

Sector Salud

Boletines de divulgación económica



Incidencia del gasto público en salud 1990 - 1999

Claudio René Karl

Unidad de Análisis
Macroeconómico

Departamento Nacional
de Planeación

Junio de 2000
Santafé de Bogotá

Contenido

Introducción	9
SITUACIÓN ANTES Y DESPUÉS de la reglamentación de la Ley 100 y Ley 60 de 1993	11
EL GASTO PÚBLICO y sus alcances en el sector salud	16
■ La dinámica del gasto y la reforma del Sistema Nacional de Salud	17
■ Cobertura y equidad: la dinámica regional.....	20
■ ¿A qué obedecen las deficiencias en la prestación de los servicios de salud?	31
CONCLUSIONES.....	40
BIBLIOGRAFÍA	42

Lista de gráficos

Gráfico 1	Evolución del gasto público en salud	15
Gráfico 2	Evolución de la inversión social e inversión en salud	15
Gráfico 3	Gasto en salud por niveles de Gobierno	20
Gráfico 4	Variación anual del gasto en salud por niveles de Gobierno	21
Gráfico 5	Niveles de gasto de las subcuentas del Fosyga	22
Gráfico 6	Transferencias del Estado vs. ingresos corrientes de los departamentos ponderados por población NBI	23
Gráfico 7	Cobertura en salud	24
Gráfico 8	Avances de la cobertura de la población NBI	24
Gráfico 9	Distribución de recursos del Fosyga vs. cobertura NBI	25
Gráfico 10	Distribución del PICN vs. cobertura de la población NBI	25
Gráfico 11	Recursos por esfuerzos propios vs. cobertura de la población NBI	26

Gráfico 12 Equidad a través de los recursos de la demanda 28

Gráfico 13 Equidad a través de los subsidios a la oferta 29

Gráfico 14 Subsidios destinados a demanda vs. cobertura 29

Gráfico 15 Población pobre vs. cobertura 30

Gráfico 16 Participación de la salud dentro del situado fiscal 31

Gráfico 17 Recursos públicos para la salud vs. porcentaje de la población NBI del total departamental 32

Gráfico 18 Médicos oficiales x 10.000 habitantes NBI vs. proporción población NBI de la población total departamental, 1997 33

Gráfico 19 Relación médicos oficiales x 10.000 habitantes NBI vs. cobertura de la población NBI, 1997 33

Gráfico 20 Evolución de los ingresos y gastos por servicios de atención .. 36

Gráfico 21 Evolución de los ingresos propios y gastos totales de los hospitales públicos 36

Gráfico 22 Ingresos por transferencias del Estado y gastos de nómina 37

Gráfico 23 Evolución del índice de precios de los medicamentos 39

Presentación

Los *Boletines de divulgación económica*, elaborados por la Unidad de Análisis Macroeconómico del Departamento Nacional de Planeación, cumplen con el objetivo de hacer accesible al público aspectos de la economía colombiana.

Ha sido usual que los temas económicos hayan creado una barrera entre el público y los economistas profesionales. Buena parte de esa barrera resulta de un lenguaje especializado y del conocimiento de unos hechos determinados sobre el funcionamiento de la economía en unos mercados específicos. Los *Boletines de divulgación económica* buscan romper esas barreras. De un lado se emplea un lenguaje accesible para exponer temas complejos y, de otro, se pretende proveer al lector con los hechos más sobresalientes de aspectos centrales de la economía colombiana. El objetivo es llegar a un amplio espectro de lectores y promover la discusión documentada de los temas económicos.

Las opiniones expresadas en los Boletines son responsabilidad de los autores, y no comprometen al Departamento Nacional de Planeación.

Introducción¹

Durante las dos últimas décadas, el sector de la salud ha sufrido grandes cambios. La administración del sector pasó de ser centralizada, donde el Ministerio de Salud tomaba la mayoría de las decisiones y poseía la completa dirección y control de los servicios, a ser descentralizada, donde los departamentos, distritos especiales y municipios son ahora los encargados de las principales competencias del sector.

En esta transición de sistemas, el Gobierno desarrolló importantes políticas para el beneficio de la población colombiana, destacándose aquellas relacionadas con el acceso a los servicios y la cobertura de la población en general. En este proceso, la más beneficiada fue la población pobre, la cual vio cómo su salud mejoraba y sus oportunidades de acceder a los servicios de salud aumentaban.

¹ El autor agradece los aportes y comentarios hechos por Juan Luis Londoño, Daniel Cerquera, Paula Jaramillo, María del Pilar Granados, Diana Cárdenas, José Fernando Arias, María Cristina Peñaloza y demás miembros de la Unidad de Desarrollo Social del Departamento Nacional de Planeación.

Las políticas de salud han venido acompañadas de crecientes recursos por parte del Estado, los cuales han sido determinantes para su desarrollo. Durante la década de los noventa, los recursos financieros del sector presentaron incrementos importantes que reflejaron avances significativos en cobertura y acceso a los servicios de salud.

Este documento busca exponer de forma sencilla, la evolución de los recursos destinados al sector, lo mismo que su incidencia en la cobertura y el acceso a los servicios de salud por parte de la población colombiana. En la primera parte se presentan las principales diferencias en el sistema de salud antes y después de las reglamentaciones de la Ley 100 y Ley 60 de 1993. En la segunda parte se expone la evolución del gasto y su incidencia en el sector. Finalmente, en la tercera parte se registran las conclusiones del trabajo.



SITUACIÓN ANTES Y DESPUÉS *de la reglamentación de la Ley 100 y Ley 60 de 1993*

A diferencia de los procesos anteriores, la mayoría ajenos a una política sectorial clara (con excepción de la creación del Instituto de Seguros Sociales y el Ministerio de Higiene en los años cuarenta), el Sistema Nacional de Salud, SNS, creado durante la administración López Michelsen, representó un cambio radical para el sector que perduró hasta la década pasada.

Con este sistema, los servicios adquirieron, por primera vez, una concepción explícita y una estructura técnica definida. Su organización centralizada estaba conformada por el Ministerio de Salud, los servicios seccionales de salud de cada departamento y las unidades regionales, localizadas en los hospitales de segundo nivel. El ministerio tenía por funciones la administración y financiamiento de los hospitales de origen territorial, y la orientación de los hospitales privados que dependían de los fondos públicos. Los servicios seccionales de salud realizaban algunas funciones descentralizadas del Ministerio de Salud, y aunque su funcionamiento era paralelo a las administraciones departamentales, sus actividades estaban desvinculadas de los procesos administrativos municipales. Ello fue consecuencia del carácter sectorial y no territorial de las políticas generales para el desarrollo de la salud, lo que también llevó a una gran deficiencia en la rendición de cuentas de los administradores de las direcciones a los gobernadores departamentales².

2 Vargas, 1997.

A partir de la década de los noventa, se llevó a cabo una segunda ronda de reformas, la mayoría para corregir problemas generados por el SNS, como el mencionado en el párrafo anterior y otros que se reseñan en la siguiente sección. La Ley 10 de 1990 profundiza el proceso de descentralización en salud y es el marco que permitió el desarrollo de las dos reformas más importantes del sector: la Ley 100 y la Ley 60 de 1993. A continuación se exponen las principales diferencias entre el esquema anterior a estas reformas y el que rige actualmente.

	Situación anterior	Ley 100 y Ley 60 de 1993
Sistema	<p>Sistema nacional en salud, SNS.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Subsistema de seguridad social (entidades adscritas al ISS y las cajas de previsión). - Subsistema privado (medicina prepagada, gasto contra prestaciones de servicios y de gasto de bolsillo). - Subsistema oficial (entidades públicas). 	<p>Sistema general en seguridad social en salud, con participación privada y pública, organizado por funciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dirección, regulación y modulación (Ministerio de salud, Superintendencia de Salud y Consejo General de Seguridad Social en Salud). - Aseguramiento (empresas promotoras de salud públicas, privadas o solidarias). - Prestación de servicios (entidades públicas y privadas).
Población Beneficiaria	<ul style="list-style-type: none"> - Población empleada sector privado, fundamentalmente el cotizante, la mujer embarazada y el menor de un año (Subsistema de Seguridad Social). - Población con capacidad de pago (Subsistema Privado) - Empleados oficiales (Subsistema de Seguridad Social). - Población no asegurada (Subsistema Oficial). 	<ul style="list-style-type: none"> - Población empleada sector público y privado e independientes con capacidad de pago, incluyendo cotizante y su familia (régimen contributivo). - Población sin capacidad suficiente de pago (régimen subsidiado). - Población no afiliada (vinculados o subsidios de oferta¹).

Continúa

1 Un subsidio a la oferta consiste en enfocar los recursos públicos hacia los agentes que prestan servicios a la población que lo necesita. Los subsidios a la demanda son otorgados a la población a través del aseguramiento de la prestación de un paquete de servicios anuales, iguales para todos los beneficiarios.

	Situación anterior	Ley 100 y Ley 60 de 1993
Cobertura	- En 1992, el 28% (9 millones) de la población estaba cubierta ²	- En 1999, el 54.3% (22.1 millones) de la población estaba cubierta ³
Tipo de administración del sector	- Centralizado.	- Descentralizado.
Competencias del Ministerio de Salud	<ul style="list-style-type: none"> - Se encargaba de la toma de decisiones en los aspectos financieros, de políticas y de atención. - Administraba y desarrollaba los programas nacionales de salud pública. - Tenía a cargo la administración del subsistema oficial, con el concurso de los servicios seccionales de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dirigir el Sistema General de Seguridad Social en Salud. - Formular políticas y objetivos de desarrollo. - Establecer normas técnicas, científicas y administrativas para entidades territoriales. - Asesorar y prestar asistencia técnica y administrativa a las entidades territoriales y a sus instituciones. - Vigilar el cumplimiento de las políticas (planes y programas) - Vigilar, supervisar y evaluar la utilización o destinación de los recursos. - Coordinar, impulsar y financiar las campañas y programas nacionales. - Presidir el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (espacio de concertación), el cual dictamina las normas para la organización y la prestación de los servicios.
Competencias de los entes territoriales	<ul style="list-style-type: none"> - Los departamentos tenían la administración y control de los servicios seccionales y los hospitales de II y III nivel de atención. - La Ley 10 de 1990 dictaminó que los municipios tenían la administración, control y financiación de los centros de atención de primer nivel⁵ 	<ul style="list-style-type: none"> - La Ley 60 otorga a los entes territoriales la responsabilidad sobre el manejo de políticas sectoriales en sus territorios y la formulación de planes locales de salud. - Los municipios focalizan a la población beneficiaria del aseguramiento subsidiado⁴.

Continúa

- 2 Vélez, Carlos E., 1995. "La distribución de los servicios de educación, salud y cuidado del menor". *Gasto social y desigualdad: Logros y extravíos*. Cap. 4, pág. 162. Departamento Nacional de Planeación, Misión Social
- 3 Porcentaje total de individuos afiliados al régimen contributivo y subsidiado. Estimación hecha con base en los datos suministrados por el Ministerio de Salud.
- 4 El Artículo 30 de la Ley 60, define focalización de subsidios como el proceso por el cual se garantiza que el gasto social se asigna a los grupos de población más pobres y vulnerables.
- 5 Existen cuatro niveles de atención: El primer nivel cubre las actividades de promoción y prevención, medicina y odontología general. El segundo nivel reúne las actividades de pediatría, medicina interna, cirugía y gineco-obstetricia. En el tercer nivel se clasifican los servicios especializados dentro de las cuatro actividades del nivel dos. El cuarto nivel está dedicado a unas especialidades del nivel tercero: cancerología, dermatología y neurología.

	Situación anterior	Ley 100 y Ley 60 de 1993
Competencias de los entes territoriales		<ul style="list-style-type: none"> - Los departamentos deben subsidiar (o reemplazar) y concurrir (o complementar) las competencias de los municipios cuando éstos presentan deficiencias. - Los municipios deben garantizar los servicios de salud de primer nivel de atención; los departamentos deben garantizar los de segundo y tercer nivel de atención. - Los municipios, distritos y departamentos están encargados de la dirección, prestación, promoción y financiación de los servicios de salud de acuerdo con las disposiciones generales a su cargo.
Programas de atención	<p>Programas verticales administrados centralmente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plan ampliado de inmunizaciones, PAI. - Enfermedades transmisibles (lepra, tuberculosis, etc.) - Control de enfermedades transmitidas por vectores (ej. Malaria, dengue y otras). - Enfermedades crónicas (hipertensión, cáncer de seno, cáncer de cuello uterino, etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> - Plan de atención básica, PAB⁶; en él se incluyen los programas del PAI y de enfermedades transmisibles, medio ambiente y vigilancia en salud pública. - Plan obligatorio en salud para el régimen contributivo POS-C y el régimen subsidiado POS-S⁷. - Plan de atención materno infantil, Pami. - Atención en accidentes de tránsito. - Atención inicial de urgencias.
Políticas para la distribución de recursos dentro de la población beneficiaria	<ul style="list-style-type: none"> - Subsidios de oferta. - Presupuestos históricos de hospitales públicos (principalmente, tercer y cuarto nivel de atención) y subsidios a entidades privadas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Subsidios a la demanda. - Presupuesto con base en la población cubierta hasta la vigencia anterior y en la población potencial a cubrir, con criterios de eficiencia administrativa y esfuerzo fiscal territorial.
Administración de los servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> - Hospitales administrados por los servicios seccionales de salud directamente. - Cajas de previsión. - Cajas de compensación familiar. - ISS. - Entidades de medicina prepagada. - Particulares. 	<ul style="list-style-type: none"> - Direcciones locales y departamentales formulan políticas sectoriales y financian transitoriamente los hospitales de nivel I y de los niveles II y III, respectivamente. - Los hospitales se transforman en empresas sociales del Estado, ESE, las cuales tienen autonomía administrativa y patrimonio propio; deben ser autosuficientes a partir de la venta de servicios.

Continúa

6 El Plan de Atención Básica es un conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos enfocados a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia en salud pública y control de factores de riesgo para la salud de la población, dirigidos a la colectividad.

7 El plan obligatorio de salud, POS, agrupa los servicios básicos de atención de todos los afiliados, sean del régimen contributivo, POS-C, o del régimen subsidiado (POSS-S).

	Situación anterior	Ley 100 y Ley 60 de 1993
		<ul style="list-style-type: none"> - Las empresas promotoras de salud, EPS, las aseguradoras del régimen subsidiado, ARS, y el Instituto de Seguros Sociales administran los recursos de aseguramiento, como representantes de los usuarios.
Fuentes de financiación	<ul style="list-style-type: none"> - Cotizaciones al régimen contributivo. - Rentas cedidas por concepto de loterías, cervezas, licores, juegos de azar, registro y anotación (impuesto por notariado). - Transferencias por IVA (Hasta 50% a municipios con menos de cien mil habitantes). - Aportes de la Nación. - Recursos de bolsillo. - Aportes parafiscales a las cajas de compensación familiar (4% de la nómina). 	<ul style="list-style-type: none"> - Régimen contributivo: 12% de los salarios de la población empleada (2/3 pagados por los patrones y el resto por los empleados), copagos y cuotas moderadoras⁸. - Régimen subsidiado: <ul style="list-style-type: none"> - Mínimo el 35% del Situado Fiscal en salud menos los recursos por aportes patronales, PAB y hospitales mentales⁹. - Mínimo un 15% de las participaciones municipales en los ingresos corrientes de la Nación. - Fondo de solidaridad y garantía (1% de los aportes al régimen contributivo, aportes de la Nación y rentas financieras). - Transferencias de Ecosalud. - Recursos por esfuerzo propio. - Rentas cedidas. - Recursos por crédito. - Recursos por regalías del petróleo. - Vinculados: recursos con destinación a prestación de servicios que no se destinen al régimen subsidiado, es decir, vía contratos de prestación de servicios.

8 Copagos son aportes adicionales por parte de los beneficiarios no cotizantes para cofinanciar el costo de los servicios utilizados. Cuotas moderadoras son los pagos que recaen sobre los cotizantes y beneficiarios para moderar el uso del servicio.

9 Históricamente se ha observado que dentro de los recursos por situado fiscal en salud menos los recursos mencionados, al aseguramiento de los subsidiados le corresponde tan sólo el 27%, después de descuentos.

EL GASTO PÚBLICO

y sus alcances en el sector salud



Hasta finales de 1993, el sector de la salud presentaba serios problemas, tanto en eficiencia como en cobertura. El primero de ellos radicaba en las políticas de distribución de recursos, las cuales al reglamentar los subsidios de oferta, es decir, los recursos para los hospitales, ocasionaban una pérdida en la calidad. Los subsidios estaban destinados a cubrir los costos hospitalarios, tal que no existía ningún incentivo económico para generar un servicio de calidad, situación totalmente opuesta a la observada en agentes sujetos a las fuerzas del mercado.

Este hecho creó una discordancia entre la oferta hospitalaria y las necesidades y demandas de la población, la cual se evidenciaba en el grado de ocupación de los distintos tipos de hospitales³. Los individuos de bajos recursos, al tener la necesidad de acceder a los servicios de salud, no se dirigían a aquellos centros de niveles I y II, puesto que allí no obtenían la totalidad de los servicios que demandaban. En consecuencia, para estas instituciones, donde se esperaba cubrir el 80% de los problemas de salud (definidos por los mismos niveles en que están clasificados estos centros), el porcentaje de ocupación era de tan sólo el 35.7%. Por el contrario, los hospitales de nivel III estaban ocupados en un 74.1% de su capacidad.

³ Molina et. al., 1993.

Esto resultaba de la destinación de casi todos los recursos a los servicios curativos y actividades poco costo-efectivas de los niveles de atención III y IV, lo que llevó a que las instituciones de menor especialización (niveles I y II), no dispusieran de recursos suficientes para atender a la población demandante. Por el contrario, las entidades de nivel III, favorecidas por estas políticas, destinaban gran parte de sus recursos a generar esta cobertura adicional. Ello agrava uno de los principales obstáculos que la población pobre tenía para acceder a los servicios de salud en este último nivel: el costo de los servicios.

Además de estos problemas de calidad y de acceso por los costos, la existencia de barreras de acceso (de tipo cultural, geográfico, etc.), la no existencia de centros de atención y el rechazo de los consultantes, hacen parte de las razones por las cuales la población enferma no accedía a estos servicios⁴.

En consecuencia, este tipo de estructuras y de políticas llevó a que los hospitales de mayor desarrollo fueran aquellos donde la población demandante no se encontraba en los quintiles⁵ más bajos, distribuidos por sus niveles de ingresos⁶.

La dinámica del gasto y la reforma del Sistema Nacional de Salud

Además de los problemas mencionados, la ineficiencia del Sistema Nacional de Salud (en especial, en el área investigativa y en la inversión en infraestructura), la ausencia de una política hospitalaria clara, la falta de separación entre las funciones de dirección y prestación, y una limitada capacidad de gestión por parte de los miembros y administradores del sistema, llevaron a la necesidad de reformar el sector.

4 DNP - UDS, 2000.

5 Al dividir la población en quintiles, los individuos más pobres se encuentran en el primer quintil, mientras los de mayor riqueza se ubican en el quintil 5.

6 Yepes, 1990.

La solución propuesta por el Gobierno fue la generación de un sistema descentralizado, “en el cual se brindara un verdadero aseguramiento contra las contingencias propias de las enfermedades”⁷. Para este fin, se promulgó inicialmente la Ley 12 de 1986 por la cual a los municipios se les asignaba la competencia de construir, dotar y mantener los puestos y centros de salud y los hospitales locales de primer nivel, lo que implicó la descentralización de la inversión. Luego, en 1990, la Ley 10 le dio mayor impulso a la descentralización al suministrar la base legal para asignarles a los municipios la competencia operativa en la atención de salud de primer nivel (puestos de salud, centros y hospitales básicos), y al gobierno departamental, el segundo y tercer nivel de atención. Esta ley les asignó tareas operativas a las entidades territoriales, al mismo tiempo que le especificaba una función de establecimiento de políticas, de asistencia técnica y de control al Ministerio de Salud y a otros organismos de nivel nacional⁸. Finalmente, en 1993 se procedió a descentralizar formalmente la responsabilidad en la dirección de los servicios de salud, con la Ley 60, que determina los recursos y competencias de cada ente territorial. Casi simultánea a la Ley 60, la Ley 100 consolidó el proceso institucional del sistema de salud con la creación del sistema general de seguridad social en salud.

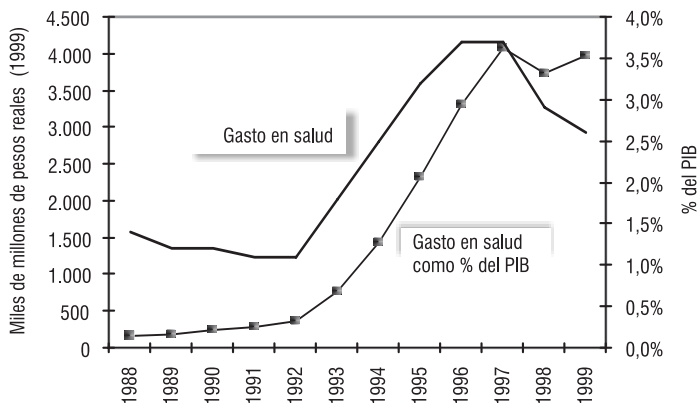
La ampliación de las garantías en la cobertura de los servicios a la población, promulgada en la Ley 100, conllevó a un aumento importante de los recursos distribuidos en los distintos niveles del Estado para este fin, asignados bajo los criterios expuestos en la Ley 60. Durante el período comprendido entre 1988 y 1999, el gasto público en salud registró un crecimiento promedio anual real de 38%, pasando de más de \$163 mil millones en 1988, a \$3.9 billones en 1999⁹. Como porcentaje del PIB, en 1991 exhibió su nivel más bajo, 1.1%, mientras que en 1996 obtuvo su nivel máximo con 3.7% (Gráfico 1).

7 Comisión de racionalización del gasto y de las finanzas públicas, 1997. Tema III, pág.143.

8 Colombia Health Care Reform Project Team, 1996.

9 No incluye los gastos del ISS, Caprecom, Cajanal y magisterio.

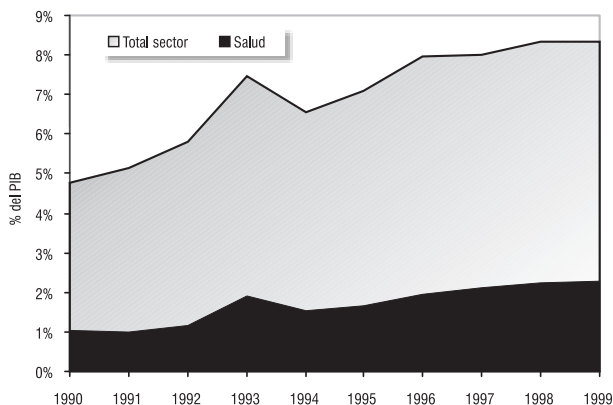
Gráfico 1 Evolución del gasto público en salud



Fuente: DNP - UDS.

De la misma manera, la inversión social en salud experimentó durante la década pasada una tendencia creciente, aunque menos explosiva que la del gasto total en salud. En el Gráfico 2 se observa que la inversión social, como porcentaje del PIB, creció en forma moderada, iniciando en 1% a principios de la década, hasta 2.3% en 1999. En 1993 se dio un aumento temporal de los niveles de inversión debido al crecimiento de la economía para ese año (5.3%).

Gráfico 2 Evolución de la inversión social e inversión en salud



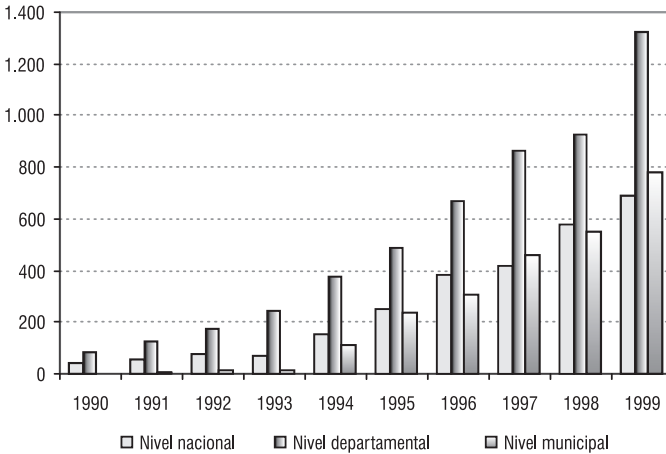
Fuente: DNP – UIFP – Umacro.

Nota: La inversión social está destinada a los sectores de educación, cultura, salud, saneamiento básico, trabajo y seguridad social, vivienda y desarrollo comunitario.

Cobertura y equidad: la dinámica regional

Claramente, estas tendencias también se reflejan a nivel departamental y municipal, donde los niveles de gasto tienen mayor dinamismo. Esto fue ocasionado principalmente por los aumentos de las transferencias por situado fiscal y de la participación en los ingresos corrientes de la Nación.

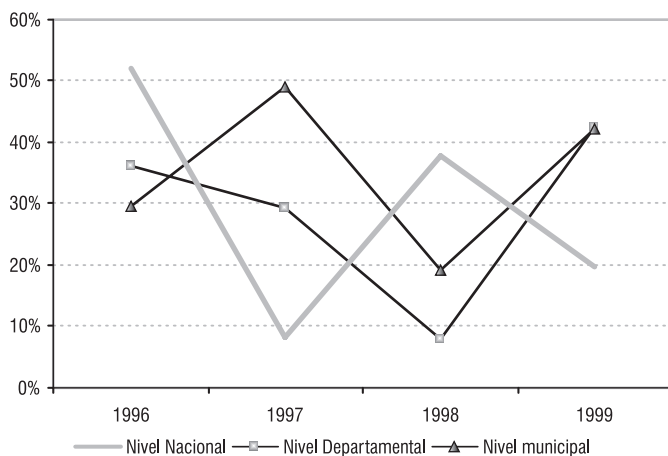
Gráfico 3 Gasto en salud por niveles de Gobierno
Miles de millones de pesos



Fuente: DNP - UDS - Umacro.

Al analizar la distribución de gastos y su dinámica a través del tiempo, se encuentra una relación inversa entre el gasto nacional y el gasto efectuado por los departamentos y municipios (Gráfico 4). Esta situación es consecuencia del establecimiento de competencias para los distintos niveles territoriales contempladas en la Ley 60.

Gráfico 4 Variación anual del gasto en salud por niveles de Gobierno



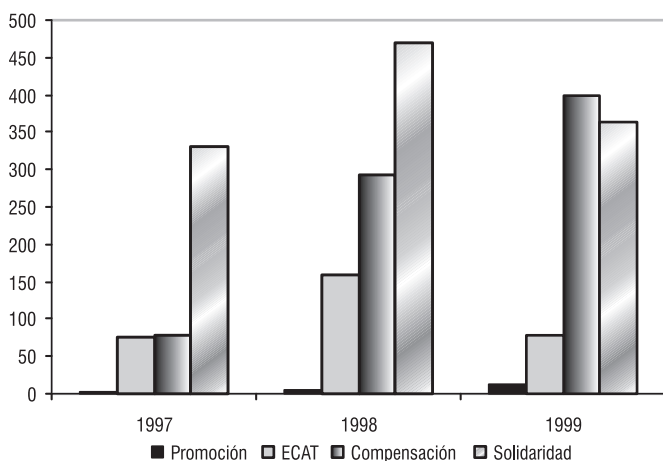
Fuente: DNP - Umacro.

Para favorecer la equidad y mejorar la cobertura de los servicios de salud, el gobierno nacional creó el Fondo de solidaridad y garantía, Fosyga,¹⁰ mediante la Ley 100, el cual, está adscrito al Ministerio del Salud y es manejado por encargo fiduciario y sin personería jurídica; su propósito fundamental es inyectar mayores recursos al sector salud, posibilitando los mecanismos solidarios y de administración del riesgo, previstos para el sistema¹¹. Durante los tres últimos años, el Fosyga ha tenido ingresos por 1.12 billones de pesos en promedio de apropiaciones, de los cuales 767.429 millones de pesos han sido destinados a los gastos, y el valor excedente ha sido destinado a reinversión. A nivel desagregado, la subcuenta de compensación tuvo un crecimiento importante. La subcuenta de solidaridad, por su parte, experimentó una reducción debido a los cambios realizados en las políticas generales del sector, determinados por el Ministerio de Salud, los cuales exigen un mayor esfuerzo de los entes territoriales para generar

10 El Fosyga tiene cuatro subcuentas: Compensación, solidaridad, promoción y prevención y eventos catastróficos y accidentes de tránsito (ECAT).

11 El mecanismo para la administración del riesgo es la compensación de éste entre aseguradoras frente a la posible selección adversa, y, el mecanismo solidario es la financiación de la población sin capacidad de pago con un punto porcentual de la cotización del régimen contributivo.

Gráfico 5 Niveles de gasto de las subcuentas del Fosya. Miles de millones de pesos



Fuente: Minsalud - DNP - UDT.

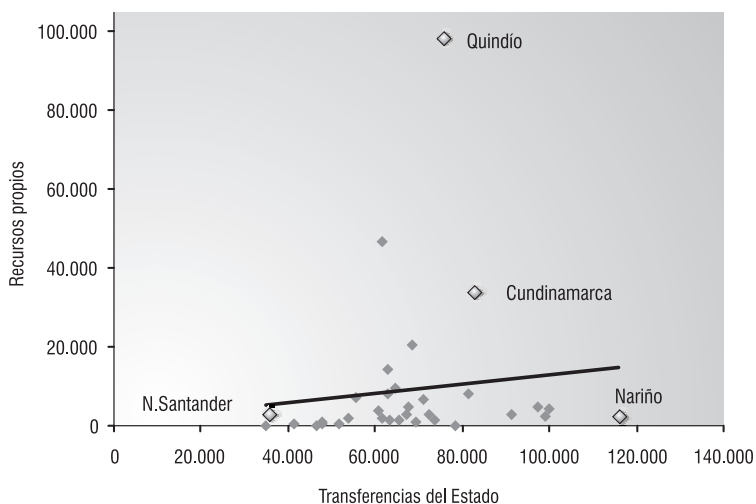
procesos más dinámicos en la transformación de subsidios de oferta a demanda¹², a partir del incremento de los recursos por rentas cedidas y de destinación específica.

Estas políticas se fundamentan en el hecho de que el uso de los recursos propios por los entes territoriales, como instrumento para determinar mayores niveles de transferencias que realiza el Estado hacia éstos, no ha sido efectivo. En el Gráfico 6 se observa que, una vez ponderadas las transferencias de la Nación y los recursos propios de cada ente territorial por sus respectivas poblaciones con necesidades básicas insatisfechas (NBI)¹³, no existe relación alguna entre los niveles de esta última variable como determinante de la primera. En otras palabras, el esfuerzo fiscal realizado por los entes subnacionales no ha sido suficiente.

12 El proceso de transformación de recursos busca mejorar la eficiencia y eficacia de los servicios a través de distribuir los recursos a la población por medio de los intermediarios. Adicionalmente, busca romper la dependencia que existe entre los recursos del Estado y los centros de atención, como meta final de la conversión de éstos en empresas sociales del Estado.

13 NBI: índice de necesidades básicas insatisfechas que mide la incidencia de la pobreza a través de la carencias físicas.

Gráfico 6 **Transferencias del Estado vs. ingresos corrientes de los departamentos ponderados por población NBI Miles de pesos**

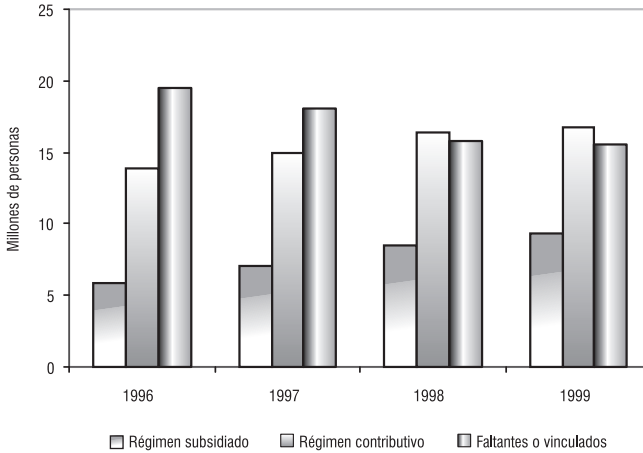


Fuente: DNP - UIFP - Umacro.

Pese a este último hecho, los aumentos de los recursos han mostrado frutos importantes, tanto en acceso a los servicios como en cobertura. Según cálculos de la Misión Social y de la Unidad de Desarrollo Social, UDS, del Departamento Nacional de Planeación, la población afiliada al sistema de seguridad social en salud pasó de representar el 23.72% del total de la población en 1993¹⁴, al 54.3% en 1999.

14 Sarmiento, et. al, 2000.

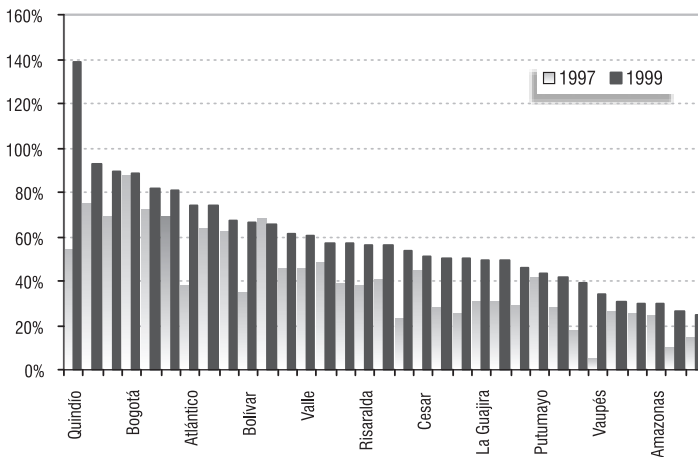
Gráfico 7 Cobertura en salud



Fuente: DNP - UDS.

De forma explícita, en el período 1996-1999, la cobertura en el régimen subsidiado aumentó en 3.3%, mientras que la población vinculada se redujo en 3.82%. Ello se refleja en la cobertura a nivel departamental, que aumentó de manera significativa para casi todos los casos.

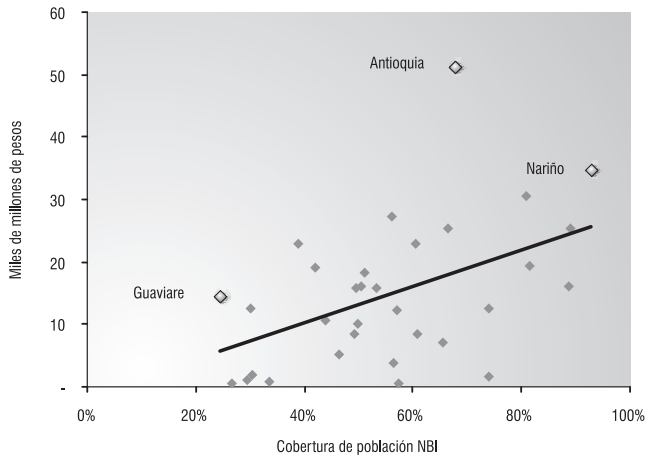
Gráfico 8 Avances en la cobertura de la población NBI



Fuente: DNP - UDS. Cálculos de los autores.

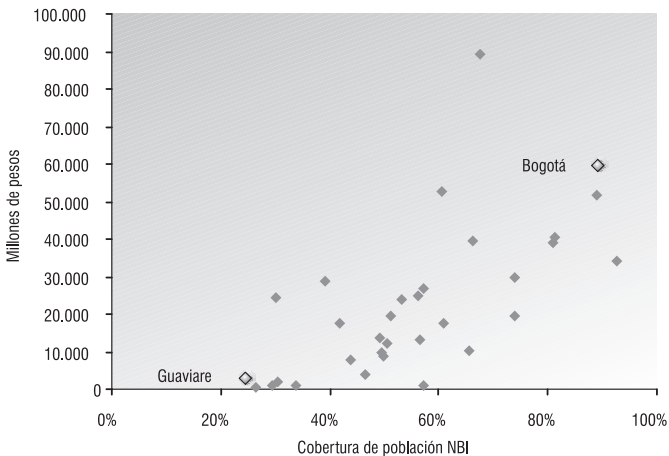
A partir de la comparación entre los niveles de cobertura y los recursos provenientes del Fosyga y de las participaciones de los municipios en los ingresos corrientes de la Nación en 1999, se aprecia que, efectivamente, a mayores recursos mayores niveles de cobertura.

Gráfico 9 Distribución de recursos del Fosyga vs. cobertura NBI



Fuente: DNP - UDS. Cálculos del autor.

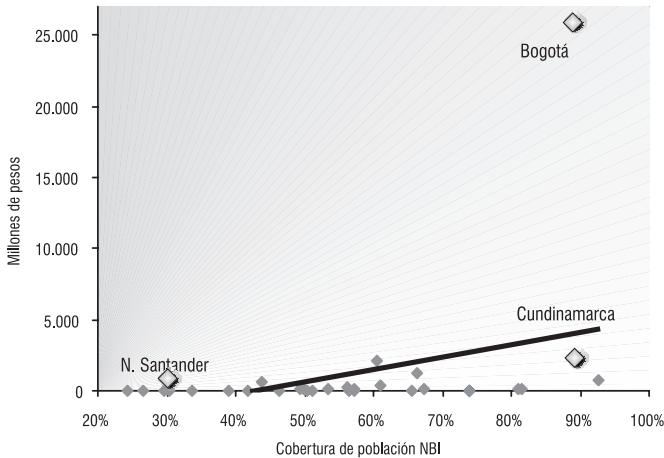
Gráfico 10 Distribución del PICN vs. cobertura de la población NBI



Fuente: DNP - UDS. Cálculos del autor.

Adicionalmente, como consecuencia de los procesos de descentralización, otra fuente para los avances en cobertura han sido los recursos definidos como esfuerzo propio de los entes territoriales. Estos recursos, comprenden tanto ingresos tributarios como no tributarios, y son obtenidos a través de los distintos mecanismos que posee cada departamento, distrito o municipio. Sin embargo, la contribución de éstos al total del sistema sigue siendo mínima debido a que existe poco esfuerzo fiscal por parte de dichos entes. Tan sólo estos recursos representan el 2.81% del total, lo que refleja la poca correlación existente entre los recursos y la cobertura (Gráfico 11).

Gráfico 11 Recursos por esfuerzos propios vs. cobertura de la población NBI



Fuente: DNP - UDS.

Aunque el mejoramiento de la cobertura ha sido importante, los resultados observados por acceso a los servicios en salud no han sido los esperados. De acuerdo con Sánchez y Núñez, 1999, el número total de consultas se incrementó en 2.9 millones entre 1993 y 1997. De este número, la población más pobre, agrupada en el primer y segundo quintil de ingresos, participó con el 19% de ellas; en otras palabras, el número de consultas pasó de 777,029 en 1993 a 1,432,987 en 1997. Por el contrario la población, clasificada en los dos últimos quintiles de ingresos, participó de este incremento en 54%.

A una escala menor que las consultas, el número de hospitalizaciones aumentó en tan sólo 430.920 para el mismo período. De esta cifra, la población más pobre clasificada de la manera mencionada, participó con un incremento en el uso del 14%. Ello implica que el uso de los servicios por concepto de hospitalizaciones pasó de 392.153 a 451.453 entre 1993 y 1997. La población de los quintiles 4 y 5 contribuyó en este incremento con una participación de 58.1%.

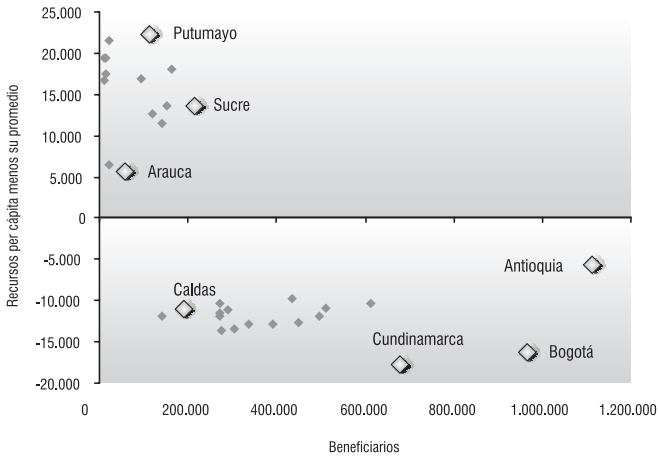
La inequidad presentada en los resultados de los accesos a los servicios de salud ha sido consecuencia, en parte, de la falta de divulgación de los beneficios que posee la población pobre por parte de las entidades aseguradoras. Esta problemática será analizada con detalle en la siguiente sección.

No obstante este contraste de resultados entre cobertura y acceso a los servicios, el balance es satisfactorio. El uso de los subsidios a la demanda (dada la focalización que involucra), como sistema que destina de manera eficiente y equitativa los recursos a todos los pobres es la razón principal de este hecho. Durante el esquema anterior, la población más pobre (quintiles 1 y 2) tan sólo recibía el 3.6% de los subsidios, mientras los individuos de los quintiles 3 y 4 eran beneficiados con el 60% de éstos; la población más rica recibía un 22.3% de los subsidios. Para 1997, la situación cambió: La población en el quintil más bajo disfrutaba de alrededor del 50% de los subsidios mientras aquellos que están en el quintil más alto disfrutaban del 8.4% de éstos¹⁵.

Los Gráficos 12 y 13 exponen la equidad generada por el uso de ambos sistemas. Bajo el sistema de subsidios a la demanda, existe una distribución equitativa de los recursos al destinarlos mayoritariamente a los entes territoriales como Arauca, Sucre y Putumayo, cuyas poblaciones NBI representan una proporción importante de sus poblaciones totales. Por el contrario, para entes como Antioquia, Bogotá y Cundinamarca, cuyas poblaciones en estas condiciones representan un menor porcentaje del total,

15 Sánchez & Núñez, 1999.

Gráfico 12 Equidad a través de los recursos de la demanda



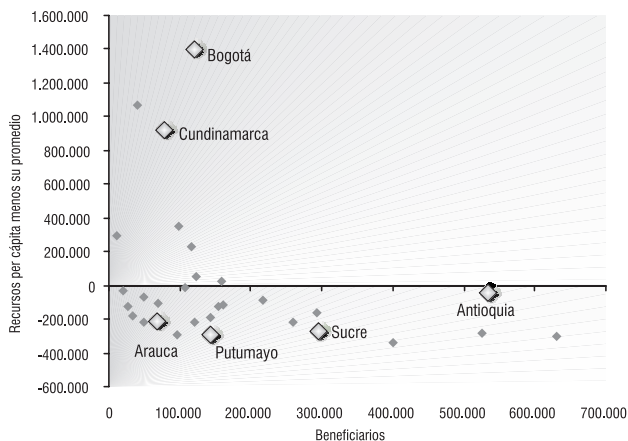
Fuente: DNP - UDS - Umacro.

hay una menor destinación. Este proceso se entiende en la medida en que se reconozca que todos los departamentos y distritos que se encuentren debajo del promedio de recursos per capita, tienen un mayor desarrollo de infraestructura y una mejor calidad de vida en promedio.

A diferencia de lo anterior, el sistema de subsidios a la oferta no posee una política para la equidad de los beneficiarios. Como se observa en el Gráfico 13, los departamentos con mayor población NBI se encuentran debajo de su promedio, lo cual obedece a que la distribución es realizada de acuerdo con los niveles de especialización de los hospitales, colocando en desventaja a los sitios de atención en entes territoriales como Arauca, Sucre y Putumayo, los cuales no poseen ninguna IPS superior al segundo nivel de atención.

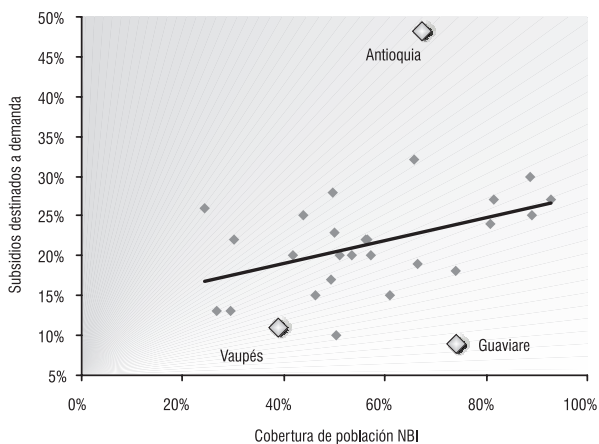
Con base en la evidencia, en departamentos como Amazonas, Antioquia, Cundinamarca, Magdalena, Risaralda y Tolima, el aumento de los recursos destinados a la demanda significó incrementos en la cobertura (Gráfico 14).

Gráfico 13 Equidad a través de los subsidios a la oferta



Fuente: DNP - UDS - Umacro.

Gráfico 14 Subsidios destinados a demanda vs. cobertura



Fuente: DNP - UDS - Umacro.

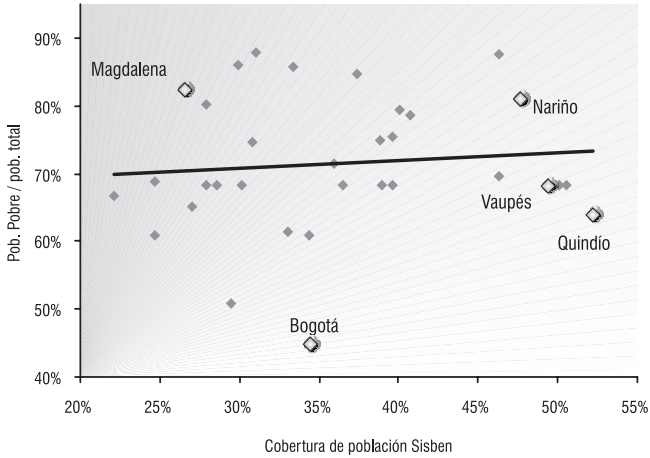
Sin embargo, aunque estos resultados son significativos, los avances en cobertura no alcanzan los niveles deseables. Las metas oficiales para 1998 buscaban el cubrimiento del 80% de la población más pobre (definida por

NBI), situación que hasta la fecha no ha sido lograda¹⁶. Más aún, para el 2001 se espera que la cobertura sea universal aunque por lo observado, esta meta es muy difícil de alcanzar.

En este sentido, a pesar de que los avances en el cubrimiento de este servicio se ven reflejados en la afiliación del 54.3% del total de la población colombiana para 1999¹⁷, cifra de relativa importancia, los progresos observados a nivel regional son realmente mediocres.

El número de afiliados para el régimen subsidiado, como proporción de la población Sisben 1, 2 y 3, sólo alcanzó el 34% para 1999. Coberturas menores a las mencionadas se encuentran en entes territoriales como Guaviare, Vaupés y Guainía, donde las condiciones de vida son realmente bajas. Esto indica que aunque la población pobre clasificada como tal representa alrededor del 68% del total departamental, la cobertura se encuentra por debajo del 34%.

Gráfico 15 Población pobre vs.. cobertura



Fuente: DNP - UDS - Umacro.

16 Para 1998, la cobertura de la población NBI fue del 57%.

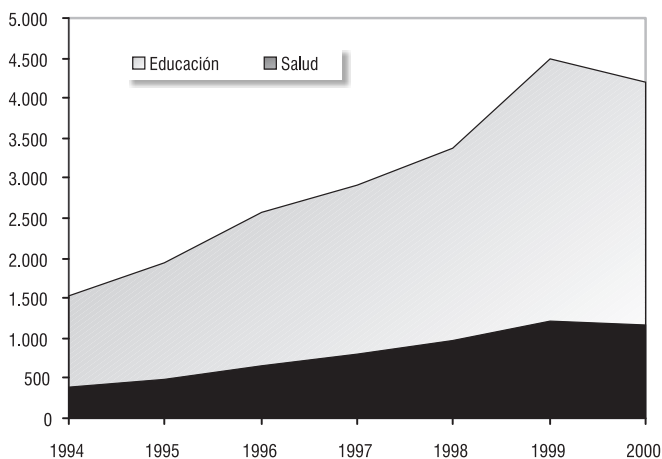
17 Se refiere a la proporción del total de afiliados a ambos regímenes en la población total del país. Se esperaba que para 1999, la cobertura alcanzara el 61% de la población NBI. Sin embargo, debido a la actual situación económica que atraviesa el país, el perfeccionamiento de la información a este respecto y la actual crisis del Instituto de Seguros Sociales, la cobertura fue menor.

¿A qué obedecen las deficiencias en la prestación de los servicios de salud?

La ausencia de buenos resultados en términos de cobertura y acceso a los servicios es debida a: i) una distribución poco eficiente de los recursos, ii) la diferencia en los criterios de asignación, iii) la transición incompleta de los centros de atención públicos en empresas sociales del Estado, ESE, y iv) los costos salariales.

- El problema de la asignación de los recursos parte de su distribución a nivel nacional y departamental. La distribución del situado fiscal y de las participaciones municipales, coloca en una posición inferior al sector de la salud frente al de la educación, sin mencionar que crea serias restricciones en cuanto a sus necesidades (Gráfico 16). Dentro de estas limitaciones, la distribución del situado fiscal se realiza con base en los gastos históricos de los departamentos¹⁸.

Gráfico 16 Participación de la salud dentro del situado fiscal
Miles de millones de pesos

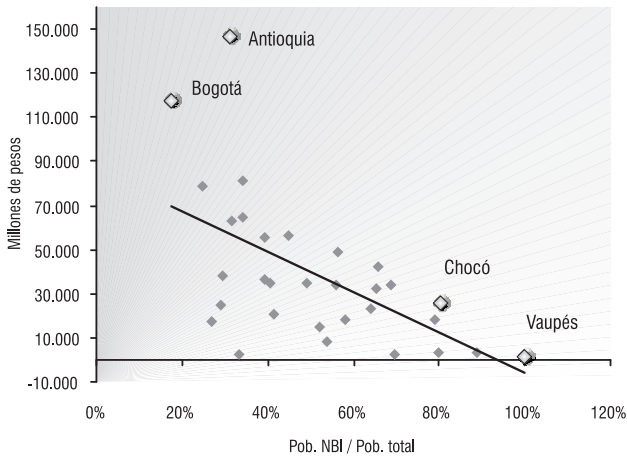


Fuente: DNP - UIFP - Umacro.

18 Los gastos históricos hacen referencia al gasto per cápita realizado en las actividades de atención, medido a través del registro de consultas de medicina, enfermería y odontología y egresos hospitalarios.

A nivel interno del sector, la distribución de los recursos aun se realiza en función de la oferta. Esto es consecuencia del proceso aun en marcha de la conversión de los centros de atención de salud en empresas sociales del Estado. El Gráfico 17 revela esta situación: entes territoriales como Santafé de Bogotá y Antioquia, que poseen una menor cantidad de población pobre como porcentaje de sus poblaciones totales, pero que cuentan con centros de atención más avanzados, reciben mayores recursos que lugares como Vaupés y Chocó, donde la población NBI sobrepasa el 80% del total departamental y los centros de atención no son superiores al segundo nivel de atención.

Gráfico 17 Recursos públicos para la salud vs. porcentaje de la población NBI del total departamental

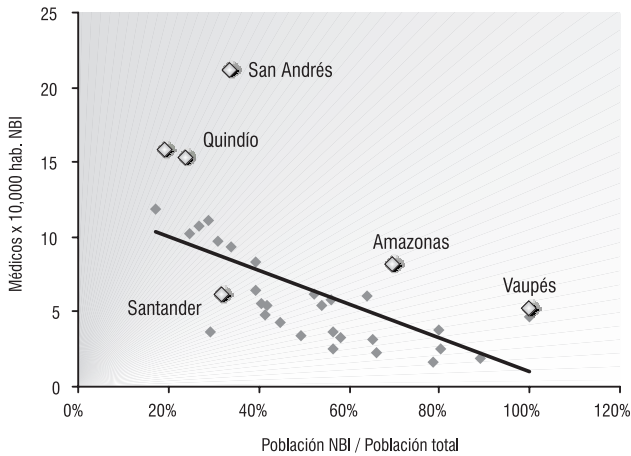


Fuente: DNP - UDS - Umacro.

Adicional a estos problemas de recursos financieros, existe un problema similar en la distribución de los recursos humanos. La mayoría del personal del sector salud se encuentra en centros poblacionales con baja densidad de individuos NBI, como San Andrés, Antioquia, Santafé de Bogotá y Valle del Cauca, dejando sitios que poseen mayores porcentajes de participación de la población NBI con sólo una pequeña proporción, tales como Vaupés, La Guajira y Caquetá. En el Gráfico 18 se presenta el número de médicos que trabajan en el sector oficial por cada 10 mil habitantes con NBI. Es

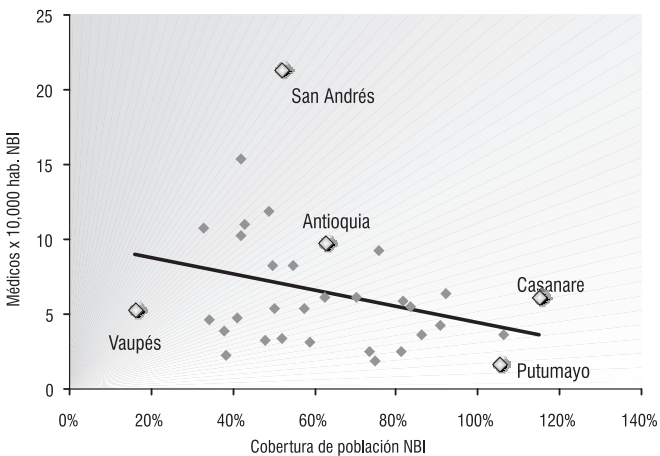
evidente que la actual distribución de los miembros del sector es ineficiente e inequitativa.

Gráfico 18 Médicos oficiales x 10.000 habitantes NBI vs. proporción población NBI de la población total departamental, 1997



Fuente: Minsalud - DNP - UDS.

Gráfico 19 Relación médicos oficiales x 10.000 habitantes NBI vs. cobertura de la población NBI, 1997



Fuente: Minsalud - DNP - UDS.

- El problema de los criterios parte del mismo proceso de formulación de políticas. Para las políticas de asignación de recursos a los departamentos, distritos y municipios, el criterio de distribución es la población con NBI. Sin embargo, para las políticas de afiliación y cobertura del régimen subsidiado se tienen en cuenta los criterios del Sisben.

El Sisben clasifica y ordena a la población colombiana de acuerdo con un conjunto de características socioeconómicas, a través de las cuales evalúa el nivel de satisfacción de necesidades de cada individuo. A diferencia del NBI, el índice Sisben amplía este análisis a una gama de variables que incluyen: calidad de vivienda y su equipamiento, servicios de la vivienda, aspectos demográficos, ingreso, ocupación, capital humano y seguridad social¹⁹.

Otra razón de la escasez de buenos resultados en términos de cobertura y acceso a los servicios son los problemas actuales que atraviesa el Sisben. Entre ellos sobresalen los altos incentivos de los individuos de proveer información falsa para acceder a los beneficios del sistema subsidiado, además del intercambio entre afiliaciones y favores políticos²⁰. La Misión Social encontró dentro de los afiliados clasificados según el Sisben, que el 75.8% de los carnetizados, es decir, aquellos que acceden al régimen subsidiado, son efectivamente pobres; el porcentaje restante representa el número de *colados* que acceden impunemente a los servicios subsidiados de salud²¹.

Los problemas de evasión de recursos que sufre el régimen contributivo también son una razón de peso que explica la baja cobertura. De acuerdo con estudios hechos en la UDS, 6.6 millones de colombianos con ingresos superiores a dos salarios mínimos, no pertenecían al sistema de seguridad social en 1997. Esto implicaba que con los recursos de aquellos que recibían entre dos y cuatro salarios mínimos, 1.1 billones de pesos, 92 mil millones de pesos pertenecían al punto porcentual de los cotizantes

19 Sarmiento, et. al, 2000.

20 DNP - UDS, 2000.

21 Sarmiento, et. al, 2000.

destinados al Fosyga. Esos recursos pudieron respaldar la afiliación de 840 mil personas al régimen subsidiado²².

La UDS encontró adicionalmente, que por elusión²³, es decir, o que las empresas subdeclaran los ingresos de sus empleados o que los empleados independientes declaran ingresos inferiores, el sistema experimentó una pérdida de 136 mil millones de pesos, lo que equivale a dejar sin afiliar a 1.2 millones de colombianos pobres²⁴.

- El lento proceso de transición de las instituciones públicas prestadoras de salud a empresas sociales del Estado ha puesto barreras para el aumento de la cobertura²⁵. El requisito de las IPS públicas para avanzar en este proceso es la autosuficiencia a partir de la promoción y uso del esquema de venta de servicios que, como meta final, busca fomentar la menor dependencia de los recursos provenientes de los subsidios a la oferta.

La grave situación en que se encuentran muchas de ellas es debido a que sus ingresos por venta de servicios son insuficientes para cubrir sus respectivos gastos; en la Gráfica 20 se observa cómo en los primeros años de la reforma al sector, los gastos por servicios de atención eran superiores a los ingresos. En los años posteriores, esta situación se ha venido revirtiendo lentamente, aunque persiste la dependencia con la Nación; los recursos recibidos de ésta, son destinados mayoritariamente al pago de los trabajadores del sector y a la inversión en infraestructura²⁶ (Gráficos 21 y 22).

22 DNP - UDS, 2000.

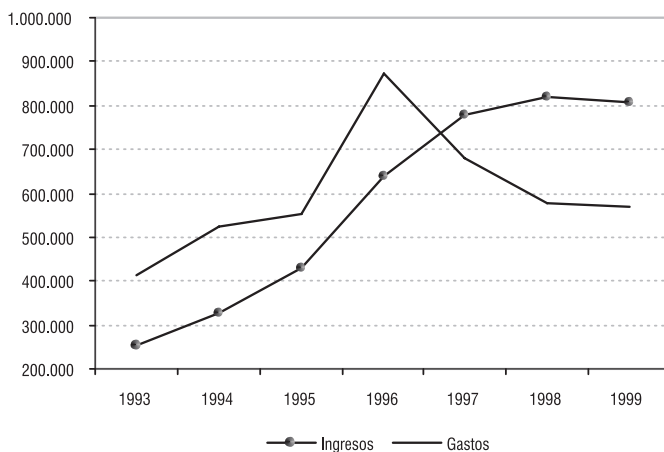
23 La elusión es el acto dentro del marco legal, por el cual los individuos contribuyen con menor cantidad de recursos al sistema de los que deberían contribuir por ley con su cotización.

24 DNP - UDS, 2000.

25 Las empresas sociales del Estado, ESE, son consideradas entidades públicas descentralizadas, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa. Su manejo administrativo será regido como el de cualquier entidad privada, aunque reciban transferencias directas del Estado, y deberán prestar los servicios de salud a través de la venta de éstos.

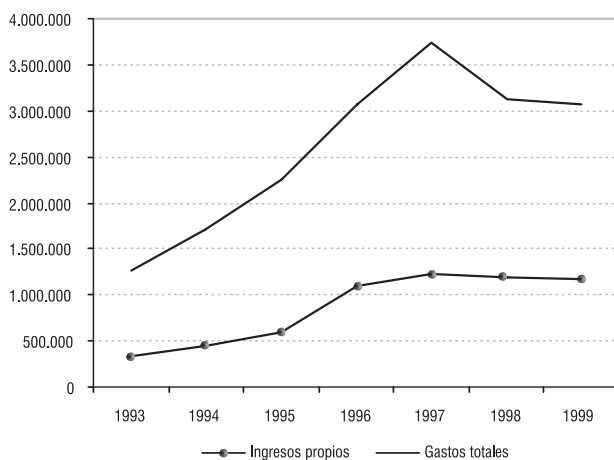
26 *Viabilidad financiera del régimen subsidiado en salud* por Diana Cárdenas y María Pilar Granados. Estudio en estado preliminar. DNP – UDS.

Gráfico 20 Evolución de los ingresos y gastos por servicios de atención



Fuente: Minsalud - DNP - UDS - DISAL.

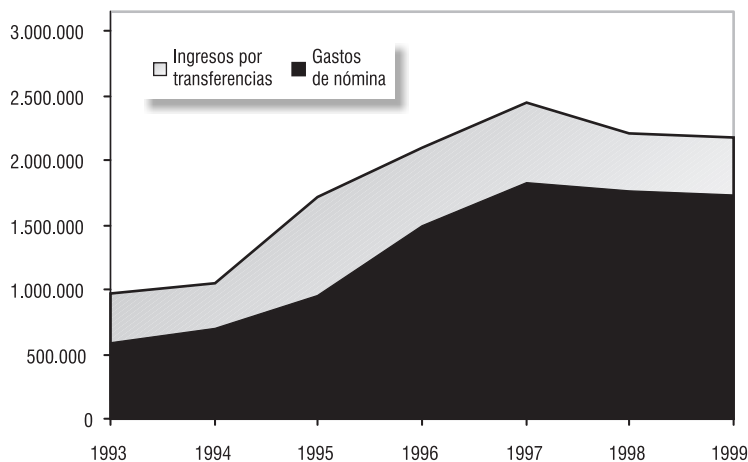
Gráfico 21 Evolución de los ingresos propios y gastos totales de los hospitales públicos Millones de pesos de 1999



Fuente: Minsalud - DNP - UDS - DISAL. Cálculos de Cárdenas y Granados.

Como dato adicional, el Ministerio de Salud estimó que para producir un peso de producto en 1998, los hospitales públicos deben gastar aproximadamente \$1.84.

Gráfico 22 Ingresos por transferencias del Estado y gastos de nómina Millones de pesos de 1999



Fuente: Minsalud – DNP – UDS – DISAL. Cálculos de Cárdenas y Granados.

- El proceso de aumento de la cobertura también se ha visto obstruido por los aumentos salariales de los empleados del sector. De acuerdo con el artículo sexto de la Ley 60 de 1993, el Consejo de Política Económica y Social, Conpes, tiene como misión el establecer los reajustes salariales máximos que los entes territoriales pueden acordar con los empleados. A pesar de esto, los reajustes han sido superiores a los establecidos; el Conpes estableció incrementos del 18% en promedio para los años comprendidos entre 1995 y 1997. Ello aunque conllevaría a que el salario promedio de 1994 (223.418 de pesos de 1997), se incrementara en estos porcentajes anuales hasta alcanzar 367.057 de pesos en 1997, no fue lo observado en la práctica. Por el contrario, el salario promedio en pesos constantes para 1997 fue de \$546,666. En consecuencia, el sector oficial experimentó una pérdida de recursos en 1997 de más de 18.327 millones de pesos²⁷, los cuales pudieron estar destinados a aumentar la cobertura de los servicios en salud, es decir, pudieron ser equivalentes a 169,000 nuevos subsidiados en este último año.

²⁷ Esta pérdida de recursos se obtiene de la diferencia entre el salario promedio proyectado y el observado y se multiplica por el número de empleados del sector oficial.

Adicional a los problemas mencionados, existe otro de igual importancia dentro del sector: la accesibilidad a los servicios de salud por parte de los individuos. De acuerdo con el estudio de casos, de carácter cualitativo, realizado por el centro de proyectos para el desarrollo de la Universidad Javeriana, Cendex, en 1999, los actuales participantes del esquema de servicios de salud, tienen un desconocimiento importante de éste. Ello se refleja en que el aseguramiento de los individuos dentro del régimen subsidiado no ha generado una demanda explosiva de servicios, en buena medida debido al no cumplimiento de la función de agencia o representación de usuarios por parte de las aseguradoras. Esto está originado en gran parte, en la ignorancia de los usuarios de sus deberes y derechos (e.g. servicios del POS-S, copagos, evaluación de los servicios a través de la participación activa con el uso de espacios de organización comunitaria creados por los entes territoriales), en el costo de los medicamentos, y en la misma pobreza de los individuos.

Como se observa, en el Gráfico 23, el índice de precios de los medicamentos, mantuvo una tendencia sostenida de crecimiento. No obstante, aunque la propensión inflacionaria de estos productos ha venido disminuyendo, los altos costos de los medicamentos continúan siendo una barrera de acceso para los usuarios.

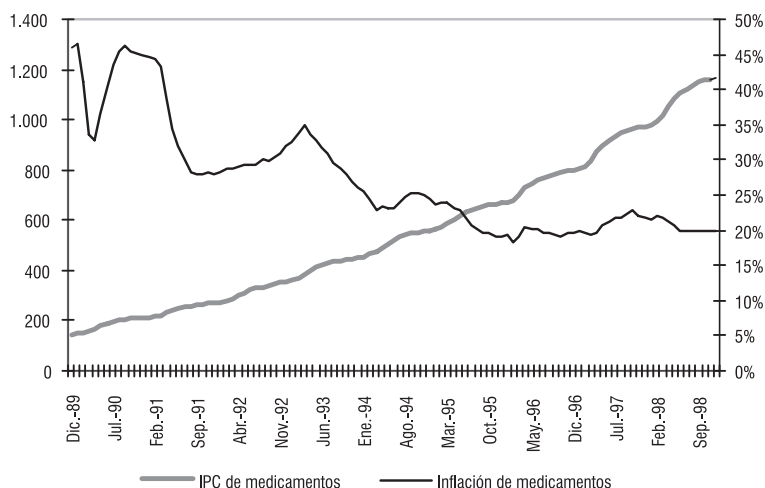
A pesar de esta situación, la posibilidad de corregir estos problemas puede ser abordada a partir de una participación más activa y coherente del Ministerio de Salud. No obstante, la existencia de problemas generados por información imperfecta entre los distintos miembros del sector y el poder discrecional poco efectivo del ministerio, han llevado a un desarrollo inadecuado de las labores de monitoreo, coordinación y de formulación de políticas necesarias para el sector.

La falta de recursos humanos de calidad ha sido un factor determinante en la solución de estos problemas, en especial, en la buena provisión y análisis de información. Ello se observa en la alta rotación que se ha dado en los puestos de personal de alto nivel, lo cual impide la creación de una buena cultura organizacional con especial énfasis en la memoria institucional de

los problemas y sus soluciones. El ejemplo más claro parte del período comprendido desde la promulgación de la Ley 100 hasta 1997, cuando el sector tuvo cuatro ministros; además, el 40% de los directores de unidades técnicas del ministerio permanecieron en sus puestos por un período de tiempo menor a un año²⁸.

Adicionalmente, el problema de la calidad se ve acompañado por problemas de cantidad en algunas áreas de importancia, como la vigilancia al sector. Un ejemplo es el tamaño de la nómina de la Superintendencia de Salud que repercute en su desempeño del control, inspección y monitoreo de los actores del sistema. Hasta la fecha, la superintendencia posee una nómina levemente superior a dos mil individuos, los cuales deben vigilar y controlar las 35 mil instituciones que conforman el sector.

Gráfico 23 Evolución del índice de precios de los medicamentos



Fuente: Dane - DNP - Umacro.

28 Bossert et. al., 1999.

CONCLUSIONES



- Las reglamentaciones de la Ley 100 y Ley 60 de 1993 fueron determinantes importantes para el desarrollo del sector durante la pasada década. Gracias a ellas, el sector se ha visto favorecido por el aumento de recursos, los cuales han dado frutos en el aseguramiento a los servicios de salud por parte de la población colombiana. Sin embargo, todavía persisten ineficiencias en el acceso a estos servicios por parte de la población más pobre debido a los problemas en la labor de divulgación de información de las entidades aseguradoras.
- El uso de subsidios a la demanda como instrumento de distribución de recursos a toda la población beneficiaria, ha generado mayores beneficios que los alcanzados con el uso de subsidios a la oferta. Sin embargo, la transición actual del proceso de transformación de subsidios ha encontrado serios obstáculos en el actual estado de las instituciones públicas prestadoras de servicios, es decir, un gran número de ellas no ha alcanzado los niveles de autosuficiencia necesarios para convertirse en empresas solidarias del Estado. Esta situación claramente ha continuado deteriorándose debido a la difícil coyuntura económica que atraviesa el país.
- Existen ineficiencias importantes en la distribución de los recursos humanos. La mayoría del personal médico está concentrado en sitios con baja densidad de población pobre, lo cual demuestra la inequidad de la distribución. Adicionalmente, los incrementos salariales que se han

observado en los últimos años han sido superiores a los autorizados por el Conpes. Ello afecta los procesos de autosuficiencia que atraviesan las IPS y, en cierta medida, los avances en cobertura de la población pobre.

- El sector salud tiene como uno de sus mayores problemas, la necesidad de mejorar el funcionamiento del Ministerio de Salud y de la Superintendencia de Salud. La alta rotación del personal senior ha sido un determinante importante de las deficiencias en el efectivo análisis del sector y en la solución de sus problemas.

BIBLIOGRAFÍA

- Barona C., Ana Beatriz & Beatriz Plaza, 1998. “Resultados de la implementación del régimen subsidiado” en *Coyuntura Social*, No. 19, noviembre.
- Barona C., Ana Beatriz & Beatriz Plaza, 1999. *Afiliación de población pobre al sistema de salud: el caso colombiano*. Fedesarrollo, diciembre.
- Bossert, Thomas, William Hsiao, Mariela Barrera, Lida Alarcón. María Leo & Carolona Casares, 1999. “Los ministerios de salud en la era de la reforma de la salud: El caso de Colombia” en *Vía Salud*. No. 7, enero – marzo.
- Cendex, 1999. *Entorno, aseguramiento y acceso en el régimen subsidiado en Colombia: Seis estudios de casos*. Fundación Corona, Fundación Ford y Pontificia universidad Javeriana.
- Clavijo, Sergio, 1998. *Descentralización de la educación y la salud: Aspectos Fiscales del Gasto Social en Colombia*. Cede, No. 11, mayo.
- Colombia Health Care Reform Project Team, 1996. *Report on Colombia Health Reform and Proposed Master Implementation Plan*. Harvard University School of Public Health, febrero.
- Comisión de racionalización del gasto y de las finanzas públicas (1997). “Racionalización del gasto público en salud” en *El saneamiento fiscal, un compromiso de la sociedad*. Tema III. Ministerio de Hacienda y Crédito Público.
- Forero de Saade, María T., Aura María Poveda & Daniel Trillos, 1998. *Censo del recurso humano y dinámica salarial del sector salud oficial 1994-1998*. Ministerio de Salud.
- González, Jorge Iván & Francisco Pérez-Calle, 1998. “Salud para los pobres en Colombia: De la planeación centralizada a la competencia estructurada”, en *Coyuntura Social*, No. 18, mayo.
- Jaramillo, Iván, 1995. *El futuro de la salud en Colombia*. Fescol, FES, Fundación Corona & Fundación Jorge Restrepo Barco.

- Molina, Carlos E., María Clara Rueda, Mauricio Alviar & Ursula Giedion (1993). *El Gasto Público en Salud y Distribución de subsidios en Colombia*. Diciembre, Fedesarrollo.
- Pérez C., Francisco, 1997. “La autofinanciación de los hospitales públicos, los subsidios de salud: de oferta a demanda” en *Planeación y Desarrollo*. Volumen XXVIII, No. 1, enero - marzo.
- Sánchez T., Fabio & Jairo Núñez M., 1999. “*Descentralización, pobreza y acceso a los servicios sociales. ¿Quién se beneficia del gasto público en los noventas?* Cede, documento #99-04.
- Sarmiento, Alfredo, Jorge I. González & Luis A. Rodríguez, 2000. *Eficiencia Horizontal y Eficiencia Vertical del Sistema de Selección de Beneficiarios, Sisben*. Mimeo. Misión Social, DNP.
- Unidad de Desarrollo Social (2000). *Evaluación del Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Mimeo. Departamento Nacional de Planeación.
- Vargas, Jorge Enrique, 1997. “Descentralización de los servicios de salud en Colombia” en *Planeación y Desarrollo*. Volumen XXVIII, No. 1, enero - marzo.
- Vélez, Carlos Eduardo, 1995. *Gasto Social y Desigualdad: Logros y extravíos*. Misión Social, Departamento Nacional de Planeación, capítulo 4.
- Yepes, Francisco, 1990. “Resumen: Hallazgos y recomendaciones” en *La Salud en Colombia*. Ministerio de Salud, Departamento Nacional de Planeación.