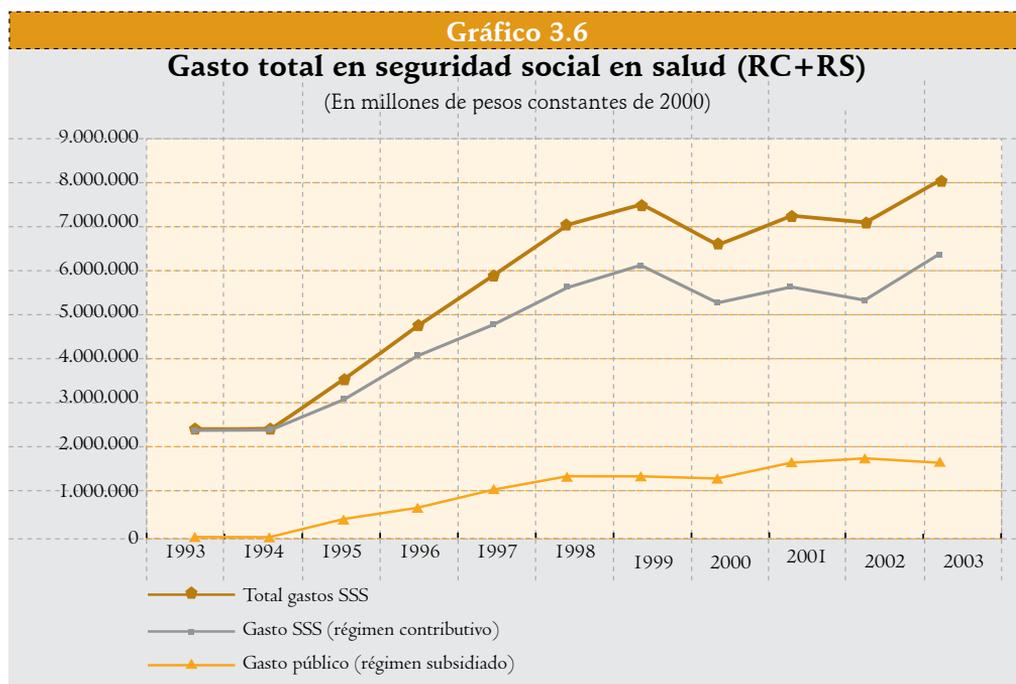
De todo lo anterior vale la pena resaltar dos cosas. En primer lugar, el cambio ocurrido en la composición del gasto en dos fases: la primera, en donde el gasto privado es el mayor aportante del gasto total y abarca desde la situación de prerreforma en 1993 hasta 1997, año en el que el gasto privado y el gasto de seguridad social se igualan, y la segunda desde el año 1997 en donde el gasto en seguridad social es el mayor aportante al gasto total, dada la disminución registrada en el gasto privado de bolsillo y

la tendencia del gasto público directo a sostenerse. Así pues, la característica que define el cambio de composición del gasto total en salud y su crecimiento consiste en la progresividad del cambio de gasto de bolsillo a gasto en aseguramiento.

De otro lado, los cambios a través del tiempo están más determinados en los cambios proporcionales, especialmente entre el gasto privado y el gasto total en seguridad social, que en el nivel de participación del gasto total en el PIB.

2. Gasto en seguridad social en salud

El Gráfico 3.6 muestra la evolución y composición del gasto total en seguridad social en salud. Obsérvese que este gasto sigue básicamente una trayectoria similar a la del gasto del régimen contributivo, pero con una diferencia o brecha creciente en sus correspondientes niveles a lo largo del periodo, lo cual obedece al crecimiento sostenido del gasto público en seguridad social en salud o del régimen de subsidios a la demanda.

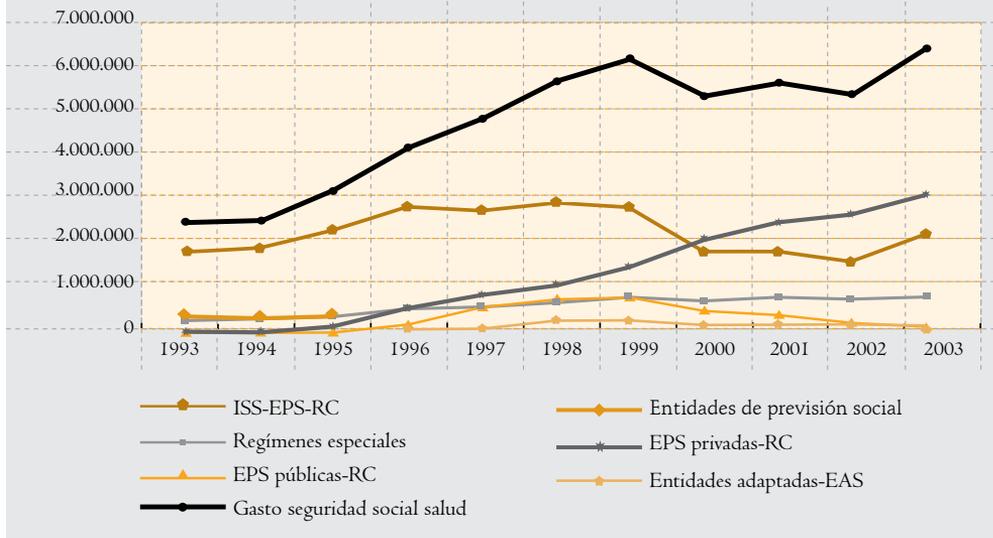


Fuente: DNP-DDS/SS y MPS / PARS. Proyecto cuentas de salud.

Gráfico 3.7

Gasto en seguridad social en salud - Régimen contributivo

(Millones de pesos constantes de 2000)



Fuente: DNP-DDS/SS y MPS/PARS, Proyecto cuentas de salud.

Si se tiene en cuenta que los años 1999-2001 corresponden a un período marcado por la crisis económica del país, ello explicaría la caída del gasto en 2000, luego de un aumento significativo en términos reales entre 1994-1999; mientras que su tendencia a sostenerse en los dos años subsiguientes se debería a una mayor dinámica del gasto del régimen subsidiado y el repunte observado en el último año se debería a la recuperación del gasto del régimen contributivo.

El Gráfico 3.7 muestra la tendencia y composición del gasto de seguridad social en salud del régimen contributivo, representado en sus correspondientes agentes de gasto. Allí resalta el crecimiento sostenido del gasto de las Eps privadas durante el periodo y un comportamiento diferenciado del gasto del Instituto de Seguros Sociales Eps, que luego de mantener el nivel de gasto más alto durante 1993-1999 registra una fuerte caída en 2000, tratando de

sostenerse durante los dos años siguientes y recuperándose en el último año, sin alcanzar, sin embargo, el nivel de 1999³⁷.

Los demás agentes muestran menores niveles de gasto, aunque con tendencias diferenciadas en dos subperiodos: uno, entre 1993 y 1999, con un nivel comparativamente más alto y sostenido del gasto de los regímenes especiales y un relativo rápido crecimiento del gasto de las Eps públicas; y el otro, a partir de 1999, donde el gasto de los regímenes especiales se mantiene en un nivel estable, pero el de las Eps públicas cae de manera continua. Las EAS, por su parte, muestran el nivel más bajo de gasto, que además tiende a disminuir lenta y progresivamente³⁸.

Por su parte, el gasto en seguridad social en salud del régimen subsidiado (Gráfico 3.8), realizado a través de las administradoras del régimen subsidiado (ARS) muestra, en general, un comportamiento muy dinámico entre 1995-1998, con un quiebre en su trayectoria de crecimiento durante 1998-2000, una recuperación en 2001-2002, y una nueva caída en el último año³⁹.

El gasto del régimen subsidiado registra un ritmo de crecimiento promedio anual, en términos reales, de 12,2%, y el régimen contributivo de 5,5%, mientras que los subsidios a la oferta exponen un crecimiento promedio anual negativo de -2,4%.

37 Cabe recordar que durante 1997-2000, el Iss, junto con CAJANAL y CAPRECOM, tal vez las entidades más representativas dentro de las Eps públicas, fueron objeto de suspensión de la afiliación al no acreditar margen de solvencia, entre otras razones aducidas para la adopción de medidas de carácter sancionatorio.

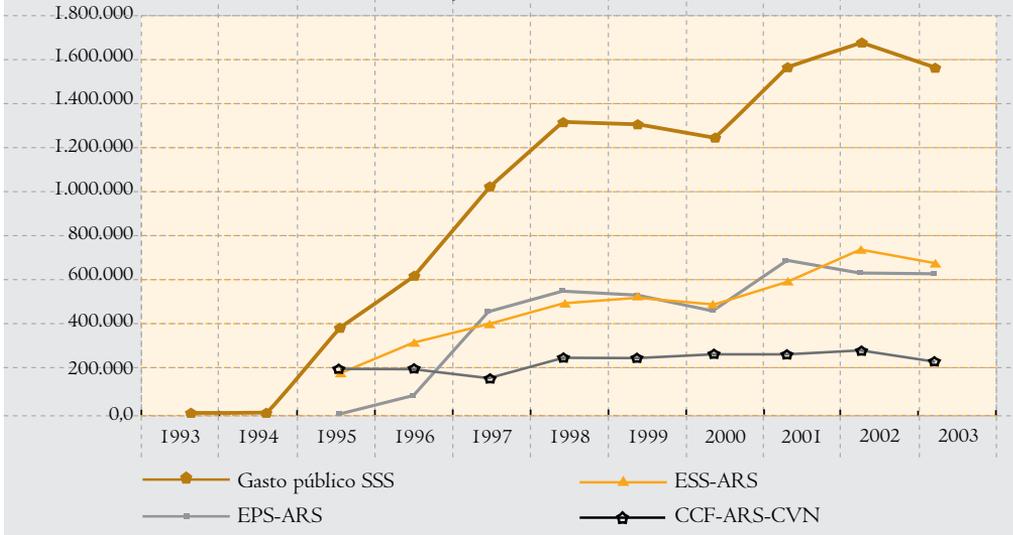
38 Con sujeción a lo dispuesto por la Ley 100 de 1993, la norma que autorizó el funcionamiento de estas entidades en la práctica implicaba someterlas a un proceso de marchitamiento al restringirles el ingreso de nuevos afiliados.

39 Es preciso advertir sobre los problemas de información de este conjunto de agentes. Hasta 2001, dada la dificultad de obtener información completa y confiable de los estados de resultados (o de P&G), cuya fuente es la Superintendencia Nacional de Salud, se utilizaron como base de estimación los informes de contratación con las ARS del Ministerio de Salud que corresponden básicamente a cortes de información de marzo de un año a otro, suponiendo unos porcentajes de ejecución de los mismos y una distribución de los recursos según categorías de gasto de los estados de resultados de aquellas ARS para las cuales pudo obtenerse información relativamente confiable. Para 2002 y 2003 se utilizó información sobre los estados de resultados que, aunque más completa, presentaba problemas de consistencia, por lo cual se hizo necesario un trabajo adicional de revisión y ajustes.

Gráfico 3.8

Gasto público en seguridad social en salud – Régimen subsidiado

(Millones de pesos constantes de 2000)



Fuente: DNP-DDS/SS y MPS / PARS. Proyecto cuentas de salud.

Dicha evolución se explica básicamente por el comportamiento oscilante y acompasado en el que se alternan, dentro de una trayectoria de crecimiento, los niveles de gasto las empresas promotoras de salud-Rs y las empresas solidarias de salud, mientras que el nivel de gasto de las Cajas de Compensación Familiar–convenios interinstitucionales, comparativamente más bajo, muestra una tendencia estable durante todo el período⁴⁰.

3. Gasto público directo

La evolución de este componente del gasto presenta un crecimiento rápido durante los tres primeros años de la reforma que luego tiende a disminuir, observando una recuperación moderada en los últimos tres años.

⁴⁰ Dentro de la operatividad del régimen subsidiado se contempló, prácticamente desde el comienzo, la posibilidad de suscribir convenios interinstitucionales entre dos o más entidades, en su mayor parte con la participación de las CCF, con el objeto de administrar conjuntamente el aseguramiento de la población objeto de subsidio en una región, área o territorio determinado.

El nivel de dicho gasto y su evolución se determinan básicamente por la magnitud y comportamiento del gasto de los entes territoriales de salud (Gráfico 3.9), representado por las direcciones seccionales y locales de salud (DLSL) y los hospitales públicos, en cuanto al gasto realizado por la atención a los vinculados, las acciones de salud pública y plan de atención básica (PAB), y otra parte imputada como subsidios a la oferta en gastos de administración, inversión y algunos conceptos de las transferencias corrientes. En un nivel más bajo y con una evolución muy estable durante el periodo, se encuentra el gasto del Ministerio de Salud y sus entidades adscritas, mientras que los niveles de gasto de otras dependencias y programas oficiales y del FOSYGA son prácticamente insignificantes⁴¹.



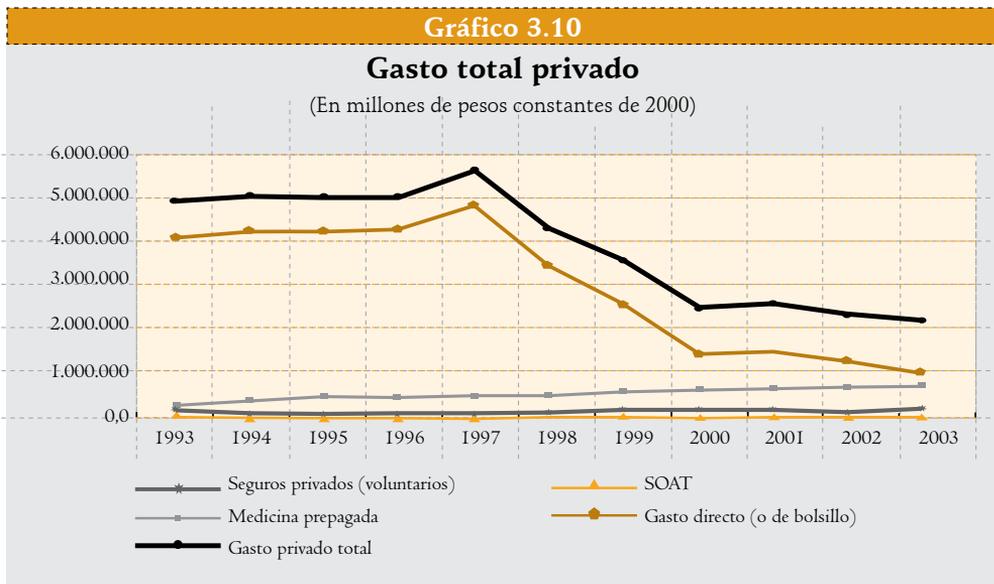
Fuente: DNP-DDS/SS y MPS/PARS. Proyecto cuentas de salud.

⁴¹ Dada la naturaleza del FOSYGA como un fondo transitorio de recursos, el gasto imputado a este agente corresponde a los pagos por la administración fiduciaria, comprendidos bajo el concepto de apoyo técnico, auditoría y remuneración fiduciaria en cada una de las cuatro cuentas.

4. Gasto privado

La evolución del gasto privado total en salud permite diferenciar dos fases: la primera, entre 1993-1997, con un nivel significativamente alto y un pico destacado en ese último año; y la otra desde 1997, con una pronunciada tendencia a la baja, que en 2000 muestra un ligero cambio de trayectoria, pero dentro de la misma tendencia descendente (véase Gráfico 3.10). Dicha evolución está muy determinada por el comportamiento del gasto directo o gasto de bolsillo prácticamente hasta 2000, ya que a partir de ese año los demás componentes del gasto privado entran a tener cierto grado de incidencia en la determinación del nivel del gasto privado total, precisamente debido al bajo nivel alcanzado por el gasto de bolsillo.

Entre los demás componentes se distingue la medicina prepagada, con un comportamiento creciente, lento pero sostenido; en tanto que los seguros voluntarios (pólizas de salud y de accidentes personales) mantienen un nivel muy bajo e invariable en términos reales del gasto. Algo similar puede decirse del seguro



Fuente: DNP-DDS/SS y MPS / PARS. Proyecto cuentas de salud.

obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT) cuyo nivel de gasto es aún más bajo, por lo cual resulta prácticamente insignificante⁴².

En el Cuadro A-3 del Anexo 2, se obtiene un total de gasto en salud sin incluir los estimativos correspondientes al gasto directo o de bolsillo y se muestra su correspondiente distribución. Dicho total, comparado con el nivel de gasto total en salud que incluye dicho gasto, según se ilustra en el Gráfico 3.11, permite confirmar cómo el gasto directo tiene una incidencia importante en el nivel del gasto total entre 1993-1997; cómo ante la disminución del gasto directo durante 1998-1999, que sí tiene incidencia en el nivel del gasto total, el gasto en salud sin gasto directo continúa ascendiendo (debido básicamente al aumento del gasto del com-

Gráfico 3.11

Gasto total en salud con y sin gasto directo 1993-2003

(Millones de pesos constantes de 2000)



Fuente: DNP-DDS/SS y MPS/PARS. Proyecto cuentas de salud.

42 Lo imputado como gasto tanto de los seguros voluntarios como del SOAT, corresponde a lo efectivamente pagado por las compañías aseguradoras como siniestros exclusivamente en atención médico-quirúrgica.

ponente de seguridad social en salud, según se explicó en la sección B.2 en gasto de seguridad social en salud); y cómo, a partir de 2000, el gasto directo tiene muy baja incidencia en la determinación y evolución del gasto total en salud.

C. Financiamiento y usos de los recursos

En los cuadros A-4, A-5, A-6 y A-7, del Anexo 2, se muestra la composición del gasto total en salud tanto en términos de sus fuentes de financiamiento como de los usos de los recursos (en pesos corrientes y constantes de 2000, respectivamente), según las principales categorías de análisis definidas, en cada caso, en la metodología de las cuentas de salud.

Con base en dichos resultados se calculan, en cada caso, los porcentajes anuales de participación, los porcentajes promedios de participación para el periodo completo 1993-2003 y para el sub-periodo 1996-2003 y los promedios de variación anual para este último, los cuales se presentan enseguida en los cuadros 3.3 y 3.4.

De acuerdo con la caracterización que se hizo al comienzo del presente capítulo, el periodo objeto de análisis corresponde al del proceso de consolidación de la reforma, con la estructuración del régimen subsidiado y la participación de la mayoría de los nuevos agentes del sistema, es decir, a partir de 1996, luego del periodo de transición que tuvo lugar durante 1994 y 1995.

1. Financiamiento

Desde el lado del financiamiento (véanse Cuadro 3.3 y Gráfico 3.12), el mayor peso relativo (37,4%) corresponde a las familias, especialmente mediante el pago de los aportes de seguridad social en salud (13,6%) y el gasto de bolsillo (17,5%); en segundo lugar están las empresas (22,0%), básicamente con los pagos correspondientes de los aportes patronales a la seguridad social (14,8%); en tercer lugar, los recursos provenientes del presupuesto general de la nación (21,6%), dentro de los cuales

tienen un mayor peso relativo las transferencias de la nación a los entes territoriales (11,7%)⁴³; en cuarto lugar, los recursos de los agentes, representados por sus recursos propios y de patrimonio (13,4%)⁴⁴; y, por último, los recursos provenientes de los entes territoriales (5,6%).

Con base en las tasas de variación promedio anual obtenidas sobre las series expresadas en pesos constantes de 2000, es posible determinar un crecimiento negativo en términos reales del conjunto de los recursos financiados por las familias (-7,2%), dentro de los cuales registran igualmente un crecimiento negativo los aportes a la seguridad social (-3,4%) y el gasto directo o de bolsillo (-16%). Los recursos provenientes de las empresas muestran un crecimiento en términos reales de 6,7%, dentro de los cuales los aportes a la seguridad social en salud se destacan por su alto ritmo de crecimiento (10,9%). Los recursos de los agentes, a su vez, registran el mayor crecimiento promedio anual (6,9%), mientras que los provenientes del presupuesto nacional observan un crecimiento del 2,7%, dentro de los cuales, las transferencias de la nación registran un ritmo de crecimiento de 6,3% promedio anual. Por último, los recursos de los entes territoriales crecen apenas a un ritmo promedio anual del 0,5%, resultante del efecto conjunto de un crecimiento positivo de los recursos municipales (3,2%) y uno negativo de los departamentales (-0,6%).

La característica que define el cambio de composición del gasto total en salud y su crecimiento consiste en la progresividad del cambio de gasto de bolsillo a gasto en aseguramiento.

⁴³ Hasta 2001, corresponden al situado fiscal y la participación municipal en los ingresos corrientes de la nación según lo establecido por la Ley 60 de 1993, y para los dos últimos años a las transferencias a través del Sistema general de participaciones (SGP), de acuerdo con la Ley 715 de 2001.

⁴⁴ Los recursos propios comprenden la venta de servicios, utilidades por venta de activos, rendimientos financieros y otros diferentes de los ingresos operacionales; en tanto que los patrimoniales corresponden básicamente a las pérdidas contables registradas por algunos agentes (Eps, entidades de medicina prepagada, etcétera).

Cuadro 3.3

Financiamiento del gasto total en salud 1993-2003

(Porcentajes de participación y de variación)

Categorías	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Familias	54,9	55,0	52,3	51,3	46,6	39,9	36,3
Seguros voluntarios y planes prepagados	3,6	3,7	3,7	3,2	3,2	3,4	3,9
Seguros obligatorios (SOAT)	0,0	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
Aportes de seguridad social	7,7	11,2	13,2	17,5	11,3	11,0	12,7
Copagos, cuotas y otros	0,0	0,0	0,0	0,2	1,6	2,4	2,2
Gasto directo o de bolsillo	43,7	39,6	35,0	30,1	30,2	22,6	17,2
Otros 1/	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Empresas	22,7	12,6	11,2	13,5	18,9	19,4	22,3
Seguros y planes prepagados	3,7	2,9	2,7	2,3	2,4	2,9	3,1
Seguros obligatorios (SOAT)	0,0	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Aportes patronales seguridad social	15,2	5,9	4,5	7,1	12,6	12,4	15,2
Aportes nómina (ICBF)	3,7	3,6	3,8	3,9	3,8	3,9	3,8
Recursos de los agentes	0,9	2,9	9,9	11,5	12,0	15,8	15,6
Presupuesto general de la nación PGN	11,9	21,6	22,0	18,1	16,6	20,2	20,9
Obligación patronal	3,7	3,7	4,1	4,0	2,0	2,5	2,8
Partidas ordinarias entidades salud	0,6	4,7	5,5	3,8	3,8	5,1	4,1
Transferencias de la nación	7,4	10,4	7,9	8,3	9,0	9,6	10,9
Otras partidas	0,2	2,8	4,4	2,0	1,8	3,0	3,1
Recursos entes territoriales	9,7	7,9	4,6	5,7	5,9	4,8	4,8
Departamentales (rentas cedidas)	8,0	7,6	4,6	4,2	3,8	2,8	2,4
Municipales	1,7	0,3	0,0	1,5	2,1	2,0	2,4
TOTAL	100,0						

(Continúa)

(Continuación cuadro 3.3)

Categorías	2000	2001	2002	2003	% Prom.	% Prom.	Var. % prom.
					1993-2003	1996-2003	2003-1996
Familias	32,1	33,6	31,2	28,6	42,0	37,4	-7,2
Seguros voluntarios y planes prepagados	4,2	4,3	4,1	5,2	3,9	3,9	6,4
Seguros obligatorios (SOAT)	0,4	0,4	0,5	0,4	0,4	0,4	1,8
Aportes de seguridad social	14,0	15,2	13,8	13,5	12,8	13,6	-3,4
Copagos, cuotas y otros	1,2	1,6	1,8	0,9	1,1	1,5	23,0
Gasto directo o de bolsillo	11,2	11,7	10,0	7,5	23,5	17,5	-16,0
Otros 1/	1,1	0,4	1,1	1,1	0,3	0,5	1,8
Empresas	26,1	26,5	26,1	22,9	20,2	22,0	6,7
Seguros y planes prepagados	3,0	3,1	3,1	1,4	2,8	2,7	-5,6
Seguros obligatorios (SOAT)	0,2	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2	4,8
Aportes patronales seguridad social	18,0	18,6	17,8	16,5	13,1	14,8	10,9
Aportes nómina (ICBF)	5,0	4,7	5,0	4,7	4,2	4,3	2,1
Recursos de los agentes	13,3	7,3	11,7	19,9	11,0	13,4	6,9
Presupuesto general de la nación PGN	22,0	27,9	24,6	22,6	20,8	21,6	2,7
Obligación patronal	3,1	3,2	3,2	2,9	3,2	3,0	-4,2
Partidas ordinarias entidades salud	4,5	7,3	5,8	5,4	4,6	5,0	4,2
Transferencias de la nación	11,4	17,2	13,5	13,7	10,9	11,7	6,3
Otras partidas	3,0	0,2	2,0	0,7	2,1	2,0	-12,0
Recursos entes territoriales	6,5	4,7	6,4	6,0	6,1	5,6	0,5
Departamentales (rentas cedidas)	3,1	3,9	4,7	4,0	4,5	3,6	-0,6
Municipales	3,4	0,8	1,8	1,9	1,6	2,0	3,2
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	-0,1

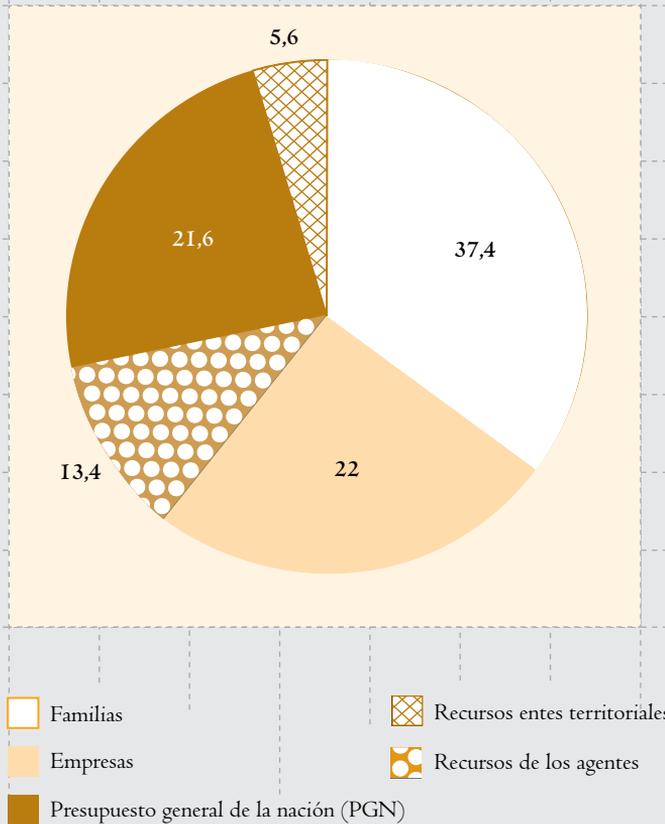
1 Comprende gastos como inscripciones, exámenes, compras de valeras (en medicina prepagada y las EPS) y otros servicios.

Fuente: Elaboración propia con base en cuadros A-4 y A-5 del Anexo 2.

Gráfico 3.12

Financiamiento del gasto total en salud 1996-2003

(Participación porcentual promedio)



Fuente: Elaboración propia con base en el Cuadro 3.3.

Observando un poco más en detalle el comportamiento de los porcentajes de participación de estas fuentes durante el periodo en referencia (véanse Cuadro 3.3 y Gráfico 3.13), en el caso de las familias se advierte una tendencia a disminuir su participación relativa de manera significativa y consistente, de 51,3% en 1996 a 28,6% en 2003, que básicamente se explica por la reducción drástica registrada en la participación relativa del gasto directo o de bolsillo, de 30,1

a 7,5%, respectivamente, ya que aunque los aportes de seguridad social también registran una disminución, ésta resulta un poco menor, de 17,5% a 13,5%, respectivamente. En el caso de las empresas se advierte, en cambio, una tendencia inversa, al incrementar su participación relativa también de manera consistente, excepto en el último año, de 13,5% en 1993 a 22,9% en 2003, incremento que se explica especialmente por el aumento en la participación de los aportes patronales de la seguridad social y, en menor medida, por los aumentos algo oscilantes de las participaciones relativas de los seguros y planes prepagados y de los aportes de nómina del ICBF.

Los recursos del presupuesto general de la nación (PGN), por su parte, muestran una tendencia a aumentar su participación relativa durante el período en referencia, de 18,1% en 1996 a 22,6% en 2003, luego de haber alcanzado niveles de participación de 27,9% en 2001 y 24,6% en 2002, comportamiento que se explica por el incremento relativo de los recursos correspondientes a las transferencias de la nación, de 8,3% en 1996 a 13,7% en 2003, habiéndose registrado una participación de 17,2% en 2001. Por último, los recursos de los agentes y de los entes territoriales con las participaciones promedio más bajas, muestran cambios en sus participaciones relativas anuales muy oscilantes en el primer caso y más estables en el segundo.

La medicina prepagada tiene un comportamiento creciente, lento pero sostenido; en tanto que los seguros voluntarios (pólizas de salud y de accidentes personales) mantienen un nivel muy bajo e invariable en términos reales del gasto.

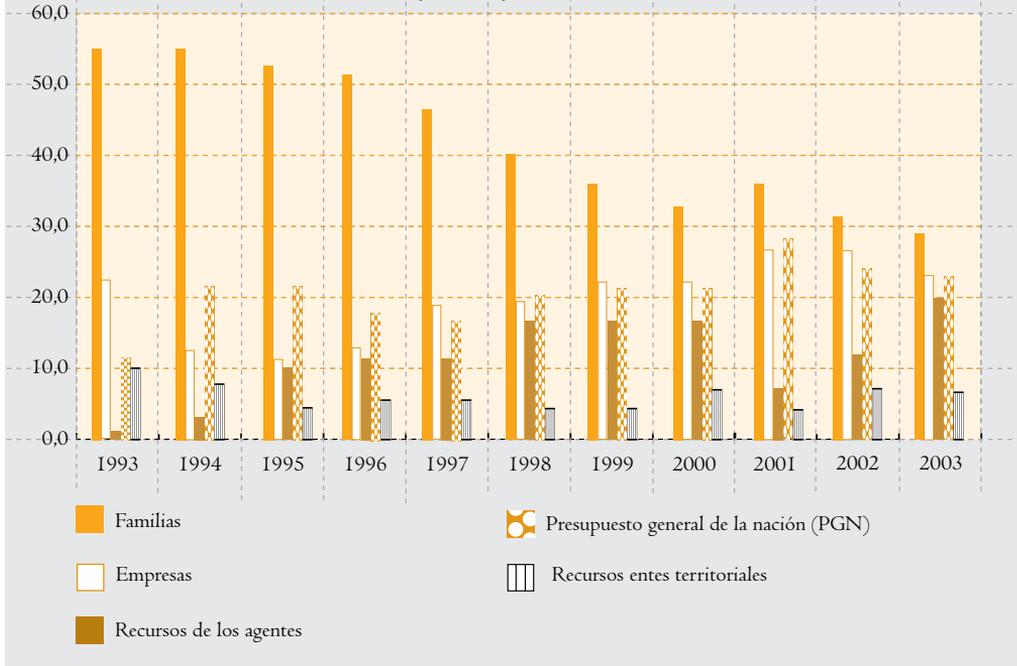
2. Usos

Desde el lado de los usos (véanse Cuadro 3.4 y Gráfico 3.14), durante el período 1996-2003, la participación promedio más significativa, como es de esperar, corresponde al gasto en atención en salud (66,2%), seguida de los gastos de administración (17%), correspondientes a gastos de personal y gastos generales de todos los agentes; luego los demás usos (8,8%) que cubren

Gráfico 3.13

Financiamiento del gasto total en salud. 1993-2003

(Composición porcentual anual)



Fuente: Elaboración propia con base en Cuadro 3.3

una gran variedad de conceptos tales como los gastos de publicidad, ventas, comisiones y honorarios de las EPS, indemnizaciones, cuotas, sentencias y conciliaciones, servicio de la deuda y otras transferencias corrientes de las entidades oficiales; y finalmente los gastos en inversión (8%), que incluyen infraestructura física y dotación, investigación, capacitación y otros distintos de los anteriores.

El crecimiento importante de la participación de los gastos de administración, y de los demás usos en menor medida, a partir de 1996, se explica básicamente por la entrada al sistema de los nuevos agentes creados con la Ley 100 de 1993 (EPS y Ars).

Los anteriores resultados, como promedios simples de participación relativa, pueden esconder situaciones para algunos agentes, que se alejan significativamente la distribución porcentual general. Así por ejemplo, con base en los resultados de la Matriz 4, gasto en salud según agentes y tipos de gasto, para 2003 (véase el Anexo 3) puede establecerse, que en el caso de las Eps públicas los gastos de administración representan 56,3% de su gasto total, mientras el gasto de atención en salud es de apenas el 34,8%; lo mismo podría decirse del Iss-Eps, cuyos porcentajes de participación en las mismas categorías de usos es de 27,6% y 43,3%, respectivamente.

En cuanto a las variaciones anuales promedio del período de referencia (Cuadro 3.4), el gasto de atención en salud registra un ritmo de crecimiento en términos reales de apenas 0,7%; los gastos de administración experimentan un crecimiento real negativo de -5,0% que contrasta con el crecimiento en los gastos de inversión de 1,1%, en el cual inciden los incrementos reales registrados en los rubros de infraestructura y dotación (2,6%) y de investigación (3,8%). Los demás usos por su parte observan un crecimiento promedio, también en términos reales, de 3,4%.

De acuerdo con el análisis desarrollado en la sección anterior, el crecimiento negativo en el total de usos (y por tanto en el de financiamiento) de -0,2% en términos reales, se explica por la reducción registrada en el gasto del bolsillo desde 1997, año en cual alcanzó su más alta proporción de todo el periodo 1993-2003. Descontando lo correspondiente a dicho concepto, el crecimiento del gasto total es de 3,4 %, promedio anual en términos reales.

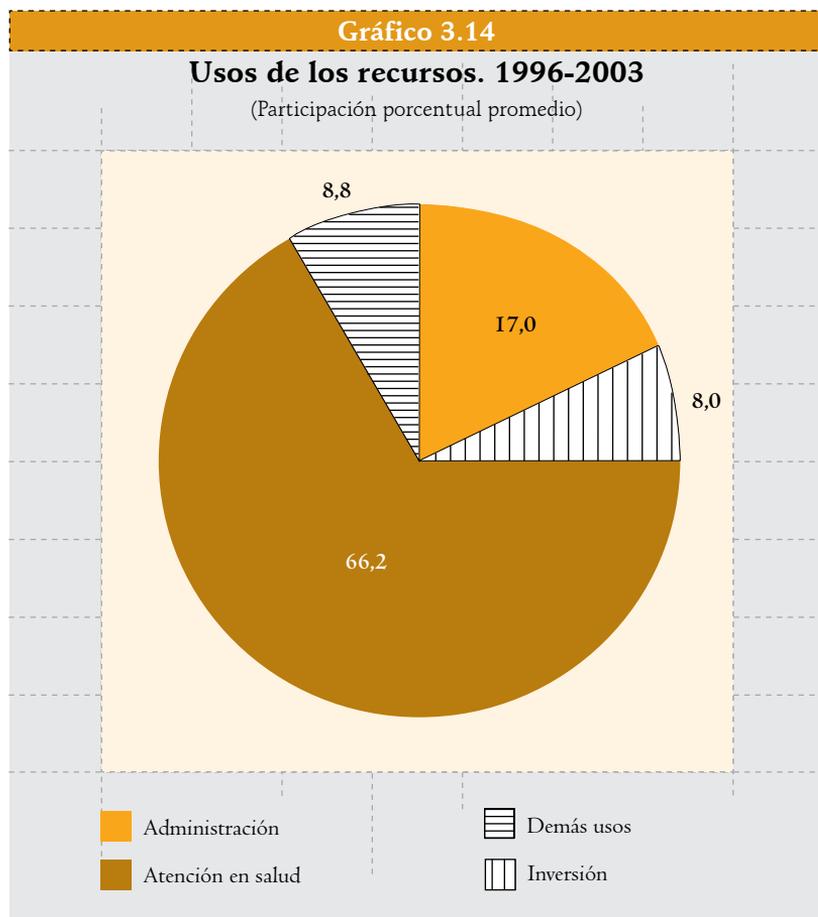
En el caso de las familias se advierte una tendencia a disminuir su participación relativa de manera significativa y consistente, de 51,3% en 1996 a 28,6% en 2003. En el caso de las empresas se advierte una tendencia inversa, al incrementar su participación relativa también de manera consistente, excepto en el último año, de 13,5% en 1993 a 22,9% en 2003.

Cuadro 3.4 Gasto total en salud según categorías de usos de los recursos 1993-2003

(Distribución porcentual y variaciones porcentuales)

Categorías	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	% Prom. 1993-2003	% Prom. 1996-2003	Var. % prom. 2003-1996
	Administración	6,4	8,5	10,6	23,1	19,7	17,7	16,8	14,2	14,2	15,1	15,5	14,7	17,0
Inversión	2,5	3,6	3,6	9,3	7,5	6,3	6,3	6,3	7,6	10,1	10,3	6,7	8,0	1,1
Infraestructura y dotación	2,3	3,2	3,1	3,8	1,5	1,6	1,6	1,1	1,9	4,4	4,8	2,7	2,6	2,6
Investigación	0,1	0,3	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	3,8
Capacitación	0,0	0,0	0,1	0,3	0,4	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	-16,6
Otros	0,1	0,0	0,3	5,1	5,6	4,4	4,4	5,1	5,6	5,5	5,4	3,8	5,1	0,4
Atención en salud	87,9	79,5	79,1	60,4	64,2	66,1	67,5	69,9	69,7	67,4	64,7	70,6	66,2	0,7
Demás usos	3,1	8,5	6,7	7,2	8,6	9,9	9,5	9,6	8,4	7,4	9,5	8,0	8,8	3,4
TOTAL USOS	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	-0,2

Fuente: Elaboración propia con base en los cuadros A-6 y A-7 del Anexo 2.



Fuente: Elaboración propia con base en el Cuadro 3.4.

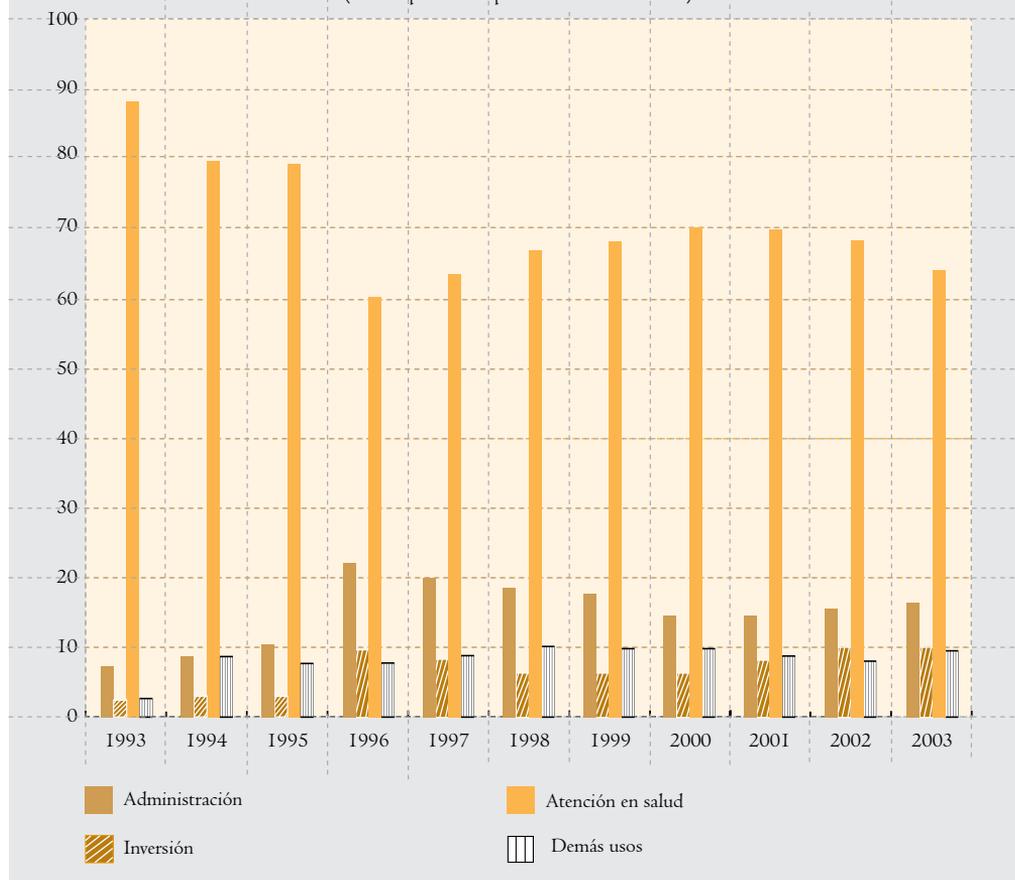
De acuerdo con el Gráfico 3.15, y específicamente en relación con el periodo de referencia 1996-2003, el gasto en atención de salud muestra unas participaciones relativas crecientes hasta 2000-2001 que luego decrecen en los dos años siguientes, manteniendo niveles de participación muy similares a los de los años 1998 y 1999. Los gastos de administración muestran una tendencia a disminuir su participación, aunque

Del lado de los usos durante el periodo 1996-2003, la participación promedio más significativa corresponde al gasto en atención en salud (66,2%), seguida de los gastos de administración (17%).

Gráfico 3.15

Usos de los recursos. 1993-2003

(Participaciones porcentuales anuales)



Fuente: Elaboración propia con base en el Cuadro 3.4.

con un leve aumento en los dos últimos años; en tanto que los gastos de inversión señalan una disminución, que se mantiene alrededor del 6,3% entre 1998-2000, para luego aumentar nuevamente en proporciones mayores hasta alcanzar en el último año la participación más alta del período (10,6%), comportamiento que se explica básicamente por las participaciones relativas del rubro de infraestructura y dotación y, en menor medida, por el

Cuadro 3.5 Gasto en atención en salud según tipos de servicios y por tipos de prestadores 1993-2003

(Distribución porcentual)

Categorías	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	% Prom. 1993-2003	% Prom. 1996-2003	Var. % prom. 2003-1996
I. SEGÚN TIPOS DE SERVICIOS														
Promoción y prevención	2,0	4,5	4,4	6,3	7,8	7,8	7,5	7,5	5,6	9,8	6,7	6,4	7,4	1,5
Atención ambulatoria	59,4	68,9	69,7	65,7	62,3	61,1	61,1	61,5	59,0	49,8	59,3	61,6	60,0	-0,6
Atención hospitalaria	38,6	26,6	24,5	24,8	26,1	30,2	29,9	29,4	32,9	39,0	32,2	30,4	30,6	4,0
Subtotal	100,0	100,0	98,7	96,8	96,3	99,2	98,4	98,4	97,5	98,5	98,1	98,3	97,9	0,9
Salud pública y PAB	0,0	0,0	1,3	3,2	3,7	0,8	1,6	1,6	2,5	1,5	1,9	1,7	2,1	-5,9
Total atención en salud	100,0	100,0	0,7											
II. SEGÚN TIPOS DE IPS														
Públicas								43,1	39,0	42,4	41,5		41,5	-1,2
Privadas								56,9	61,0	57,6	58,5		58,5	0,4
Total								100,0	100,0	100,0	100,0		100,0	-0,3
Gasto en atención de salud /GTS (%)	87,9	79,5	79,1	60,4	64,2	66,1	67,5	69,9	69,7	67,4	64,7			

Fuente: Elaboración propia con base en los cuadros A-8 y A-9 del Anexo 2.

de otros, ya que los rubros de investigación y capacitación registran una participación relativa poco significativa aunque estable. Por último, la categoría demás usos señala una tendencia prácticamente inversa y en todo caso por debajo del nivel de participación del 10% durante el periodo.

D. Gasto en atención de salud

Los cuadros A-8 y A-9 del Anexo 2 contienen la información relativa al gasto en atención de salud por tipos de servicios y por tipos de instituciones prestadoras, en pesos corrientes y pesos constantes de 2000, respectivamente. Con base en dicha información se calculan las tasas promedios de participación y de variación anual para los subperiodos 1996-2003, en el primer caso, y 2000-2003 en el segundo, las cuales se presentan en seguida en el Cuadro 3.5 y Gráfico 3.16.

Para 2003 en el caso de las EPS públicas los gastos de administración representan 56,3% de su gasto total, mientras el gasto de atención en salud es de apenas 34,8%.

No obstante, es preciso advertir sobre las grandes dificultades de información que existen para obtener estimativos confiables sobre estos dos conceptos, especialmente en lo referente al gasto por tipos de Ips, ya que, realmente, no existe información consolidada y completa en el país sobre el conjunto de los prestadores privados, razón por la cual el procedimiento de cálculo adoptado consiste en determinar el monto de gasto imputable a estas instituciones mediante la diferencia entre lo estimado como monto total del gasto y lo correspondiente a la compra de servicios a las Ips públicas para los distintos agentes de gasto.

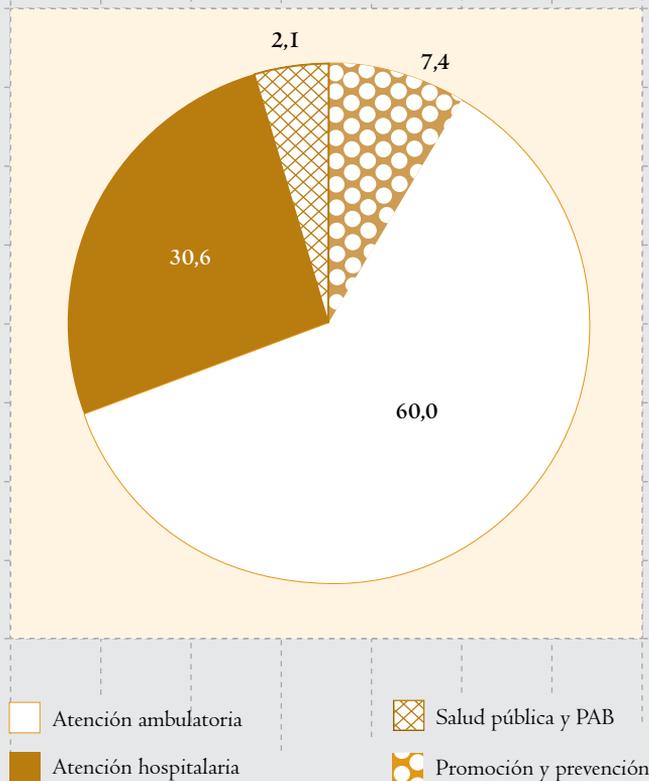
Dado que la información de 2001-2003 obtenida para estas últimas corresponde a una cobertura alta de instituciones (por encima del 95%) y sus registros presentan una mejor desagregación

Gráfico 3.16

Gasto en atención en salud por tipos de servicios

1996-2003

(Participación porcentual promedio)



Fuente: Elaboración propia con base en el Cuadro 3.5.

y mayor confiabilidad que los de los años anteriores, se optó entonces por presentar aquí solamente los resultados del período 2000 – 2003⁴⁵.

45 La fuente de información es la subdirección de Salud del Departamento Nacional de Planeación. Esta información presenta una gran utilidad, por ejemplo, en cuanto a la venta de servicios por los regímenes contributivo y subsidiado, vinculados, servicios no Pos del régimen subsidiado, Soat y otras ventas de servicios. Comparados los resultados de las estimaciones de 1993-1999, con los de los cuatro últimos años (incluyendo los de 2000, que fueron objeto de ajuste) se pueden establecer serias incongruencias, que obligan a su revisión y ajuste.

1. Por tipos de servicios

Del gasto total de atención en salud realizado por los distintos agentes durante 1996-2003, cerca del 60%, en promedio, corresponde a servicios ambulatorios, 30,6% a atención hospitalaria, 7,4% a actividades de promoción y prevención y el restante 2,1% a los programas de salud pública trazados por el Ministerio de la Protección Social (anteriormente Ministerio de Salud) y las intervenciones del plan de atención básica (PAB).

Atendiendo a las variaciones promedio anuales del mismo periodo (Cuadro 3.5), con base en valores constantes de 2000 del Cuadro A-9 del Anexo 2, puede establecerse que la atención hos-

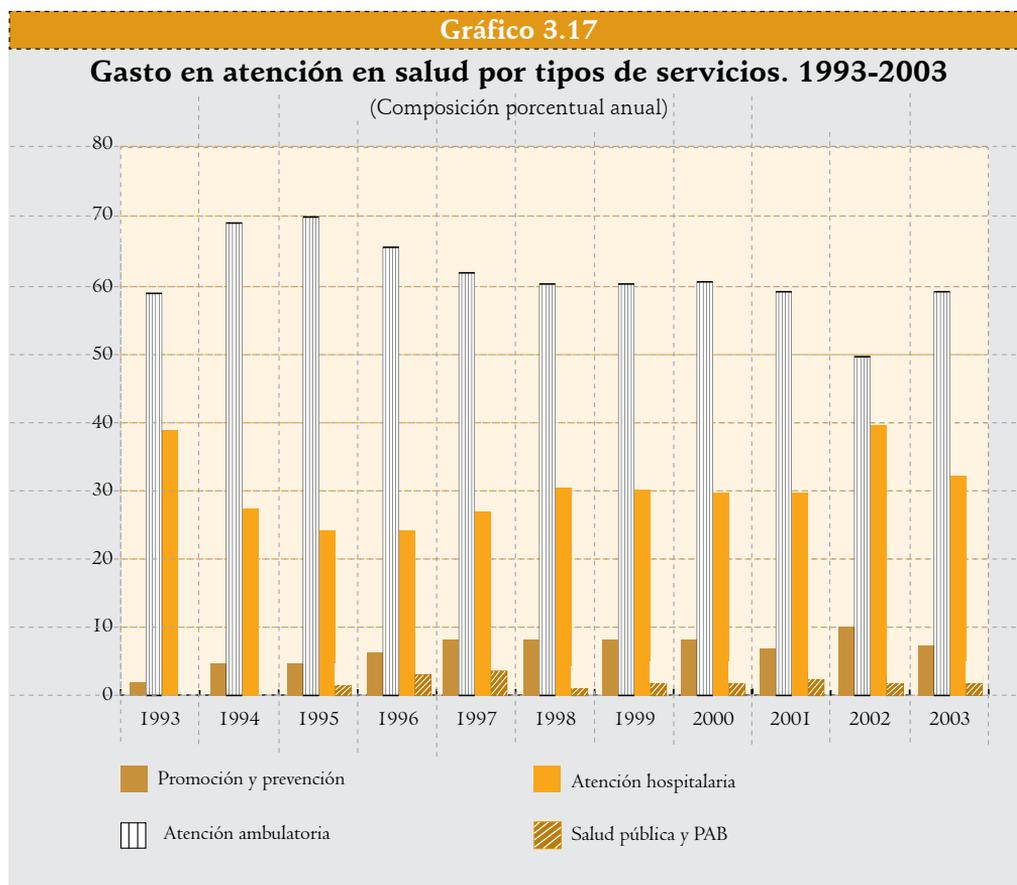
pitalaria y las actividades de promoción y prevención registran incrementos positivos en términos reales de 4,0 y 1,5%, respectivamente, mientras que para la atención ambulatoria se obtiene una variación promedio anual negativa de -0,6%. Estos tres componentes determinan, en conjunto, una variación real promedio anual de 0,9%, a pesar de la reducción importante operada en el gasto directo o de bolsillo desde 1997, el cual es imputado en su totalidad como gasto en atención ambulatoria y hospitalaria.

Por su parte, las intervenciones de salud pública y del PAB registran una variación negativa promedio anual de -5,9%, realmente significativa, pero dada la participación reducida de ese componente dentro del gasto

total de atención en salud (de apenas 2,1% como se mencionó antes) su incidencia es baja, por lo cual la variación promedio anual en dicho total es de 0,7%, la cual, no obstante, resulta ser superior a la variación real promedio obtenida para el gasto total en salud de 0,1% durante el mismo periodo.

Del gasto total de atención en salud, 60% corresponde a servicios ambulatorios; 30,6%, a atención hospitalaria; 7,4%, a actividades de promoción y prevención y el restante 2,1%, a los programas de salud pública trazados por el Ministerio de la Protección Social.

El Gráfico 3.17 permite apreciar cómo las participaciones porcentuales anuales del gasto en atención ambulatoria entre 1997-2000 son más bajas con respecto al nivel alcanzado en 1996 (65,7%), manteniéndose alrededor del 61%, para luego disminuir significativamente en 2002 y volver a aumentar en el último año del periodo, alcanzando un nivel similar al de 2001. Lo contrario ocurre con el gasto en atención hospitalaria, donde aumentan las participaciones porcentuales entre 1998-2003, resaltando la proporción más alta de este gasto (39,0%) en 2002. En cuanto al gasto en promoción y prevención las participaciones porcentuales anuales del periodo señalan cambios de dirección



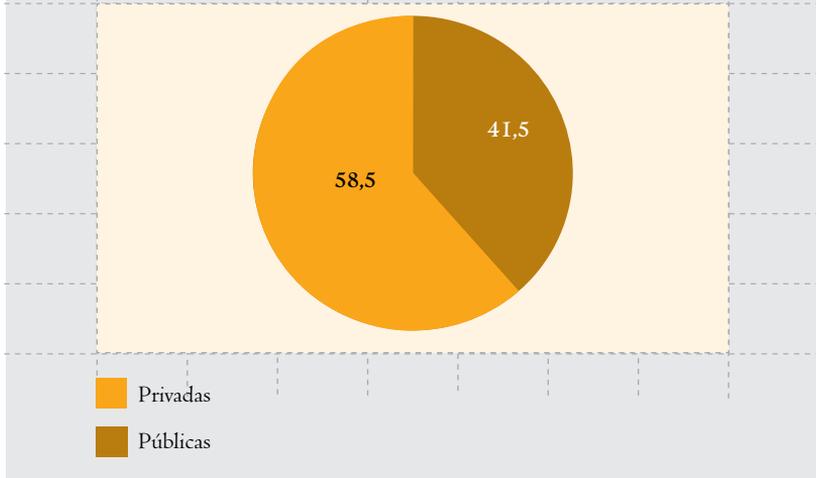
Fuente: Elaboración propia con base en el Cuadro 3.5.

Gráfico 3.18

Gasto en atención en salud por tipos de IPS

2000-2003

(Participación porcentual promedio)

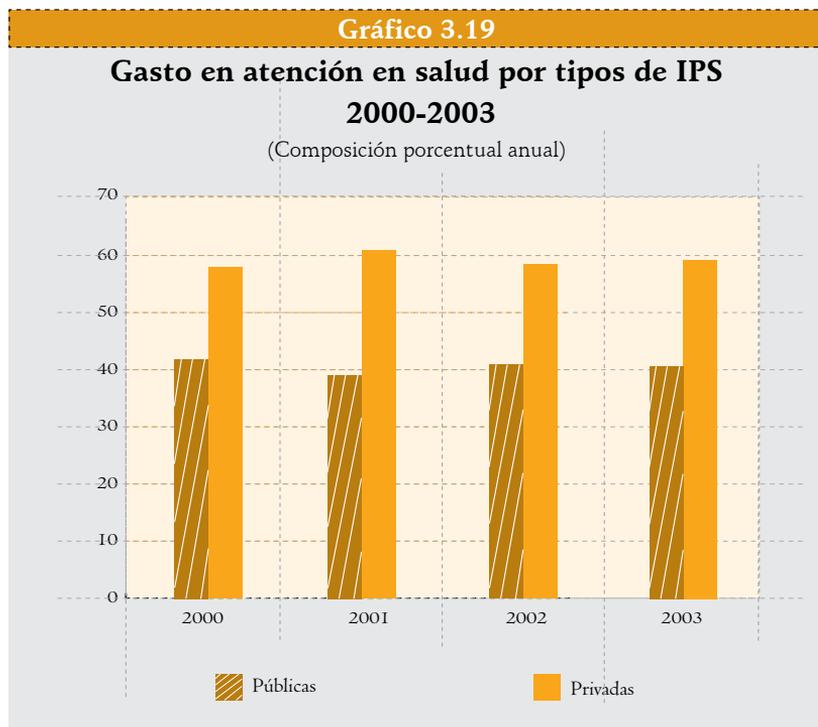


Fuente: Elaboración propia con base en el Cuadro 3.5.

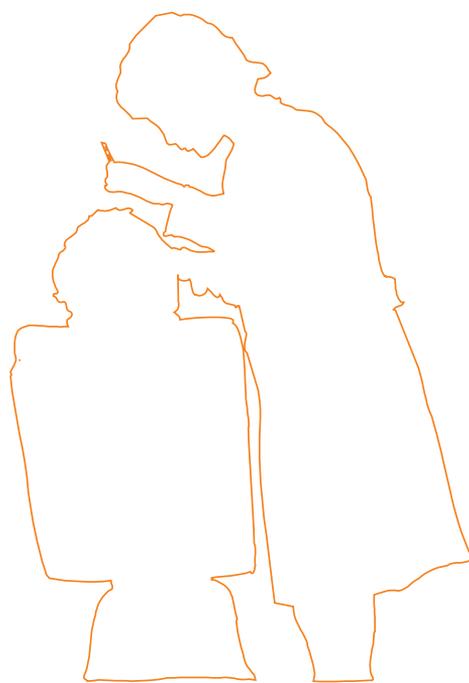
algo similares a los registrados en la atención ambulatoria, excepto en 2002 y 2003, aunque obviamente dentro de órdenes de magnitud inferiores (por debajo del 10%), con una participación muy baja (5,6%) en 2001.

2. Por tipo de instituciones prestadoras

De acuerdo con el mismo Cuadro 3.5 (véanse también gráficos 3.18 y 3.19), y teniendo en cuenta los problemas de información antes aludidos, puede establecerse que del gasto total en atención en salud realizado por los distintos agentes durante 2000-2003, cerca del 58,5%, en promedio, corresponde a compra de servicios de salud a las Ips privadas, y 41,5% a las Ips públicas. El gasto realizado con estas últimas registra una disminución de -1,2%, mientras que con las privadas se determina un crecimiento de 0,4%, ambas variaciones en términos reales y como promedios anuales del subperiodo 2000-2003.



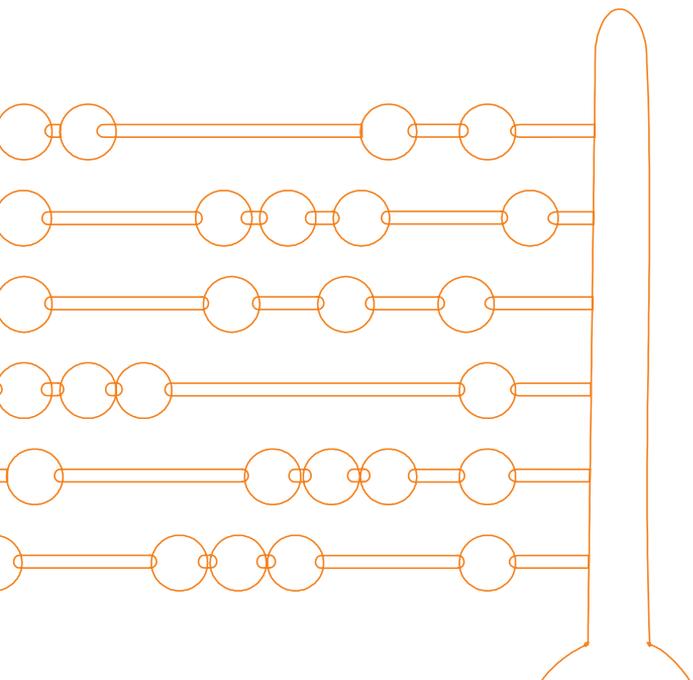
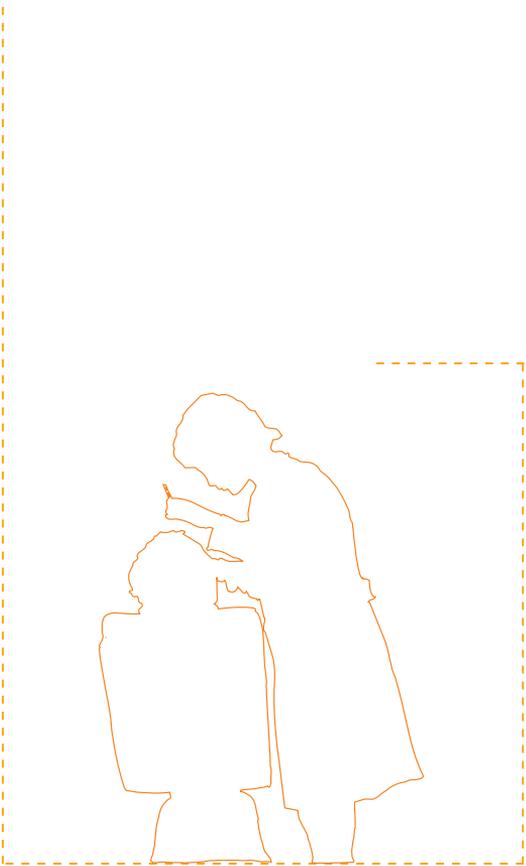
Fuente: Elaboración propia con base en el Cuadro 3.5.







Capítulo 4
Sobre los indicadores de gasto
y financiamiento en salud
y algunas comparaciones internacionales



A. Conceptos y criterios básicos

El conjunto de indicadores de gasto y financiamiento en salud, que se derivan de las cuentas de salud (Cs), tiene, en principio, un valor potencial para los formuladores de política y, aun cuando su capacidad de brindar información sistemática y estandarizada se limita a una de las funciones básicas de un sistema de salud, su aporte a un mayor grado de conocimiento del desempeño de los sistemas de salud de los distintos países responde a la importancia que de manera creciente se le asigna a las Cs en su actual etapa de desarrollo, como instrumento idóneo para la medición de los flujos de recursos financieros y un apoyo eficaz para la función de rectoría (Oms, 2000: 14)⁴⁶.

Por tanto, la valoración de la utilidad de los indicadores se puede sustentar en los mismos criterios que justifican el empleo o utilización de las Cs: para decisiones de política, para análisis de eficiencia, y para análisis de equidad⁴⁷.

En cuanto al primer criterio, las Cs se consideran un instrumento apropiado mediante el cual se puede responder a cuestiones clave que influyen en las decisiones de política, como las siguientes:

⁴⁶ El informe de la Oms (2000), que por primera vez desarrolló un análisis comparativo entre países con base en un índice de desempeño, considera cuatro funciones vitales: prestación de servicios, generación de recursos, financiamiento y rectoría. Por su parte, Londoño y Frenk (1997), en el diseño propuesto de su modelo de pluralismo estructurado, consideran las funciones básicas de modulación, financiamiento, articulación y prestación de servicios.

⁴⁷ Los criterios y lo planteado en sustentación de los mismos en el resto de esta sección son tomados y adaptados de la página web de la Red Internacional de cuentas de salud. Sobre cada uno de los aspectos se relacionan artículos y trabajos apoyados en evidencia empírica por países y temas específicos. Se puede consultar en: www.lachealthaccounts.org.

- *¿Cuánto se gasta en producir servicios de salud en un país y cómo se compara ese nivel con el gasto incurrido en el pasado o con el gasto de otros países?* La respuesta a esta cuestión, combinada con otra información a cerca del estado de salud y condiciones demográficas de un país, ayuda a los responsables de las decisiones a prever si una mayor asignación de recursos (o fondos) públicos está garantizada. Así, la información de las Cs puede ser usada para determinar los niveles de gasto e inversión en el sector salud
- *¿Qué servicios se están comprando con el nivel de gasto actual?* Las Cs pueden indicar la proporción de gasto en que se incurre según diferentes tipos de servicios. Por ejemplo, la proporción gastada en servicios de hospitalización en comparación con el gasto que alternativamente va a los servicios de prevención o a los servicios ambulatorios
- *¿Qué tipos de inputs se están adquiriendo con el nivel actual de gasto?* Las Cs pueden utilizarse para determinar los costos de *inputs* en la producción de servicios de salud, por ejemplo para establecer la proporción del gasto total que dedica el país a suministros farmacéuticos y otros personales
- *¿Quiénes se benefician del gasto del gobierno?* Las autoridades gubernamentales frecuentemente creen que el gasto público se dirige hacia “bienes públicos” representados en los servicios de salud que benefician a la colectividad y que, típicamente, no son demandados en volúmenes suficientes por individuos aislados. Las Cs, en combinación con otra información sobre demandas por tipos de servicios, pueden ayudar a identificar grupos específicos de población que se están beneficiando con servicios públicos de salud. Ello por cuanto las Cs implícitamente muestran modelos determinados de gasto.

En relación con el análisis de eficiencia, se considera que las Cs son utilizadas con frecuencia para cuantificar la relación entre el gasto público y varios tipos de servicios de salud, desde in-

tervenciones de salud pública (a nivel colectivo), hasta atención especializada hospitalaria. Con tal información, los formuladores de política pueden evaluar si el sistema está obteniendo una combinación adecuada de servicios que permita alcanzar las metas generales del sistema de salud, en condiciones de eficiencia en la asignación de recursos, lo cual no sólo consiste en un problema de eficiencia técnica. De este modo, las Cs permiten también efectuar comparaciones internacionales en términos de costos (o al menos de gastos) y ayudan a identificar casos en los cuales los costos son particularmente altos o bajos.

Y, finalmente, en cuanto a la utilización de las Cs para análisis de equidad, la cuestión central a dilucidar es si los fondos del gobierno (o públicos) efectivamente benefician a los más pobres. Las Cs en combinación con información sobre uso de los servicios de salud pueden ayudar a responder esta cuestión, mediante una metodología conocida como “análisis de incidencia del beneficio” la cual considera tres pasos:

1. Utilizar las Cs para estimar costos unitarios o unidades de subsidio, como gastos corrientes en la provisión de servicios, empleando estimativos de gasto, presupuestos públicos o estadísticas de servicios.
2. Imputar unidades de subsidio a hogares o individuos, identificados como usuarios de los servicios (empleando datos de encuestas de hogares o de mediciones de ingresos).
3. Estimar agregados de individuos u hogares en subgrupos de población, para comparar distribución de los subsidios entre grupos (por ingreso, género, etcétera).

De acuerdo con lo anterior, la información que proveen las Cs representa un insumo esencial para el proceso de decisión de asignación de recursos, apoyado en criterios de eficiencia y equidad, bien sea como magnitudes determinadas a través del tiempo o en comparación con los resultados de otros países.

Por tanto, un conjunto de indicadores derivados de los resultados de las Cs debe expresar de manera sintética y sistemática un modelo o patrón determinado de financiamiento y gasto en salud, producto a su vez de una concepción de la forma de organización y de gestión de un sistema de salud. En consecuencia, dichos criterios constituyen una guía adecuada para la estructuración del conjunto de indicadores.

B. Tipos de indicadores y su pertinencia

Los indicadores propuestos responden a una tipología que integra conceptos y medidas de tipo convencional y general (como los que son objeto de información por países por parte de la OPS/OMS y la OECD)⁴⁸ y medidas que se derivan de las categorías propias de la estructura de las Cs de Colombia que pueden tener un interés específico respecto a las características del Sistema Colombiano de Seguridad Social en Salud.

En el primer tipo de indicadores se incluyen los relativos a:

- Tamaño del gasto como proporción del PIB (gasto total, gasto público, gasto privado y de seguridad social)
- Gastos *per cápita*
- Composición del gasto (público, privado y de seguridad social).

En el segundo tipo de indicadores se incluyen los siguientes:

- De financiamiento (estructura porcentual de fuentes de financiamiento del gasto total nacional, del Sistema General de

48 Páginas web de consulta:

www.who.int/nha

www.paho.org/english/DPM/SHD/HP/exp-au00.xls

www.oecd.org/dataoecd.

Seguridad Social en Salud, del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado)

- De usos según categorías de gasto (estructura porcentual de usos de los recursos según gasto total nacional, del Sistema General de Seguridad Social en Salud, del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado)
- De equidad.

1. Indicadores relativos al tamaño del gasto

Estos indicadores se emplean con frecuencia en análisis comparativos entre países. El más utilizado es el del gasto total en salud como proporción del PIB, el cual simplemente reflejaría la voluntad política de respaldar mediante la asignación de recursos el cumplimiento del objetivo primordial de lograr la mejoría en los niveles de atención en salud de la población de un país. Como atención en salud (o acciones de salud) se entiende toda actividad en el ámbito, ya sea de la salud individual, de los servicios de salud pública o de iniciativas intersectoriales, cuyo objetivo principal consiste en mejorar el estado de salud de la población (Oms, 2000).

Los formuladores de política pueden evaluar si el sistema está obteniendo una combinación adecuada de servicios que permita alcanzar las metas generales del sistema de salud, en condiciones de eficiencia en la asignación de recursos.

Por sí solo, este indicador no dice mucho sobre la eficiencia y eficacia del gasto y mucho menos sobre la equidad, concepto entendido aquí como el mejoramiento de la capacidad de acceso de la población de menores ingresos a servicios de salud de buena calidad (Titelman y Uthoff, 2000). Para determinar la eficiencia y eficacia del gasto se requiere comparar tal indicador con indicadores convencionales de salud y sus estándares internacionales, como: asistencia profesional al nacimiento, acceso a servicios de salud, tasa de mortalidad infantil y esperanza de vida, entre otros. Si el gasto total en salud representa una proporción relativamente

significativa del PIB, pero una parte aún importante de la población sigue excluida de los sistemas formales de salud, la mortalidad infantil se mantiene aún relativamente alta y la esperanza de vida es comparativamente baja, resulta evidente que existen problemas de eficiencia en la asignación del gasto en salud.

La información que proveen las Cs representa un insumo esencial para el proceso de decisión de asignación de recursos, apoyado en criterios de eficiencia y equidad, bien sea como magnitudes determinadas a través del tiempo o en comparación con los resultados de otros países.

Algunos estudios apoyados en evidencia empírica tienden a confirmar que el grado de desempeño o de eficiencia de los sistemas de salud no depende solamente de la magnitud de los recursos asignados a la atención de salud. Dicho desempeño puede variar considerablemente, incluso entre países con niveles muy similares de gasto en salud (Oms, 2000). Un estudio comparativo entre Estados Unidos y Canadá sobre fuentes de financiamiento y niveles y tipos de cobertura, resalta el hecho de que, aunque el nivel de gasto de este último es menor, la cobertura de su sistema de salud es más amplia (White, 2000).

Otras medidas relativas al tamaño del gasto y que tienen interés, tanto desde la perspectiva nacional como internacional, son las que expresan la proporción del gasto público, del gasto privado y del gasto en seguridad social, en relación con el PIB. Aquí, la categorización del gasto como público o privado depende del origen del financiamiento de los recursos y no del tipo de agentes que administran los recursos (Overholt y Saunders, 1996). Hasta hace poco, el interés de las mediciones se centraba en el gasto de origen público, prestando poca atención a la financiación y asistencia privadas, a menudo mucho más importantes.

La evidencia empírica disponible sugiere que los países de más bajos ingresos tienden a recaudar menos fondos públicos como porcentaje del ingreso nacional que los países de ingresos medios y altos. En los países más pobres, la participación privada en el financiamiento de la salud es mayor que la pública, debido espe-

cialmente a la mayor proporción que representan los pagos directos o de bolsillo de los grupos de población más pobres, que son los más desprotegidos, cuando se ven enfrentados a situaciones inminentes y drásticas de enfermedad (OMS, 2000).

En relación con el componente público del gasto, igualmente resulta de interés, quizás desde la perspectiva del análisis nacional, establecer la proporción que representa el gasto público en salud en relación con el total del gasto público del país y en relación con el total del gasto social. Hasta antes de la reforma del sector salud colombiano introducida con la Ley 100 de 1993, el gasto público en salud tenía un comportamiento variable, propio de la inestabilidad y debilidad institucional que caracterizaba al sector de la salud (Molina *et al.*, 1993). Con la reforma y el desarrollo normativo tendiente a fortalecer una gestión más descentralizada de las políticas de salud y a proveer mayores recursos especialmente de origen fiscal, para el progresivo aseguramiento de los grupos de población más pobres, mediante subsidios a la demanda, esa tendencia se ha modificado, de modo que las medidas que expresan proporciones del gasto público en salud con respecto al gasto público total y al gasto social, respectivamente, representan indicadores complementarios de la importancia relativa que ha adquirido dicho componente del gasto total en salud en los últimos años.

2. Indicadores *per cápita*

Por su parte, los indicadores de gasto *per cápita*, que también se incluyen dentro de los indicadores convencionales que periódicamente presentan la OPS y la OMS y la OECDE para efectos de comparación internacional, constituyen una medida de referencia importante en los análisis de gasto en salud. Como se trata de simples promedios nacionales, ocultan diferencias importantes entre grupos de población según ingresos y entre

Para determinar la eficiencia y eficacia del gasto se requiere comparar tal indicador con indicadores convencionales de salud y sus estándares internacionales, como: asistencia profesional al nacimiento, acceso a servicios de salud, tasa de mortalidad infantil y esperanza de vida, entre otros.

Las medidas que expresan proporciones del gasto público en salud con respecto al gasto público total y al gasto social, representan indicadores complementarios de la importancia relativa que ha adquirido dicho componente del gasto total en salud en los últimos años.

regiones, variables que pueden ser analizadas con la información que brindan otros instrumentos y registros de información como son las encuestas de hogares o de calidad de vida, específicamente para aquellos años en los cuales se incluyen módulos de información de salud.

Desde una óptica nacional, seguramente revisten interés los indicadores de gasto per cápita del componente de seguridad social en salud, representado en los regímenes contributivo (incluyendo los sistemas especiales) y subsidiado, por las comparaciones que pueden establecerse en términos de los valores anuales de las Unidades de Pago

por Capitación (Upc) de los dos regímenes, fijados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

3. Indicadores de composición del gasto

Uno de los aspectos a los que se ha otorgado mayor importancia en los estudios recientes sobre el financiamiento de los sistemas de seguridad social en salud, es el que se refiere a la composición (o mezcla) público-privada, sobre todo en el ámbito del financiamiento (Titelman y Uthoff, 2000). Los indicadores que muestran dicha composición se incluyen también dentro de los indicadores convencionales y constituyen una referencia clave en relación con los análisis comparativos de los modelos de financiamiento de los sistemas de salud.

Así como la simple indicación del tamaño del gasto total en salud puede revelar una determinada voluntad o intención política respecto de las prioridades del gasto en salud en relación con otras áreas del gasto social, la composición del gasto público y privado tiene importantes implicaciones en el análisis de las decisiones políticas de financiamiento de los sistemas de salud.

Una de las consideraciones básicas que inspiró el proceso de reformas en América Latina desde comienzos de la década de los noventa, fue que con la incorporación del sector privado sería posible no sólo mejorar la eficiencia en la gestión del sector salud, sino que además ello permitiría un traspaso de los gastos que tradicionalmente realizaba el sector público hacia el sector privado. Así entonces el sector privado debería ser capaz de financiar y brindar servicios de salud a una parte importante de la población que históricamente dependía de la seguridad social y el sector público (Titelman y Uthoff, 2000).

Sin embargo, a partir de estudios de casos de algunos países, se han identificado dos factores de cuya interacción resultaría realmente difícil lograr un traspaso significativo de demanda desde el sector público hacia el privado: primero, los bajos ingresos que caracterizan a una parte importante de la población de estos países, lo que contrasta con una tendencia al alza de los costos y una mayor complejidad en la atención en salud; y segundo, la incidencia que tiene la práctica de selección de riesgos (como en el caso de Chile y que podría ser también el caso colombiano). De este modo, una deficiente mezcla público-privada puede llevar al sector público a una mayor presión del gasto al tener que cubrir de mayores riesgos y menores ingresos, con lo cual se puede no sólo deteriorar la capacidad financiera del Estado, sino también propiciar situaciones de inequidad.

De otra parte, en los análisis de la participación público-privada en el gasto total en salud resulta importante determinar la magnitud que representa el gasto de bolsillo y la adquisición de seguros en el componente privado del gasto, por lo cual resulta conveniente contar con indicadores específicos para estos conceptos de gasto. El solo indicador de gasto de bolsillo (como proporción del gasto privado y del gasto total en salud) es capaz de revelar deficiencias de un sistema de salud en términos del acceso de la población a los servicios y, por tanto, problemas serios de equidad. De acuerdo con la OMS (2000), uno de los principales retos que afrontan los países de bajos ingresos consiste en reducir la carga regresiva que suponen los pagos directos por la atención en salud, para lo cual una estrategia

válida sería extender los planes de prepago asociados al empleo y el acceso a servicios subvencionados, que diluyen el riesgo financiero y atenúan la amenaza de los gastos catastróficos en salud.

4. Indicadores de financiamiento

Estos indicadores corresponden básicamente a una estructura porcentual de las fuentes de financiación del gasto en salud en dos niveles: primero, del gasto total en salud; y segundo, del gasto correspondiente al Sistema General de Seguridad Social en Salud (Sgss)⁴⁹. En este último se presentan los mismos tipos de medidas relativas de las fuentes de financiamiento para el gasto total del Sgss y sus correspondientes magnitudes de gasto para el régimen contributivo, el régimen subsidiado y el gasto representado en subsidios a la oferta.

Cada indicador corresponde, a su vez, a cada una de las categorías identificadas como fuentes de financiación en las cuentas de salud⁵⁰: familias, empresas, recursos de los agentes, presupuesto general de la nación, entes territoriales y otros, con respecto al total de financiamiento (o del gasto).

Como indicadores relativos de financiamiento del gasto en los niveles mencionados, estas medidas constituyen, en conjunto, una información de utilidad para el análisis de cambios en la estructura de financiamiento a través del tiempo según las fuentes y la participación de los distintos agentes, dada la doble condición que estos tienen como financiadores y como agentes del gasto propiamente, de acuerdo con la definición adoptada para ellos en la metodología de las cuentas de salud.

⁴⁹ Un antecedente en Colombia de desarrollo de este tipo de indicadores, junto con los de usos de recursos que se describen a continuación, y su aplicación al análisis sobre el equilibrio financiero del Sgss, se encuentra en el estudio realizado para el Ministerio de Salud con resultados preliminares de las cuentas de salud para el periodo 1995-2000 (Barón, Gilberto, 2002; Ministerio de Salud – Ops/OMS.).

⁵⁰ Las mismas categorías contenidas en la Matriz 1: Gasto en salud según agentes y fuentes de financiación.

5. Indicadores de uso de los recursos

Partiendo de la determinación de los montos de gasto de los agentes, según las principales categorías de gasto en salud, estos indicadores expresan proporciones de cada categoría definida en relación con los totales de gasto en salud. Dichas categorías corresponden a los usos (o utilización) de los recursos, definidas en las cuentas de salud: administración, atención en salud, inversión y demás usos⁵¹. En conjunto, dichas proporciones permiten establecer la estructura porcentual de usos de los recursos para cada año.

Igual que en el caso de los indicadores de financiamiento, la composición porcentual de usos de los recursos comprende dos niveles: uno en relación con el gasto total en salud y el otro con respecto al gasto del Sgs-s. En relación con este último se pueden obtener a su vez indicadores por cada tipo de categoría y para cada uno de los subcomponentes del sistema: régimen contributivo, régimen subsidiado y subsidios a la oferta. Sin embargo, en el caso de la categoría inversión tal vez resultaría conveniente efectuar la medición de indicadores para las subcategorías: infraestructura y dotación, investigación y capacitación (que junto con la de “otros” conforman el total de inversión, de acuerdo con la definición planteada desde un principio en la metodología de cuentas de salud), en lugar de total de inversión, con la idea de evitar asimilar dicho total solamente con infraestructura y dotación.

Estos indicadores son también de utilidad para los análisis de cambios en la estructura de usos (o utilización) de los recursos a través del tiempo y comparaciones con estándares internacionales.

Una deficiente mezcla público-privada puede llevar al sector público a una mayor presión del gasto al tener que cubrir de mayores riesgos y menores ingresos, con lo cual se puede no sólo deteriorar la capacidad financiera del Estado, sino también propiciar situaciones de inequidad.

⁵¹ Tomando como base la estructura de la matriz 4: Gasto en salud según agentes y tipos de gastos.

Se trata de un índice concebido para ponderar en buena medida los hogares que han gastado en atención en salud una gran proporción de sus ingresos (más allá del nivel de subsistencia), reflejando, por tanto, la desigualdad en la contribución financiera de los hogares, pero en particular los hogares en riesgo de empobrecimiento a causa de un nivel elevado de gasto en salud.

les; por ejemplo, en cuanto a la proporción que representa el gasto de atención en salud en el gasto total.

6. Indicadores de equidad

Dependiendo de la definición que se adopte respecto del concepto de equidad, dentro de un contexto específico de análisis, se puede intentar establecer distintas medidas o indicadores que sean consistentes con la definición adoptada⁵².

Sin embargo, tal vez sería útil una aproximación a un criterio de equidad en el financiamiento y gasto en salud, tomando como base información complementaria de la encuesta de hogares de los años para los cuales se dispone de la información del módulo de salud y de la cual se derivan los estimativos de gasto de bolsillo. Esta condición constituye, evidentemente, una limitación de información importante, en la medida en que no se podría disponer de estos indicadores para todos los años.

El indicador quizás más importante en este sentido consiste en determinar la participación relativa por quintiles de población según ingresos, en el total de gasto de bolsillo, con el objeto de establecer la regresividad de dicho gasto entre los grupos de población de más bajos ingresos y los de más altos ingresos.

Lo ideal sería desarrollar un indicador de equidad de la contribución financiera y la protección del riesgo financiero, como el

⁵² Anteriormente este concepto se definió como el mejoramiento de la capacidad de acceso de la población de menores ingresos a servicios de salud de buena calidad (Titelman y Uthoff, 2000); pero también se podría entender como la mejora en los niveles de atención en salud con las mínimas diferencias posibles entre individuos y grupos (OMS, 2000), entre otras muchas definiciones que se han aportado sobre este concepto.

propuesto por la Oms (2000). Se trata de un índice concebido para ponderar en buena medida los hogares que han gastado en atención en salud una gran proporción de sus ingresos (más allá del nivel de subsistencia), reflejando, por tanto, la desigualdad en la contribución financiera de los hogares, pero en particular los hogares en riesgo de empobrecimiento a causa de un nivel elevado de gasto en salud. Dicho índice se calcula de la siguiente forma:

Equidad de la contribución financiera =

$$\left[1 - 4 \times \frac{\sum_{i=1}^n (CFHi - CHF^*)^3}{0.125n} \right]$$

Donde, CFH es la contribución financiera de un hogar dado y CHF* es la contribución financiera promedio de todos los hogares.

C. Algunas comparaciones internacionales

¿Qué tan grande es el tamaño del gasto total en salud de Colombia? En el Cuadro 4.1 se muestran algunos datos recientes disponibles del indicador del gasto total en salud como proporción del PIB para varios países.

Estados Unidos es el país que tiene el más alto gasto en salud del mundo, muy por encima de los países europeos. En comparación con otros países de América Latina, Colombia se identifica con un gasto en salud relativamente alto, por encima del promedio de los países de la región, pero por debajo de países de similar desarrollo relativo como Uruguay, cuyo gasto de salud es el más alto, o como Argentina y Brasil.

En cuanto a la composición pública y privada del gasto en salud (Cuadro 4.2), Estados Unidos, identificado en el pasado como prototipo de los sistemas privados de salud, tiene un gasto público que representa, en promedio, el 44,6% de su gasto total en salud

para el periodo 1998-2002. Con la misma base de comparación, los países europeos tienen, dentro de lo esperado, un gasto público en salud que representa el 75,7% del gasto total en salud.

En América Latina, la participación más alta del gasto público en salud corresponde, también dentro de lo esperado, a Cuba, y la más baja a Uruguay. Colombia, por su parte, se ubica dentro de los países de la región con una de las participaciones más altas del gasto público en salud⁵³, superior incluso a la de los países europeos.

Finalmente, en el Cuadro 4.3 se presenta una información condensada por rangos de gasto *per cápita* en salud expresados en dólares para 2002 y para el conjunto de los países miembros de la Oms. De nuevo, Estados Unidos es el país con el gasto *per cápita* en salud más alto del mundo (US\$ 5.274) mientras Liberia tiene el más bajo (US\$ 11). Colombia con un gasto *per cápita* de US\$ 140 para ese año (véase cuadro 3.1), se ubica dentro del primer rango, formando así parte del 66% de los países con un gasto *per cápita* por debajo de los US\$ 500.

53 Advirtiendo que dentro de este gasto se incluye el gasto total en seguridad social en salud, es decir, incluyendo el gasto del régimen contributivo, para hacer comparable el análisis con los criterios de clasificación de la Oms. Es preciso reconocer que sobre este tema hay un área importante de debate, pues los esfuerzos de estandarización de los indicadores a nivel internacional, pueden llevar a desconocer características singulares de algunos de los sistemas de salud de algunos países.

Cuadro 4.1
Gasto total en salud como proporción del PIB
 (Porcentajes)

Países	2002	Promedio 1998-2002
Países desarrollados		
Estados Unidos	14,6	13,5
Suiza	11,2	10,7
Alemania	10,9	10,7
Francia	9,7	9,4
Canadá	9,6	9,2
Italia	8,5	8,1
Japón	7,9	7,6
Inglaterra (RU)	7,7	7,3
España	7,6	7,5
Algunos países de América Latina y el Caribe		
Uruguay	10,0	10,5
Costa Rica	9,3	8,5
Argentina	8,9	8,9
Panamá	8,6	8,9
Brasil	7,9	7,7
Colombia	7,6	8,5
Cuba	7,5	7,1
México	6,1	5,7
Chile	5,8	5,9
Venezuela	4,9	5,4
Perú	4,4	4,6
Ecuador	4,6	4,8
Trinidad y Tobago	3,7	3,8
Promedio Europa occidental	8,8	8,3
Promedio Suramérica	7,0	7,0
Promedio Centroamérica	7,3	7,0

Fuente: OMS (2005) cuadro 3.1 y cálculos propios.

Cuadro 4.2
Distribución del gasto público y privado en salud
1998-2002

(Porcentajes)

Países	GPbT / GTS /1	GPpS / GTS	GTS
Países desarrollados			
Estados Unidos	44,6	55,4	100,0
Suiza	56,2	43,8	100,0
Alemania	78,6	21,4	100,0
Francia	75,9	24,1	100,0
Canadá	70,3	29,7	100,0
Italia	73,9	26,1	100,0
Japón	81,3	18,7	100,0
Inglaterra (RU)	81,7	18,3	100,0
España	71,7	28,3	100,0
Algunos países de América Latina y el Caribe			
Uruguay	33,8	66,2	100,0
Costa Rica	66,9	33,1	100,0
Panamá	71,6	28,4	100,0
Argentina	54,0	46,0	100,0
Colombia	78,3	21,7	100,0
Brasil	43,3	56,7	100,0
Cuba	85,7	14,3	100,0
México	46,0	54,0	100,0
Chile	41,2	58,8	100,0
Venezuela	50,3	49,7	100,0
Perú	52,1	47,9	100,0
Ecuador	35,7	64,3	100,0
Promedio Europa occidental	75,7	24,3	100,0
Promedio Suramérica	48,6	51,4	100,0
Promedio Centroamérica	53,8	46,2	100,0

¹ Incluye el total del gasto en seguridad social en salud, de acuerdo con la clasificación de OMS.

Fuente: OMS (2005) y cuadros 3.1 y 3.2 y cálculos propios.

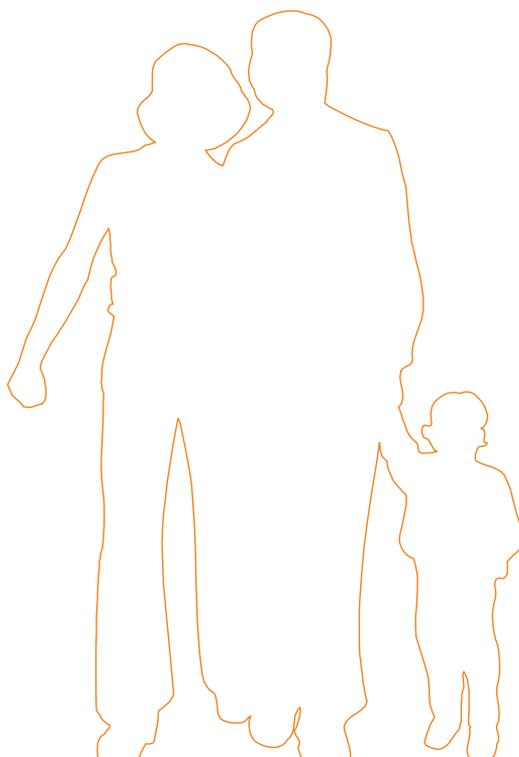
Cuadro 4.3

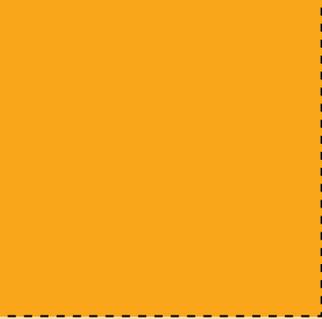
Rangos de gasto *per cápita* en salud según países. 2000

(En dólares y porcentajes)

Rangos en US\$	No. de países	Distribución %
1 a 500	127	66,1
501 a 1000	31	16,1
1001 a 1500	6	3,1
1501 a 2000	8	4,2
2001 a 2500	5	2,6
2501 a 3000	9	4,7
3001 a 3500	4	2,1
3501 a 4000	0	0,0
4001 a 4500	1	0,5
4501 a 5000	0	0,0
5001 a 5500	1	0,5
	192	100,0
Promedio mundial: US\$ 637		

Fuente: Roa, Rosa Isabel (2005), con base en OMS (2005).

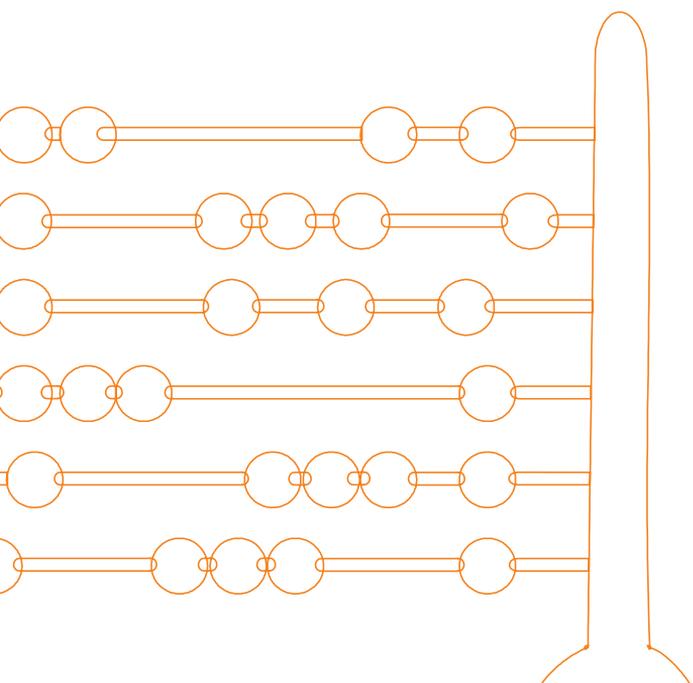
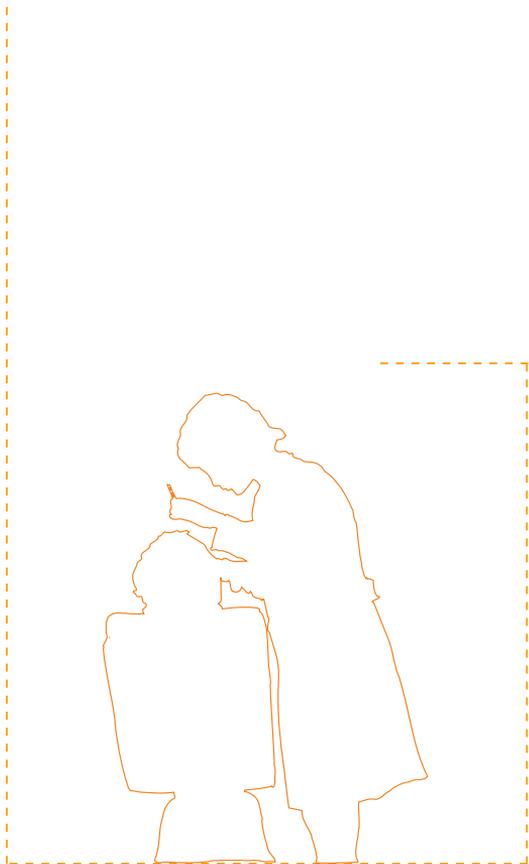






Capítulo 5

Conclusiones



Conclusiones

La importancia y utilidad de las cuentas de salud (Cs) reside en su capacidad de brindar información, para fines de análisis y la toma de decisiones, sobre la movilización de recursos públicos y privados, dentro y fuera del sistema, permitiendo detectar tendencias del gasto y su financiamiento a través del tiempo. Recientemente, las Cs han ganado respaldo en el ámbito internacional por el reconocimiento del papel que pueden tener como una herramienta potencialmente importante para la planificación de políticas y el diseño de reformas financieramente sostenibles, en la medida en que contribuyen a identificar las limitaciones macroeconómicas en el diseño de las políticas y a evaluar el impacto de las mismas, señalar prioridades y determinar niveles de eficiencia y condiciones de equidad en la asignación de recursos, frente a cambios epidemiológicos y resultados de las intervenciones médicas o de las acciones en salud para el conjunto de la población de un país, o en comparación con otros países.

El enfoque metodológico de cuentas nacionales de salud (NHEA/NHA) adoptado en Colombia, como resultado de las recomendaciones de la Misión de expertos de la Universidad de Harvard en 1996, constituye el apoyo instrumental del trabajo realizado para la producción continua de estimativos del gasto nacional en salud, tanto público como privado, del periodo 1993-2003. Su diseño matricial refleja la estructura de agentes de gasto, las fuentes de financiación y las formas de utilización de los fondos, producto de las reformas adoptadas con las Leyes 100 y 60 de 1993.

La justificación principal para la adopción de dicha metodología, se fundamentaba en la utilidad que para el gobierno colombiano representaba poder hacer un seguimiento o monitoreo de

los niveles y patrones de gasto agregado de la atención en salud, dada la magnitud considerable de recursos que se movilizarían hacia el sector, como uno de los efectos previsibles de las reformas, permitiendo identificar problemas y anticipar cambios mediante decisiones encaminadas a una asignación más eficiente y equitativa de los recursos, compatibles con el objetivo de garantizar mejores condiciones de acceso y calidad de los servicios a la población.

La reforma colombiana adoptada mediante la Ley 100 de 1993 optó por un modelo que combina la acción del Estado con la del mercado, procurando alcanzar mejores condiciones de equidad, eficiencia, eficacia y calidad de los servicios. Sus principales objetivos eran: lograr una cobertura universal del aseguramiento, garantizar el acceso de los grupos más pobres de la población a los servicios de salud y mejorar la calidad y la eficiencia en la provisión de dichos servicios. En función de lo anterior, se adoptaron dos estrategias básicas: de un lado, el establecimiento obligatorio de la afiliación a la seguridad social para toda la población; y de otro, la adopción de un esquema de competencia, conforme a los principios de la teoría de la competencia regulada, con el fin de elevar la eficiencia, contener los costos, y mejorar el acceso y la calidad de los servicios, para lo cual resultaba indispensable una reestructuración de las instituciones y la promoción de un sistema de incentivos para los nuevos agentes. Ello además debería ser consistente con una mayor descentralización administrativa y de prestación de los servicios de salud en el sector público, profundizando el proceso iniciado tres años atrás.

Un elemento común de los procesos de reforma llevados a cabo en la mayoría de países durante los años ochenta y noventa, era el que tenía que ver con el problema crítico del financiamiento. En el caso colombiano, no obstante, la reforma obtuvo suficiente respaldo político, expresado incluso desde la propia Constitución de 1991, para garantizar una provisión importante de recursos mediante la descentralización de los fondos públicos para salud y la asignación de recursos adicionales para los servicios de salud pública, de prevención y atención primaria y el aumento significativo

de recursos para la atención de salud de la población más pobre y vulnerable.

De manera consistente con lo anterior, se adoptaron estrategias y mecanismos de mancomunación y movilización de recursos incorporados en la Ley 100 de 1993, como el incremento inicial de las cotizaciones del 8 al 12% de los ingresos salariales y no salariales de los cotizantes de la seguridad social, la creación de nuevas fuentes de recursos de origen fiscal y la redestinación de otros, la progresiva asignación de subsidios para la afiliación de los grupos más pobres de población mediante un financiamiento combinado de fuentes fiscales y un mecanismo de solidaridad, así como el mayor esfuerzo de financiamiento de las entidades territoriales, mediante el sistema de transferencias desarrollado en la Ley 60 de 1993 y reformado posteriormente mediante la Ley 715 de 2001 y los recursos propios de las mismas entidades.

Las previsiones de las reformas lograron efectivamente un incremento significativo en los montos de financiamiento, con el consiguiente efecto de aumento en el nivel de gasto. El gasto total en salud como proporción del PIB, pasó de 6,2% en 1993 a 9,6% en 1997, la más alta del periodo, decreciendo luego hasta alcanzar un nivel relativamente estable, alrededor del 7,7%, en los últimos cuatro años⁵⁴. En comparación con otros países de América Latina, Colombia se identifica con un nivel de gasto relativamente alto (8,5% en promedio para el periodo 1998-2002), por encima del promedio de la región (7,0% en el mismo periodo).

Partiendo de los postulados de la reforma, se esperaba, igualmente, que con la inyección al sistema de recursos significativos, se debían producir cambios sustanciales no sólo en cuanto al tamaño o volumen de los recursos, sino también en cuanto a su composición y dirección de los flujos, al menos en dos sentidos.

En primer lugar, se consideraba como un factor de éxito de la reforma lograr una sustitución del financiamiento a través del

54 Comportamiento determinado básicamente por el gasto de bolsillo que, como se analizó en el mismo capítulo, tuvo un nivel especialmente alto en el año 1997.

En comparación con otros países de América Latina, Colombia se identifica con un nivel de gasto relativamente alto (8,5% en promedio para el periodo 1998-2002), por encima del promedio de la región (7,0% en el mismo periodo).

gasto directo o de bolsillo, que era muy alto en la situación de prerreforma (43,7% del gasto total en salud), por el financiamiento proveniente del aseguramiento, con lo cual podría determinarse tanto el nivel futuro del gasto, como la carga que recaía directamente en las familias. Dicha sustitución dependería de las posibilidades efectivas de acceso y de la calidad de los servicios, de modo que si el sistema funcionaba bien, esa sustitución podría llegar a ser muy amplia (Ministerio de Salud/Programa Universidad de Harvard, 1996b).

Los resultados analizados sugieren que es a partir de 1997 cuando opera un cambio en tal sentido: el gasto total en seguridad social en salud, financiado básicamente con los aportes del aseguramiento de empleadores y trabajadores más los recursos públicos destinados a subsidios a la demanda, se convierte en el mayor aportante del gasto total en salud, mientras disminuye sensiblemente la financiación del gasto de bolsillo y el gasto público directo tiende a sostenerse. Entre 1993-1997, por el contrario, el gasto privado (determinado por el gasto directo o de bolsillo) fue el mayor aportante, no obstante lo cual el gasto de aseguramiento tuvo una tendencia rápidamente creciente hasta llegar a igualar y prácticamente superar a aquel en 1997.

En confirmación de lo anterior, vale la pena resaltar también el esfuerzo realizado en el financiamiento del gasto público y especialmente en el subcomponente de subsidios a la demanda (régimen subsidiado), cuyo gasto tuvo un crecimiento promedio anual de 12,2% en términos reales durante el periodo 1996-2003⁵⁵, mientras que el gasto del componente financiado con aportes y cotizaciones a la seguridad social (régimen contributivo) tuvo un

55 De acuerdo con la caracterización efectuada en el Capítulo 3, este periodo corresponde al de la consolidación de la reforma, luego de la transición experimentada durante 1994-1995.

crecimiento real de 5,5% como promedio anual del mismo periodo, determinándose así un crecimiento real del total de los recursos de aseguramiento de 6,6%, también como promedio anual durante el mismo periodo. Ello ha incidido también en el hecho notorio de que Colombia, comparado con los demás países de similar desarrollo relativo, ha llegado a registrar una participación significativamente alta del gasto público en salud (78,3% en promedio, durante 1998-2002).

En segundo lugar, se suponía que la reforma debía transformar drásticamente la composición y los flujos del gasto en salud, y que la competencia conduciría a que las nuevas entidades y agentes, especialmente en el componente del aseguramiento, manejasen segmentos importantes del gasto en salud, que canalizarían a los diferentes proveedores públicos y privados, también en competencia.

En este sentido los resultados analizados señalan, de manera especial, el crecimiento sostenido del gasto real de las Eps privadas desde el año 1996, en contraste con el comportamiento diferenciado del gasto del Instituto de Seguros Sociales-Eps que mantuvo un nivel de gasto real relativamente alto durante 1993-1999, que luego disminuyó significativamente, tratando de recuperarse en el último año, mientras que las demás Eps públicas registran una pérdida continua en el nivel de gasto real desde 1999. Por el lado de las ARS se observa un crecimiento muy dinámico de su gasto real entre 1996-1998, mientras que en los años subsiguientes su comportamiento es algo oscilante aunque con una tendencia a estabilizarse en los años más recientes.

Otro cambio previsto a partir de los postulados de la reforma y que debía reflejarse en la estructura de fuentes de financiación, era el de un aumento en la participación relativa de los fondos públicos con respecto a las familias y los empleadores privados, que básicamente soportaban el peso del financiamiento en la situación de prerreforma. Los resultados muestran que las familias mantienen la mayor participación relativa en el financiamiento del gasto total en salud (37,4% en promedio para el período 1996-2003) y que los recursos provenientes de los fondos públicos (suman-

do presupuesto general de la nación y entes territoriales) logran, efectivamente, alcanzar una participación promedio de 27,2%, superior a la de las empresas (22,0%), aunque salvo en el caso de las transferencias de la nación (cuya participación promedio en el mismo periodo fue de 11,7%) sus demás componentes no registran una tendencia definida de crecimiento en su participación durante el período.

Los supuestos derivados de la reforma en cuanto a usos de los recursos no preveían algo distinto a un significativo incremento en el gasto de atención en salud⁵⁶. Sin embargo, las Cs aportan unos resultados de interés, en términos de las categorías de usos derivadas del gasto por componentes y por agentes. De este modo, con base en las tasas promedio de participación para el periodo 1996-2003, se puede determinar que la estructura de usos, a partir del gasto total en salud, fue de 66,2% para los servicios de atención en salud, 17% para los gastos de administración (de personal y generales) de los distintos agentes, 8% para inversión (infraestructura y dotación, investigación, capacitación y otros) y el restante 8,8% representado por los demás usos (gastos de publicidad, ventas, comisiones y honorarios de los agentes, indemnizaciones, cuotas, sentencias y conciliaciones, servicio de la deuda y otras transferencias corrientes de las entidades oficiales).

La proporción del gasto de atención en salud antes mencionada es inferior a la obtenida para 1993-1995 (en situación prerreforma y en el periodo de transición), 82,2% en promedio, pero al mismo tiempo las tasas de participación de los gastos de administración y los demás usos de esos años (8,5 y 6,1% en promedio, respectivamente) eran más bajas que las mencionadas como promedios para 1996-2003. De modo que, con la consolidación de

56 En el estudio realizado bajo la asesoría del equipo de Harvard (Ministerio de Salud/Programa Universidad de Harvard, 1996a), para obtener el estimativo del gasto nacional en salud de 1993, no se desarrolló la matriz correspondiente, pero, en las conclusiones del mismo, se dejaron consignadas algunas indicaciones sobre las categorías que podría contener dicha matriz, a partir de lo cual fue posible su posterior elaboración.

la reforma a partir de 1996, al entrar en plena operación las EPS en el régimen contributivo y al definirse una estructuración más clara del régimen subsidiado, efectivamente se modifica, de una manera significativa, la composición del gasto en salud en términos de las categorías de usos definidas.

En el análisis del Capítulo 3 se advirtió que estos resultados expresados como promedios simples de participación relativa para 1996-2003, ocultan situaciones para algunos agentes donde la distribución porcentual del gasto, según categorías definidas de usos, se alejan significativamente de la distribución general promedio. Así por ejemplo, en casos como el del Iss Eps y las otras EPS públicas, los gastos de administración para el último año del período alcanzan niveles del 27,6 y 56,3%, respectivamente, mientras que las participaciones correspondientes del gasto de atención en salud son apenas de 43,3 y 34,8%.

Colombia, comparado con los demás países de similar desarrollo relativo, ha llegado a registrar una participación significativamente alta del gasto público en salud (78,3% en promedio, durante 1998-2002).

Cabe mencionar también que, dado el énfasis que puso la reforma en el enfoque preventivo y en la atención primaria de salud, para lo cual dio incentivos a los agentes y brindó un respaldo adecuado de recursos de financiación, más que un supuesto, lo que se planteaba era un interrogante sobre si la competencia podría desplazar recursos de la atención hospitalaria hacia la atención ambulatoria. Comparando solamente la atención ambulatoria y la hospitalaria, a partir del comportamiento de las respectivas tasas anuales de participación durante el periodo, y de las tasas de variación promedio anual en términos reales, se determinan trayectorias y variaciones en sentido inverso, que sugieren un comportamiento más dinámico del gasto en atención hospitalaria.

Los resultados de las Cs permiten establecer que, con base en las tasas promedio de participación del periodo 1996-2003, el gasto en atención de salud se distribuyó en un 60% para los servicios ambulatorios, 30,6% para los hospitalarios, 7,4% para

las actividades de promoción y prevención y el restante 2,1% para los programas de salud pública y las intervenciones del Plan de Atención Básica (PAB).

El gasto en promoción y prevención, por su parte, muestra una tendencia a sostener su participación relativa anual, pero a crecer en términos reales; mientras que el gasto en salud pública y PAB, señala una tendencia a reducir su participación relativa anual, experimentando además un crecimiento real negativo de -5,9%, como promedio anual del periodo.

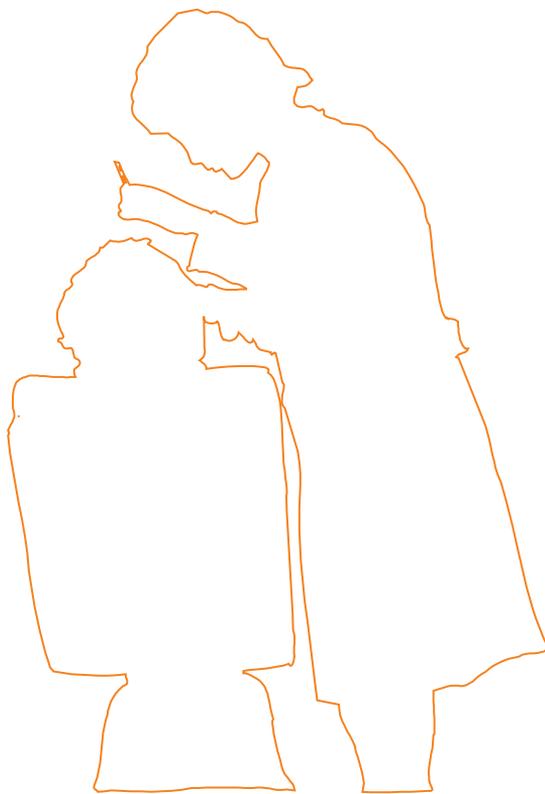
Con la consolidación de la reforma a partir de 1996, al entrar en plena operación las EPS en el régimen contributivo y al definirse una estructuración más clara del régimen subsidiado, efectivamente se modifica, de una manera significativa, la composición del gasto en salud en términos de las categorías de usos definidas.

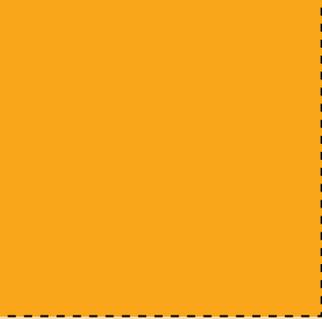
Finalmente, cabe señalar que el análisis de los resultados de las Cs para el periodo 1993-2003, en términos de las mediciones del gasto nacional de salud, de su financiamiento y de las formas de utilización de los recursos, y su contrastación con los efectos previstos de la reforma introducida en el sistema colombiano de salud en 1993, responde a una perspectiva aún muy agregada del sistema y de las categorías empleadas.

Sin duda, otros estudios con propósitos más específicos, partiendo de un mayor nivel de detalle de la información y de los agentes, y la integración de otras variables de análisis, seguramente podrán ayudar a

responder inquietudes aún pendientes, como: ¿qué tan eficientemente se han utilizado esos recursos y cuál es su verdadero impacto en el estado de salud de la población? ¿en qué medida pueden haber mejorado las condiciones de acceso a los servicios? ¿cuáles han sido los cambios más significativos en la distribución de los recursos por regiones, por áreas rurales y urbanas y por grupos socioeconómicos? ¿en qué medida se ha producido la captación ineficiente de recursos por parte de agentes o grupos de agentes y el grado de dominación de éstos en el sistema?

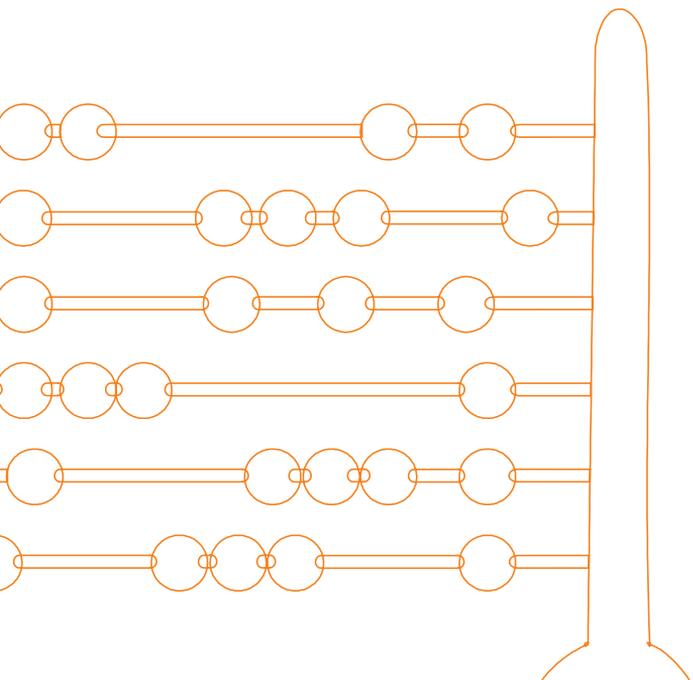
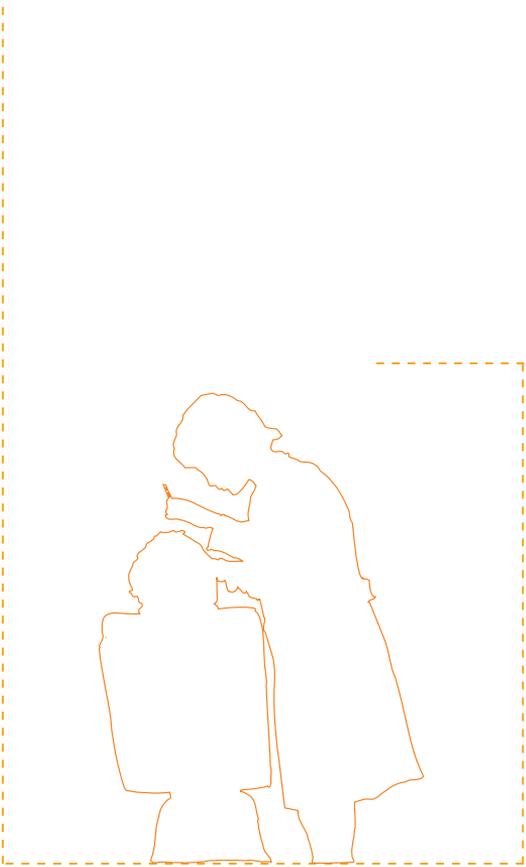
Aparte de estas inquietudes, se requiere también avanzar y profundizar en temas de análisis que hoy son de especial interés en otras partes, como la determinación del grado de equidad o inequidad tanto en el financiamiento como en el gasto, por grupos de población según ingresos, para lo cual las Cs pueden proveer un insumo importante de información.







Referencias bibliográficas



Referencias bibliográficas

ABEL-SMITH, BRIAN. 1963. Paying for Health Services: A Study of the Costs and Sources of Finance in six Countries. *Public Health Papers*. World Health Organization. Geneva. WHO. (17).

ABEL-SMITH, BRIAN. 1967. An International Study of Health Expenditure and its Relevance for Health Planning. *Public Health Papers*. World Health Organization. Geneva. WHO. (32)

BARÓN, GILBERTO. 2001. Fuentes de financiamiento y usos de los recursos del Sistema de seguridad social en salud, 1995-2000. Brechas de financiamiento y problemas de sostenibilidad del Sistema. Documento preparado para el Ministerio de Salud-OPS/OMS, como parte del *Estudio de evaluación integral del equilibrio financiero del Sistema general de seguridad social en salud*. Bogotá.

BANCO MUNDIAL. 1987. Financing health services in developing countries: an agenda for reform. *A World Bank Policy Study*. Washington DC.

BANCO MUNDIAL/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). 1993. Invertir en salud. *Informe sobre el desarrollo mundial 1993*. Washington DC.

BERMAN, PETER. 1996. National Health Accounts in developing countries: appropriate methods and recent Applications. Data for Decision Making Project. Harvard School of Public Health. August.

BERMAN, PETER; COOPER, DAVID. 1996. National Health Accounts. Software Manual Ver I.01. Harvard University & Partnerships for Health Reform (PHR) Abt Associates Inc. Boston. MA.

BITRAN & ASOCIADOS – ECONOMETRÍA. 2001. Evaluación y reestructuración de los procesos, estrategias y organismos públicos y privados encargados de la afiliación, pago y recaudo de ajustes al sistema. Informe de avance, Proyecto No. 03-99. Ministerio de Salud, Programa de Apoyo a la Reforma (PARS) Bogotá.

BROOMBERG, JONATHAN. 1994. Managing the health care market in developing countries: prospects and problems. *Health Policy and Planning*. Washington DC.

CUARTAS, CARLOS. 1998. El Sistema general de seguridad social en salud y el ISS. Logros y restricciones. Informe de consultoría presentado al Departamento Nacional de Planeación. Santafé de Bogotá.

CUMPER, GE; CHIA, M; TARANTOLA, D. 1978, *Expenditure on Health in Bangladesh, 1976*. Annex I. Geneva. WHO.

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. 2003. *El avance en la implementación del Sistema de cuentas nacionales 1993 en América Latina y el Caribe 2002-2003*. Documento preliminar preparado para la segunda reunión de la Conferencia estadística de las Américas de la Cepal. Santiago de Chile.

DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN. 2000. Sostenibilidad financiera del régimen subsidiado en salud- FOSYGA. Documento interno. Bogotá.

DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN. 2002. *Distribución del Sistema general de participaciones vigencia 2002*. Documento Conpes. Versión aprobada. BOGOTÁ. (57).

ENTHOVEN, ALAIN. 1988. Managed competition of alternative delivery systems. *Journal of Health Politics, Policy and Law* (13).

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. 1986. Gasto privado en salud. Estudio nacional de salud. Bogotá.

LANZEBY, HELEN; LEVIT, KATHARINE; WALDO, DANIEL; ADLER, GERALD; LETSCH, SUZANNE; COWAN, CATHY. 1992. National Health Accounts: Lessons from the US experience. *Health Care Financing Review*. Baltimore. 13 (4).

LONDOÑO, JUAN LUIS; FRENK, JULIO. 1997. Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. *Boletín Salud y Gerencia*. Universidad Javeriana. Bogotá. Julio-diciembre. (15)

MAGNOLI, ALESSANDRO. 2001. *Cuentas nacionales de salud en América Latina y el Caribe. Concepto, resultados y política de empleo*. Universidad de Harvard – BID/Indes - Programa Conjunto Indes/EU. Boston, MA.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL/PROGRAMA DE APOYO A LA REFORMA DE SALUD (PARS). 2004. Cuentas de salud de Colombia, 1993-2002. Conceptos y metodología del gasto en salud. Documento técnico. Gilberto Barón. Consultor. Bogotá.

MINISTERIO DE SALUD. 1994a. *La salud en Colombia. Diez años de información*. Santafé de Bogotá.

MINISTERIO DE SALUD. 1994b. La reforma a la seguridad social en salud. *Tomo 1: Antecedentes y resultados*. Santafé de Bogotá.

MINISTERIO DE SALUD/PROGRAMA DE LA UNIVERSIDAD DE HARVARD. 1996a. Las cuentas nacionales en salud de Colombia, 1993. Documento de trabajo (borrador) para el Informe final de la Misión de la ESP Universidad de Harvard. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud-BID, Santafé de Bogotá.

MINISTERIO DE SALUD/PROGRAMA DE LA UNIVERSIDAD DE HARVARD. 1996b. La reforma de salud en Colombia y el Plan maestro de implementación. Informe final de la Misión de la ESP Universidad de Harvard, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud-BID. Documento policopiado. Santafé de Bogotá.

MINISTERIO DE SALUD/ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. 2001. *Evaluación integral del equilibrio financiero del Sistema general de seguridad social en salud*. Bogotá.

MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ / OPS. 2004. *Cuentas de salud del Perú 1995-2000*. Lima.

MOLINA, CARLOS G, *et al.*, 1993. El gasto público en salud y distribución de subsidios en Colombia. Informe final presentado a la Misión de Apoyo a la Descentralización y Focalización de los Servicios Sociales del Departamento Nacional de Planeación y como parte del estudio de incidencia del gasto público social. Documento policopiado. Santafé de Bogotá.

MORALES, LUIS GONZALO. 1997. El financiamiento del Sistema de seguridad social en salud en Colombia. Cepal-Naciones Unidas. *Serie Financiamiento del Desarrollo*. Santiago de Chile. (55).

NACIONES UNIDAS. 1993. *Sistema de cuentas nacionales 1993*. Documento preparado conjuntamente y con los auspicios del Grupo Intersecretarial de Trabajo sobre Cuentas Nacionales. Comisión de las Comunidades Europeas – Eurostat, Fondo Monetario Internacional, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) y Banco Mundial. Bruselas, París, Nueva York y Washington.

ORGANIZACIÓN DE COOPERACIÓN Y DESARROLLO ECONÓMICO (OCDE). 2002. *Sistema de cuentas de salud*. Ediciones Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Washington DC.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). 2000. *Informe de la salud en el mundo. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Panorama general*. Ginebra (Suiza).

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). 2005. *Informe anual de la salud en el mundo*. Ginebra (Suiza).

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). 2004. Cuentas de salud/ Cuentas nacionales de salud. Varios documentos preparados para el Taller sobre armonización de cuentas de salud y protección social – Sistema de cuentas nacionales, realizado en Quito (Ecuador), con los países de la Comunidad Andina.

OVERHOLT, CATHERINE; SAUNDERS, MARGARET (EDS). 1996. *Policy choices and practical problems in health economics. Cases from Latin America and the Caribbean*. EDI learning resources series. Economic Development Institute of the World Bank. Washington DC.

PEROTTI, ROBERTO. 2000. Gasto en protección social en Colombia: análisis y propuestas. Bogotá.

RANNAN-ELIYA, RAVINDRA; BERMAN, P; SOMANATHAN, A. 1997. Health Accounting: A comparison of the SNA and NHA Approaches. Draft Paper.

RESTREPO, MAURICIO. 1999. La reforma al financiamiento de la salud en Colombia. *En: Daniel Titelman y Andras Uthoff (comp.), Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud*. Fondo de Cultura Económica & Cepal. Santiago de Chile. II.

REPÚBLICA DE COLOMBIA. 2002. Ley 715 de 2001: por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud entre otros. Documento policopiado DNP. Bogotá.

ROA, ROSA ISABEL. 2005. La política de financiación de los sistemas de salud y la equidad de género en el estado de salud. Trabajo de grado en maestría en administración de salud. Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas. Pontificia Universidad Javeriana.

RODRÍGUEZ, ÓSCAR. 2002. Programa de investigación del régimen subsidiado. *En: Óscar Rodríguez (Editor). Los avatares del servicio de salud para pobres*. Edición Universidad Nacional de Colombia

- Ministerio de Salud, Colección La seguridad social en la encrucijada. Bogotá. Tomo 2.

TITELMAN, DANIEL; ANDRAS UTHOFF, 2000, El mercado de la salud y las reformas al financiamiento de los sistemas de salud. *En*: D. Titelman; A. Uthoff, (Eds). *Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud*. FCE y Cepal. Santiago de Chile.

TOBAR, FEDERICO (coordinador). 2000. El gasto en salud en Argentina y su método de cálculo. Instituto Universitario Isalud – Programa de Investigación Aplicada. Buenos Aires.

WALDO, DANIEL. 1996. Creación de cuentas de salud para los países desarrollados y en desarrollo. Documento preparado para el Departamento de Desarrollo Humano del Banco Mundial y presentado al Primer taller regional de la iniciativa de cuentas nacionales de salud. Cuernavaca (México) 6 al 10 de abril de 1997.

WHITE, JOSEPH. 2000. Políticas de salud en los Estados Unidos y Canadá. *En*: D. Titelman; A. Uthoff (Eds). *Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud*. FCE y Cepal. Santiago de Chile.

WORLD BANK, WORLD HEALTH ORGANIZATION AND USAID. 2003. Guide to producing National Health Accounts with special applications for low-income and middle-income countries. Canada.

Páginas web

<http://www.hsph.harvard.edu/ihsq/NHA.html#I>

<http://www.paho.org/English/DPM/SHD/HP/ha-nha-approaches.pdf>

<http://cms.hhs.gov/statistics/nhe/definitions-sources-methods/default-02.asp>

<http://www.unstats.un.org/unsd/sna1993/toclev8.asp?LI=2I&L2=I>

<http://unstats.un.org/unsd/sna1993/introduction.asp>

<http://www.paho.org/English/DPM/SHD/HP/ha-nha-sum.pdf>

<http://www3.who.int/whosis/discussionpapers/pdf/paper47.pdf>

<http://www.bea.doc.gov/bea/mp.htm>

<http://www.oecd.org/dataoecd/18/57/2713889.doc>

<http://www1.oecd.org/publications/e-book/8100061E.pdf>

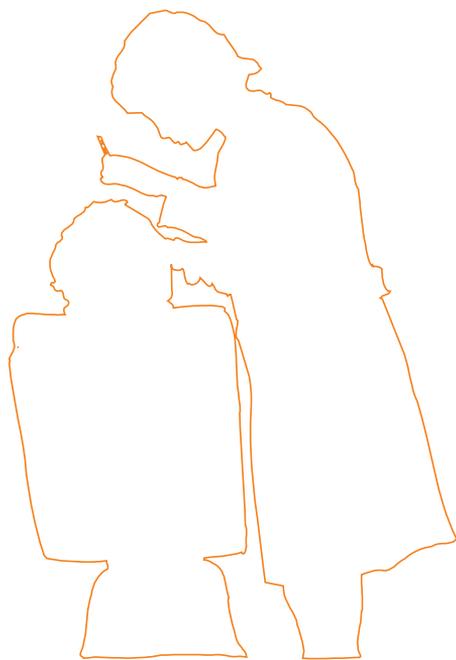
<http://www.oecd.org/topiCstatsportal/0,2647,en>

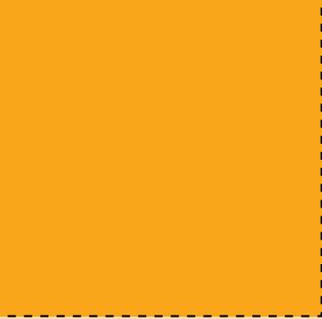
<http://www.lachealthaccounts.org>

<http://www.who.int/nha>

<http://www.paho.org/english/DPM/SHD/exp-au.xls>

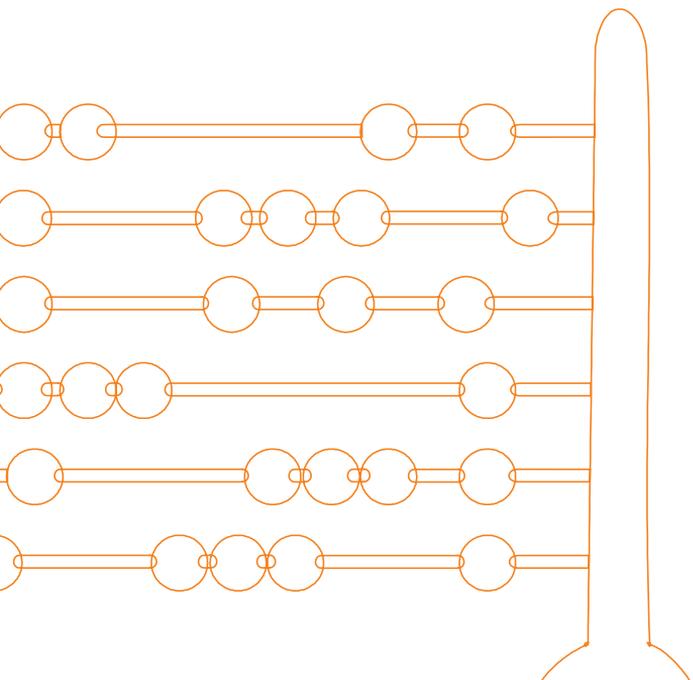
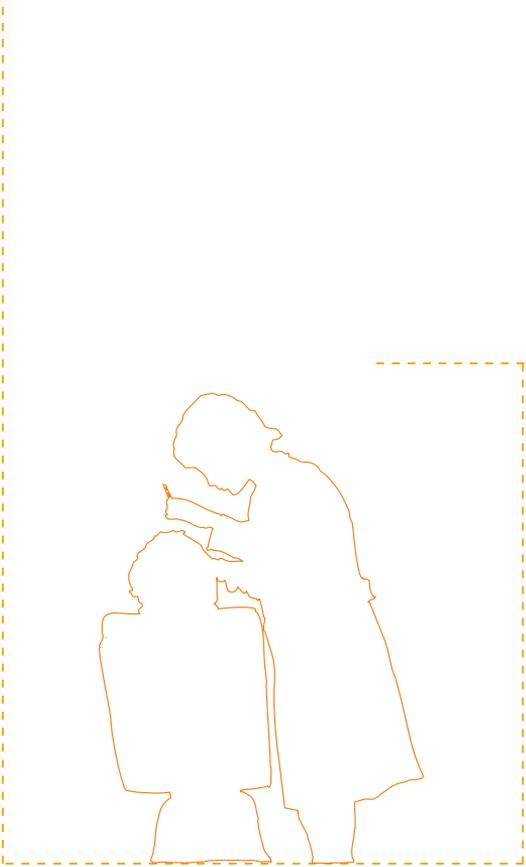
<http://www.oecd.org/dataoecd>







Anexo I
Aspectos metodológicos de la
estimación del gasto de bolsillo



Anexo 1

1. Sobre el método de imputación

Los estimativos del gasto directo o de bolsillo para el período 1993-2003 tienen como base la información de los módulos de salud de las siguientes encuestas: Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN), de 1993 del DNP- Misión Social; Encuesta de calidad de vida (ECV) del DANE, de 1997; Encuesta de hogares (EH-Etapa 107), de 2000; y Encuesta de calidad de vida (ECV) del DANE de 2003⁵⁷.

En consecuencia, se requería de una metodología que resultase apropiada para la estimación del gasto de bolsillo en los demás años del periodo: 1994, 1995, 1996, 1998, 1999, 2001 y 2002. Dado que en relación con series de tiempo no se conocen metodologías apropiadas para la imputación de datos faltantes, se procedió entonces a revisar aplicaciones del área estadística en relación con series de tiempo o series económicas relacionadas con otros campos de análisis. Como resultado de dicha revisión se identificó un método que podría ser apropiado para el problema de imputación considerado⁵⁸.

Dicho método denominado Kriging, derivado del método Kriging Universal⁵⁹, corresponde a un método de interpolación

⁵⁷ El procesamiento de la información y la obtención de los estimativos se hizo con el apoyo de recursos disponibles, información original de las encuestas y paquetes estadísticos del DNP y del PARS-MPS.

⁵⁸ El trabajo de revisión, aplicación y desarrollo de este método de imputación constituye un aporte importante de Carlos Eduardo Melo, consultor del Programa de Apoyo a la Reforma de Salud del Ministerio de la Protección Social.

exacta⁶⁰, que suele utilizarse cuando no se cumple con el supuesto de estacionariedad (es decir, media no constante), pero sí con el supuesto de que las diferencias de la variable son estacionarias (hipótesis intrínseca). Kriging permite modelar la tendencia de las relaciones entre las diferentes observaciones y la restricción de insesgamiento, las cuales son expresadas por medio de una matriz de semivarianzas.

Para nuestro ejercicio se determinó el modelo de semivarianza que mejor describiera las relaciones entre los puntos muestreados, para lo cual se trabajó un modelo monómico sin intercepto. La prueba del mismo consiste en confirmar que la desviación estándar sea igual a cero en las imputaciones obtenidas para los años en que se cuenta con datos estimados a partir de las encuestas.

La ventaja del método es que permite obtener un determinado número de datos estimados a partir de una cantidad reducida de datos observados, es decir de manera endógena. En nuestro caso permitió estimar el gasto de bolsillo de siete años a partir del gasto observado de cuatro años (obtenidos de las encuestas) para el periodo 1993-2003. Podría decirse que cualquier método alternativo de estimación enfrentaría las mismas condiciones de incertidumbre de los pronósticos derivados de un reducido número de datos observados, pero en este caso el ejercicio de estimación es consistente con las medidas estadísticas obtenidas y con ello el método aplicado puede considerarse apropiado, con las limitaciones de información existentes.

59 Aplicado en campos como el de la geoestadística en el cual se trabaja también con datos auto correlacionados de variables regionalizadas, es decir, variables que tienen algún grado de relación en el espacio, generalmente un espacio euclidiano R^2 . En dicha área se trabaja con el supuesto de estacionariedad (es decir, media y varianzas constantes) al igual que en las series de tiempo.

60 Los métodos de interpolación exacta son aquellos que generan pronósticos iguales a los valores observados, es decir, libres de error para aquellos puntos que fueron observados.

2. Problemas de las estimaciones con base en las encuestas

Las mediciones del gasto de bolsillo con base en las encuestas se realizan a partir de la identificación de las preguntas en las que se indaga por la forma en que se realizó el pago de la atención en salud recibida, según la manera en que ésta se describa y el periodo de referencia establecido, tomando en cuenta solamente la opción de “con recursos propios” en cada uno de los quintiles de ingreso de la población de la muestra. Posteriormente, se aplica un factor de expansión que resulta de la misma encuesta, el cual representa simplemente el inverso de la probabilidad de que un individuo sea encuestado o seleccionado de una muestra. De esa manera se obtiene el gasto realizado con recursos propios por grupos de la población total y por quintiles de ingreso.

Los estimativos obtenidos de las encuestas plantean problemas de comparabilidad entre sí, debido a que entre una encuesta y otra cambian los periodos de referencia y el nivel de especificidad de las preguntas y se introducen sesgos por la forma en que se plantean las preguntas, que pueden conducir a sobrestimaciones o subestimaciones del gasto, que en algunos casos pueden ser de magnitudes importantes.

Así, por ejemplo, en cuanto al periodo de referencia para los gastos realizados con recursos propios, en la encuesta de 1993 se preguntaba por los pagos relacionados con la última consulta, mientras que en la de 1997 se preguntaba por los pagos incurridos en los últimos treinta días. En la encuesta de 2000, a su vez, se preguntaba por los pagos efectuados por la atención en salud recibida (consulta médica, exámenes y medicamentos) en los últimos quince días y que no implicó hospitalización; mientras que en la encuesta de 2003 se preguntaba en general por los gastos realizados en la atención en salud recibida en los últimos treinta días⁶¹.

⁶¹ De manera similar a la encuesta de 1997, que también fue una Encuesta de calidad de vida, la pregunta indagaba sobre qué hizo la persona para tratar un problema de salud, dando ocho opciones, entre las que se consideraron las dos siguientes: acudió a un médico general, especialista u homeópata y acudió a un promotor de salud o enfermero(a).

En cuanto a hospitalización, en la encuesta de 1993 se preguntaba por los gastos relacionados con la última internación entre el 1 de julio de 1992 y la fecha de la encuesta⁶², en tanto que en la encuesta de 1997 se preguntaba por los gastos relacionados con la causa de más grave de hospitalización en los últimos doce meses. En las encuestas de 2000 y 2003 la pregunta se relacionaba con los costos de hospitalización del último año.

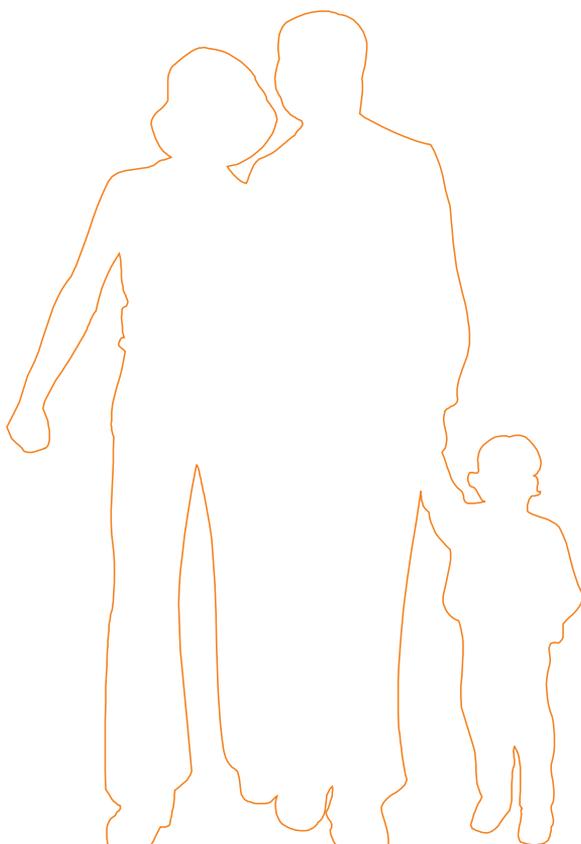
De otro lado, de las cuatro encuestas mencionadas, tal vez la que ha tenido mayor nivel de especificidad en las preguntas es la de 1997. Con base en dicha encuesta fue posible estimar, con un buen nivel de detalle, el gasto en consulta médica, hospitalización, tratamiento odontológico, vacunaciones, medicamentos (por atención ambulatoria y hospitalaria) y exámenes de laboratorio. Igualmente, en dicha encuesta se incluyeron preguntas con las cuales se indagaba por el gasto directo realizado por otros conceptos tales como: transporte, terapias médicas, terapias alternativas, lentes, audífonos y aparatos ortopédicos, los cuales se incluyeron bajo una denominación de otros y con base en lo cual se pudo establecer que el gasto por tales conceptos representaba aproximadamente el 35% del gasto total de bolsillo, información que no es posible determinar en las demás encuestas.

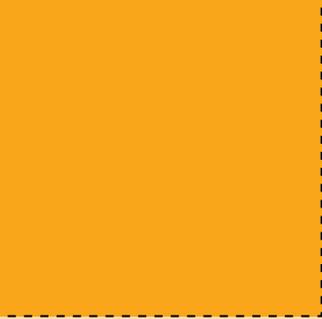
Aunque no con el mismo nivel de detalle, la encuesta de 1993 permitió también una estimación del gasto de bolsillo por los conceptos de consulta médica y odontológica, hospitalización, medicamentos (formulados y no formulados) y exámenes de laboratorio. De las encuestas de 2000 y 2003, en cambio, no se pudo establecer de manera detallada, cuánto del gasto informado corresponde a consultas, medicamentos y exámenes de laboratorio.

Las observaciones anteriores sobre las mediciones del gasto de bolsillo a partir de las encuestas realizadas, sumadas a las limitaciones del método de estimación o de imputación del mismo

62 El trabajo de recolección de campo se realizó entre el 10 de mayo y el 31 de agosto de 2003.

gasto para los años en que no se realizó encuesta, ponen de presente las dificultades que existen para conocer mejor el comportamiento de dicho componente del gasto y determinar el verdadero impacto de la reforma desde este ángulo de análisis. Por ello, es necesario insistir sobre la necesidad de mejorar el instrumento de las encuestas, de modo que éstas respondan a unos mejores criterios de sistematicidad, coherencia y representatividad de aspectos sustanciales de información, no sólo en función de los intereses o preocupaciones coyunturales o de corto plazo, sino también en la perspectiva de su utilidad a largo plazo.







Anexo 2
Cuadros de resultados

Cuadro A-1

Colombia: gasto total en salud según componentes y agentes

1993-2003

(Millones de pesos corrientes)

Componentes / Agentes de gasto	1993	1994	1995	1996	1997
I. GASTO PÚBLICO EN SALUD	715.910,6	1.393.894,6	2.042.590,0	3.204.954,4	4.096.773,1
Gasto público directo	715.910,6	1.393.894,6	1.842.281,2	2.822.124,7	3.348.785,4
Ministerio de Salud - Direcciones	85.425,7	188.888,4	165.195,7	160.685,2	160.239,7
Entidades adscritas al Ministerio de Salud 1/	52.904,7	227.794,4	328.703,6	470.854,8	591.015,5
Entidades territoriales (DSLS y hospitales púb.) 2/	558.697,3	945.362,0	1.336.520,6	2.179.102,2	2.590.018,1
Otras dependencias y programas oficiales 3/	5.717,2	6.303,8	9.932,3	9.584,1	4.795,2
Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA 4/	13.165,7	25.546,0	1.929,0	1.898,4	2.716,9
Gasto público seguridad social en salud			200.308,8	382.829,7	747.987,7
Entidades promotoras de salud EPS- ARS			163,5	55.174,2	332.854,5
Empresas solidarias de salud ESS- ARS			95.691,4	199.761,5	299.195,1
Cajas Compensación Familiar CCF- ARS 5/			104.453,9	127.894,0	115.938,1
II. GASTO SEG. SOCIAL EN SALUD RC	840.816,0	1.050.540,1	1.592.924,7	2.530.241,9	3.462.695,2
Entid. promotoras de salud EPS - privadas			65.498,4	323.732,7	604.757,3
Entid. promotoras de salud EPS - públicas			12,2	115.523,7	424.806,7
Instituto de Seguros Sociales EPS - ISS	627.858,0	796.626,2	1.161.436,0	1.715.051,9	1.960.543,8
Regímenes especiales 6/	94.574,0	121.511,3	179.163,3	326.029,4	415.377,0
Entidades adaptadas- EAS 7/				49.904,2	57.210,4
Entidades de previsión social 8/	118.384,0	132.402,6	186.814,8		0,0
III. GASTO PRIVADO TOTAL	1.709.709,1	2.153.168,6	2.563.807,4	3.115.054,9	4.091.351,4
Gasto en seguros privados	240.254,0	289.635,4	392.057,8	455.552,2	576.687,5
Medicina prepagada	125.493,9	194.370,8	281.379,6	324.565,4	406.942,3
Seguros de salud 9/	82.802,7	69.361,2	86.137,7	97.021,5	124.393,7
Seguro oblig. accidentes de tránsito (SOAT)	31.957,4	25.903,4	24.540,5	33.965,3	45.351,5
Gasto directo (o de bolsillo)	1.425.955,1	1.822.335,1	2.171.749,6	2.659.502,7	3.514.663,9
Otros 10/	43.500,0	41.198,1			
GASTO TOTAL EN SALUD (I+II+III)	3.266.435,7	4.597.603,3	6.199.322,1	8.850.251,2	11.650.819,7
Variables de referencia:					
PIB (en millones de pesos corrientes)	52.271.688,0	67.532.862,0	84.439.109,0	100.711.389,0	121.707.501,0
PIB (en millones de pesos constantes año 2000)	151.055.172,6	158.830.505,3	167.093.563,2	170.528.764,1	176.378.401,6
Deflactor precios implícitos PIB (2000=100)	34,6	42,5	50,5	59,1	69,0
IPC series de empalme (diciembre 2000 = 100)	34,4	42,2	50,4	61,3	72,1
TRM (promedios anuales)	786,4	826,5	912,9	1.036,6	1.141,1
ITCR - FMI (2000=100, promedios anuales)	109,6	97,2	95,6	89,7	80,4
Total población	37.127.293	37.849.150	38.541.630	39.295.797	40.064.092

1 Comprende: Superintendencia Nacional de Salud, Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, Instituto Nacional de Salud, Instituto Nacional de Cancerología, Sanatorios de Contratación y Agua de Dios, Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA (desde 1994), Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF, Fondo Nacional de Estupefacientes y Empresa Territorial para la Salud -ETESA (desde 2001).

2 Corresponde al gasto efectuado por las sedes administrativas de las Direcciones seccionales y locales de salud (incluyendo transferencias netas, inversión y servicio de la deuda) y los hospitales públicos en sus diferentes niveles, e incluye solamente lo correspondiente a gastos imputados a subsidios a la oferta, atención a vinculados y PAB.

3 Corresponde a gastos en salud efectuados por agentes (dependencias o programas) que no son del sector salud. Por ejemplo, para 2002 incluye el Ministerio de Relaciones Exteriores y otros (transferencias para seguridad social del personal de planta externa), el Instituto Nacional Penitenciario -INPEC (atención en salud de la población reclusa), el Instituto Colombiano de Ciencia y Tecnología -Colciencias (investigación en salud) y Banco de la República (Servicio Médico).

(Continúa)

(Continuación Cuadro A-1)

Componentes / Agentes de gasto	1998	1999	2000	2001	2002	2003
I. GASTO PÚBLICO EN SALUD	4.667.714,0	5.179.656,1	5.563.643,2	5.623.452,0	6.518.862,1	6.929.616,7
Gasto público directo	3.548.548,7	3.968.976,3	4.309.347,5	3.925.437,7	4.572.735,8	4.999.091,0
Ministerio de Salud - Direcciones	129.825,9	246.785,4	248.396,1	194.527,2	275.358,0	309.686,6
Entidades adscritas al Ministerio de Salud 1/	703.249,3	758.848,4	817.425,8	851.956,9	1.231.164,9	1.059.780,6
Entidades territoriales (DSLS y hospitales púb.) 2/	2.709.600,2	2.951.209,9	3.229.657,1	2.863.498,8	3.034.224,1	3.582.827,2
Otras dependencias y programas oficiales 3/	2.970,7	6.182,9	8.913,2	9.949,7	18.747,5	27.095,8
Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA 4/	2.902,6	5.949,7	4.955,3	5.505,1	13.241,3	19.700,8
Gasto público seguridad social en salud	1.119.165,3	1.210.679,8	1.254.295,7	1.698.014,3	1.946.126,3	1.930.525,7
Entidades promotoras de salud EPS- ARS	474.277,9	491.074,4	477.709,0	752.882,8	743.417,3	786.718,3
Empresas solidarias de salud ESS- ARS	428.064,1	480.620,7	503.775,6	647.901,0	861.645,9	849.699,8
Cajas Compensación Familiar CCF- ARS 5/	216.823,3	238.984,7	272.811,1	297.230,5	341.063,1	294.107,6
II. GASTO SEG. SOCIAL EN SALUD RC	4.739.674,8	5.615.943,6	5.269.410,2	6.016.627,1	6.149.210,0	7.785.394,4
Entid. promotoras de salud EPS - privadas	888.411,4	1.335.524,0	2.068.634,4	2.630.397,5	3.041.017,4	3.802.679,8
Entid. promotoras de salud EPS - públicas	622.108,8	742.707,5	482.318,4	409.123,7	242.735,4	141.446,7
Instituto de Seguros Sociales EPS - ISS	2.449.058,7	2.602.700,7	1.812.251,7	1.933.826,5	1.806.357,6	2.713.532,0
Regímenes especiales 6/	569.492,4	708.659,5	721.082,1	854.722,1	878.023,8	957.144,5
Entidades adaptadas - EAS 7/	210.603,5	226.351,9	185.123,5	188.557,3	181.075,8	170.591,4
Entidades de previsión social 8/	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
III. GASTO PRIVADO TOTAL	3.684.887,6	3.353.584,7	2.549.829,9	2.867.133,1	2.745.785,6	2.787.221,0
Gasto en seguros privados	724.297,7	926.875,6	1.044.508,8	1.172.727,4	1.211.856,0	1.472.456,6
Medicina prepagada	485.995,3	603.089,9	702.557,0	789.465,2	884.803,2	981.870,8
Seguros de salud 9/	170.199,4	242.624,5	262.340,4	291.802,6	218.533,1	356.488,8
Seguro oblig. accidentes de tránsito (SOAT)	68.103,0	81.161,2	79.611,4	91.459,5	108.519,7	134.097,0
Gasto directo (o de bolsillo)	2.960.589,9	2.426.709,1	1.505.321,1	1.694.405,8	1.533.929,6	1.314.764,4
Otros 10/						
GASTO TOTAL EN SALUD (I+II+III)	13.092.276,4	14.149.184,3	13.382.883,2	14.507.212,3	15.413.857,7	17.502.232,1
Variables de referencia:						
PIB (en millones de pesos corrientes)	140.483.322,0	151.565.005,0	174.896.258,0	188.558.786,0	203.451.414,0	224.753.171,4
PIB (en millones de pesos constantes año 2000)	177.383.377,6	169.926.153,4	174.896.258,0	177.469.887,5	180.901.577,1	187.959.650,5
Deflactor precios implícitos PIB (2000=100)	79,2	89,2	100,0	106,2	112,5	119,6
IPC series de empalme (diciembre 2000 = 100)	84,2	92,0	100,0	107,6	115,2	122,6
TRM (promedios anuales)	1.426,4	1.756,7	2.087,9	2.299,9	2.504,7	2.877,6
ITCR - FMI (2000=100, promedios anuales)	84,4	93,7	100,0	100,4	107,1	122,8
Total población	40.826.815	41.589.018	42.321.386	43.070.703	43.834.115	44.583.575

4 Comprende solamente los pagos por concepto de comisión fiduciaria, auditoría, portes y comisiones bancarias, etc. Para 1993 y 1994 corresponde a los recursos del FONSAT.

5 Incluye convenios interinstitucionales y Uniones Temporales.

6 Comprende las Fuerzas Militares y Policía Nacional (Direcciones de Sanidad), el Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio y la Empresa Colombiana de Petróleos - Ecopetrol (Gerencia de Salud).

7 Para los años 1996 y 1997 comprende la Caja de Previsión Social de la Superintendencia Bancaria y los Fondos de Previsión Social de los Ferrocarriles Nacionales y del Congreso de la República. Desde 1998 incluye estimativos para otras 10 entidades (de un total de 24 entidades para 2002, algunas de ellas en proceso de liquidación).

8 Comprende básicamente las cajas y fondos de previsión del nivel nacional del anterior sistema: Cajanal, Caprecom, Capresub, Corporanónimas, Congreso de la República y Fonprenor, entre otras.

9 Se refiere a seguros de salud y de accidentes personales.

10 Corresponde a las Cajas de compensación familiar, antes de constituirse en ARS.

Fuentes: Departamento Nacional de Planeación (DNP) / Subdirección de Salud (SS) y Ministerio de la Protección Social (MPS/ PARS) Proyecto Cuentas de Salud, estimativos y cifras anuales de las matrices y cuadros de soporte del Departamento Nacional de Estadística (DANE).

Cuadro A-2

Colombia: gasto total en salud según componentes y agentes 1993-2003

(Millones de pesos constantes de 2000)

Componentes / Agentes de gasto	1993	1994	1995	1996	1997
I. GASTO PÚBLICO TOTAL	2.080.838,1	3.304.708,0	4.053.540,6	5.228.803,9	5.679.417,8
Gasto público directo	2.080.838,1	3.304.708,0	3.656.025,8	4.604.226,7	4.642.471,2
Ministerio de Salud - Direcciones	248.295,0	447.825,1	327.832,5	262.153,9	222.142,7
Entidades adscritas al Ministerio de Salud 1/	153.770,8	540.065,2	652.315,6	768.188,0	819.333,6
Entid. territoriales DSLS y Hospitales 2/	1.623.888,0	2.241.306,7	2.652.338,7	3.555.151,4	3.590.580,8
Otras dependencias y programas oficiales 3/	16.617,4	14.945,3	19.710,8	15.636,2	6.647,7
Fondo de Solidaridad y Garantía -FOSYGA 4/	38.266,9	60.565,6	3.828,1	3.097,2	3.766,5
Gasto público seguridad social en salud	0,0	0,0	397.514,8	624.577,2	1.036.946,5
Entidades promotoras de salud EPS- ARS			324,5	90.015,3	461.441,2
Empresas solidarias de salud ESS- ARS			189.900,6	325.906,0	414.778,6
Cajas Compensac. Familiar CCF- ARS 5/			207.289,8	208.655,9	160.726,7
II. GASTO SEG. SOCIAL EN SALUD RC	2.443.883,3	2.490.667,7	3.161.175,3	4.128.027,1	4.800.386,1
Entid. promotoras de salud EPS - privadas	0,0	0,0	129.982,2	528.161,9	838.384,1
Entid. promotoras de salud EPS - públicas	0,0	0,0	24,2	188.474,1	588.915,9
Instituto de seguros Sociales EPS - ISS	1.824.907,8	1.888.677,2	2.304.881,5	2.798.064,8	2.717.931,2
Regímenes especiales 6/	274.885,1	288.084,5	355.551,4	531.908,9	575.843,3
Entidades adaptadas- EAS 7/				81.417,5	79.311,6
Entidades de previsión social 8/	344.090,3	313.906,0	370.735,9		
III. GASTO PRIVADO TOTAL	4.969.374,4	5.104.828,9	5.087.901,8	5.082.135,0	5.671.901,6
Gasto en seguros privados	698.313,0	686.680,6	778.042,7	743.222,2	799.470,5
Medicina prepagada	364.755,7	460.823,0	558.400,7	529.520,4	564.150,2
Seguros de salud 9/	240.671,1	164.444,6	170.941,1	158.288,2	172.448,8
Seguro oblig. accidentes de tránsito SOAT	92.886,1	61.412,9	48.700,9	55.413,5	62.871,5
Gasto directo (o de bolsillo)	4.144.626,0	4.320.474,0	4.309.859,1	4.338.912,9	4.872.431,1
Otros (CCF) 10/	126.435,4	97.674,3			
GASTO TOTAL EN SALUD (I+II+III)	9.494.095,7	10.900.204,5	12.302.617,6	14.438.966,1	16.151.705,4
Deflactor IPC	34,40	42,18	50,39	61,29	72,13
	2,9066	2,3708	1,9845	1,6315	1,3863

1 Comprende: Superintendencia Nacional de Salud, Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, Instituto Nacional de Salud, Instituto Nacional de Cancerología, Sanatorios de Contratación y Agua de Dios, Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA (desde 1994), Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF, Fondo Nacional de Estupefacientes y Empresa Territorial para la Salud - ETESA (desde 2001).

2 Corresponde al gasto efectuado por las sedes administrativas de las Direcciones seccionales y locales de salud (incluyendo transferencias netas, inversión y servicio de la deuda) y los hospitales públicos en sus diferentes niveles, e incluye solamente lo correspondiente a gastos imputados a subsidios a la oferta, atención a vinculados y PAB.

3 Corresponde a gastos en salud efectuados por agentes (dependencias o programas) que no son del sector salud. Por ejemplo, para 2002 incluye el Ministerio de Relaciones Exteriores y otros (transferencias para seguridad social del personal de planta externa), el Instituto Nacional Penitenciario - INPEC (atención en salud de la población reclusa), el Instituto Colombiano de Ciencia y Tecnología - Colciencias (investigación en salud) y Banco de la República (Servicio Médico).

4 Comprende solamente los pagos por concepto de comisión fiduciaria, auditoría, portes y comisiones bancarias, etc. Para 1993 y 1994 corresponde a los recursos del FONSAI.

(Continúa)

(Continuación Cuadro A-2)

Componentes / Agentes de gasto	1998	1999	2000	2001	2002	2003
I. GASTO PÚBLICO TOTAL	5.544.777,5	5.632.988,6	5.563.643,2	5.224.132,8	5.660.226,8	5.649.911,7
Gasto público directo	4.215.321,0	4.316.348,0	4.309.347,5	3.646.693,9	3.970.435,5	4.075.899,7
Ministerio de Salud - Direcciones	154.220,2	268.384,5	248.396,1	180.713,9	239.089,1	252.496,2
Entidades adscritas al Ministerio de Salud 1/	835.389,8	825.264,1	817.425,8	791.459,8	1.069.001,3	864.069,0
Entid. territoriales DSLS y Hospitales 2/	3.218.734,1	3.209.504,9	3.229.657,1	2.660.162,8	2.634.569,7	2.921.179,9
Otras dependencias y programas oficiales 3/	3.528,9	6.724,0	8.913,2	9.243,2	16.278,2	22.092,0
Fondo de Solidaridad y Garantía -FOSYGA 4/	3.448,0	6.470,4	4.955,3	5.114,2	11.497,2	16.062,7
Gasto público Seguridad Social en Salud	1.329.456,5	1.316.640,6	1.254.295,7	1.577.439,0	1.689.791,3	1.574.012,0
Entidades promotoras de salud EPS- ARS	563.394,7	534.054,1	477.709,0	699.420,9	645.497,7	641.433,6
Empresas solidarias de salud ESS- ARS	508.497,3	522.685,5	503.775,6	601.893,8	748.153,8	692.784,2
Cajas Compensac. Familiar CCF- ARS 5/	257.564,4	259.901,1	272.811,1	276.124,3	296.139,8	239.794,2
II. GASTO SEG. SOCIAL EN SALUD RC	5.630.259,7	6.107.460,8	5.269.410,2	5.589.388,7	5.339.263,6	6.347.651,4
Entid. promotoras de salud EPS - privadas	1.055.343,9	1.452.411,4	2.068.634,4	2.443.614,0	2.640.468,2	3.100.432,0
Entid. promotoras de salud EPS - públicas	739.003,0	807.710,6	482.318,4	380.072,0	210.763,4	115.325,5
Instituto de Seguros Sociales EPS - ISS	2.909.236,8	2.830.493,6	1.812.251,7	1.796.506,2	1.568.432,3	2.212.419,1
Regímenes especiales 6/	676.500,0	770.682,6	721.082,1	794.028,6	762.374,4	780.386,9
Entidades adaptadas- EAS 7/	250.175,9	246.162,6	185.123,5	175.167,9	157.225,3	139.087,9
Entidades de previsión social 8/						
III. GASTO Privado TOTAL	4.377.277,9	3.647.096,3	2.549.829,9	2.663.539,1	2.384.123,0	2.272.499,8
Gasto en seguros privados	860.393,2	1.007.997,4	1.044.508,8	1.089.452,5	1.052.235,8	1.200.535,3
Medicina prepagada	577.313,8	655.873,4	702.557,0	733.405,6	768.260,9	800.547,0
Seguros de salud 9/	202.179,9	263.859,4	262.340,4	271.081,8	189.748,9	290.655,3
Seguro oblig. accidentes de tránsito SOAT	80.899,6	88.264,6	79.611,4	84.965,0	94.226,0	109.333,1
Gasto directo (o de bolsillo)	3.516.884,7	2.639.098,9	1.505.321,1	1.574.086,7	1.331.887,2	1.071.964,4
Otros (CCF) 10/						
GASTO TOTAL EN SALUD (I+II+III)	15.552.315,1	15.387.545,6	13.382.883,2	13.477.060,6	13.383.613,4	14.270.062,9
Deflactor IPC	84,18	91,95	100,00	107,64	115,17	122,65
	1,1879	1,0875	1,0000	0,9290	0,8683	0,8153

5 Incluye convenios interinstitucionales y Uniones temporales.

6 Comprende las Fuerzas Militares y Policía Nacional (Direcciones de Sanidad), el Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio y la Empresa Colombiana de Petróleos - Ecopetrol (Gerencia de Salud).

7 Para los años 1996 y 1997 comprende la Caja de Previsión Social de la Superintendencia Bancaria y los Fondos de Previsión Social de los Ferrocarriles Nacionales y del Congreso de la República. Desde 1998 incluye estimativos para otras 10 entidades (de un total de 24 entidades para 2002, algunas de ellas en proceso de liquidación).

8 Comprende básicamente las cajas y fondos de previsión del nivel nacional del anterior sistema: Cajanal, Caprecom, Capresub, Corporanónimas, Congreso de la República y Fonprenor, entre otras.

9 Se refiere a seguros de salud y de accidentes personales.

10 Corresponde a las Cajas de compensación familiar, antes de constituirse en Ars.

Fuentes: Departamento Nacional de Planeación /SS y Ministerio de la Protección Social / PARS, Proyecto cuentas de salud.

Cuadro A-3

Colombia: gasto total en salud sin gasto directo o de bolsillo 1993-2003

(Millones de pesos constantes de 2000)

Componentes / Agentes de gasto	1993	1994	1995	1996	1997
I. GASTO PÚBLICO TOTAL (GPbT)	2.080.838,1	3.304.708,0	4.053.540,6	5.228.803,9	5.679.417,8
Gasto público directo (GPbD)	2.080.838,1	3.304.708,0	3.656.025,8	4.604.226,7	4.642.471,2
Gasto público seguridad social en salud (GPbSSS)	0,0	0,0	397.514,8	624.577,2	1.036.946,5
II. GASTO SEG. SOCIAL EN SALUD RC (GSSS)	2.443.883,3	2.490.667,7	3.161.175,3	4.128.027,1	4.800.386,1
III. GASTO EN SEGUROS PRIVADOS (GSPr) 1/	698.313,0	686.680,6	778.042,7	743.222,2	799.470,5
IV. OTROS (CCF)	126.435,4	97.674,3			
GASTO TOTAL EN SALUD SIN GASTO DIRECTO (GTSsgd)	5.349.469,7	6.579.730,5	7.992.758,6	10.100.053,2	11.279.274,3
Porcentajes :					
(GPbT / GTSsgd) %	38,9	50,2	50,7	51,8	50,4
(GPbD / GTSsgd) %	38,9	50,2	45,7	45,6	41,2
(GPbSSS / GTSsgd) %	0,0	0,0	5,0	6,2	9,2
(GSSS / GTSsgd) %	45,7	37,9	39,6	40,9	42,6
(GSPr / GTSsgd) %	13,1	10,4	9,7	7,4	7,1
(Otros (CCF) / GTSsgd) %	2,4	1,5			
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(Continúa)

(Continuación Cuadro A-3)

Componentes / Agentes de gasto	1998	1999	2000	2001	2002	2003
I. GASTO PÚBLICO TOTAL (GPbT)	5.544.777,5	5.632.988,6	5.563.643,2	5.224.132,8	5.660.226,8	5.649.911,7
Gasto público directo (GPbD)	4.215.321,0	4.316.348,0	4.309.347,5	3.646.693,9	3.970.435,5	4.075.899,7
Gasto público seguridad social en salud (GPbSSS)	1.329.456,5	1.316.640,6	1.254.295,7	1.577.439,0	1.689.791,3	1.574.012,0
II. GASTO SEG. SOCIAL EN SALUD RC (GSSS)	5.630.259,7	6.107.460,8	5.269.410,2	5.589.388,7	5.339.263,6	6.347.651,4
III. GASTO EN SEGUROS PRIVADOS (GSPr) 1/	860.393,2	1.007.997,4	1.044.508,8	1.089.452,5	1.052.235,8	1.200.535,3
IV. OTROS (CCF)						
GASTO TOTAL EN SALUD SIN GASTO DIRECTO (GTSsgd)	12.035.430,4	12.748.446,7	11.877.562,1	11.902.974,0	12.051.726,2	13.198.098,4
Porcentajes :						
(GPbT / GTSsgd) %	46,1	44,2	46,8	43,9	47,0	42,8
(GPbD / GTSsgd) %	35,0	33,9	36,3	30,6	32,9	30,9
(GPbSSS / GTSsgd) %	11,0	10,3	10,6	13,3	14,0	11,9
(GSSS / GTSsgd) %	46,8	47,9	44,4	47,0	44,3	48,1
(GSPr / GTSsgd) %	7,1	7,9	8,8	9,2	8,7	9,1
(Otros (CCF) / GTSsgd) %						
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

1 Comprende el gasto en seguros privados (accidentes personales y de salud), en medicina prepagada y el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT).

Fuentes: Departamento Nacional de Planeación /SS y Ministerio de la Protección Social / PARS, Proyecto cuentas de salud de Colombia.

Cuadro A-4
Colombia: financiamiento del gasto total en salud
1993-2003

(Millones de pesos corrientes)

Categorías	1993	1994	1995	1996	1997
FAMILIAS	1.794.365,7	2.527.446,0	3.243.959,6	4.536.630,7	5.426.159,3
Seguros voluntarios y planes prepagados	118.416,5	168.913,7	229.173,6	280.181,8	376.453,5
Seguros obligatorios (SOAT)		22.304,0	25.729,0	33.580,0	42.749,0
Aportes de seguridad social	249.994,1	513.893,2	816.521,3	1.548.400,6	1.311.325,1
Copagos, cuotas y otros			786,1	14.965,6	180.967,8
Gasto directo o de bolsillo	1.425.955,1	1.822.335,1	2.171.749,6	2.659.502,7	3.514.663,9
Otros /1					
EMPRESAS	739.958,3	580.112,5	696.735,4	1.195.506,6	2.205.387,5
Seguros y planes prepagados	122.186,5	133.694,3	167.680,6	200.187,3	278.700,8
Seguros obligatorios (SOAT)		12.820,0	14.917,0	19.469,0	25.107,0
Aportes patronales seguridad social	496.594,0	269.161,4	278.397,2	631.044,4	1.462.876,7
Aportes nómina (ICBF)	121.177,8	164.436,8	235.740,6	344.805,9	438.703,0
RECURSOS DE LOS AGENTES	28.023,1	133.735,2	613.276,2	1.018.399,6	1.397.228,3
PRESUPUESTO GENERAL DE LA NACIÓN (PGN)	388.455,0	993.283,6	1.362.505,3	1.599.021,5	1.936.687,7
Obligación patronal	120.941,7	169.720,8	251.748,2	353.924,6	237.180,3
Partidas ordinarias entidades salud	18.732,4	215.072,8	343.210,4	338.380,4	444.695,0
Transferencias de la Nación	243.064,4	478.431,0	492.454,7	732.297,7	1.047.461,5
Otras partidas	5.716,5	130.059,0	275.092,0	174.418,8	207.350,9
RECURSOS ENTES TERRITORIALES	315.633,6	363.026,0	282.845,6	500.692,8	685.356,9
Departamentales (rentas cedidas)	261.089,2	348.205,5	282.845,6	368.530,7	438.315,8
Municipales	54.544,4	14.820,5		132.162,1	247.041,1
TOTAL	3.266.435,7	4.597.603,3	6.199.322,1	8.850.251,2	11.650.819,7

(Continúa)

(Continuación cuadro A-4)

Categorías	1998	1999	2000	2001	2002	2003
FAMILIAS	5.222.597,4	5.140.662,5	4.295.473,6	4.870.289,6	4.811.187,0	5.014.275,8
Seguros voluntarios y planes prepagados	448.112,2	546.638,7	558.870,1	627.518,2	624.899,2	918.825,2
Seguros obligatorios (SOAT)	49.375,0	56.001,0	53.339,6	61.277,8	72.708,2	77.588,8
Aportes de seguridad social	1.444.369,5	1.796.875,6	1.875.143,6	2.205.868,9	2.126.665,5	2.358.982,4
Copagos, cuotas y otros	320.150,8	314.438,1	160.320,3	225.181,7	277.740,1	156.566,7
Gasto directo o de bolsillo	2.960.589,9	2.426.709,1	1.505.321,1	1.694.405,8	1.533.929,6	1.314.764,4
Otros /1			142.478,9	56.037,2	175.244,5	187.548,4
EMPRESAS	2.535.664,4	3.156.262,7	3.490.766,9	3.851.596,7	4.020.679,5	4.008.572,4
Seguros y planes prepagados	380.952,6	440.867,0	397.451,0	445.114,4	472.240,6	252.556,6
Seguros obligatorios (SOAT)	22.314,0	25.160,0	26.271,7	30.181,6	35.811,5	56.508,2
Aportes patronales seguridad social	1.622.163,7	2.145.565,3	2.404.118,4	2.700.080,7	2.749.318,1	2.881.592,7
Aportes nómina (ICBF)	510.234,1	544.670,4	662.925,7	676.220,1	763.309,3	817.914,9
RECURSOS DE LOS AGENTES	2.065.201,9	2.212.655,5	1.781.480,9	1.055.275,1	1.803.970,0	3.474.924,4
PRESUPUESTO GENERAL DE LA NACIÓN (PGN)	2.643.649,4	2.960.612,9	2.946.300,2	4.050.816,4	3.786.416,8	3.959.696,9
Obligación patronal	328.665,3	396.708,5	415.412,1	466.725,5	489.466,1	502.416,8
Partidas ordinarias entidades salud	667.781,9	576.481,8	603.870,6	1.053.561,2	898.929,6	939.189,3
Transferencias de la Nación	1.257.540,2	1.547.056,1	1.528.924,2	2.494.929,1	2.084.284,3	2.392.742,9
Otras partidas	389.662,0	440.366,5	398.093,3	35.600,6	313.736,8	125.347,8
RECURSOS ENTES TERRITORIALES	625.163,3	678.990,8	868.861,7	679.234,5	991.604,4	1.044.762,6
Departamentales (rentas cedidas)	361.704,2	345.511,0	413.643,5	570.341,7	719.989,4	704.054,0
Municipales	263.459,1	333.479,8	455.218,2	108.892,8	271.614,9	340.708,7
TOTAL	13.092.276,4	14.149.184,4	13.382.883,3	14.507.212,3	15.413.857,7	17.502.232,1

1 Comprende gastos como inscripciones, exámenes, compras de valeras (en medicina prepagada y las EPS) y otros servicios.

Fuentes: Departamento Nacional de Planeación DDS/SS y Ministerio de la Protección Social PARS, Proyecto cuentas de salud de Colombia.

Cuadro A-5
Colombia: financiamiento del gasto total en salud
1993-2003

(Millones de pesos constantes de 2000)

Categorías	1993	1994	1995	1996	1997	1998
FAMILIAS	5.215.434,0	5.992.182,5	6.437.670,8	7.401.400,9	7.522.365,7	6.203.923,5
Seguros voluntarios y planes prepagados	344.184,8	400.468,2	454.797,3	457.109,7	521.883,1	532.312,5
Seguros obligatorios (SOAT)	0,0	52.879,3	51.059,5	54.784,9	59.263,6	58.652,6
Aportes de seguridad social	726.623,2	1.218.361,1	1.620.394,8	2.526.177,3	1.817.909,6	1.715.766,5
Copagos, cuotas y otros	0,0	0,0	1.560,0	24.416,0	250.878,4	380.307,1
Gasto directo o de bolsillo	4.144.626,0	4.320.473,9	4.309.859,2	4.338.912,9	4.872.431,1	3.516.884,7
Otros	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
EMPRESAS	2.150.734,2	1.375.356,8	1.382.678,5	1.950.439,5	3.057.361,6	3.012.115,7
Seguros y planes prepagados	355.142,6	316.968,5	332.763,9	326.600,6	386.367,1	452.533,6
Seguros obligatorios (SOAT)	0,0	30.394,2	29.602,9	31.763,2	34.806,2	26.506,8
Aportes patronales seguridad social	1.443.380,9	638.139,9	552.482,1	1.029.533,3	2.028.007,8	1.926.968,3
Aportes nómina (ICBF)	352.210,7	389.854,2	467.829,6	562.542,3	608.180,5	606.107,1
RECURSOS DE LOS AGENTES	81.450,9	317.065,4	1.217.052,9	1.661.493,8	1.936.998,5	2.453.253,3
PRESUPUESTO GENERAL DE LA NACIÓN (PGN)	1.129.068,3	2.354.921,4	2.703.905,6	2.608.764,1	2.684.859,1	3.140.391,1
Obligación patronal	351.524,5	402.381,7	499.596,9	577.419,2	328.806,6	390.421,5
Partidas ordinarias entidades salud	54.446,9	509.904,3	681.104,5	552.059,3	616.487,3	793.258,1
Transferencias de la nación	706.481,6	1.134.285,7	977.281,4	1.194.725,6	1.452.111,5	1.493.832,0
Otras partidas	16.615,4	308.349,7	545.922,9	284.560,0	287.453,7	462.879,5
RECURSOS ENTES TERRITORIALES	917.408,4	860.678,4	561.310,0	816.867,9	950.120,5	742.631,5
Departamentales (rentas cedidas)	758.871,8	825.541,2	561.310,0	601.248,7	607.643,7	429.668,4
Municipales	158.536,6	35.137,1	0,0	215.619,2	342.476,8	312.963,1
TOTAL	9.494.095,8	10.900.204,5	12.302.617,7	14.438.966,2	16.151.705,4	15.552.315,1
Deflactor IPC	34,40	42,18	50,39	61,29	72,13	84,18
	2,9066	2,3708	1,9845	1,6315	1,3863	1,1879

(Continúa)

(Continuación Cuadro A-5)

Categorías	1999	2000	2001	2002	2003
FAMILIAS	5.590.582,2	4.295.473,6	4.524.452,2	4.177.479,0	4.088.280,3
Seguros voluntarios y planes prepagados	594.481,5	558.870,1	582.958,3	542.590,3	749.144,0
Seguros obligatorios (SOAT)	60.902,3	53.339,6	56.926,5	63.131,4	63.260,3
Aportes de seguridad social	1.954.141,3	1.875.143,6	2.049.230,9	1.846.550,6	1.923.344,8
Copagos, cuotas y otros	341.958,3	160.320,3	209.191,6	241.157,4	127.653,2
Gasto directo o de bolsillo	2.639.098,9	1.505.321,1	1.574.086,7	1.331.887,3	1.071.964,4
Otros	0,0	142.478,9	52.058,1	152.162,0	152.913,5
EMPRESAS	3.432.504,3	3.490.766,9	3.578.096,3	3.491.093,6	3.268.302,0
Seguros y planes prepagados	479.452,4	397.451,0	413.507,0	410.039,2	205.916,5
Seguros obligatorios (SOAT)	27.362,0	26.271,7	28.038,4	31.094,6	46.072,7
Aportes patronales seguridad social	2.333.348,9	2.404.118,4	2.508.349,0	2.387.190,3	2.349.443,7
Aportes nómina (ICBF)	592.340,9	662.925,7	628.201,9	662.769,6	666.869,1
RECURSOS DE LOS AGENTES	2.406.311,0	1.781.480,9	980.340,4	1.566.359,2	2.833.203,7
PRESUPUESTO GENERAL DE LA NACIÓN (PGN)	3.219.730,9	2.946.300,2	3.763.169,5	3.287.687,0	3.228.452,4
Obligación patronal	431.429,1	415.412,1	433.583,5	424.995,8	409.634,5
Partidas ordinarias entidades salud	626.936,5	603.870,6	978.748,2	780.526,6	765.747,5
Transferencias de la nación	1.682.457,1	1.528.924,2	2.317.765,2	1.809.751,7	1.950.870,7
Otras partidas	478.908,1	398.093,3	33.072,6	272.412,8	102.199,6
RECURSOS ENTES TERRITORIALES	738.417,3	868.861,7	631.002,3	860.994,7	851.824,4
Departamentales (rentas cedidas)	375.750,7	413.643,5	529.841,9	625.155,7	574.035,0
Municipales	362.666,5	455.218,2	101.160,4	235.839,0	277.789,4
TOTAL	15.387.545,6	13.382.883,3	13.477.060,7	13.383.613,5	14.270.062,9
Deflactor IPC	91,95	100,00	107,64	115,17	122,65
	1,0875	1,0000	0,9290	0,8683	0,8153

Fuentes: Departamento Nacional de Planeación DDS/SS y Ministerio de la Protección Social PARS, Proyecto cuentas de salud de Colombia.

Cuadro A-6 Colombia: gasto total en salud según categorías de usos de los recursos 1993-2003

(Millones de pesos corrientes)

Categorías	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
ADMINISTRACIÓN	208.371,2	388.846,2	658.404,6	2.046.664,0	2.289.630,1	2.314.164,2	2.370.086,8	1.899.346,8	2.065.762,6	2.395.199,7	2.720.216,6
INVERSIÓN	82.832,6	163.276,5	221.927,9	822.377,4	874.967,7	821.993,5	886.660,1	848.767,1	1.106.636,7	1.552.115,9	1.797.553,0
Infraestructura y dotación	75.274,5	149.152,1	189.842,2	339.233,5	172.780,2	205.108,8	232.313,0	148.455,1	276.749,1	674.322,0	833.837,3
Investigación	3.800,9	11.601,3	3.702,2	5.695,0	6.971,9	5.122,3	5.185,1	8.834,8	10.860,6	13.547,4	15.401,9
Capacitación	1.125,9	1.022,2	8.398,4	23.031,7	44.641,5	31.477,0	29.969,0	7.856,7	7.860,8	8.996,1	10.776,1
Otros	2.631,3	1.501,0	19.985,2	454.417,3	650.574,1	580.285,3	619.193,0	683.640,5	811.166,2	855.250,4	937.537,8
ATENCIÓN EN SALUD	2.872.573,2	3.654.050,9	4.904.267,6	5.346.273,0	7.478.782,8	8.653.593,3	9.543.799,9	9.354.569,8	10.110.167,5	10.383.302,1	11.329.295,7
DEMÁS USOS	102.658,6	391.429,7	414.722,0	634.936,8	1.007.439,1	1.302.525,4	1.348.637,6	1.280.199,6	1.224.645,5	1.143.300,0	1.655.166,7
TOTAL USOS	3.266.435,7	4.597.603,3	6.199.322,1	8.850.251,2	11.650.819,7	13.092.276,4	14.149.184,4	13.382.883,3	14.507.212,3	15.413.857,7	17.502.232,1

Fuentes: Departamento Nacional de Planeación DDS/SS y Ministerio de la Protección Social PARS. Proyecto cuentas de salud de Colombia

Cuadro A-7
Colombia: gasto total en salud según categorías de usos de los recursos
1993-2003

(Millones de pesos constantes de 2000)

Categorías	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
ADMINISTRACIÓN	605.643,8	921.894,0	1.306.610,5	3.339.081,7	3.451.411,4	2.748.995,7	2.903.777,3	1.899.346,8	1.919.073,6	2.027.565,6	2.217.869,2
INVERSIÓN	240.758,1	387.103,4	440.418,3	1.341.688,4	1.212.980,7	976.446,0	964.262,2	848.767,1	1.028.054,9	1.347.678,2	1.465.595,6
Infraestructura y dotación	218.789,8	353.616,4	376.743,7	553.451,0	239.527,8	243.648,7	252.645,5	148.455,1	257.097,3	585.503,3	679.851,0
Investigación	11.047,7	27.504,9	7.347,0	9.291,2	9.665,2	6.084,8	5.638,9	8.834,8	10.089,4	11.763,0	12.557,6
Capacitación	3.272,6	2.423,5	16.666,8	37.575,6	61.887,1	37.391,6	32.591,9	7.836,7	7.302,6	7.811,2	8.786,0
Otros	7.648,0	3.538,6	39.660,8	741.370,5	901.900,6	689.321,0	673.385,9	683.640,5	753.565,6	742.600,7	764.400,9
ATENCIÓN EN SALUD	8.349.310,3	8.663.188,1	9.732.568,9	8.722.312,3	9.258.896,4	9.804.443,5	9.726.576,9	9.354.569,8	9.392.248,4	9.015.660,1	9.237.093,9
DEMÁS USOS	298.383,6	928.019,0	823.020,0	1.035.883,7	2.228.416,8	2.022.429,9	1.792.929,2	1.280.199,6	1.137.683,8	992.709,7	1.349.504,1
TOTAL USOS	9.494.095,8	10.900.204,5	12.302.617,7	14.438.966,2	16.151.705,4	15.552.315,1	15.387.545,5	13.382.883,3	13.477.060,7	13.383.613,5	14.270.062,9
Deflactor IPC	34,40	42,18	50,39	61,29	72,13	84,18	91,95	100,00	107,64	115,17	122,65
	2,9066	2,3708	1,9845	1,6315	1,3863	1,1879	1,0875	1,0000	0,9290	0,8683	0,8153

Fuentes: Departamento Nacional de Planeación DDS/SS y Ministerio de la Protección Social PARS, Proyecto cuentas de salud de Colombia.

Cuadro A-8 Colombia: gasto en atención de salud según tipos de servicios y tipos de prestadores 1993-2003

(Millones de pesos corrientes)

Categorías	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
I. SEGÚN TIPOS DE SERVICIOS:											
Promoción y prevención	56.470,6	165.272,7	217.272,3	337.582,8	586.546,6	673.386,5	712.729,9	701.477,3	570.658,2	1.014.356,2	759.006,2
Atención ambulatoria	1.706.082,9	2.517.202,6	3.420.695,3	3.509.990,9	4.656.944,6	5.289.931,1	5.850.582,4	5.748.598,5	5.965.357,6	5.169.753,2	6.712.981,1
Atención hospitalaria	1.110.019,7	971.575,6	1.201.191,9	1.328.465,9	1.955.218,9	2.617.293,3	2.848.992,4	2.750.268,5	3.321.901,6	4.046.544,6	3.647.691,2
Subtotal	2.872.573,2	3.654.050,9	4.839.159,6	5.176.039,6	7.198.710,1	8.580.610,9	9.392.304,7	9.200.344,3	9.857.917,4	10.230.634,0	11.119.678,5
Salud Pública y PAB			65.108,0	170.233,4	280.072,7	72.982,4	151.495,3	154.225,5	252.250,1	152.668,1	209.617,2
Total atención en salud	2.872.573,2	3.654.050,9	4.904.267,6	5.346.273,0	7.478.782,8	8.653.593,3	9.543.800,0	9.354.569,8	10.110.167,5	10.383.302,1	11.329.295,7
II. SEGÚN TIPOS DE IPS											
Públicas				4.032.755,0				3.942.965,3		4.398.023,9	4.706.057,4
Privadas				5.321.814,8				6.167.202,2		5.985.278,2	6.623.238,3
TOTAL				9.354.569,8				10.110.167,5		10.383.302,1	11.329.295,7
Gasto en atención Salud /GTS (%)	87,9	79,5	79,1	60,4	64,2	66,1	67,5	69,9	69,7	67,4	64,7

Fuentes: Departamento Nacional de Planeación DDS/SS y Ministerio de la Protección Social PARS, Proyecto cuentas de salud de Colombia

Cuadro A-9 Colombia: gasto en atención de salud según tipos de servicios y tipos de prestadores 1993-2003

(Millones de pesos constantes de 2000)

Categorías	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
I. SEGÚN TIPOS DE SERVICIOS:											
Promoción y prevención	164.135,3	391.635,9	431.179,2	550.738,0	813.136,3	799.915,8	775.109,3	701.477,3	550.136,0	880.732,4	618.839,1
Atención ambulatoria	4.958.834,6	5.967.897,0	6.788.404,6	5.726.463,4	6.455.991,9	6.288.909,2	6.340.885,1	5.748.598,5	5.541.759,8	4.488.816,5	5.473.282,6
Atención hospitalaria	3.226.340,4	2.303.455,1	2.383.777,6	2.167.359,3	2.710.549,2	3.109.082,7	3.098.341,2	2.750.268,5	3.086.014,6	3.513.551,8	2.974.065,4
Subtotal	8.349.310,3	8.663.188,1	9.603.361,4	8.444.580,7	9.979.679,4	10.192.907,7	10.214.335,6	9.200.344,3	9.157.910,4	8.883.100,7	9.066.187,1
Salud Pública y PAB			129.207,5	277.731,6	388.269,0	86.695,7	164.754,5	154.225,5	284.337,9	132.559,3	170.906,8
Total atención en salud	8.349.310,3	8.663.188,1	9.732.568,9	8.722.312,3	10.367.948,3	10.279.603,4	10.379.090,0	9.354.569,8	9.392.248,4	9.015.660,1	9.237.093,9
II. SEGÚN TIPOS DE IPS											
Públicas								4.032.755,0	3.662.976,9	3.818.735,9	3.886.981,2
Privadas								5.321.814,8	5.729.271,5	5.196.924,2	5.400.112,8
TOTAL								9.354.569,8	9.392.248,4	9.015.660,1	9.237.093,9
Gasto en atención en salud /GTS (%)	87,9	79,5	79,1	60,4	64,2	66,1	67,5	69,9	69,7	67,4	64,7

Fuentes: Departamento Nacional de Planeación DDS/SS y Ministerio de la Protección Social PARS, Proyecto cuentas de salud de Colombia

Cuadro A-10
Colombia: SGSSS gasto en salud según componentes y agentes
1993-2003

(Millones de pesos corrientes)

Regímenes / Agentes de gasto	1993	1994	1995	1996	1997
RÉGIMEN CONTRIBUTIVO (RC)		1.050.540,1	1.592.924,7	2.530.241,9	3.462.695,2
Seguridad social en salud	840.816,0				
Entid. promotoras de salud EPS - privadas			65.498,4	323.732,7	604.757,3
Entid. promotoras de salud EPS - públicas			12,2	115.523,7	424.806,7
Instituto de Seguros Sociales EPS - ISS	627.858,0	796.626,2	1.161.436,0	1.715.051,9	1.960.543,8
Regímenes especiales	94.574,0	121.511,3	179.163,3	326.029,4	415.377,0
Entidades adaptadas - EAS				49.904,2	57.210,4
Entidades de previsión social	118.384,0	132.402,6	186.814,8		
RÉGIMEN SUBSIDIADO (RS)			200.308,8	382.829,7	747.987,7
Entidades promotoras de salud EPS - ARS			163,5	55.174,2	332.854,5
Empresas solidarias de salud ESS - ARS			95.691,4	199.761,5	299.195,1
Cajas compensac. familiar CCF - ARS			104.453,9	127.894,0	115.938,1
SUBSIDIOS A LA OFERTA (SO)	558.697,3	945.362,0	1.336.520,6	2.179.102,2	2.590.018,1
DSLS y hospitales públicos 1/	558.697,3	945.362,0	1.336.520,6	2.179.102,2	2.590.018,1
GASTO DEL SGSSS	1.399.513,3	1.995.902,1	3.129.754,1	5.092.173,8	6.800.701,0
GASTO TOTAL EN SALUD	3.266.435,7	4.597.603,3	6.199.322,1	8.850.251,2	11.650.819,7
% GTSGSSS / GTS	42,8	43,4	50,5	57,5	58,4
% R.C. / GTSGSSS			50,9	49,7	50,9
% R.S. / GTSGSSS			6,4	7,5	11,0
% S.O / GTSGSSS			42,7	42,8	38,1

(Continúa)

(Continuación Cuadro A-10)

Regímenes / Agentes de gasto	1998	1999	2000	2001	2002	2003
RÉGIMEN CONTRIBUTIVO (RC)	4.739.674,8	5.615.943,6	5.269.410,2	6.016.627,1	6.149.210,0	7.785.394,4
Seguridad social en salud						
Entid. promotoras de salud EPS - privadas	888.411,4	1.335.524,0	2.068.634,4	2.630.397,5	3.041.017,4	3.802.679,8
Entid. promotoras de salud EPS - públicas	622.108,8	742.707,5	482.318,4	409.123,7	242.735,4	141.446,7
Instituto de Seguros Sociales EPS - ISS	2.449.058,7	2.602.700,7	1.812.251,7	1.933.826,5	1.806.357,6	2.713.532,0
Regímenes especiales	569.492,4	708.659,5	721.082,1	854.722,1	878.023,8	957.144,5
Entidades adaptadas - EAS	210.603,5	226.351,9	185.123,5	188.557,3	181.075,8	170.591,4
Entidades de previsión social						
RÉGIMEN SUBSIDIADO (RS)	1.119.165,3	1.210.679,8	1.254.295,7	1.698.014,3	1.946.126,3	1.930.525,7
Entidades promotoras de salud EPS - ARS	474.277,9	491.074,4	477.709,0	752.882,8	743.417,3	786.718,3
Empresas solidarias de salud ESS - ARS	428.064,1	480.620,7	503.775,6	647.901,0	861.645,9	849.699,8
Cajas compensac. familiar CCF - ARS	216.823,3	238.984,7	272.811,1	297.230,5	341.063,1	294.107,6
SUBSIDIOS A LA OFERTA (SO)	2.709.600,2	2.951.209,9	3.229.657,1	2.863.498,8	3.034.224,1	3.582.827,2
DLSL y hospitales públicos 1/	2.709.600,2	2.951.209,9	3.229.657,1	2.863.498,8	3.034.224,1	3.582.827,2
GASTO DEL SGSSS	8.568.440,3	9.777.833,3	9.753.363,0	10.578.140,2	11.129.560,4	13.298.747,3
GASTO TOTAL EN SALUD	13.092.276,4	14.149.184,3	13.382.883,2	14.507.212,3	15.413.857,7	17.502.232,1
% GTSGSSS / GTS	65,4	69,1	72,9	72,9	72,2	76,0
% R.C. / GTSGSSS	55,3	57,4	54,0	56,9	55,3	58,5
% R.S. / GTSGSSS	13,1	12,4	12,9	16,1	17,5	14,5
% S.O / GTSGSSS	31,6	30,2	33,1	27,1	27,3	26,9

1 Comprende el gasto realizado en administración, atención a vinculados, Plan de Atención Básica (PAB) y otros de las sedes administrativas de las Direcciones de Salud y la red de hospitales públicos.

Fuentes: Departamento Nacional de Planeación /SS y Ministerio de la Protección Social / PARS, Proyecto cuentas de salud.

Cuadro A-11
Colombia: SGSSS - gasto en salud según componentes y agentes
1993-2003

(Millones de pesos constantes de 2000)

Regímenes / Agentes de gasto	1993	1994	1995	1996	1997	1998
RÉGIMEN CONTRIBUTIVO (RC)		2.490.667,7	3.161.175,3	4.128.027,1	4.800.386,1	5.630.259,7
Seguridad social en salud	2.443.883,3					
Entid. promotoras de salud EPS - privadas			129.982,2	528.161,9	838.384,1	1.055.343,9
Entid. promotoras de salud EPS- públicas			24,2	188.474,1	588.915,9	739.003,0
Instituto de Seguros Sociales EPS - ISS	1.824.907,8	1.888.677,2	2.304.881,5	2.798.064,8	2.717.931,2	2.909.236,8
Regímenes especiales	274.885,1	288.084,5	355.551,4	531.908,9	575.843,3	676.500,0
Entidades adaptadas- EAS				81.417,5	79.311,6	250.175,9
Entidades de previsión social	344.090,3	313.906,0	370.735,9			
RÉGIMEN SUBSIDIADO (RS)			397.514,8	624.577,2	1.036.946,5	1.329.456,5
Entidades promotoras de salud EPS - ARS			324,5	90.015,3	461.441,2	563.394,7
Empresas solidarias de salud ESS - ARS			189.900,6	325.906,0	414.778,6	508.497,3
Cajas compensac. familiar CCF - ARS			207.289,8	208.655,9	160.726,7	257.564,4
SUBSIDIOS A LA OFERTA (SO)	1.623.888,0	2.241.306,7	2.652.338,7	3.555.151,4	3.590.580,8	3.218.734,1
Direcciones seccionales y locales salud 1/	1.623.888,0	2.241.306,7	2.652.338,7	3.555.151,4	3.590.580,8	3.218.734,1
GASTO TOTAL DEL SGSSS	4.067.771,2	4.731.974,4	6.211.028,8	8.307.755,7	9.427.913,4	10.178.450,2
GASTO TOTAL EN SALUD	9.494.095,7	10.900.204,5	12.302.617,6	14.438.966,1	16.151.705,4	15.552.315,1
Deflactor IPS	34,40	42,18	50,39	61,29	72,13	84,18
	2,9066	2,3708	1,9845	1,6315	1,3863	1,1879

(Continúa)

(Continuación Cuadro A-11)

Regímenes / Agentes de gasto	1999	2000	2001	2002	2003
RÉGIMEN CONTRIBUTIVO (RC)	6.107.460,8	5.269.410,2	5.589.388,7	5.339.263,6	6.347.651,4
Seguridad social en salud					
Entid. promotoras de salud EPS - privadas	1.452.411,4	2.068.634,4	2.443.614,0	2.640.468,2	3.100.432,0
Entid. promotoras de salud EPS- públicas	807.710,6	482.318,4	380.072,0	210.763,4	115.325,5
Instituto de Seguros Sociales EPS - ISS	2.830.493,6	1.812.251,7	1.796.506,2	1.568.432,3	2.212.419,1
Regímenes especiales	770.682,6	721.082,1	794.028,6	762.374,4	780.386,9
Entidades adaptadas- EAS	246.162,6	185.123,5	175.167,9	157.225,3	139.087,9
Entidades de previsión social					
RÉGIMEN SUBSIDIADO (RS)	1.316.640,6	1.254.295,7	1.577.439,0	1.689.791,3	1.574.012,0
Entidades promotoras de salud EPS - ARS	534.054,1	477.709,0	699.420,9	645.497,7	641.433,6
Empresas solidarias de salud ESS - ARS	522.685,5	503.775,6	601.893,8	748.153,8	692.784,2
Cajas compensac. familiar CCF - ARS	259.901,1	272.811,1	276.124,3	296.139,8	239.794,2
SUBSIDIOS A LA OFERTA (SO)	3.209.504,9	3.229.657,1	2.660.162,8	2.634.569,7	2.921.179,9
Direcciones seccionales y locales salud 1/	3.209.504,9	3.229.657,1	2.660.162,8	2.634.569,7	2.921.179,9
GASTO TOTAL DEL SGSSS	10.633.606,3	9.753.363,0	9.826.990,5	9.663.624,6	10.842.843,3
GASTO TOTAL EN SALUD	15.387.545,6	13.382.883,2	13.477.060,6	13.383.613,4	14.270.062,9
Deflactor IPS	91,95	100,00	107,64	115,17	122,65
	1,0875	1,0000	0,9290	0,8683	0,8153

1 Comprende el gasto realizado en administración, atención a vinculados, Plan de Atención Básica (PAB) y otros de las sedes administrativas de las Direcciones de Salud y la red de hospitales públicos.

Fuentes: Departamento Nacional de Planeación /SS y Ministerio de la Protección Social / PARS, Proyecto cuentas de salud.





Anexo 3
Matrices años 2000 - 2003

Matriz No.1

Gasto en salud según agentes y fuentes de financiación Año 2000

(Miles de pesos corrientes)

Fuentes de financiación		Recursos agentes			Presupuesto general de la nación PGN	
Agentes / Componentes	Familias	Empresas	Propios	Patrimonio	Obligación patronal	Partidas presupuestado
1. SEGUROS PRIVADOS	612.209.705	423.722.791	23.165.702	-14.589.463		
Seguros de salud	171.832.942	90.507.427				
Seguro obligatorio accidentes tránsito - (SOAT)	53.339.611	26.271.748				
Medicina prepagada	387.037.153	306.943.615	23.165.702	-14.589.463		
2. SISTEMAS ESPECIALES - SSS	203.014.753		1.570.162		412.549.876	103.947.354
Fuerzas Militares y Policía Nacional	83.028.051		1.570.162		186.481.002	103.947.354
Fondo Nal. Prestaciones Sociales Magisterio	119.986.702				125.887.688	
Empresa Colombiana de Petróleos (Ecopetrol)					100.181.186	
3. ASEGURAMIENTO SISTEMA GENERAL SSS	1.972.616.514	2.404.118.379	343.533.481	178.064.056		159.692.749
Empresas promotoras de salud-EPS / RC	1.782.559.221	2.135.288.918	267.292.345	178.064.056		
Empresas promotoras de salud privadas - RC	889.290.750	1.102.721.330	39.652.481	36.969.866		
Empresas promotoras de salud públicas - RC	197.624.982	196.146.761	92.838.898	-4.292.181		
Instituto Seguros Sociales ISS-EPS	695.643.490	836.420.827	134.800.966	145.386.371		
Entidades adaptadas al sistema SSS (EAS)	58.672.096		26.665.201			99.266.055
Administradoras del régimen subsidiado ARS	131.385.196	268.829.461	49.575.935			60.426.694
Empresas promotoras de salud - RS	47.280.334	69.726.267	17.840.418			21.745.176
Empresas solidarias de salud - ESS	65.973.495	96.613.128	24.893.959			30.342.537
Cajas de compensación familiar - CVN	18.131.367	102.490.066	6.841.558			8.338.981
4. MINISTERIO DE SALUD Y ENTIDADES ADSCRITAS		662.925.714	67.435.431			340.230.470
Ministerio de Salud - Direcciones						248.396.129
Superintendencia Nacional de Salud						7.432.835
Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta			2.144.153			1.975.405
Instituto Nacional de Salud - INS			5.309.108			10.247.195
Instituto Nacional de Cancerología - INC			18.939.997			32.366.531
Sanatorio de Contratación			388.645			4.605.048
Sanatorio de Agua de Dios			708.936			15.112.440
Inst. Nal. Vigilancia Medicamentos y Alimentos -INVIMA			5.779.917			9.147.557
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar		662.925.714	29.209.348			8.123.455
Fondo Nacional de Estupefacientes						2.823.875
Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA)			4.955.327			
5. ENTES TERRITORIALES			1.182.301.512			
Direcciones seccionales y locales de salud - DSS			1.182.301.512			
6. OTRAS DEPENDENCIAS Y PROGRAMAS OFICIALES	2.311.525				2.862.264	
Ministerio de Relaciones Exteriores y otros					2.862.264	
Banco de la República - Servicio Médico	2.311.525					
Instituto Nacional Penitenciario - INPEC						
Plan de Saneamiento Ambiental						
DNP- Proyectos de Inversión						
COLCIENCIAS						
7. GASTO DIRECTO DE LAS FAMILIAS	1.505.321.100					
TOTAL NACIONAL GASTO EN SALUD	4.295.473.598	3.490.766.883	1.618.006.288	163.474.593	415.412.140	603.870.574
				1.781.480.881		

(Continúa)

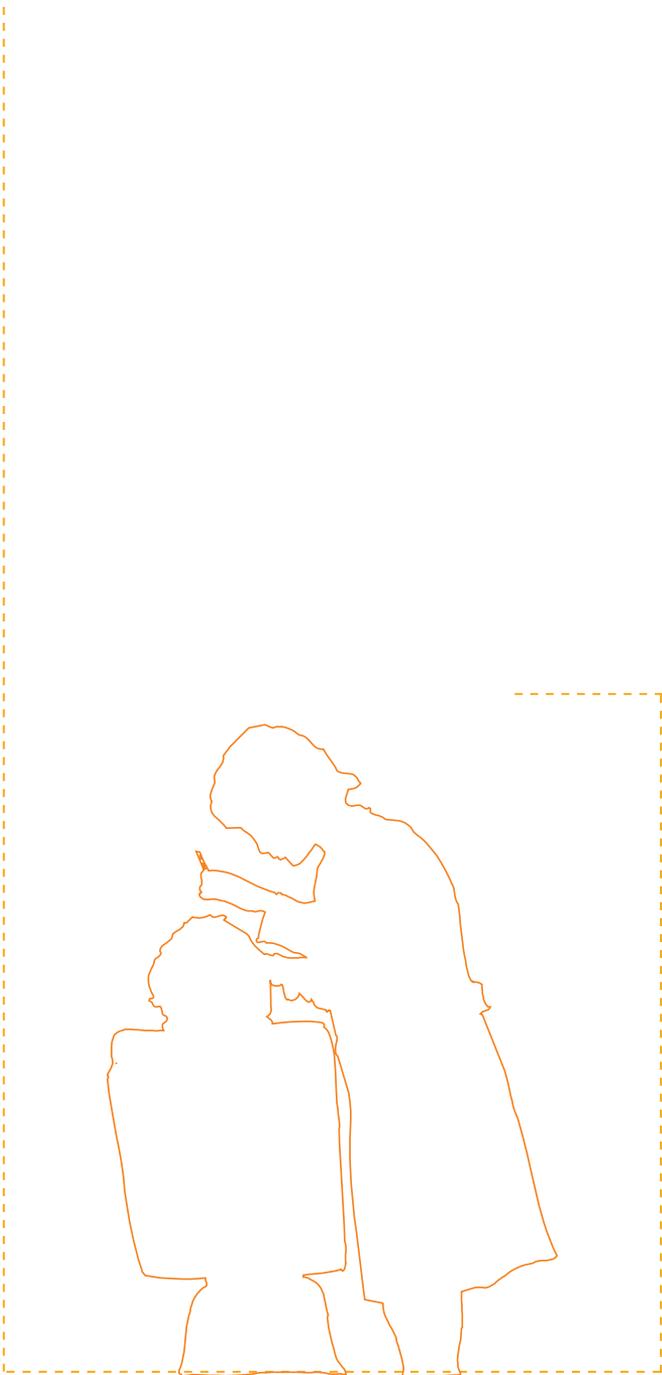
(Continuación Matriz 1, Año 2000)

Fuentes de financiación	Presupuesto general de la nación PGN			Recursos entes territoriales		Total general
	Agentes / Componentes	Situado fiscal	Participación ICN	Otras partidas	Departamentos	
1. SEGUROS PRIVADOS						1.044.508.735
Seguros de salud						262.340.369
Seguro obligatorio accidentes tránsito - (SOAT)						79.611.359
Medicina prepagada						702.557.007
2. SISTEMAS ESPECIALES - SSS						721.082.145
Fuerzas Militares y Policía Nacional						375.026.569
Fondo Nal. Prestaciones Sociales Magisterio						245.874.390
Empresa Colombiana de Petróleos (Ecopetrol)						100.181.186
3. ASEGURAMIENTO SISTEMA GENERAL SSS	204.076.541	449.971.311	520.194	26.334.512	63.696.082	5.802.623.819
Empresas promotoras de salud-EPS / RC						4.363.204.540
Empresas promotoras de salud privadas - RC						2.068.634.427
Empresas promotoras de salud públicas - RC						482.318.459
Instituto Seguros Sociales ISS-EPS						1.812.251.654
Entidades adaptadas al sistema SSS (EAS)			520.194			185.123.546
Administradoras del régimen subsidiado ARS	204.076.541	449.971.311		26.334.512	63.696.082	1.254.295.733
Empresas promotoras de salud - RS	90.630.314	188.048.149		11.614.781	30.823.586	477.709.027
Empresas solidarias de salud - ESS	79.207.410	180.630.060		9.198.856	16.916.160	503.775.605
Cajas de compensación familiar - CVN	34.238.817	81.293.101		5.520.874	15.956.337	272.811.101
4. MINISTERIO DE SALUD Y ENTIDADES ADSCRITAS			117.532	68.100		1.070.777.247
Ministerio de Salud - Direcciones						248.396.129
Superintendencia Nacional de Salud						7.432.835
Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta						4.119.558
Instituto Nacional de Salud - INS						15.556.303
Instituto Nacional de Cancerología - INC			117.532			51.424.060
Sanatorio de Contratación				68.100		5.061.793
Sanatorio de Agua de Dios						15.821.376
Inst. Nal. Vigilancia Medicamentos y Alimentos -INVIMA						14.927.474
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar						700.258.517
Fondo Nacional de Estupefacientes						2.823.875
Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA)						4.955.327
5. ENTES TERRITORIALES	814.880.157	59.996.175	393.716.219	387.240.925	391.522.068	3.229.657.056
Direcciones seccionales y locales de salud - DSS	814.880.157	59.996.175	393.716.219	387.240.925	391.522.068	3.229.657.056
6. OTRAS DEPENDENCIAS Y PROGRAMAS OFICIALES			3.739.371			8.913.160
Ministerio de Relaciones Exteriores y otros						2.862.264
Banco de la República - Servicio Médico						2.311.525
Instituto Nacional Penitenciario - INPEC			1.754.371			1.754.371
Plan de Saneamiento Ambiental						
DNP- Proyectos de Inversión						
COLCIENCIAS			1.985.000			1.985.000
7. GASTO DIRECTO DE LAS FAMILIAS						1.505.321.100
TOTAL NACIONAL GASTO EN SALUD	1.018.956.698	509.967.486	398.093.316	413.643.537	455.218.150	13.382.883.262
			2.946.300.214			

Matriz No.2
Gasto en salud según agentes y tipos de instituciones
prestadoras de servicios
Año 2000

(Miles de pesos corrientes)

Prestadores Agentes / Componentes	Tipos de instituciones			Demás usos	Total general
	Públicas	Privadas y otras	Total		
1. SEGUROS PRIVADOS	161.717.011	502.844.698	664.561.709	379.947.026	1.044.508.735
Seguros de salud	24.897.654	108.624.446	128.022.100	134.318.269	262.340.369
Seguro obligatorio accidentes tránsito - (SOAT)	16.479.551	36.700.836	53.180.388	26.430.971	79.611.359
Medicina prepagada	120.839.805	362.519.416	483.359.221	219.197.786	702.557.007
2. SISTEMAS ESPECIALES - SSS	342.882.364	285.983.875	628.866.239	92.215.906	721.082.145
Fuerzas Militares y Policía Nacional	303.396.494	17.626.249	321.022.743	54.003.826	375.026.569
Fondo Nal. Prestaciones Sociales Magisterio	36.881.159	184.405.793	221.286.951	24.587.439	245.874.390
Empresa Colombiana de Petróleos (Ecopetrol)	2.604.711	83.951.834	86.556.545	13.624.641	100.181.186
3. ASEGURAMIENTO SISTEMA GENERAL SSS	2.301.173.149	2.144.782.390	4.445.955.538	1.356.668.282	5.802.623.820
Empresas promotoras de salud-EPS / RC	1.348.366.309	1.911.402.708	3.259.769.018	1.103.435.522	4.363.204.540
Empresas promotoras de salud privadas - RC	311.787.345	1.312.105.075	1.623.892.420	444.742.007	2.068.634.427
Empresas promotoras de salud públicas - RC	107.490.506	139.614.106	247.104.612	235.213.847	482.318.459
Instituto Seguros Sociales ISS-EPS	929.088.459	459.683.527	1.388.771.986	423.479.668	1.812.251.654
Entidades adaptadas al sistema SSS (EAS)	111.439.567	55.136.766	166.576.333	18.547.214	185.123.547
Administradoras del régimen subsidiado ARS	841.367.272	178.242.915	1.019.610.187	234.685.546	1.254.295.733
Empresas promotoras de salud - RS	349.033.612	30.350.749	379.384.361	98.324.666	477.709.027
Empresas solidarias de salud - ESS	307.665.960	92.419.814	400.085.774	103.689.831	503.775.605
Cajas de compensación familiar - CVN	184.667.700	55.472.352	240.140.053	32.671.049	272.811.101
4. MINISTERIO DE SALUD Y ENTIDADES ADSCRITAS	125.660.280		125.660.280	945.116.967	1.070.777.246
Ministerio de Salud - Direcciones	54.647.148		54.647.148	193.748.981	248.396.129
Superintendencia Nacional de Salud				7.432.835	7.432.835
Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta	2.595.322		2.595.322	1.524.236	4.119.558
Instituto Nacional de Salud - INS	8.011.496		8.011.496	7.544.807	15.556.303
Instituto Nacional de Cancerología - INC	40.882.128		40.882.128	10.541.932	51.424.060
Sanatorio de Contratación	4.196.226		4.196.226	865.567	5.061.793
Sanatorio de Agua de Dios	11.280.641		11.280.641	4.540.735	15.821.376
Inst. Nal. Vigilancia Medicamentos y Alimentos -INVIMA				14.927.474	14.927.474
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar	3.276.537		3.276.537	696.981.980	700.258.517
Fondo Nacional de Estupefacientes	770.782		770.782	2.053.093	2.823.875
Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA)				4.955.327	4.955.327
5. ENTES TERRITORIALES	2.009.332.700	0	2.009.332.700	1.220.324.356	3.229.657.056
Direcciones seccionales y locales de salud - DSLS	2.009.332.700		2.009.332.700	1.220.324.356	3.229.657.056
6. OTRAS DEPENDENCIAS Y PROGRAMAS OFICIALES	1.862.717	2.203.179	4.065.896	4.847.264	8.913.160
7. GASTO DIRECTO DE LAS FAMILIAS	672.878.532	832.442.568	1.505.321.100	0	1.505.321.100
TOTAL NACIONAL GASTO EN SALUD	5.615.506.752	3.768.256.710	9.383.763.462	3.999.119.801	13.382.883.263



Matriz No.3

Gasto en salud según agentes y tipos de servicios de salud Año 2000

(Miles de pesos corrientes)

Tipos de servicio Agentes / Componentes	Prestación de servicios			Prevención y promoción	
	Ambulatorio	Hospitalario	Total	Personas	Comunidad
1. SEGUROS PRIVADOS	497.873.950	332.617.924	830.491.874	1.340.894	
Seguros de salud	157.404.221	104.936.148	262.340.369		
Seguro obligatorio accidentes tránsito - (SOAT)	47.766.815	31.844.544	79.611.359		
Medicina prepagada	292.702.913	195.837.233	488.540.146	1.340.894	
2. SISTEMAS ESPECIALES - SSS	345.291.970	108.137.810	453.429.780	14.105.144	
Fuerzas Militares y Policía Nacional	87.948.823	48.710.273	136.659.096	3.961.966	
Fondo Nal. Prestaciones Sociales Magisterio	195.866.276	36.049.008	231.915.284	8.411.435	
Empresa Colombiana de Petróleos (Ecopetrol)	61.476.871	23.378.529	84.855.400	1.731.743	
3. ASEGURAMIENTO SISTEMA GENERAL SSS	2.905.766.112	852.271.514	3.758.037.626	687.917.912	
Empresas promotoras de salud-EPS / RC	2.184.045.242	586.758.423	2.770.803.665	488.965.353	
Empresas promotoras de salud privadas - RC	1.088.007.921	292.300.636	1.380.308.557	243.583.863	
Empresas promotoras de salud públicas - RC	165.560.090	44.478.830	210.038.920	37.065.692	
Instituto Seguros Sociales ISS-EPS	930.477.231	249.978.957	1.180.456.188	208.315.798	
Entidades adaptadas al sistema SSS (EAS)	64.648.506	97.358.876	162.007.382	4.568.951	
Administradoras del régimen subsidiado ARS	657.072.364	168.154.215	825.226.579	194.383.608	
Empresas promotoras de salud - RS	257.521.013	57.798.429	315.319.442	64.064.918	
Empresas solidarias de salud - ESS	271.572.855	60.952.247	332.525.102	67.560.672	
Cajas de compensación familiar - CVN	127.978.496	49.403.539	177.382.035	62.758.018	
4. MINISTERIO DE SALUD Y ENTIDADES ADSCRITAS	23.865.963	33.113.455	56.979.418	7.243.004	25.565.185
Ministerio de Salud - Direcciones	3.936.557		3.936.557	4.139.898	24.691.532
Superintendencia Nacional de Salud					
Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta	2.030.599		2.030.599		
Instituto Nacional de Salud - INS	5.673.211		5.673.211	2.468.908	102.871
Instituto Nacional de Cancerología - INC	7.713.609	27.943.834	35.657.443	149.130	
Sanatorio de Contratación	839.512	452.045	1.291.557	929	
Sanatorio de Agua de Dios	2.853.341	2.260.173	5.113.514	484.139	
Inst. Nal. Vigilancia Medicamentos y Alimentos -INVIMA					
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar	819.134	2.457.403	3.276.537		
Fondo Nacional de Estupefacientes					770.782
Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA)					
5. ENTES TERRITORIALES	1.717.535.860	70.815.388	1.788.351.248	66.755.907	107.957.882
Direcciones seccionales y locales de salud - DSLS	1.717.535.860	70.815.388	1.788.351.248	66.755.907	107.957.882
6. OTRAS DEPENDENCIAS Y PROGRAMAS OFICIALES	3.199.143	469.218	3.668.361	397.535	
7. GASTO DIRECTO DE LAS FAMILIAS	1.255.065.500	250.255.600	1.505.321.100		
TOTAL NACIONAL GASTO EN SALUD	6.748.598.499	1.647.680.909	8.396.279.407	777.760.396	133.523.066

(Continúa)

(Continuación Matriz 3, Año 2000)

Tipos de servicio	Prevención y promoción		Demás usos	Total general
	Agentes / Componentes	Medio		
1. SEGUROS PRIVADOS		1.340.894	212.675.967	1.044.508.735
Seguros de salud				262.340.369
Seguro obligatorio accidentes tránsito - (SOAT)				79.611.359
Medicina prepagada		1.340.894	212.675.967	702.557.007
2. SISTEMAS ESPECIALES - SSS		14.105.144	253.547.221	721.082.145
Fuerzas Militares y Policía Nacional		3.961.966	234.405.507	375.026.569
Fondo Nal. Prestaciones Sociales Magisterio		8.411.435	5.547.671	245.874.390
Empresa Colombiana de Petróleos (Ecopetrol)		1.731.743	13.594.043	100.181.186
3. ASEGURAMIENTO SISTEMA GENERAL SSS		687.917.912	1.356.668.282	5.802.623.820
Empresas promotoras de salud-EPS / RC		488.965.353	1.103.435.522	4.363.204.540
Empresas promotoras de salud Privadas - RC		243.583.863	444.742.007	2.068.634.427
Empresas promotoras de salud Públicas - RC		37.065.692	235.213.847	482.318.459
Instituto Seguros Sociales ISS-EPS		208.315.798	423.479.668	1.812.251.654
Entidades adaptadas al sistema SSS (EAS)		4.568.951	18.547.214	185.123.547
Administradoras del régimen subsidiado ARS		194.383.608	234.685.546	1.254.295.733
Empresas promotoras de salud - RS		64.064.918	98.324.666	477.709.027
Empresas solidarias de salud - ESS		67.560.672	103.689.831	503.775.605
Cajas de compensación familiar - CVN		62.758.018	32.671.049	272.811.101
4. MINISTERIO DE SALUD Y ENTIDADES ADSCRITAS	739.267	33.547.456	980.250.373	1.070.777.246
Ministerio de Salud - Direcciones	739.267	29.570.697	214.888.875	248.396.129
Superintendencia Nacional de Salud			7.432.835	7.432.835
Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta			2.088.959	4.119.558
Instituto Nacional de Salud - INS		2.571.779	7.311.313	15.556.303
Instituto Nacional de Cancerología - INC		149.130	15.617.487	51.424.060
Sanatorio de Contratación		929	3.769.307	5.061.793
Sanatorio de Agua de Dios		484.139	10.223.723	15.821.376
Inst. Nal. Vigilancia Medicamentos y Alimentos -INVIMA			14.927.474	14.927.474
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar		0	696.981.980	700.258.517
Fondo Nacional de Estupefacientes		770.782	2.053.093	2.823.875
Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA)			4.955.327	4.955.327
5. ENTES TERRITORIALES	46.267.664	220.981.452	1.220.324.356	3.229.657.056
Direcciones seccionales y locales de salud - DSLS	46.267.664	220.981.452	1.220.324.356	3.229.657.056
6. OTRAS DEPENDENCIAS Y PROGRAMAS OFICIALES		397.535	4.847.264	8.913.160
7. GASTO DIRECTO DE LAS FAMILIAS				1.505.321.100
TOTAL NACIONAL GASTO EN SALUD	47.006.931	958.290.393	4.028.313.463	13.382.883.263

Matriz No.4
Gasto en salud según agentes y categorías de gasto
Año 2000

(Miles de pesos corrientes)

Categorías	Inversión			
	Administración	Infraestructura y dotación	Investigación	Capacitación
Agentes / Componentes				
1. SEGUROS PRIVADOS	120.657.658			
Seguros de salud				
Seguro obligatorio accidentes tránsito - (SOAT)				
Medicina prepagada	120.657.658			
2. SISTEMAS ESPECIALES - SSS	244.901.957	7.260.000		
Fuerzas Militares y Policía Nacional	226.399.474	7.260.000		
Fondo Nal. Prestaciones Sociales Magisterio	4.908.440			
Empresa Colombiana de Petróleos (Ecopetrol)	13.594.043			
3. ASEGURAMIENTO SISTEMA GENERAL SSS	1.012.134.222			
Empresas promotoras de salud-EPS / RC	887.582.915			
Empresas promotoras de salud Privadas - RC	324.668.391			
Empresas promotoras de salud Públicas - RC	203.426.771			
Instituto Seguros Sociales ISS-EPS	359.487.753			
Entidades adaptadas al sistema SSS (EAS)	8.906.969			
Administradoras del régimen subsidiado ARS	115.644.338			
Empresas promotoras de salud - RS	48.034.839			
Empresas solidarias de salud - ESS	50.655.899			
Cajas de compensación familiar - CVN	16.953.601			
4. MINISTERIO DE SALUD Y ENTIDADES ADSCRITAS	70.599.519	6.387.338	6.849.753	7.836.726
Ministerio de Salud - Direcciones	17.389.702	2.782.801	5.000.000	7.694.372
Superintendencia Nacional de Salud	7.415.618			
Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta	896.873	121.595		57.619
Instituto Nacional de Salud - INS	2.267.472	430.842	1.082.931	83.935
Instituto Nacional de Cancerología - INC	8.252.671	1.819.781	766.822	
Sanatorio de Contratación	638.740			
Sanatorio de Agua de Dios	1.109.315			
Inst. Nal. Vigilancia Medicamentos y Alimentos -INVIMA	3.529.779	1.232.319		800
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar	27.171.397			
Fondo Nacional de Estupefacientes	1.927.952			
Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA)				
5. ENTES TERRITORIALES	451.053.428	134.807.770	0	0
Direcciones seccionales y locales de salud - DSLS	451.053.428	134.807.770		
6. OTRAS DEPENDENCIAS Y PROGRAMAS OFICIALES	0	0	1.985.000	0
Ministerio de Relaciones Exteriores y otros				
Banco de la República - Servicio Médico				
Instituto Nacional Penitenciario - INPEC				
Plan de Saneamiento Ambiental				
DNP- Proyectos de Inversión				
COLCIENCIAS			1.985.000	
7. GASTO DIRECTO DE LAS FAMILIAS				
TOTAL NACIONAL GASTO EN SALUD	1.899.346.785	148.455.108	8.834.753	7.836.726

(Continúa)

(Continuación Matriz 4, Año 2000)

Tipos o Categorías	Inversión		Atención en salud	Demás usos	Total general
	Agentes / Componentes	Otros			
1. SEGUROS PRIVADOS			831.832.768	92.018.309	1.044.508.735
Seguros de salud			262.340.369		262.340.369
Seguro obligatorio accidentes tránsito - (SOAT)			79.611.359		79.611.359
Medicina prepagada			489.881.040	92.018.309	702.557.007
2. SISTEMAS ESPECIALES - SSS		7.260.000	467.534.924	1.385.264	721.082.145
Fuerzas Militares y Policía Nacional		7.260.000	140.621.062	746.033	375.026.569
Fondo Nal. Prestaciones Sociales Magisterio			240.326.719	639.231	245.874.390
Empresa Colombiana de Petróleos (Ecopetrol)			86.587.143		100.181.186
3. ASEGURAMIENTO SISTEMA GENERAL SSS			4.445.955.538	344.534.059	5.802.623.820
Empresas promotoras de salud-EPS / RC			3.259.769.018	215.852.607	4.363.204.540
Empresas promotoras de salud Privadas - RC			1.623.892.420	120.073.616	2.068.634.427
Empresas promotoras de salud Públicas - RC			247.104.612	31.787.076	482.318.459
Instituto Seguros Sociales ISS-EPS			1.388.771.986	63.991.915	1.812.251.654
Entidades adaptadas al sistema SSS (EAS)		0	166.576.333	9.640.245	185.123.547
Administradoras del régimen subsidiado ARS			1.019.610.187	119.041.207	1.254.295.733
Empresas promotoras de salud - RS			379.384.361	50.289.827	477.709.027
Empresas solidarias de salud - ESS			400.085.774	53.053.932	503.775.605
Cajas de compensación familiar - CVN			240.140.053	15.717.448	272.811.101
4. MINISTERIO DE SALUD Y ENTIDADES ADSCRITAS	683.640.537	704.714.353	90.526.874	204.936.501	1.070.777.246
Ministerio de Salud - Direcciones	7.710.890	23.188.063	33.507.254	174.311.110	248.396.129
Superintendencia Nacional de Salud		0		17.217	7.432.835
Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta	1.001.259	1.180.473	2.030.599	11.613	4.119.558
Instituto Nacional de Salud - INS	3.370.701	4.968.409	8.244.990	75.432	15.556.303
Instituto Nacional de Cancerología - INC		2.586.603	35.806.573	4.778.213	51.424.060
Sanatorio de Contratación		0	1.292.486	3.130.567	5.061.793
Sanatorio de Agua de Dios		0	5.597.653	9.114.408	15.821.376
Inst. Nal. Vigilancia Medicamentos y Alimentos -INVIMA	1.747.104	2.980.222		8.417.473	14.927.474
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar	669.810.583	669.810.583	3.276.537	0	700.258.517
Fondo Nacional de Estupefacientes		0	770.782	125.141	2.823.875
Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga)				4.955.327	4.955.327
5. ENTES TERRITORIALES	0	134.807.770	2.009.332.700	634.463.158	3.229.657.056
Direcciones seccionales y locales de salud - DSLS		134.807.770	2.009.332.700	634.463.158	3.229.657.056
6. OTRAS DEPENDENCIAS Y PROGRAMAS OFICIALES	0	1.985.000	4.065.896	2.862.264	8.913.160
Ministerio de Relaciones Exteriores y otros				2.862.264	2.862.264
Banco de la República - Servicio Médico			2.311.525		2.311.525
Instituto Nacional Penitenciario - INPEC			1.754.371		1.754.371
Plan de Saneamiento Ambiental					0
DNP- Proyectos de Inversión					0
COLCIENCIAS		1.985.000			1.985.000
7. GASTO DIRECTO DE LAS FAMILIAS			1.505.321.100		1.505.321.100
TOTAL NACIONAL GASTO EN SALUD	683.640.537	848.767.123	9.354.569.800	1.280.199.555	13.382.883.263

Matriz No.1

Gasto en salud según agentes y fuentes de financiación

Año 2001

(Miles de pesos corrientes)

Componentes / Agentes	Fuentes de financiación		Recursos Agentes		Presupuesto general de la nación PGN	
	Familias	Empresas	Propios	Patrimonio	Obligación patronal	Partidas presupuesto
1. SEGUROS PRIVADOS	688.795.991	475.295.973	29.301.898	-20.666.541		
Seguros de salud	191.130.724	100.671.908				
Seguro obligatorio accidentes tránsito - (SOAT)	61.277.828	30.181.617				
Medicina prepagada	436.387.439	344.442.449	29.301.898	-20.666.541		
2. SISTEMAS ESPECIALES - SSS	292.945.257		11.019.804		463.495.600	87.261.399
Fuerzas Militares y Policía Nacional	110.665.214		11.019.804		241.080.439	87.261.399
Fondo Nal. Prestaciones Sociales Magisterio	182.280.043				107.030.587	
Empresa Colombiana de Petróleos (Ecopetrol)					115.384.574	
3. ASEGURAMIENTO SISTEMA GENERAL SSS	2.191.708.126	2.700.080.651	383.201.659	350.513.075		175.785.493
Empresas promotoras de salud EPS / RC	1.968.678.722	2.358.185.135	295.970.774	350.513.075		
Empresas promotoras de salud Privadas - RC	1.158.237.679	1.375.721.490	68.334.962	28.103.370		
Empresas promotoras de salud Públicas - RC	142.624.386	132.915.293	42.728.366	90.855.689		
Instituto Seguros Sociales ISS-EPS	667.816.657	849.548.352	184.907.446	231.554.016		
Entidades adaptadas al sistema SSS (EAS)	54.363.589		27.122.288			99.309.163
Administradoras del régimen subsidiado ARS	168.665.814	341.895.516	60.108.597			76.476.330
Empresas promotoras de salud - RS	75.151.579	136.840.877	26.782.286			34.075.174
Empresas solidarias de salud - ESS	69.837.954	125.053.097	24.888.633			31.665.874
Cajas de compensación familiar - CVN	23.676.280	80.001.542	8.437.679			10.735.282
4. MINISTERIO DE SALUD Y ENTIDADES ADSCRITAS		676.220.052	58.684.097			316.901.184
Ministerio de Salud - Direcciones						194.527.229
Superintendencia Nacional de Salud						9.359.779
Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta			3.320.845			1.947.602
Instituto Nacional de Salud - INS			1.560.673			28.544.306
Instituto Nacional de Cancerología - INC			13.377.615			34.860.589
Sanatorio de Contratación			430.253			5.146.058
Sanatorio de Agua de Dios			824.961			15.575.272
Inst. Nal. Vigilancia Medicamentos y Alimentos -INVIMA			6.375.047			10.097.943
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar		676.220.052	27.292.703			9.649.080
Fondo Nacional de Estupefacientes						2.959.588
Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA)			5.505.076			
Empresa Territorial para la Salud -ETESA			-3.076			4.233.738
5. ENTES TERRITORIALES			243.221.142			473.613.154
Direcciones seccionales y locales de salud - DSLS			127.138.299			100.817.173
Hospitales públicos (subsidios a la oferta y PAB)			116.082.843			372.795.981
6. OTRAS DEPENDENCIAS Y PROGRAMAS OFICIALES	2.434.400	0	0	0	3.229.901	0
Ministerio de Relaciones Exteriores y otros	122.875				3.229.901	
Banco de la República - Servicio Médico	2.311.525					
Instituto Nacional Penitenciario - INPEC						
Plan de Saneamiento Ambiental						
DNP- Proyectos de Inversión						
COLCIENCIAS						
7. GASTO DIRECTO DE LAS FAMILIAS	1.694.405.765					
GASTO TOTAL NACIONAL EN SALUD	4.870.289.539	3.851.596.677	725.428.601	329.846.534	466.725.501	1.053.561.230

(Continúa)

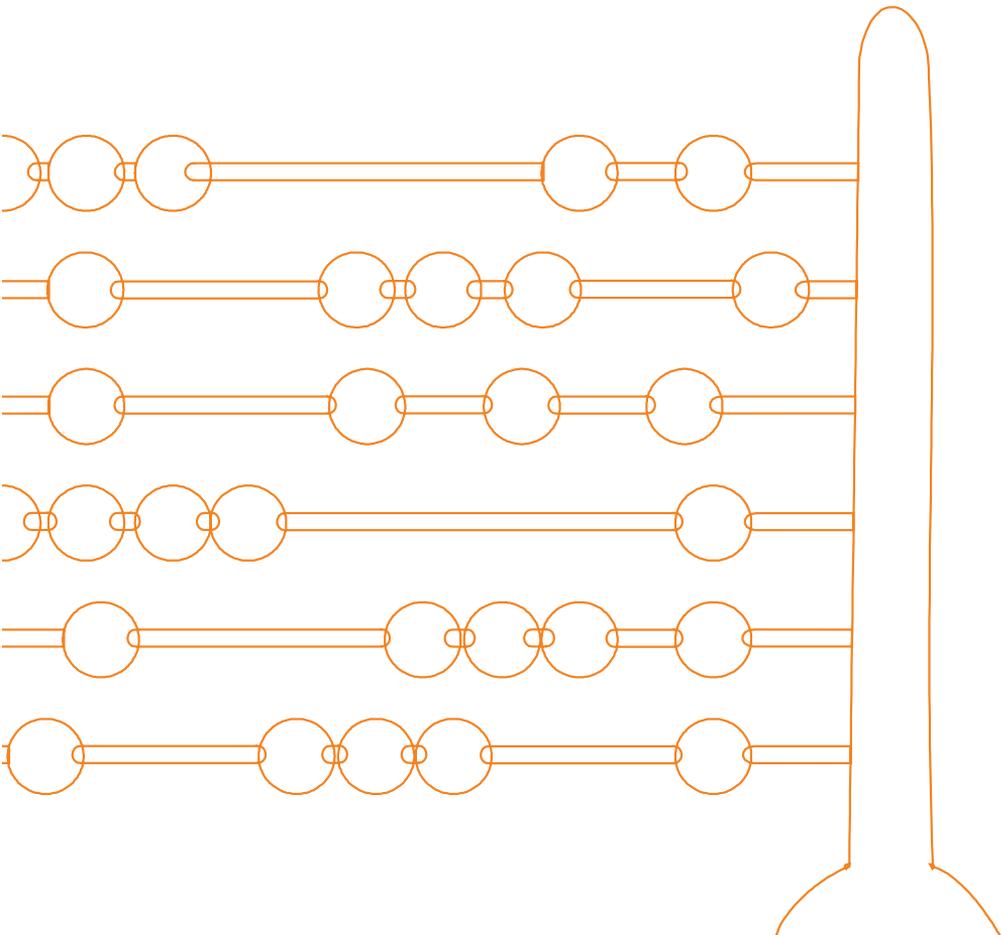
(Continuación Matriz 1, Año 2001)

Componentes / Agentes	Presupuesto general de la nación PGN			Recursos entes territoriales		Total general
	Fuentes de financiación	Situado fiscal	Participación ICN	Otras partidas	Departamentos	
1. SEGUROS PRIVADOS						1.172.727.322
Seguros de salud						291.802.631
Seguro obligatorio accidentes tránsito - (SOAT)						91.459.445
Medicina prepagada						789.465.245
2. SISTEMAS ESPECIALES - SSS						854.722.060
Fuerzas Militares y Policía Nacional						450.026.856
Fondo Nal. Prestaciones Sociales Magisterio						289.310.630
Empresa Colombiana de Petróleos (Ecopetrol)						115.384.574
3. ASEGURAMIENTO SISTEMA GENERAL SSS	412.494.375	438.156.888	7.762.309	151.069.683	49.147.131	6.859.919.390
Empresas promotoras de salud EPS / RC						4.973.347.707
Empresas promotoras de salud Privadas - RC						2.630.397.500
Empresas promotoras de salud Públicas - RC						409.123.735
Instituto Seguros Sociales ISS-EPS						1.933.826.472
Entidades adaptadas al sistema SSS (EAS)			7.762.309			188.557.349
Administradoras del régimen subsidiado ARS	412.494.375	438.156.888		151.069.683	49.147.131	1.698.014.334
Empresas promotoras de salud - RS	181.977.399	203.253.096		72.936.388	21.866.030	752.882.831
Empresas solidarias de salud - ESS	165.372.494	166.646.395		49.929.875	14.506.657	647.900.979
Cajas de compensación familiar - CVN	65.144.481	68.257.397		28.203.420	12.774.444	297.230.524
4. MINISTERIO DE SALUD Y ENTIDADES ADSCRITAS				183.913		1.051.989.246
Ministerio de Salud - Direcciones						194.527.229
Superintendencia Nacional de Salud						9.359.779
Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta						5.268.447
Instituto Nacional de Salud - INS						30.104.979
Instituto Nacional de Cancerología - INC						48.238.204
Sanatorio de Contratación				84.918		5.661.229
Sanatorio de Agua de Dios				98.995		16.499.228
Inst. Nal. Vigilancia Medicamentos y Alimentos -INVIMA						16.472.990
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar						713.161.835
Fondo Nacional de Estupefacientes						2.959.588
Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA)						5.505.076
Empresa Territorial para la Salud -ETESA						4.230.662
5. ENTES TERRITORIALES	1.180.065.146	464.212.732	23.552.848	419.088.070	59.745.701	2.863.498.793
Direcciones seccionales y locales de salud - DLSL	149.804.707	82.209.566	23.552.848	227.927.934	56.073.554	767.524.081
Hospitales públicos (subsidios a la oferta y PAB)	1.030.260.439	382.003.166	0	191.160.135	3.672.147	2.095.974.712
6. OTRAS DEPENDENCIAS Y PROGRAMAS OFICIALES	0	0	4.285.415	0	0	9.949.716
Ministerio de Relaciones Exteriores y otros						3.352.776
Banco de la República - Servicio Médico						2.311.525
Instituto Nacional Penitenciario - INPEC			2.381.706			2.381.706
Plan de Saneamiento Ambiental						
DNP- Proyectos de Inversión						
COLCIENCIAS			1.903.709			1.903.709
7. GASTO DIRECTO DE LAS FAMILIAS						1.694.405.765
GASTO TOTAL NACIONAL EN SALUD	1.592.559.521	902.369.620	35.600.572	570.341.665	108.892.832	14.507.212.292
						14.507.212.292

Matriz No.2
Gasto en salud según agentes y tipos de instituciones
prestadoras de servicios
Año 2001

(Miles de pesos corrientes)

Componentes / Agentes	Prestadores	Tipos de Instituciones.			Demás usos	Total General
		Públicas	Privadas	Total		
1. SEGUROS PRIVADOS		223.123.434	716.826.769	939.950.203	232.777.118	1.172.727.321
Seguros de salud		55.609.928	236.192.704	291.802.631	0	291.802.631
Seguro obligatorio accidentes tránsito - (SOAT)		28.341.475	63.117.970	91.459.445	0	91.459.445
Medicina prepagada		139.172.032	417.516.095	556.688.127	232.777.118	789.465.245
2. SISTEMAS ESPECIALES - SSS		280.925.946	345.303.604	626.229.550	228.492.510	854.722.060
Fuerzas Militares y Policía Nacional		230.858.194	13.412.034	244.270.228	205.756.628	450.026.856
Fondo Nal. Prestaciones Sociales Magisterio		47.072.875	235.364.374	282.437.249	6.873.381	289.310.630
Empresa Colombiana de Petróleos (ECOPETROL)		2.994.877	96.527.196	99.522.073	15.862.501	115.384.574
3. ASEGURAMIENTO SISTEMA GENERAL SSS		2.532.290.377	2.545.753.016	5.078.043.393	1.781.875.999	6.859.919.391
Empresas promotoras de salud-EPS / RC		1.369.573.540	2.278.460.163	3.648.033.703	1.325.314.006	4.973.347.708
Empresas promotoras de salud Privadas - RC		406.332.947	1.709.984.484	2.116.317.431	514.080.070	2.630.397.501
Empresas promotoras de salud Públicas - RC		114.285.268	148.439.486	262.724.755	146.398.981	409.123.735
Instituto Seguros Sociales Iss-Eps		848.955.325	420.036.192	1.268.991.517	664.834.955	1.933.826.472
Entidades adaptadas al sistema SSS (EAS)		119.560.488	59.154.741	178.715.229	9.842.120	188.557.349
Administradoras del régimen subsidiado ARS		1.043.156.349	208.138.112	1.251.294.461	446.719.873	1.698.014.334
Empresas promotoras de salud - RS		492.967.122	42.866.706	535.833.829	217.049.002	752.882.831
Empresas solidarias de salud - ESS		354.599.167	106.518.085	461.117.252	186.783.727	647.900.979
Cajas de compensación familiar - CVN		195.590.059	58.753.321	254.343.380	42.887.144	297.230.524
4. MINISTERIO DE SALUD Y ENTIDADES ADSCRITAS		77.089.682		77.089.682	974.899.563	1.051.989.245
Ministerio de Salud - Direcciones		22.490.522	0	22.490.522	172.036.707	194.527.229
Superintendencia Nacional de Salud			0	0	9.359.779	9.359.779
Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta		2.129.262	0	2.129.262	3.139.185	5.268.447
Instituto Nacional de Salud - INS		10.702.895	0	10.702.895	19.402.084	30.104.979
Instituto Nacional de Cancerología - INC		31.192.680	0	31.192.680	17.045.524	48.238.204
Sanatorio de Contratación		1.491.720	0	1.491.720	4.169.509	5.661.229
Sanatorio de Agua de Dios		5.072.231	0	5.072.231	11.426.997	16.499.228
Inst. Nal. Vigilancia Medicamentos y Alimentos -INVIMA			0	0	16.472.990	16.472.990
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar		3.534.372	0	3.534.372	709.627.463	713.161.835
Fondo Nacional de Estupefacientes		476.000	0	476.000	2.483.588	2.959.588
Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA)			0		5.505.076	5.505.076
Empresa Territorial para la Salud - ETESA		0	0	0	4.230.662	4.230.662
5. ENTES TERRITORIALES		1.690.160.341	0	1.690.160.341	1.173.338.453	2.863.498.794
Direcciones seccionales y locales de salud - DSLS		206.849.467	0	206.849.467	560.674.614	767.524.081
Hospitales públicos (subsidios a la oferta y PAB)		1.483.310.874	0	1.483.310.874	612.663.839	2.095.974.713
6. OTRAS DEPENDENCIAS Y PROGRAMAS OFICIALES		3.752.923	535.642	4.288.565	5.661.151	9.949.716
7. GASTO DIRECTO DE LAS FAMILIAS		757.399.377	937.006.388	1.694.405.765	0	1.694.405.765
GASTO TOTAL NACIONAL EN SALUD		5.564.742.081	4.545.425.418	10.110.167.500	4.397.044.794	14.507.212.293



Matriz No.3

Gasto en salud según agentes y tipos de servicios de salud Año 2001

(Miles de pesos corrientes)

Componentes / Agentes	Tipos de servicios		Recursos Agentes		Prevención y promoción
	Ambulatorio	Hospitalario	Total	Personas	
1. SEGUROS PRIVADOS	571.241.080	366.687.230	937.928.310	2.021.894	
Seguros de salud	175.081.579	116.721.053	291.802.631		
Seguro obligatorio accidentes tránsito - (SOAT)	54.875.667	36.583.778	91.459.446		
Medicina prepagada	341.283.833	213.382.400	554.666.233	2.021.894	
2. SISTEMAS ESPECIALES - SSS	399.078.005	210.998.196	610.076.201	16.153.349	
Fuerzas Militares y Policía Nacional	150.226.190	87.937.282	238.163.472	6.106.756	
Fondo Nal. Prestaciones Sociales Magisterio	182.172.026	93.204.292	275.376.318	7.060.931	
Empresa Colombiana de Petróleos (Ecopetrol)	66.679.789	29.856.622	96.536.411	2.985.662	
3. ASEGURAMIENTO SISTEMA GENERAL SSS	2.628.752.559	1.922.192.305	4.550.944.864	527.098.529	
Empresas promotoras de salud - EPS / RC	1.859.618.119	1.399.552.431	3.259.170.550	388.863.153	
Empresas promotoras de salud Privadas - RC	1.229.580.427	546.009.897	1.775.590.325	340.727.106	
Empresas promotoras de salud Públicas - RC	152.643.082	67.782.987	220.426.069	42.298.686	
Instituto Seguros Sociales ISS - EPS	477.394.609	785.759.547	1.263.154.156	5.837.361	
Entidades adaptadas al sistema SSS (EAS)	69.660.837	104.707.524	174.368.361	4.346.868	
Administradoras del régimen subsidiado ARS	699.473.604	417.932.350	1.117.405.954	133.888.507	
Empresas promotoras de salud - RS	299.531.110	178.968.499	478.499.609	57.334.220	
Empresas solidarias de salud - ESS	257.764.544	154.013.162	411.777.706	49.339.546	
Cajas de compensación familiar - CVN	142.177.949	84.950.689	227.128.638	27.214.742	
4. MINISTERIO DE SALUD Y ENTIDADES ADSCRITAS	27.248.144	28.507.804	55.755.948	18.167.957	
Ministerio de Salud - Direcciones			0	16.418.081	
Superintendencia Nacional de Salud					
Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta	2.126.131		2.126.131	3.131	
Instituto Nacional de Salud - INS	12.917.144		12.917.144	692.415	
Instituto Nacional de Cancerología - INC	7.614.697	23.465.698	31.080.395	112.285	
Sanatorio de Contratación	858.798	621.888	1.480.686	11.034	
Sanatorio de Agua de Dios	2.671.062	1.946.158	4.617.220	455.011	
Inst. Nal. Vigilancia Medicamentos y Alimentos -INVIMA					
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar	1.060.312	2.474.060	3.534.372	0	
Fondo Nacional de Estupefacientes			0	476.000	
Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga)			0		
Empresa Territorial para la Salud -ETESA			0		
5. ENTES TERRITORIALES	942.204.954	495.705.257	1.437.910.211	137.261	
Direcciones seccionales y locales de salud - DSLS	5.382.967	0	5.382.967		
Hospitales públicos (subsidiados a la oferta y PAB)	936.821.987	495.705.257	1.432.527.244	137.261	
6. OTRAS DEPENDENCIAS Y PROGRAMAS OFICIALES	2.998.769	1.289.796	4.288.565		
7. GASTO DIRECTO DE LAS FAMILIAS	1.397.884.756	296.521.009	1.694.405.765		
GASTO TOTAL NACIONAL EN SALUD	5.969.408.267	3.321.901.598	9.291.309.865	563.578.989	

(Continúa)

(Continuación Matriz 3, Año 2001)

Componentes / Agentes	Tipos de servicios			Demás usos	Total general
	Prevención y promoción				
	Comunidad	Medio	Total		
1. SEGUROS PRIVADOS			2.021.894	232.777.118	1.172.727.322
Seguros de salud					291.802.631
Seguro obligatorio accidentes tránsito - SOAT					91.459.446
Medicina prepagada			2.021.894	232.777.118	789.465.245
2. SISTEMAS ESPECIALES - SSS			16.153.349	228.492.510	854.722.060
Fuerzas Militares y Policía Nacional			6.106.756	205.756.628	450.026.856
Fondo Nal. Prestaciones Sociales Magisterio			7.060.931	6.873.381	289.310.630
Empresa Colombiana de Petróleos (Ecopetrol)			2.985.662	15.862.501	115.384.574
3. ASEGURAMIENTO SISTEMA GENERAL SSS			527.098.529	1.781.875.998	6.859.919.391
Empresas promotoras de salud - EPS / RC			388.863.153	1.325.314.006	4.973.347.708
Empresas promotoras de salud Privadas - RC			340.727.106	514.080.070	2.630.397.501
Empresas promotoras de salud Públicas - RC			42.298.686	146.398.981	409.123.735
Instituto Seguros Sociales ISS - EPS			5.837.361	664.834.955	1.933.826.472
Entidades adaptadas al sistema SSS (EAS)			4.346.868	9.842.119	188.557.349
Administradoras del régimen subsidiado ARS			133.888.507	446.719.873	1.698.014.334
Empresas promotoras de salud - RS			57.334.220	217.049.002	752.882.831
Empresas solidarias de salud - ESS			49.339.546	186.783.72	647.900.979
Cajas de compensación familiar - CVN			27.214.742	42.887.144	297.230.524
4. MINISTERIO DE SALUD Y ENTIDADES ADSCRITAS	7.216.430	0	25.384.387	970.848.910	1.051.989.245
Ministerio de Salud - Direcciones	6.072.441		22.490.522	172.036.707	194.527.229
Superintendencia Nacional de Salud				9.359.779	9.359.779
Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta			3.131	3.139.185	5.268.447
Instituto Nacional de Salud - INS	1.143.989		1.836.404	15.351.431	30.104.979
Instituto Nacional de Cancerología - INC			112.285	17.045.524	48.238.204
Sanatorio de Contratación			11.034	4.169.509	5.661.229
Sanatorio de Agua de Dios			455.011	11.426.997	16.499.228
Inst. Nal. Vigilancia Medicamentos y Alimentos -INVIMA				16.472.990	16.472.990
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar			0	709.627.463	713.161.835
Fondo Nacional de Estupefacientes			476.000	2.483.588	2.959.588
Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga)			0	5.505.076	5.505.076
Empresa Territorial para la Salud -ETESA			0	4.230.662	4.230.662
5. ENTES TERRITORIALES	214.295.939	37.816.930	252.250.130	1.173.338.453	2.863.498.794
Direcciones seccionales y locales de salud - DSLS	171.246.525	30.219.975	201.466.500	560.674.614	767.524.081
Hospitales públicos (subsidios a la oferta y PAB)	43.049.414	7.596.955	50.783.630	612.663.839	2.095.974.713
6. OTRAS DEPENDENCIAS Y PROGRAMAS OFICIALES			0	5.661.151	9.949.716
7. GASTO DIRECTO DE LAS FAMILIAS			0		1.694.405.765
GASTO TOTAL NACIONAL EN SALUD	221.512.369	37.816.930	822.908.288	4.392.994.141	14.507.212.294

Matriz No.4
Gasto en salud según agentes y categorías de gasto
Año 2001

(Miles de pesos corrientes)

Componentes / Agentes	Categorías	Administración	Inversión		
			Infraestructura y dotación	Investigación	Capacitación
1. SEGUROS PRIVADOS		129.033.600			
Seguros de salud					
Seguro obligatorio accidentes tránsito - (SOAT)					
Medicina prepagada		129.033.600			
2. SISTEMAS ESPECIALES - SSS		202.303.659	23.833.986		
Fuerzas Militares y Policía Nacional		180.342.838	23.833.986		
Fondo Nal. Prestaciones Sociales Magisterio		6.098.320			
Empresa Colombiana de Petróleos (Ecopetrol)		15.862.501			
3. ASEGURAMIENTO SISTEMA GENERAL SSS		947.986.854			
Empresas promotoras de salud - EPS / RC		794.040.403			
Empresas promotoras de salud privadas - RC		362.475.396			
Empresas promotoras de salud públicas - RC		115.823.205			
Instituto Seguros Sociales ISS - EPS		315.741.802			
Entidades adaptadas al sistema SSS (EAS)		8.506.482			
Administradoras del régimen subsidiado ARS		145.439.970			
Empresas promotoras de salud - RS		68.688.394			
Empresas solidarias de salud - ESS		59.110.496			
Cajas de compensación familiar - CVN		17.641.080			
4. MINISTERIO DE SALUD Y ENTIDADES ADSCRITAS		77.641.738	26.845.962	8.956.922	7.860.794
Ministerio de Salud - Direcciones		18.319.524	18.298.523	7.840.000	7.728.596
Superintendencia Nacional de Salud		8.144.837		0	0
Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta		1.199.230	390.872	31.311	22.440
Instituto Nacional de Salud - INS		3.067.524	1.766.112	485.962	0
Instituto Nacional de Cancerología - INC		12.152.857	833.325	295.722	0
Sanatorio de Contratación		684.481	0	0	0
Sanatorio de Agua de Dios		1.208.055	0	0	0
Inst. Nal. Vigilancia Medicamentos y Alimentos -INVIMA		3.959.137	5.557.130	303.927	109.758
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar		22.723.839			
Fondo Nacional de Estupefacientes		2.477.912	0	0	0
Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA)					
Empresa Territorial para la Salud -ETESA		3.704.342	0	0	0
5. ENTES TERRITORIALES		708.507.836	226.069.187	0	0
Direcciones seccionales y locales de salud - DSLS		166.628.782	200.270.835	0	0
Hospitales públicos (subsidios a la oferta y PAB)		541.879.054	25.798.352		
6. OTRAS DEPENDENCIAS Y PROGRAMAS OFICIALES		288.940	0	1.903.707	0
Ministerio de Relaciones Exteriores y otros					
Banco de la República - Servicio Médico		288.940			
Instituto Nacional Penitenciario - INPEC					
Plan de saneamiento ambiental					
DNP - Proyectos de Inversión					
COLCIENCIAS				1.903.707	
7. GASTO DIRECTO DE LAS FAMILIAS					
GASTO TOTAL NACIONAL EN SALUD		2.065.762.627	276.749.135	10.860.629	7.860.794

(Continúa)

Matriz No.1

Gasto en salud según agentes y fuentes de financiación Año 2002

(Miles de pesos corrientes)

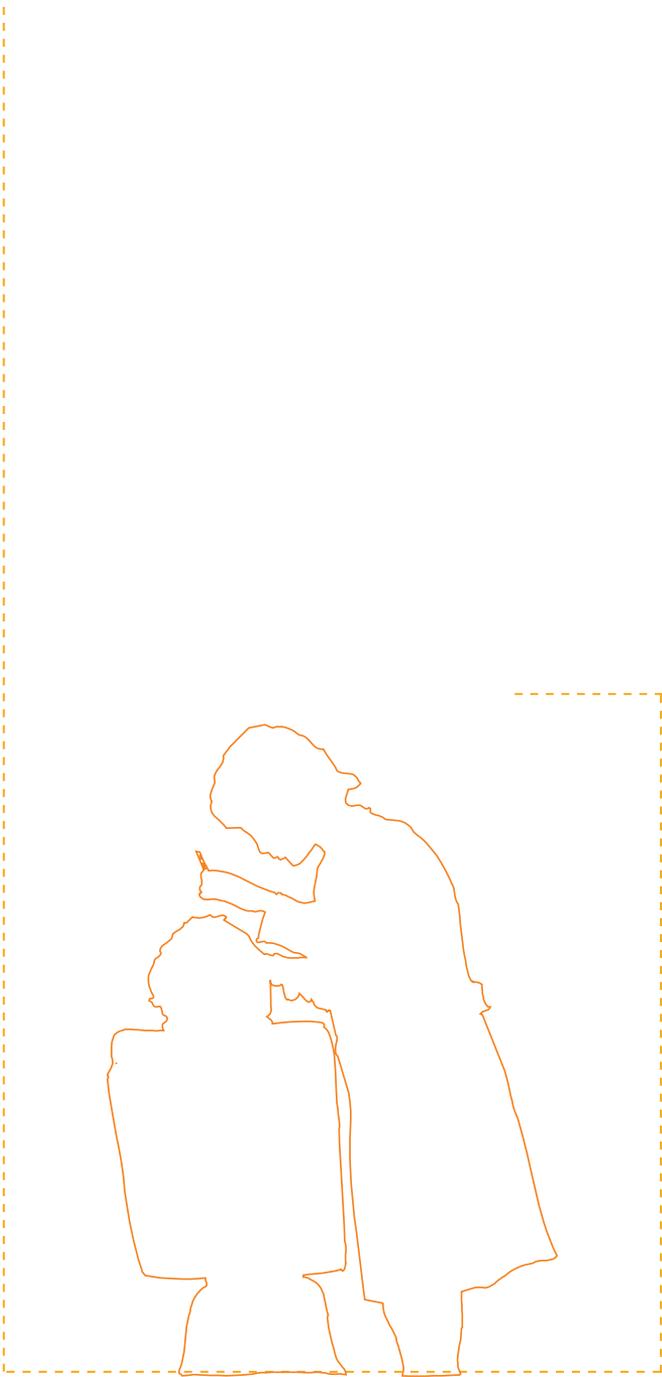
Componentes / Agentes	Fuentes de financiación		Recursos Agentes		Presupuesto general de la nación PGN	
	Familias	Empresas	Propios	Patrimonio	Obligación patronal	Partidas presupuesto
1. SEGUROS PRIVADOS	697.607.375	508.052.131	30.161.265	-23.964.718		
Seguros de salud	143.139.212	75.393.936				
Seguro obligatorio accidentes tránsito - (SOAT)	72.708.203	35.811.503				
Medicina prepagada	481.759.960	396.846.692	30.161.265	-23.964.718		
2. SISTEMAS ESPECIALES - SSS	223.571.387		15.569.692		485.683.333	153.199.367
Fuerzas Militares y Policía Nacional	84.425.293		15.569.692		211.423.781	153.199.367
Fondo Nal. Prestaciones Sociales Magisterio	139.146.094				141.957.126	
Empresa Colombiana de Petróleos (Ecopetrol)					132.302.425	
3. ASEGURAMIENTO SISTEMA GENERAL SSS	2.353.751.185	2.749.318.129	294.736.652	362.794.361		167.270.645
Empresas promotoras de salud - EPS / RC	2.127.430.114	2.416.219.467	183.666.455	362.794.361		
Empresas promotoras de salud Privadas - RC	1.370.374.977	1.603.155.891	79.539.463	-12.052.947		
Empresas promotoras de salud Públicas - RC	93.483.175	112.084.020	19.837.111	17.331.101		
Instituto Seguros Sociales ISS-EPS	663.571.962	700.979.556	84.289.881	357.516.207		
Entidades adaptadas al sistema SSS (EAS)	52.531.311	0	37.565.724			88.840.936
Administradoras del régimen subsidiado ARS	173.789.760	333.098.662	73.504.472			78.429.708
Empresas promotoras de salud - RS	66.387.425	127.243.185	28.078.597			29.960.030
Empresas solidarias de salud - ESS	76.945.276	147.479.164	32.544.046			34.724.690
Cajas de compensación familiar - CVN	30.457.059	58.376.313	12.881.829			13.744.988
4. MINISTERIO DE SALUD Y ENTIDADES ADSCRITAS		763.309.252	324.209.157			432.167.968
Ministerio de Salud - Direcciones						275.357.969
Superintendencia Nacional de Salud						8.878.382
Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta			3.531.087			2.015.421
Instituto Nacional de Salud - INS			255.704			64.649.387
Instituto Nacional de Cancerología - INC			27.922.492			26.951.689
Sanatorio de Contratación			443.760			5.258.105
Sanatorio de Agua de Dios			805.249			17.165.566
Inst. Nal. Vigilancia Medicamentos y Alimentos -INVIMA			8.180.100			12.946.192
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar		763.309.252	26.094.673			8.486.469
Fondo Nacional de Estupefacientes						3.292.364
Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA)			13.241.309			
Empresa Territorial para la Salud -ETESA			243.734.783			7.166.425
5. ENTES TERRITORIALES			800.463.613			146.291.594
Direcciones seccionales y locales de salud - DSLS			200.141.631			146.291.594
Hospitales públicos (subsidios a la oferta y PAB)			600.321.982			
6. OTRAS DEPENDENCIAS Y PROGRAMAS OFICIALES	2.327.475	0	0	0	3.782.754	0
Ministerio de Relaciones Exteriores y otros					3.782.754	
Banco de la República - Servicio Médico	2.327.475					
Instituto Nacional Penitenciario - INPEC						
Plan de Saneamiento Ambiental						
DNP- Proyectos de Inversión						
COLCIENCIAS						
7. GASTO DIRECTO DE LAS FAMILIAS	1.533.929.600					
GASTO TOTAL NACIONAL EN SALUD	4.811.187.022	4.020.679.512	1.465.140.378	338.829.643	489.466.087	898.929.574

Componentes / Agentes	Fuentes de financiación		Presupuesto general de la nación PGN		Recursos entes territoriales		Total general
	Sgp	Otras partidas	Departamentos	Municipios			
1. SEGUROS PRIVADOS							1.211.856.053
Seguros de salud							218.533.148
Seguro obligatorio accidentes tránsito - (SOAT)							108.519.705
Medicina prepagada							884.803.199
2. SISTEMAS ESPECIALES - SSS							878.023.779
Fuerzas Militares y Policía Nacional							464.618.132
Fondo Nal. Prestaciones Sociales Magisterio							281.103.221
Empresa Colombiana de Petróleos (Ecopetrol)							132.302.425
3. ASEGURAMIENTO SISTEMA GENERAL SSS	1.217.547.121	2.137.804	55.863.000	13.893.633			7.217.312.529
Empresas promotoras de salud - EPS/ RC							5.090.110.397
Empresas promotoras de salud Privadas - RC							3.041.017.384
Empresas promotoras de salud Públicas - RC							242.735.407
Instituto Seguros Sociales ISS-EPS							1.806.357.606
Entidades adaptadas al sistema SSS (EAS)		2.137.804					181.075.775
Administradoras del régimen subsidiado ARS	1.217.547.121		55.863.000	13.893.633			1.946.126.357
Empresas promotoras de salud - RS	465.101.158		21.339.581	5.307.347			743.417.324
Empresas solidarias de salud - ESS	539.068.005		24.733.298	6.151.395			861.645.874
Cajas de compensación familiar - CVN	213.377.958		9.790.120	2.434.891			341.063.159
4. MINISTERIO DE SALUD Y ENTIDADES ADSCRITAS			77.757				1.519.764.135
Ministerio de Salud - Direcciones							275.357.969
Superintendencia Nacional de Salud							8.878.382
Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta							5.546.508
Instituto Nacional de Salud - INS							64.905.091
Instituto Nacional de Cancerología - INC							54.874.181
Sanatorio de Contratación				77.757			5.779.622
Sanatorio de Agua de Dios							17.970.815
Inst. Nal. Vigilancia Medicamentos y Alimentos -INVIMA							21.126.292
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar							797.890.394
Fondo Nacional de Estupefacientes							3.292.364
Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA)							13.241.309
Empresa Territorial para la Salud -ETESA							250.901.208
5. ENTES TERRITORIALES	866.737.180	298.961.788	664.048.690	257.721.276			3.034.224.140
Direcciones seccionales y locales de salud - DSLS		26.167.214	380.048.992	62.241.644			814.891.075
Hospitales públicos (subsidios a la oferta y PAB)	866.737.180	272.794.574	283.999.698	195.479.632			2.219.333.065
6. OTRAS DEPENDENCIAS Y PROGRAMAS OFICIALES	0	12.637.249	0	0			18.747.478
Ministerio de Relaciones Exteriores y otros							3.782.754
Banco de la República - Servicio Médico							2.327.475
Instituto Nacional Penitenciario - INPEC		6.216.803					6.216.803
Plan de Saneamiento Ambiental							0
DNP- Proyectos de Inversión							0
COLCIENCIAS		6.420.446					6.420.446
7. GASTO DIRECTO DE LAS FAMILIAS							1.533.929.600
GASTO TOTAL NACIONAL EN SALUD	2.084.284.301	313.736.841	719.989.447	271.614.909			15.413.857.713

Matriz No.2
Gasto en salud según agentes y tipos de instituciones
prestadoras de servicios
Año 2002

(Miles de pesos corrientes)

Componentes / Agentes	Prestadores	Tipos de instituciones			Demás usos	Total general
		Públicas	Privadas	Total		
1. SEGUROS PRIVADOS		194.973.312	592.906.629	787.879.941	423.976.112	1.211.856.053
Seguros de salud		20.323.583	86.320.593	106.644.176	111.888.972	218.533.148
Seguro obligatorio accidentes tránsito - (SOAT)		22.463.579	50.027.584	72.491.164	36.028.542	108.519.706
Medicina prepagada		152.186.150	456.558.451	608.744.601	276.058.598	884.803.199
2. SISTEMAS ESPECIALES - SSS		420.687.600	346.444.554	767.132.154	110.891.624	878.023.778
Fuerzas Militares y Policía Nacional		375.876.069	21.837.052	397.713.121	66.905.011	464.618.132
Fondo Nal. Prestaciones Sociales Magisterio		42.165.483	210.827.416	252.992.899	28.110.322	281.103.221
Empresa Colombiana de Petróleos (Ecopetrol)		2.646.049	113.780.086	116.426.134	15.876.291	132.302.425
3. ASEGURAMIENTO SISTEMA GENERAL SSS		2.668.250.372	2.807.751.773	5.476.002.144	1.749.240.833	7.217.312.530
Empresas promotoras de salud- EPS - RC		1.389.259.448	2.528.266.378	3.917.525.826	1.172.584.572	5.090.110.398
Empresas promotoras de salud Privadas - RC		478.458.030	2.013.510.876	2.491.968.906	549.048.479	3.041.017.385
Empresas promotoras de salud Públicas - RC		79.742.864	103.574.065	183.316.929	59.418.478	242.735.407
Instituto Seguros Sociales ISS-EPS		831.058.554	411.181.437	1.242.239.991	564.117.615	1.806.357.606
Entidades adaptadas al sistema SSS (EAS)		119.869.365	59.307.563	179.176.928	9.829.294	181.075.775
Administradoras del régimen subsidiado ARS		1.159.121.559	220.177.831	1.379.299.390	566.826.967	1.946.126.357
Empresas promotoras de salud - RS		599.768.884	52.153.816	651.922.700	91.494.624	743.417.324
Empresas solidarias de salud - ESS		289.019.837	86.818.703	375.838.540	485.807.334	861.645.874
Cajas de compensación familiar - CVN		270.332.838	81.205.313	351.538.150	-10.474.991	341.063.159
4. MINISTERIO DE SALUD Y ENTIDADES ADSCRITAS		318.620.238		318.620.238	331.960.826	1.519.764.134
Ministerio de Salud - Direcciones		60.578.753		60.578.753	214.779.216	275.357.969
Superintendencia Nacional de Salud					8.878.382	8.878.382
Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta		3.494.300		3.494.300	2.052.208	5.546.508
Instituto Nacional de Salud - INS		33.426.122		33.426.122	31.478.969	64.905.091
Instituto Nacional de Cancerología - INC		36.697.307		36.697.307	18.176.874	54.874.181
Sanatorio de Contratación		4.791.306		4.791.306	988.315	5.779.622
Sanatorio de Agua de Dios		12.813.191		12.813.191	5.157.624	17.970.815
Inst. Nal. Vigilancia Medicamentos y Alimentos -INVIMA					5.458.652	21.126.292
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar		165.996.167		165.996.167	25.253.715	797.890.394
Fondo Nacional de Estupefacientes		823.091		823.091	2.469.273	3.292.364
Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA)					13.241.309	13.241.309
Empresa Territorial para la Salud - ETESA					4.026.290	250.901.208
5. ENTES TERRITORIALES		1.354.587.062	0	1.354.587.062	1.679.637.079	3.034.224.141
Direcciones seccionales y locales de salud - DSLS		82.738.374	0	82.738.374	732.152.702	814.891.076
Hospitales públicos (subsidios a la oferta y PAB)		1.271.848.688	0	1.271.848.688	947.484.377	2.219.333.065
6. OTRAS DEPENDENCIAS Y PROGRAMAS OFICIALES		6.749.092	10.498.588	17.247.680	1.499.798	18.747.478
7. GASTO DIRECTO DE LAS FAMILIAS		199.410.848	1.334.518.752	1.533.929.600		1.533.929.600
GASTO TOTAL NACIONAL EN SALUD		5.163.278.524	5.092.120.295	10.255.398.818	4.297.206.273	15.413.857.714



Matriz No.3

Gasto en salud según agentes y tipos de servicios de salud Año 2002

(Miles de pesos corrientes)

Componentes / Agentes	Tipos de servicio			Prevención y promoción
	Ambulatorio	Hospitalario	Total	Personas
1. SEGUROS PRIVADOS	611.972.692	348.180.734	960.153.427	1.740.189
Seguros de salud	125.875.093	92.658.055	218.533.148	
Seguro obligatorio accidentes tránsito - (SOAT)	64.352.186	44.167.521	108.519.706	
Medicina prepagada	421.745.413	211.355.159	633.100.572	1.740.189
2. SISTEMAS ESPECIALES - SSS	488.899.858	185.769.884	674.669.742	20.709.226
Fuerzas Militares y Policía Nacional	187.288.661	109.632.387	296.921.048	7.613.360
Fondo Nal. Prestaciones Sociales Magisterio	223.396.233	41.115.871	264.512.104	9.593.703
Empresa Colombiana de Petróleos (Ecopetrol)	78.214.964	35.021.626	113.236.590	3.502.163
3. ASEGURAMIENTO SISTEMA GENERAL SSS	2.161.641.248	2.621.417.280	4.783.058.529	937.802.039
Empresas promotoras de salud- EPS / RC	1.921.382.293	1.605.836.008	3.527.218.301	390.307.525
Empresas promotoras de salud Privadas - RC	1.390.518.650	757.558.547	2.148.077.197	343.891.709
Empresas promotoras de salud Públicas - RC	102.290.846	55.728.346	158.019.193	25.297.736
Instituto Seguros Sociales ISS - EPS	428.572.797	792.549.114	1.221.121.911	21.118.080
Entidades adaptadas al sistema SSS (EAS)	67.130.186	100.938.717	168.068.903	1.975.561
Administradoras del régimen subsidiado ARS	173.128.769	914.642.556	1.087.771.325	545.518.953
Empresas promotoras de salud - RS	62.096.162	328.055.197	390.151.359	195.661.492
Empresas solidarias de salud - ESS	78.433.925	414.367.907	492.801.832	247.140.859
Cajas de compensación familiar - CVN	32.598.682	172.219.452	204.818.134	102.716.602
4. MINISTERIO DE SALUD Y ENTIDADES ADSCRITAS	24.326.654	33.774.647	58.101.301	3.672.959
Ministerio de Salud - Direcciones	1.012.105	0	1.012.105	930.420
Superintendencia Nacional de Salud			0	
Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta	2.206.079	0	2.206.079	3.585
Instituto Nacional de Salud - INS	8.442.915	0	8.442.915	1.988.255
Instituto Nacional de Cancerología - INC	7.866.809	28.553.603	36.420.412	276.895
Sanatorio de Contratación	820.630	547.086	1.367.716	993
Sanatorio de Agua de Dios	2.873.164	1.915.442	4.788.606	472.811
Inst. Nal. Vigilancia Medicamentos y Alimentos -INVIMA	0	0	0	0
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar	1.104.952	2.758.516	3.863.468	0
Fondo Nacional de Estupefacientes	0	0	0	
Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA)				
Empresa Territorial para la Salud -ETESA				
5. ENTES TERRITORIALES	783.250.059	418.668.904	1.201.918.964	0
Direcciones seccionales y locales de salud - DSLS	5.722.094		5.722.094	
Hospitales públicos (subsidios a la oferta y PAB)	777.527.965	418.668.904	1.196.196.870	
6. OTRAS DEPENDENCIAS Y PROGRAMAS OFICIALES	2.903.037	1.563.174	4.466.211	
7. GASTO DIRECTO DE LAS FAMILIAS	1.096.759.664	437.169.936	1.533.929.600	
GASTO TOTAL NACIONAL EN SALUD	5.169.753.213	4.046.544.560	9.216.297.773	963.924.413

(Continúa)

(Continuación Matriz 3, Año 2002)

Componentes / Agentes	Tipos de servicio			Demás usos	Total General
	Comunidad	Medio	Total		
1. SEGUROS PRIVADOS			1.740.189	249.962.438	1.211.856.054
Seguros de salud					218.533.148
Seguro obligatorio accidentes tránsito - (SOAT)					108.519.706
Medicina prepagada			1.740.189	249.962.438	884.803.199
2. SISTEMAS ESPECIALES - SSS			20.709.226	182.644.810	878.023.778
Fuerzas Militares y Policía Nacional			7.613.360	160.083.724	464.618.132
Fondo Nal. Prestaciones Sociales Magisterio			9.593.703	6.997.413	281.103.221
Empresa Colombiana de Petróleos (Ecopetrol)			3.502.163	15.563.673	132.302.425
3. ASEGURAMIENTO SISTEMA GENERAL SSS			937.802.039	1.496.451.963	7.217.312.530
Empresas promotoras de salud- EPS / RC			390.307.525	1.172.584.572	5.090.110.398
Empresas promotoras de salud Privadas - RC			343.891.709	549.048.479	3.041.017.385
Empresas promotoras de salud Públicas - RC			25.297.736	59.418.478	242.735.407
Instituto Seguros Sociales ISS - EPS			21.118.080	564.117.615	1.806.357.606
Entidades adaptadas al sistema SSS (EAS)			1.975.561	11.031.312	181.075.775
Administradoras del régimen subsidiado ARS			545.518.953	312.836.079	1.946.126.357
Empresas promotoras de salud - RS			195.661.492	157.604.473	743.417.324
Empresas solidarias de salud - ESS			247.140.859	121.703.183	861.645.874
Cajas de compensación familiar - CVN			102.716.602	33.528.423	341.063.159
4. MINISTERIO DE SALUD Y ENTIDADES ADSCRITAS	50.411.786	0	54.084.745	1.407.578.088	1.519.764.134
Ministerio de Salud - Direcciones	924.601		1.855.021	272.490.843	275.357.969
Superintendencia Nacional de Salud			0	8.878.382	8.878.382
Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta			3.585	3.336.844	5.546.508
Instituto Nacional de Salud - INS	49.279.443		51.267.698	5.194.478	64.905.091
Instituto Nacional de Cancerología - INC			276.895	18.176.874	54.874.181
Sanatorio de Contratación			993	4.410.913	5.779.622
Sanatorio de Agua de Dios			472.811	12.709.398	17.970.815
Inst. Nal. Vigilancia Medicamentos y Alimentos -INVIMA			0	21.126.292	21.126.292
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar			0	794.026.926	797.890.394
Fondo Nacional de Estupefacientes	207.742		207.742	3.084.622	3.292.364
Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA)				13.241.309	13.241.309
Empresa Territorial para la Salud -ETESA				250.901.208	250.901.208
5. ENTES TERRITORIALES	141.320.325	11.347.773	152.668.098	1.679.637.079	3.034.224.141
Direcciones seccionales y locales de salud - DSLS	77.016.280		77.016.280	732.152.702	814.891.076
Hospitales públicos (subsidios a la oferta y PAB)	64.304.045	11.347.773	75.651.818	947.484.377	2.219.333.065
6. OTRAS DEPENDENCIAS Y PROGRAMAS OFICIALES			0	14.281.267	18.747.478
7. GASTO DIRECTO DE LAS FAMILIAS					1.533.929.600
GASTO TOTAL NACIONAL EN SALUD	191.732.111	11.347.773	1.167.004.297	5.030.555.645	15.413.857.715

Matriz No.4

Gasto en salud según agentes y categorías de gasto Año 2002

(Miles de pesos corrientes)

Componentes / Agentes	Categorías	Administración	Inversión		
			Infraestructura y dotación	Investigación	Capacitación
1. SEGUROS PRIVADOS		148.523.722			
Seguros de salud					
Seguro obligatorio accidentes tránsito - (SOAT)					
Medicina prepagada		148.523.722			
2. SISTEMAS ESPECIALES - SSS		164.609.523	14.450.215		
Fuerzas Militares y Policía Nacional		143.127.420	14.450.215		
Fondo Nal. Prestaciones Sociales Magisterio		5.918.430			
Empresa Colombiana de Petróleos (Ecopetrol)		15.563.673			
3. ASEGURAMIENTO SISTEMA GENERAL SSS		1.113.563.202			
Empresas promotoras de salud- EPS / RC		837.478.384			
Empresas promotoras de salud Privadas - RC		366.039.942			
Empresas promotoras de salud Públicas - RC		51.234.746			
Instituto Seguros Sociales ISS - EPS		420.203.696			
Entidades adaptadas al sistema SSS (EAS)		8.597.196			
Administradoras del régimen subsidiado ARS		267.487.622			
Empresas promotoras de salud - RS		112.256.016			
Empresas solidarias de salud - ESS		121.703.183			
Cajas de compensación familiar - CVN		33.528.423			
4. MINISTERIO DE SALUD Y ENTIDADES ADSCRITAS		100.767.646	140.193.545	7.126.966	8.996.102
Ministerio de Salud - Direcciones		19.439.389	136.587.734	6.000.000	8.672.732
Superintendencia Nacional de Salud		8.711.292	0	0	0
Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta		1.274.704	415.703	33.067	23.620
Instituto Nacional de Salud - INS		3.517.442	0	492.422	0
Instituto Nacional de Cancerología - INC		13.371.094	499.768	601.477	0
Sanatorio de Contratación		678.112	0	0	0
Sanatorio de Agua de Dios		1.284.433	0	0	0
Inst. Nal. Vigilancia Medicamentos y Alimentos -INVIMA		4.265.312	2.690.340	0	299.750
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar		24.521.451	0	0	0
Fondo Nacional de Estupefacientes		3.078.195	0	0	0
Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA)		13.241.309			
Empresa Territorial para la Salud -ETESA		7.384.913	0	0	0
5. ENTES TERRITORIALES		807.384.686	519.678.225	0	0
Direcciones seccionales y locales de salud - DSLS		177.126.396	329.310.106		
Hospitales públicos (subsidios a la oferta y PAB)		630.258.291	190.368.119		
6. OTRAS DEPENDENCIAS Y PROGRAMAS OFICIALES		290.934	0	6.420.446	0
Ministerio de Relaciones Exteriores y otros					
Banco de la República - Servicio Médico		290.934			
Instituto Nacional Penitenciario - INPEC					
Plan de Saneamiento Ambiental					
DNP - Proyectos de Inversión					
COLCIENCIAS				6.420.446	
7. GASTO DIRECTO DE LAS FAMILIAS					
GASTO TOTAL NACIONAL EN SALUD		2.335.139.713	674.321.986	13.547.412	8.996.102

(Continúa)

(Continuación Matriz 4, Año 2002)

Componentes / Agentes	Categorías		Inversión		Atención en salud	Demás usos	Total general
	Otros	Total	Otros	Total			
1. SEGUROS PRIVADOS					961.893.616	101.438.716	1.211.856.054
Seguros de salud					218.533.148		218.533.148
Seguro obligatorio accidentes tránsito - (SOAT)					108.519.706		108.519.706
Medicina prepagada					634.840.761	101.438.716	884.803.199
2. SISTEMAS ESPECIALES - SSS		14.450.215			695.378.968	3.585.071	878.023.778
Fuerzas Militares y Policía Nacional		14.450.215			304.534.408	2.506.088	464.618.132
Fondo Nal. Prestaciones Sociales Magisterio					274.105.808	1.078.983	281.103.221
Empresa Colombiana de Petróleos (Ecopetrol)					116.738.753		132.302.425
3. ASEGURAMIENTO SISTEMA GENERAL SSS					5.720.860.568	382.888.761	7.217.312.530
Empresas promotoras de salud- EPS / RC					3.917.525.826	335.106.188	5.090.110.398
Empresas promotoras de salud Privadas - RC					2.491.968.906	183.008.537	3.041.017.385
Empresas promotoras de salud Públicas - RC					183.316.929	8.183.732	242.735.407
Instituto Seguros Sociales ISS - EPS					1.242.239.991	143.913.919	1.806.357.606
Entidades adaptadas al sistema SSS (EAS)		0			170.044.463	2.434.116	181.075.775
Administradoras del régimen subsidiado ARS					1.633.290.278	45.348.457	1.946.126.357
Empresas promotoras de salud - RS					585.812.851	45.348.457	743.417.324
Empresas solidarias de salud - ESS					739.942.691	0	861.645.874
Cajas de compensación familiar - CVN					307.534.736	0	341.063.159
4. MINISTERIO DE SALUD Y ENTIDADES ADSCRITAS	851.579.647	1.007.896.261			112.186.046	298.914.181	1.519.764.134
Ministerio de Salud - Direcciones	77.092.166	228.352.632			2.867.126	24.698.822	275.357.969
Superintendencia Nacional de Salud	132.738	132.738			0	34.352	8.878.382
Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta	0	472.390			2.209.664	1.589.750	5.546.508
Instituto Nacional de Salud - INS	1.059.803	1.552.225			59.710.613	124.811	64.905.091
Instituto Nacional de Cancerología - INC	0	1.101.245			36.697.307	3.704.535	54.874.181
Sanatorio de Contratación	0	0			1.368.709	3.732.801	5.779.622
Sanatorio de Agua de Dios	0	0			5.261.417	11.424.965	17.970.815
Inst. Nal. Vigilancia Medicamentos y Alimentos -INVIMA	3.789.466	6.779.556			0	10.081.424	21.126.292
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar	769.505.475	769.505.475			3.863.468	0	797.890.394
Fondo Nacional de Estupefacientes	0	0			207.742	6.427	3.292.364
Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA)					0		13.241.309
Empresa Territorial para la Salud -ETESA	0	0			0	243.516.295	250.901.208
5. ENTES TERRITORIALES	0	519.678.225			1.354.587.062	352.574.167	3.034.224.141
Direcciones seccionales y locales de salud - DSLS		329.310.106			82.738.374	225.716.200	814.891.076
Hospitales públicos (subsidios a la oferta y PAB)		190.368.119			1.271.848.688	126.857.967	2.219.333.065
6. OTRAS DEPENDENCIAS Y PROGRAMAS OFICIALES	3.670.759	10.091.205			4.466.211	3.899.128	18.747.478
Ministerio de Relaciones Exteriores y otros						3.782.754	3.782.754
Banco de la República - Servicio Médico					1.920.167	116.374	2.327.475
Instituto Nacional Penitenciario - INPEC	3.670.759	3.670.759			2.546.044		6.216.803
Plan de Saneamiento Ambiental							0
DNP - Proyectos de Inversión							0
COLCIENCIAS		6.420.446					6.420.446
7. GASTO DIRECTO DE LAS FAMILIAS					1.533.929.600		1.533.929.600
GASTO TOTAL NACIONAL EN SALUD	855.250.406	1.552.115.907			10.383.302.070	1.143.300.025	15.413.857.715

Matriz No.1

Gasto en salud según agentes y fuentes de financiación
Año 2003

(Miles de pesos corrientes)

Componentes/ Agentes	Fuentes de financiación		Recursos agentes		Presupuesto general de la nación PGN
	Familias	Empresas	Propios	Patrimonio	Obligación patronal
1. SEGUROS PRIVADOS	996.413.963	309.064.811	179.873.870	-12.896.044	
Seguros de salud	233.500.147	122.988.627			
Seguro obligatorio accidentes tránsito - (SOAT)	77.588.793	56.508.195			
Medicina prepagada	685.325.022	129.567.989	179.873.870	-12.896.044	
2. SISTEMAS ESPECIALES - SSS	376.909.566		52.670.148		498.634.015
Fuerzas Militares y Policía Nacional	164.885.824		52.670.148		239.972.381
Fondo Nal. Prestaciones Sociales Magisterio	212.023.742				127.875.638
Empresa Colombiana de Petróleos (Ecopetrol)					130.785.996
3. ASEGURAMIENTO SISTEMA GENERAL SSS	2.323.581.140	2.881.592.673	724.811.730	1.372.929.179	
Empresas promotoras de salud - EPS / RC	2.146.449.650	2.601.779.107	664.900.052	1.244.529.741	
Empresas promotoras de salud Privadas - RC	1.616.208.880	1.971.888.209	172.279.589	42.303.164	
Empresas promotoras de salud Públicas - RC	20.659.603	13.295.483	95.175.917	12.315.725	
Instituto Seguros Sociales ISS - EPS	509.581.167	616.595.415	397.444.546	1.189.910.853	
Entidades adaptadas al sistema SSS (EAS)	49.471.492		35.312.410		
Administradoras del régimen subsidiado ARS	127.659.998	279.813.566	24.599.268	128.399.438	
Empresas promotoras de salud - RS	60.310.648	109.127.855	717.193	-23.635.597	
Empresas solidarias de salud - ESS	50.264.795	91.229.648	8.946.872	153.176.278	
Cajas de compensación familiar - CVN	17.084.555	79.456.063	14.935.203	-1.141.243	
4. MINISTERIO DE SALUD Y ENTIDADES ADSCRITAS		817.914.908	121.450.109		
Ministerio de Salud - Direcciones					
Superintendencia Nacional de Salud			6.827.849		
Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta			5.759.249		
Instituto Nacional de Salud - INS			2.080.588		
Instituto Nacional de Cancerología - INC			36.056.605		
Sanatorio de Contratación			2.093.772		
Sanatorio de Agua de Dios			865.698		
Inst. Nal. Vigilancia Medicamentos y Alimentos -INVIMA			14.163.432		
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar		817.914.908	27.961.434		
Fondo Nacional de Estupefacientes					
Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA)			19.700.844		
Empresa Territorial para la Salud -ETESA			5.940.638		
5. ENTES TERRITORIALES			1.036.085.384		
Direcciones seccionales y locales de salud - DSLS			270.820.734		
Hospitales públicos (subsidios a la oferta y PAB)			765.264.650		
6. OTRAS DEPENDENCIAS Y PROGRAMAS OFICIALES	2.606.772	0	0	0	3.782.754
Ministerio de Relaciones Exteriores y otros					3.782.754
Banco de la República - Servicio Médico	2.606.772				
Instituto Nacional Penitenciario - INPEC					
Plan de Saneamiento Ambiental					
Dnp - Proyectos de Inversión					
COLCIENCIAS					
7. GASTO DIRECTO DE LAS FAMILIAS	1.314.764.384				
GASTO TOTAL NACIONAL EN SALUD	5.014.275.826	4.008.572.392	2.114.891.241	1.360.033.135	502.416.769
				3.474.924.376	

(Continúa)

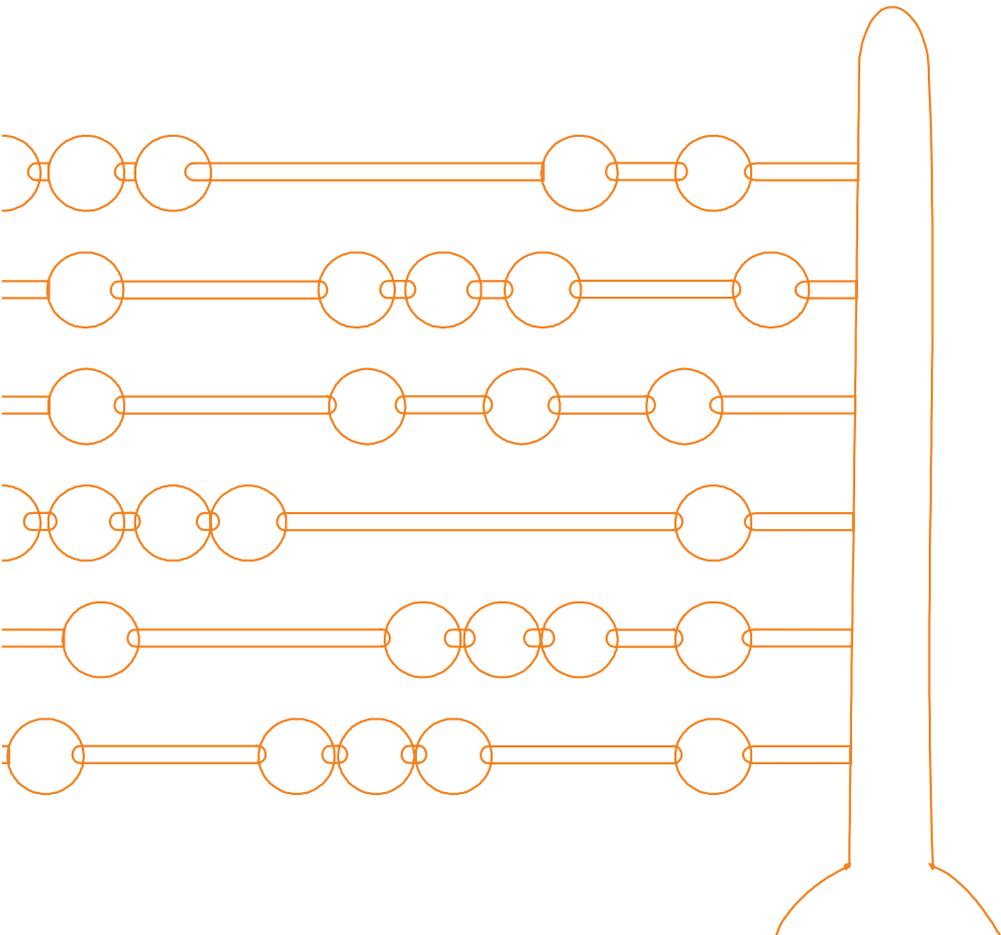
(Continuación Matriz 1, Año 2003)

Componentes/ Agentes	Presupuesto general de la nación PGN			Recursos entes territoriales		Total general
	Partidas presupuesto	SGP	Otras partidas	Departamentos	Municipios	
1. SEGUROS PRIVADOS						1.472.456.600
Seguros de salud						356.488.775
Seguro obligatorio accidentes tránsito - (SOAT)						134.096.988
Medicina prepagada						981.870.837
2. SISTEMAS ESPECIALES - SSS	28.930.807					957.144.536
Fuerzas Militares y Policía Nacional	28.930.807					486.459.160
Fondo Nal. Prestaciones Sociales Magisterio						339.899.380
Empresa Colombiana de Petróleos (Ecopetrol)						130.785.996
3. ASEGURAMIENTO SISTEMA GENERAL SSS	152.579.488	1.155.361.807	100.699.920	0	47.219.652	8.758.775.590
Empresas promotoras de salud - EPS / RC						6.657.658.550
Empresas promotoras de salud Privadas - RC						3.802.679.842
Empresas promotoras de salud Públicas - RC						141.446.728
Instituto Seguros Sociales ISS - EPS						2.713.531.981
Entidades adaptadas al sistema SSS (EAS)	83.760.354		2.047.096			170.591.353
Administradoras del régimen subsidiado ARS	68.819.134	1.155.361.807	98.652.824	0	47.219.652	1.930.525.687
Empresas promotoras de salud - RS	32.157.786	539.877.152	46.098.465	0	22.064.786	786.718.289
Empresas solidarias de salud - ESS	27.430.249	460.509.454	39.321.499	0	18.821.027	849.699.821
Cajas de compensación familiar - CVN	9.231.099	154.975.201	13.232.860	0	6.333.838	294.107.577
4. MINISTERIO DE SALUD Y ENTIDADES ADSCRITAS	445.827.326		3.941.649	34.000		1.389.167.991
Ministerio de Salud - Direcciones	309.686.576					309.686.576
Superintendencia Nacional de Salud	1.120.535					7.948.384
Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta	740.607					6.499.856
Instituto Nacional de Salud - INS	79.624.774					81.705.361
Instituto Nacional de Cancerología - INC	22.787.154					58.843.759
Sanatorio de Contratación	4.307.728			34.000		6.435.500
Sanatorio de Agua de Dios	18.457.926			0		19.323.624
Inst. Nal. Vigilancia Medicamentos y Alimentos -INVIMA	0					14.163.432
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar	9.093.574					854.969.916
Fondo Nacional de Estupefacientes			3.941.649			3.941.649
Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA)						19.700.844
Empresa Territorial para la Salud -ETESA	8.452					5.949.090
5. ENTES TERRITORIALES	311.851.704	1.237.381.132	0	704.019.954	293.489.013	3.582.827.187
Direcciones seccionales y locales de salud - DSLS	50.409.349	236.655.968		297.925.163	75.619.765	931.430.979
Hospitales públicos (subsidiados a la oferta y PAB)	261.442.355	1.000.725.164	0	406.094.791	217.869.248	2.651.396.208
6. OTRAS DEPENDENCIAS Y PROGRAMAS OFICIALES	0	0	20.706.278	0	0	27.095.804
Ministerio de Relaciones Exteriores y otros						3.782.754
Banco de la República - Servicio Médico						2.606.772
Instituto Nacional Penitenciario - INPEC			13.706.278			13.706.278
Plan de Saneamiento Ambiental						0
Dnp - Proyectos de Inversión						0
COLCIENCIAS			7.000.000			7.000.000
7. GASTO DIRECTO DE LAS FAMILIAS						1.314.764.384
GASTO TOTAL NACIONAL EN SALUD	939.189.324	2.392.742.939	125.347.847	704.053.954	340.708.666	17.502.232.093
			3.959.696.879		1.044.762.620	17.502.232.093

Matriz No.2
Gasto en salud según agentes y tipos de instituciones
prestadoras de servicios
Año 2003

(Miles de pesos corrientes)

Componentes / Agentes	Tipos de instituciones			Demás usos	Total general
	Públicas	Privadas	Total		
1. SEGUROS PRIVADOS	193.767.185	990.515.817	1.184.283.002	288.173.598	1.472.456.600
Seguros de salud	42.778.653	313.710.122	356.488.775		356.488.775
Seguro obligatorio accidentes tránsito - (SOAT)	46.933.946	87.163.042	134.096.988		134.096.988
Medicina prepagada	104.054.586	589.642.653	693.697.239	288.173.598	981.870.837
2. SISTEMAS ESPECIALES - SSS	274.080.841	480.950.348	755.031.190	202.113.346	957.144.536
Fuerzas Militares y Policía Nacional	262.341.878	46.295.626	308.637.504	177.821.656	486.459.160
Fondo Nal. Prestaciones Sociales Magisterio	8.264.238	322.305.299	330.569.537	9.329.843	339.899.380
Empresa Colombiana de Petróleos (Ecopetrol)	3.474.724	112.349.424	115.824.148	14.961.848	130.785.996
3. ASEGURAMIENTO SISTEMA GENERAL SSS	3.811.291.103	2.489.132.602	6.300.423.705	2.458.351.886	8.758.775.591
Empresas promotoras de salud- EPS / RC	2.031.941.037	2.308.146.116	4.340.087.153	2.317.571.398	6.657.658.551
Empresas promotoras de salud Privadas - RC	934.802.643	2.181.206.168	3.116.008.811	686.671.031	3.802.679.842
Empresas promotoras de salud Públicas - RC	16.227.991	32.947.739	49.175.730	92.270.998	141.446.728
Instituto Seguros Sociales ISS-EPS	1.080.910.403	93.992.209	1.174.902.612	1.538.629.369	2.713.531.981
Entidades adaptadas al sistema SSS (EAS)	56.064.848	104.120.432	160.185.281	10.406.073	170.591.353
Administradoras del régimen subsidiado ARS	1.723.285.217	76.866.054	1.800.151.272	130.374.415	1.930.525.687
Empresas promotoras de salud - RS	736.734.115	47.025.582	783.759.697	2.958.592	786.718.289
Empresas solidarias de salud - ESS	739.769.702	11.265.528	751.035.230	98.664.591	849.699.821
Cajas de compensación familiar - CVN	246.781.401	18.574.944	265.356.345	28.751.232	294.107.577
4. MINISTERIO DE SALUD Y ENTIDADES ADSCRITAS	132.730.385		132.730.385	1.256.437.606	1.389.167.990
Ministerio de Salud - Direcciones	3.317.320		3.317.320	306.369.256	309.686.576
Superintendencia Nacional de Salud	0		0	7.948.384	7.948.384
Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta	2.147.844		2.147.844	4.352.012	6.499.856
Instituto Nacional de Salud - INS	76.872.073		76.872.073	4.833.288	81.705.361
Instituto Nacional de Cancerología - INC	38.016.524		38.016.524	20.827.235	58.843.759
Sanatorio de Contratación	1.717.284		1.717.284	4.718.216	6.435.500
Sanatorio de Agua de Dios	5.691.787		5.691.787	13.631.837	19.323.624
Inst. Nal. Vigilancia Medicamentos y Alimentos -INVIMA	0		0	14.163.432	14.163.432
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar	4.139.853	0	4.139.853	850.830.063	854.969.916
Fondo Nacional de Estupefacientes	827.700		827.700	3.113.949	3.941.649
Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA)				19.700.844	19.700.844
Empresa Territorial para la Salud - ETESA				5.949.090	5.949.090
5. ENTES TERRITORIALES	1.628.102.392	0	1.628.102.392	1.954.724.794	3.582.827.187
Direcciones seccionales y locales de salud - DSLS	112.476.958		112.476.958	818.954.021	931.430.979
Hospitales públicos (subsidios a la oferta y PAB)	1.515.625.434		1.515.625.434	1.135.770.774	2.651.396.208
6. OTRAS DEPENDENCIAS Y PROGRAMAS OFICIALES	6.870.201	7.090.454	13.960.655	13.135.149	27.095.804
7. GASTO DIRECTO DE LAS FAMILIAS	170.919.370	1.143.845.014	1.314.764.384		1.314.764.384
GASTO TOTAL NACIONAL EN SALUD	6.217.761.476	5.111.534.237	11.329.295.713	6.172.936.379	17.502.232.092
			11.329.295.713		17.502.232.092



Matriz No.3

Gasto en salud según agentes y tipos de servicios de salud Año 2003

(Miles de pesos corrientes)

Componentes / Agentes	Tipos de servicio	Recursos Agentes			Presupuesto general de la nación
		Ambulatorio	Hospitalario	Total	Personas
1. SEGUROS PRIVADOS		876.023.834	304.790.682	1.180.814.516	3.468.486
Seguros de salud		293.782.399	62.706.375	356.488.775	
Seguro obligatorio accidentes tránsito - (SOAT)		13.409.699	120.687.289	134.096.988	
Medicina prepagada		568.831.736	121.397.017	690.228.753	3.468.486
2. SISTEMAS ESPECIALES - SSS		563.039.420	163.635.400	726.674.820	28.356.370
Fuerzas Militares y Policía Nacional		226.447.241	78.144.483	304.591.724	4.045.780
Fondo Nal. Prestaciones Sociales Magisterio		269.414.173	49.585.431	318.999.604	11.569.934
Empresa Colombiana de Petróleos (Ecopetrol)		67.178.006	35.905.486	103.083.492	12.740.656
3. ASEGURAMIENTO SISTEMA GENERAL SSS		3.286.359.876	2.363.427.576	5.649.787.452	650.636.253
Empresas promotoras de salud- EPS / RC		2.214.985.772	1.667.157.668	3.882.143.439	457.943.714
Empresas promotoras de salud Privadas - RC		1.738.732.917	947.266.679	2.685.999.595	430.009.216
Empresas promotoras de salud Públicas - RC		27.440.057	14.949.422	42.389.479	6.786.251
Instituto Seguros Sociales ISS-EPS		448.812.798	704.941.567	1.153.754.365	21.148.247
Entidades adaptadas al sistema SSS (EAS)		63.289.392	95.019.384	158.308.776	1.876.505
Administradoras del régimen subsidiado ARS		1.008.084.712	601.250.525	1.609.335.237	190.816.035
Empresas promotoras de salud - RS		438.905.430	261.775.739	700.681.169	83.078.528
Empresas solidarias de salud - ESS		420.579.729	250.845.767	671.425.496	79.609.734
Cajas de compensación familiar - CVN		148.599.553	88.629.019	237.228.572	28.127.773
4. MINISTERIO DE SALUD Y ENTIDADES ADSCRITAS		22.337.712	34.425.504	56.763.216	1.539.222
Ministerio de Salud - Direcciones		1.171.004	0	1.171.004	
Superintendencia Nacional de Salud				0	
Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta		2.143.570	0	2.143.570	4.274
Instituto Nacional de Salud - INS		5.060.969	0	5.060.969	357.173
Instituto Nacional de Cancerología - INC		9.098.190	28.497.636	37.595.826	420.697
Sanatorio de Contratación		835.549	644.749	1.480.298	236.986
Sanatorio de Agua de Dios		2.844.432	2.327.263	5.171.695	520.092
Inst. Nal. Vigilancia Medicamentos y Alimentos -INVIMA		0	0	0	0
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar		1.183.998	2.955.855	4.139.853	0
Fondo Nacional de Estupefacientes		0	0	0	
Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA)				0	
Empresa Territorial para la Salud -ETESA				0	
5. ENTES TERRITORIALES		924.488.302	493.996.936	1.418.485.238	29.655.165
Direcciones seccionales y locales de salud - DSLS		7.065.420		7.065.420	
Hospitales públicos (subsidios a la oferta y PAB)		917.422.882	493.996.936	1.411.419.818	29.655.165
6. OTRAS DEPENDENCIAS Y PROGRAMAS OFICIALES		6.313.143	7.069.535	13.382.678	577.977
7. GASTO DIRECTO DE LAS FAMILIAS		1.034.418.796	280.345.589	1.314.764.384	
GASTO TOTAL NACIONAL EN SALUD		6.712.981.082	3.647.691.221	10.360.672.303	714.233.473

(Continúa)

(Continuación Matriz 3, Año 2003)

Componentes / Agentes	Tipos de servicio			Demás usos	Total general
	Comunidad	Medio	Total		
1. SEGUROS PRIVADOS			3.468.486	288.173.598	1.472.456.600
Seguros de salud					356.488.775
Seguro obligatorio accidentes tránsito - (SOAT)					134.096.988
Medicina prepagada			3.468.486	288.173.598	981.870.837
2. SISTEMAS ESPECIALES - SSS			28.356.370	202.113.346	957.144.536
Fuerzas Militares y Policía Nacional			4.045.780	177.821.656	486.459.160
Fondo Nal. Prestaciones Sociales Magisterio			11.569.934	9.329.843	339.899.380
Empresa Colombiana de Petróleos (Ecopetrol)			12.740.656	14.961.848	130.785.996
3. ASEGURAMIENTO SISTEMA GENERAL SSS			650.636.253	2.458.351.886	8.758.775.591
Empresas promotoras de salud- EPS / RC			457.943.714	2.317.571.398	6.657.658.551
Empresas promotoras de salud Privadas - RC			430.009.216	686.671.031	3.802.679.842
Empresas promotoras de salud Públicas - RC			6.786.251	92.270.998	141.446.728
Instituto Seguros Sociales ISS-EPS			21.148.247	1.538.629.369	2.713.531.981
Entidades adaptadas al sistema SSS (EAS)			1.876.505	10.406.073	170.591.353
Administradoras del régimen subsidiado ARS			190.816.035	130.374.415	1.930.525.687
Empresas promotoras de salud - RS			83.078.528	2.958.592	786.718.289
Empresas solidarias de salud - ESS			79.609.734	98.664.591	849.699.821
Cajas de compensación familiar - CVN			28.127.773	28.751.232	294.107.577
4. MINISTERIO DE SALUD Y ENTIDADES ADSCRITAS	74.427.947	0	75.967.169	1.256.437.606	1.389.167.990
Ministerio de Salud - Direcciones	2.146.316		2.146.316	306.369.256	309.686.576
Superintendencia Nacional de Salud			0	7.948.384	7.948.384
Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta			4.274	4.352.012	6.499.856
Instituto Nacional de Salud - INS	71.453.931		71.811.104	4.833.288	81.705.361
Instituto Nacional de Cancerología - INC			420.697	20.827.235	58.843.759
Sanatorio de Contratación			236.986	4.718.216	6.435.500
Sanatorio de Agua de Dios			520.092	13.631.837	19.323.624
Inst. Nal. Vigilancia Medicamentos y Alimentos -INVIMA			0	14.163.432	14.163.432
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar			0	850.830.063	854.969.916
Fondo Nacional de Estupefacientes	827.700		827.700	3.113.949	3.941.649
Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA)			0	19.700.844	19.700.844
Empresa Territorial para la Salud -ETESA			0	5.949.090	5.949.090
5. ENTES TERRITORIALES	161.965.791	17.994.296	209.617.154	1.954.724.794	3.582.827.187
Direcciones seccionales y locales de salud - DSLS	94.870.384	10.539.251	105.411.538	818.954.021	931.430.979
Hospitales públicos (subsidios a la oferta y PAB)	67.095.406	7.455.045	104.205.616	1.135.770.774	2.651.396.208
6. OTRAS DEPENDENCIAS Y PROGRAMAS OFICIALES			577.977	13.135.149	27.095.804
7. GASTO DIRECTO DE LAS FAMILIAS					1.314.764.384
GASTO TOTAL NACIONAL EN SALUD	236.393.738	17.994.296	968.623.410	6.172.936.379	17.502.232.092
			11.329.295.713		17.502.232.092

Matriz No.4

Gasto en salud según agentes y categoría de gasto Año 2003

(Miles de pesos corrientes)

Componentes / Agentes	Categorías	Inversión			
		Administración	Infraestructura y dotación	Investigación	Capacitación
1. SEGUROS PRIVADOS		174.059.881			
Seguros de salud					
Seguro obligatorio accidentes tránsito - (SOAT)					
Medicina prepagada		174.059.881			
2. SISTEMAS ESPECIALES - SSS		177.400.764	3.710.660		
Fuerzas Militares y Policía Nacional		155.282.611	3.710.660		
Fondo Nal. Prestaciones Sociales Magisterio		7.156.305			
Empresa Colombiana de Petróleos (Ecopetrol)		14.961.848			
3. ASEGURAMIENTO SISTEMA GENERAL SSS		1.381.110.624			
Empresas promotoras de salud-EPS / RC		1.262.576.062			
Empresas promotoras de salud Privadas - RC		434.158.086			
Empresas promotoras de salud Públicas - RC		79.642.622			
Instituto Seguros Sociales ISS - EPS		748.775.354			
Entidades adaptadas al sistema SSS (EAS)		8.017.794			
Administradoras del régimen subsidiado ARS		110.516.768			
Empresas promotoras de salud - RS		2.276.104			
Empresas solidarias de salud - ESS		83.821.486			
Cajas de compensación familiar - CVN		24.419.178			
4. MINISTERIO DE SALUD Y ENTIDADES ADSCRITAS		106.411.121	159.416.366	8.401.909	10.776.068
Ministerio de Salud - Direcciones		21.091.737	153.888.025	6.738.000	9.768.121
Superintendencia Nacional de Salud		7.783.480	0	0	0
Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta		1.300.561	421.200	84.300	35.000
Instituto Nacional de Salud - INS		3.299.374	0	595.410	0
Instituto Nacional de Cancerología - INC		14.854.879	901.080	984.199	796.906
Sanatorio de Contratación		773.655	0	0	5.765
Sanatorio de Agua de Dios		1.464.254	0	0	0
Inst. Nal. Vigilancia Medicamentos y Alimentos -INVIMA		4.087.520	4.706.061	0	170.276
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar		26.275.668	0	0	0
Fondo Nacional de Estupefacientes		1.093.406	0	0	0
Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA)		19.700.844			
Empresa Territorial para la Salud -ETESA		4.685.743	0	0	0
5. ENTES TERRITORIALES		879.090.372	670.710.252	0	0
Direcciones seccionales y locales de salud - DSLS		189.753.979	361.413.520		
Hospitales públicos (subsidios a la oferta y PAB)		689.336.393	309.296.732		
6. OTRAS DEPENDENCIAS Y PROGRAMAS OFICIALES		2.143.853	0	7.000.000	0
Ministerio de Relaciones Exteriores y otros					
Banco de la República - Servicio Médico		443.151			
Instituto Nacional Penitenciario - INPEC		1.700.702			
Plan de Saneamiento Ambiental					
Dnp - Proyectos de Inversión					
COLCIENCIAS				7.000.000	
7. GASTO DIRECTO DE LAS FAMILIAS					
GASTO TOTAL NACIONAL EN SALUD		2.720.216.614	833.837.278	15.401.909	10.776.068

(Continúa)

(Continuación Matriz 4, Año 2003)

Componentes / Agentes	Categorías		Inversión		Atención en salud	Demás usos	Total general
			Otros	Total			
1. SEGUROS PRIVADOS					1.184.283.002	114.113.717	1.472.456.600
Seguros de salud					356.488.775		356.488.775
Seguro obligatorio accidentes tránsito - (SOAT)					134.096.988		134.096.988
Medicina prepagada					693.697.239	114.113.717	981.870.837
2. SISTEMAS ESPECIALES - SSS	16.248.446	19.959.106	755.031.190	4.753.477	957.144.536		
Fuerzas Militares y Policía Nacional	16.248.446	19.959.106	308.637.504	2.579.939	486.459.160		
Fondo Nal. Prestaciones Sociales Magisterio			330.569.537	2.173.538	339.899.380		
Empresa Colombiana de Petróleos (Ecopetrol)			115.824.148		130.785.996		
3. ASEGURAMIENTO SISTEMA GENERAL SSS			6.300.423.705	1.077.241.262	8.758.775.591		
Empresas promotoras de salud-EPS / RC		0	4.340.087.153	1.054.995.336	6.657.658.551		
Empresas promotoras de salud Privadas - RC		0	3.116.008.811	252.512.945	3.802.679.842		
Empresas promotoras de salud Públicas - RC		0	49.175.730	12.628.376	141.446.728		
Instituto Seguros Sociales ISS - EPS		0	1.174.902.612	789.854.015	2.713.531.981		
Entidades adaptadas al sistema SSS (EAS)		0	160.185.281	2.388.279	170.591.353		
Administradoras del régimen subsidiado ARS			1.800.151.272	19.857.647	1.930.525.687		
Empresas promotoras de salud - RS		0	783.759.697	682.488	786.718.289		
Empresas solidarias de salud - ESS		0	751.035.230	14.843.105	849.699.821		
Cajas de compensación familiar - CVN		0	265.356.345	4.332.054	294.107.577		
4. MINISTERIO DE SALUD Y ENTIDADES ADSCRITAS	921.289.315	1.099.883.658	132.730.385	50.142.827	1.389.167.990		
Ministerio de Salud - Direcciones	86.574.524	256.468.670	3.317.320	28.808.849	309.686.576		
Superintendencia Nacional de Salud	132.738	132.738	0	32.166	7.948.384		
Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta	1.925.948	2.466.448	2.147.844	585.004	6.499.856		
Instituto Nacional de Salud - INS	797.580	1.392.990	76.872.073	140.924	81.705.361		
Instituto Nacional de Cancerología - INC	155.006	2.837.191	38.016.524	3.135.165	58.843.759		
Sanatorio de Contratación	0	5.765	1.717.284	3.938.797	6.435.500		
Sanatorio de Agua de Dios	0	0	5.691.787	12.167.583	19.323.624		
Inst. Nal. Vigilancia Medicamentos y Alimentos -INVIMA	5.155.174	10.031.511	0	44.401	14.163.432		
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar	824.554.395	824.554.395	4.139.853	0	854.969.916		
Fondo Nacional de Estupefacientes	1.993.950	1.993.950	827.700	26.593	3.941.649		
Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA)		0			19.700.844		
Empresa Territorial para la Salud -ETESA	0	0	0	1.263.346	5.949.090		
5. ENTES TERRITORIALES	0	670.710.252	1.628.102.392	404.924.171	3.582.827.187		
Direcciones seccionales y locales de salud - DSLS		361.413.520	112.476.958	267.786.522	931.430.979		
Hospitales públicos (subsídios a la oferta y PAB)		309.296.732	1.515.625.434	137.137.649	2.651.396.208		
6. OTRAS DEPENDENCIAS Y PROGRAMAS OFICIALES	0	7.000.000	13.960.655	3.991.296	27.095.804		
Ministerio de Relaciones Exteriores y otros				3.782.754	3.782.754		
Banco de la República - Servicio Médico		0	1.955.079	208.542	2.606.772		
Instituto Nacional Penitenciario - INPEC		0	12.005.576		13.706.278		
Plan de Saneamiento Ambiental					0		
Dnp - Proyectos de Inversión					0		
COLCIENCIAS		7.000.000			7.000.000		
7. GASTO DIRECTO DE LAS FAMILIAS			1.314.764.384		1.314.764.384		
GASTO TOTAL NACIONAL EN SALUD	937.537.761	1.797.553.016	11.329.295.713	1.655.166.749	17.502.232.092		





Tablas de cuadros y gráficos

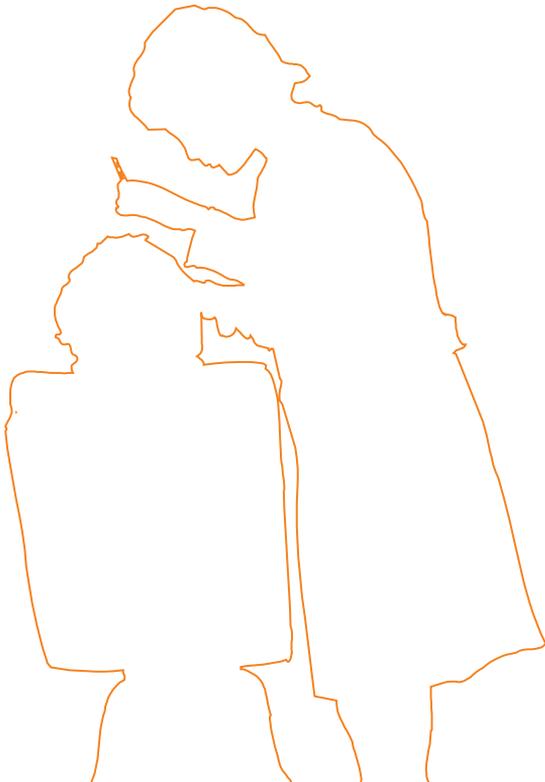


Tabla de cuadros y gráficos

Cuadros

Capítulo 2

2.1	Financiamiento del gasto en salud 1993	58
2.2	Compensación interna del régimen contributivo	69
2.3	Origen y destinación de los recursos de salud	78
2.4	Transferencias establecidas en las leyes 60 de 1993 y 715 de 2001	87
2.5	Liquidación del SGP para 2002 según la Ley 715 de 2001	87

Capítulo 3

3.1	Algunos indicadores de gasto en salud. 1993-2003	96
3.2	Composición del gasto total en salud. 1993-2003	102
3.3	Financiamiento del gasto en salud. 1993-2003	114
3.4	Gasto total en salud según categorías de usos de los recursos. 1993-2003	120
3.5	Gasto en atención en salud según tipos de servicios y por tipos de prestadores. 1996-2003	123

Capítulo 4

4.1	Gasto total en salud como proporción del PIB	147
4.2	Distribución del gasto público y privado en salud. 1998-2002	148
4.3	Rangos de gasto <i>per cápita</i> en salud según países. 2000	149

Gráficos

Capítulo 2

2.1	Financiamiento del gasto total en salud. 1993	59
-----	---	----

Capítulo 3

3.1	Descripción del marco de análisis	91
3.2	Flujos de financiamiento de salud.	93
3.3	Gasto total en salud como proporción del PIB	97
3.4	Composición del gasto total en salud	99
3.5	Evolución del gasto total en salud	104
3.6	Gasto total en seguridad social en salud (RC+RS)	105
3.7	Gasto en seguridad social en salud – Régimen contributivo	106
3.8	Gasto público en seguridad social en salud – Régimen subsidiado	108
3.9	Gasto público directo	109
3.10	Gasto total privado	110
3.11	Gasto total en salud con y sin gasto directo. 1993-2003	111
3.12	Financiamiento del gasto total en salud. 1996-2003 (Participación porcentual promedio)	116
3.13	Financiamiento del gasto total en salud. 1996-2003 (Composición porcentual anual)	118
3.14	Usos de los recursos. 1996-2003 (Participación porcentual promedio)	121
3.15	Usos de los recursos. 1996-2003 (Participaciones porcentuales anuales)	122
3.16	Gasto en atención en salud por tipos de servicios. 1996-2003 (Participación porcentual promedio)	125

3.17	Gasto en atención en salud por tipos de servicios. 1993-2003 (Composición porcentual anual)	127
3.18	Gasto en atención en salud por tipos de IPS. 2000-2003 (Participación porcentual promedio)	128
3.19	Gasto en atención en salud por tipos de IPS. 2000-2003 (Composición porcentual anual)	129

Cuadros anexos

Anexo 2 – Cuadros de resultados

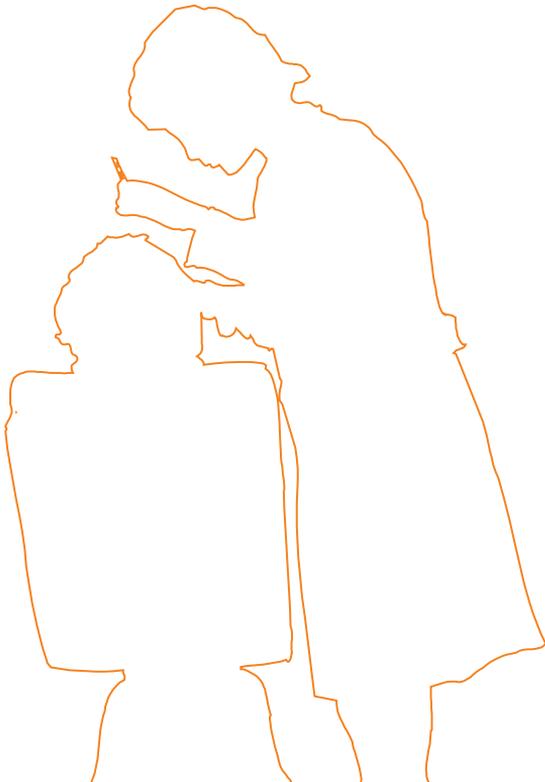
Cuadro A-1	Colombia: gasto total en salud según componentes agentes. 1993-2003 (Millones de pesos corrientes)	182
Cuadro A-2	Colombia: gasto total en salud según componentes y agentes. 1993-2003 (Millones de pesos constantes de 2000)	184
Cuadro A-3	Colombia: gasto total en salud sin gasto directo o de bolsillo. 1993-2003 (Millones de pesos constantes de 2000)	186
Cuadro A-4	Colombia: financiamiento del gasto total en salud. 1993-2003 (Millones de pesos corrientes)	188
Cuadro A-5	Colombia: financiamiento del gasto total en salud. 1993-2003 (Millones de pesos constantes de 2000)	190
Cuadro A-6	Colombia: gasto total en salud según categorías de usos de los recursos. 1993-2003 (Millones de pesos corrientes)	192

Cuadro A-7	Colombia: gasto total en salud según categorías de usos de los recursos. 1993-2003 (Millones de pesos constantes de 2000)	193
Cuadro A-8	Colombia: gasto en atención de salud según tipos de servicios y tipos de prestadores. 1993-2003 (Millones de pesos corrientes)	194
Cuadro A-9	Colombia: gasto en atención de salud según tipos de servicios y tipos de prestadores. 1993-2003 (Millones de pesos constantes de 2000)	195
Cuadro A-10	Colombia: SGSSS – Gasto en salud según componentes y agentes. 1993-2003 (Millones de pesos corrientes)	196
Cuadro A-11	Colombia: SGSSS – Gasto en salud según componentes y agentes. 1993-2003 (Millones de pesos constantes de 2000)	198

Anexo 3 – Matrices años 2000 - 2003

Matriz No. 1	Gasto en salud según agentes y fuentes de financiación. Año 2000	202
Matriz No. 2	Gasto en salud según agentes y tipos de instituciones prestadoras de servicios. Año 2000	204
Matriz No. 3	Gasto en salud según agentes y tipos de servicios de salud. Año 2000	206
Matriz No. 4	Gasto en salud según agentes y categorías de gasto. Año 2000	208

Matriz No. 1	Gasto en salud según agentes y fuentes de financiación. Año 2001	210
Matriz No. 2	Gasto en salud según agentes y tipos de instituciones prestadoras de servicios. Año 2001	212
Matriz No. 3	Gasto en salud según agentes y tipos de servicios de salud. Año 2001	214
Matriz No. 4	Gasto en salud según agentes y categorías de gasto. Año 2001	216
Matriz No. 1	Gasto en salud según agentes y fuentes de financiación. Año 2002	218
Matriz No. 2	Gasto en salud según agentes y tipos de instituciones prestadoras de servicios. Año 2002	220
Matriz No. 3	Gasto en salud según agentes y tipos de servicios de salud. Año 2002	222
Matriz No. 4	Gasto en salud según agentes y categorías de gasto. Año 2002	224
Matriz No. 1	Gasto en salud según agentes y fuentes de financiación. Año 2003	226
Matriz No. 2	Gasto en salud según agentes y tipos de instituciones prestadoras de servicios. Año 2003	228
Matriz No. 3	Gasto en salud según agentes y tipos de servicios de salud. Año 2003	230
Matriz No. 4	Gasto en salud según agentes y categorías de gasto. Año 2003	232



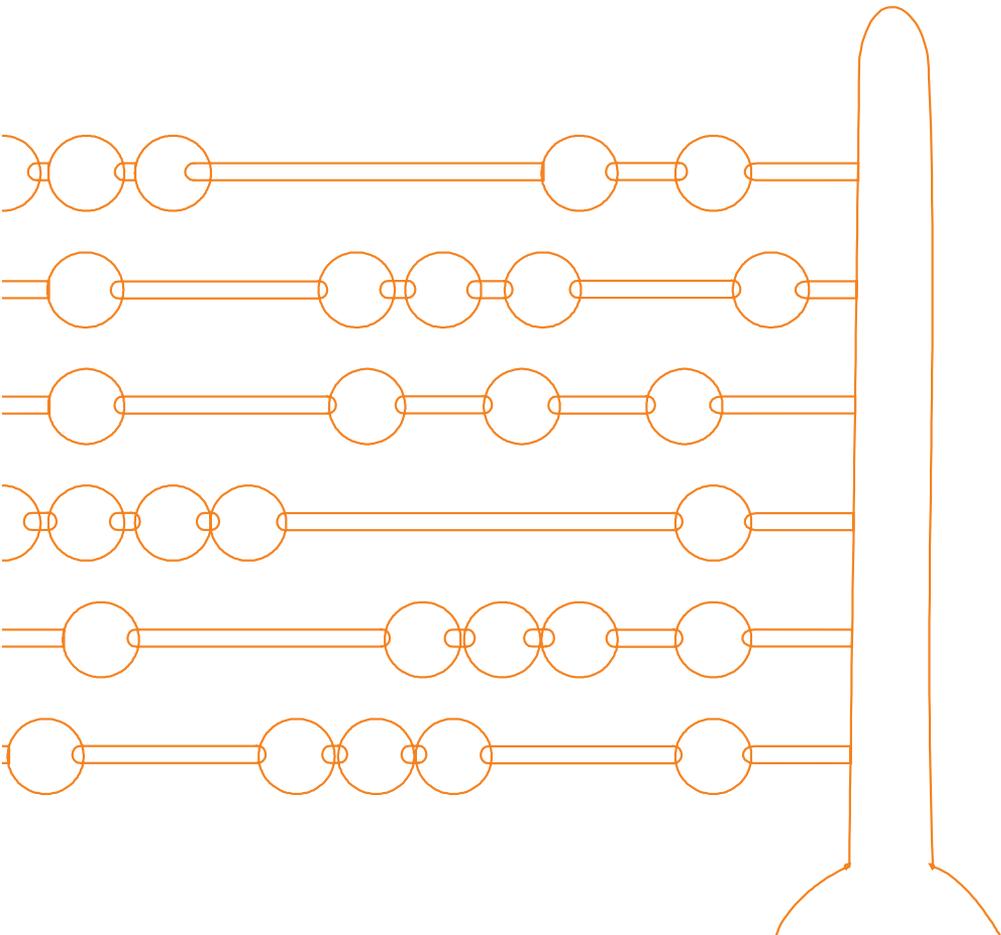
Glosario de siglas

ARS	Administradoras del régimen subsidiado
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CAPRECOM	Caja de Previsión Social del Sector de las Comunicaciones
CAPRESUB	Caja de Previsión Social de la Superintendencia Bancaria
CAJANAL	Caja Nacional de Previsión Social
CASEN	Encuesta de caracterización socioeconómica
CCF	Cajas de compensación familiar
CCP	Clasificación central de productos
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CIIU	Clasificación Industrial Internacional Uniforme
COLCIENCIAS	Instituto Colombiano de Ciencia y Tecnología
CONPES	Consejo Nacional de Política Económica y Social
CORPORANÓNIMAS	Caja de Previsión Social de la Superintendencia de las Sociedades Anónimas
CNS	Cuentas nacionales de salud
CNSSS	Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud
CS	Cuentas de salud
CSS	Cuentas satélite de salud
CSSSS	Cuenta satélite de salud y seguridad social
CVN	Convenio interinstitucional de las cajas de compensación familiar
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DDS	Dirección de Desarrollo Social del DNP
DNP	Departamento Nacional de Planeación
DSLS	Direcciones seccionales y locales de salud
EAS	Entidades adaptadas al sistema
ECAT	Cuenta de enfermedades catastróficas y accidentes de tránsito
ECOPETROL	Empresa Colombiana de Petróleos

ECOSALUD	Empresa Colombiana de Salud
ECV	Encuesta de calidad de vida
EH	Encuesta de hogares
EMPP	Entidades de medicina prepagada
EPS	Empresas promotoras de salud
ESS	Empresas solidarias de salud
ETESA	Empresa Territorial para la Salud
FCE	Fondo de Cultura Económica
FMI	Fondo Monetario Internacional
FONPRENOR	Fondo de Previsión Social de la Superintendencia de Notariado y Registro
FONSAT	Fondo del Seguro de Accidentes de Tránsito
FOSYGA	Fondo de Solidaridad y Garantía de Salud
GPbD	Gasto público directo
GPbSSS	Gasto público seguridad social en salud
GPbT	Gasto público total
GPrS	Gasto privado en salud
GSPr	Gasto seguros de salud privados
GSsgd	Gasto en salud sin gasto directo
GSSS	Gasto de seguridad social en salud
GTS	Gasto total en salud
GTSsgd	Gasto total en salud sin gasto directo
GTSSGSSS	Gasto total en salud del Sistema general de seguridad social en salud
HCFA	Health Care Financing Administration
HCFA/CMS-NHEA/NHA	Metodologías empleadas en las mediciones del gasto nacional de salud de Estados Unidos
HDF	Health Data File
HIV/Sida	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
HHS	US Department of Health and Human Services
IBC	Ingreso base de cotización
ICBF	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
ICHA	International Classification Health Accounts
ICHA-HC	International Classification Health Accounts - Health Care

ICHA-HP	International Classification Health Accounts - Health Providers
ICHA-HF	International Classification Health Accounts - Health Financing
ICN	Ingresos corrientes de la nación
INC	Instituto Nacional de Cancerología
INDES	Instituto Interamericano para el Desarrollo Social
INPEC	Instituto Nacional Penitenciario
INS	Instituto Nacional de Salud
INVIMA	Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos
IPC	Índice de precios al consumidor
IPS	Instituciones prestadoras de salud
ISS	Instituto de los Seguros Sociales
IVA	Impuesto al valor agregado
MPS	Ministerio de la Protección Social
ND	No disponible
NHA	National Health Accounts
NHEA	National Health Expenditure Accounts
OCDE	Organización de Cooperación y Desarrollo Económico
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial del Comercio
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAB	Plan de atención básica en salud
PARS	Programa de Apoyo a la Reforma de Salud
PGN	Presupuesto general de la nación
PIB	Producto interno bruto
PICN	Participación en los ingresos corrientes de la nación
P&G	Estado de resultados de pérdidas y ganancias
PHR/USAID	Proyecto Partnership for Health Reform
POS	Plan obligatorio de salud
POS-C	Plan obligatorio de salud del régimen contributivo
RC	Régimen contributivo
RS	Régimen subsidiado
RU	Reino Unido
SCN	Sistema de cuentas nacionales

SCN-UN	Sistema de cuentas nacionales de Naciones Unidas
SCS	Sistema de cuentas de salud
SESSS	Sistemas especiales de seguridad social en salud
SF	Situado fiscal
SF	Sin fecha
SGP	Sistema general de participaciones
SGSSS	Sistema general de seguridad social en salud
SIIS	Sistema integral de información de salud
SISBEN	Sistema de identificación de beneficiarios
SISD	Sistema de indicadores demográficos
SOAT	Seguro obligatorio de accidentes de tránsito
SS	Subdirección de Salud del DNP
UPC	Unidad de pago por capitación
USAID	Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos
WHO	World Health Organization



Cuentas de Salud de Colombia 1993 -2003

Se terminó de imprimir en marzo de 2007,
en los talleres de Impresol Ediciones Ltda.

PBX: 571 - 250 8244

impresol@gmail.com

Bogotá - Colombia

Cuentas



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



Programa de Apoyo a la Reforma de Salud



DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN

Proyecto financiado con el apoyo
del Banco Interamericano de Desarrollo

