



Los subsidios de oferta y el régimen subsidiado de salud en Colombia

◆ Karelys Katina Guzmán Finol* ◆

La Ley 715 de 2001 cambió las implicaciones asociadas a la certificación en el sector de la salud en Colombia. Desde su implementación, los municipios certificados pueden ejecutar los recursos adicionales, derivados de su certificación, solo en la atención de la población pobre no asegurada (subsidios de oferta). Antes podían invertirse también en salud pública y en el régimen subsidiado. Además, estas transferencias extra han disminuido progresivamente. Aquí se evalúan, de forma preliminar, los efectos de estos cambios en la cobertura del régimen subsidiado entre 1998 y 2004, usando la metodología diferencia en diferencias. Los resultados indican que los municipios certificados incrementaron su cobertura cada año entre 2005 y 2010, en un porcentaje por encima de los municipios no certificados. Este porcentaje estuvo entre 16 y 28 puntos porcentuales.

El logro de la cobertura universal es un objetivo explícito en el artículo 157 de la Ley 100 de 1993, según el cual en el año 2000 todo colombiano debía estar afiliado al régimen contributivo o en el subsidiado. Las autoridades municipales son las encargadas de conseguir que todas las personas que por su capacidad económica no hacen parte del régimen contributivo estén cubiertas en el régimen subsidiado. La principal fuente de recursos con la que cuentan para este fin son las transferencias del gobierno central, las cuales fueron organizadas por la Ley 60 de 1993. Dicha ley permitía

* La autora es economista del Centro de Estudios Económicos Regionales (CEER) del Banco de la República. Agradece los aportes y comentarios de Adolfo Meisel, María Aguilera, Karina Acosta, Andrea Otero, Javier Pérez, Andrés Sánchez y Luis Galvis. También, la colaboración de Juan Santos Ochoa y Simón Chaves en el manejo de las bases de datos. Así mismo, el documento se benefició de la asesoría de Nancy Londoño, Mauricio Iregui, Carlos Díaz y Paul Rodríguez.

que los municipios que cumplieran ciertos requisitos se certificaran y recibieran recursos adicionales por parte de las autoridades departamentales, los que debían invertirse en el régimen subsidiado (subsidios a la demanda), la salud pública y la población pobre no asegurada (subsidios a la oferta). Esta población debía ser afiliada al régimen subsidiado paulatinamente, es decir, los subsidios de oferta debían ser reemplazados completamente por los de demanda.

Gaviria *et al.* (2006) discuten las dificultades de la transición de los subsidios de oferta a los de demanda, argumentando que si bien con la reforma aumentó la cobertura del régimen, lo hizo menos de lo pronosticado, lo cual se debió a que crecieron los recursos para el régimen subsidiado, pero no disminuyeron los de prestación de servicios (a la población no asegurada), lo que generó duplicación de costos.

La Ley 715 de 2001 tuvo varias implicaciones para los municipios certificados: a partir de 2002 los recursos extra, privilegio de aquellos que poseen la certificación, serían girados directamente desde el gobierno central. Por otro lado, se redujo su uso a la atención de la población pobre no asegurada. Además, el monto de estas transferencias empezó a disminuir progresivamente. La hipótesis de este trabajo es que estos cambios tuvieron un impacto en los incentivos de las autoridades municipales, lo que afectó a su vez la cobertura del régimen.

Jaramillo y Poveda (2007) confrontaron la forma de funcionamiento entre los municipios certificados y los no certificados. Los primeros fueron considerados más autónomos porque los contratos de aseguramiento se realizan solo entre ellos y las administradoras del régimen subsidiado (ARS). En los municipios no certificados estos contratos eran tripartitos, ya que incluían a los departamentos. Los autores encontraron que este último modelo de contratación era más ineficiente que el otro: con deudas y moras más altas. Además, estas entidades territoriales presentaban un mayor desvío de sus participaciones

municipales, asignando menos recursos per cápita en el sector.

Bossert (2000) fue el primero en considerar la certificación como una medida del grado de autonomía o descentralización de los municipios en el sector de la salud¹. Él encontró que esta tuvo una relación negativa con el gasto per cápita en salud y la pereza fiscal entre 1994-1997. Por su parte, Pinto *et al.* (2005) cuestionaron la validez de la certificación como indicador de la descentralización, a partir de los resultados de una encuesta que indaga por el cumplimiento de los requisitos de la certificación entre 2002 y 2004. Los resultados mostraron que aunque los municipios certificados cumplían con más criterios que los no certificados, muy pocos municipios cumplían con todos. Por tanto, la certificación podría estar señalando si el municipio tenía la posibilidad de acceder de manera directa a los recursos del situado fiscal, no si efectivamente cumplía con las condiciones para estar certificado. Por último, Sánchez y Faguet (2009) construyeron un panel de datos municipal para conocer los determinantes del cambio porcentual de la proporción de pobres cubiertos con seguro de salud. Concluyeron que el efecto de la certificación es ambiguo y le restan importancia como indicador de la independencia de un municipio.

Hasta el momento no se ha analizado la evolución de las fuentes de financiamiento del gasto en salud, ni cómo se han invertido estos recursos, diferenciando entre municipios certificados y no certificados. Conocer esto permitiría, por un lado, distinguir si el hecho de que los municipios certificados reciben recursos que los otros municipios no perciben está relacionado con una mayor dependencia de las transferencias del gobierno central o si, por el contrario, estas entidades territoriales

¹ Para ampliar la revisión de literatura consultar la investigación de Molina y Spurgeon (2007). Aquí se clasifican algunas investigaciones en temáticas como: descentralización del Estado y el gobierno local, cambios en los recursos financieros para salud, recursos humanos para salud y Sistema de Seguridad Social para la salud.

financian una mayor proporción del gasto en salud con recursos propios.

Tampoco se han evaluado los efectos de los cambios que sufrieron los privilegios de los municipios certificados sobre la cobertura del régimen subsidiado con la implementación de la Ley 715 de 2001. Los resultados de esta evaluación podrían indicar si una menor autonomía de los municipios favorece el logro de los objetivos que se plantean en el nivel central.

Estos vacíos de la literatura se pretenden llenar con la presente investigación. Primero, se analizará el papel de la certificación como una condición que le otorga más autonomía a determinados municipios. Segundo, se compararán las finanzas públicas de los municipios certificados y no certificados, haciendo énfasis en lo que pasó antes y después de la Ley 715 de 2001. Por último, se evaluarán de manera preliminar los efectos de esta sobre la cobertura del régimen subsidiado. Este sería el primer trabajo que se interesa por evaluar empíricamente las implicaciones de la expedición de esta ley, analizando la interrelación entre los subsidios de oferta y los de demanda.

Para realizar dicha evaluación se usa la metodología diferencia en diferencias, con datos que provienen del Ministerio de la Protección Social y el Departamento Nacional de Planeación (DNP). Los resultados indican que los municipios certificados incrementaron su cobertura cada año entre 2005 y 2010, por encima de los municipios no certificados, cuya diferencia estuvo entre 16 y 28 puntos porcentuales (pp).

El resto del trabajo se desarrolla de la siguiente manera. En la primera sección se describe el proceso de certificación en el sector de la salud. En la segunda se responden las preguntas: ¿cómo se financia la salud en Colombia? y ¿cómo se invierten los recursos en el sector? Aquí se hace énfasis en los subsectores de interés, que son el régimen subsidiado y la prestación de servicios a la población no asegurada. En la tercera sección se presenta la evaluación de impacto de la implementación de la Ley 715 de 2001 en la cobertura del régimen

subsidiado. Las conclusiones se discuten en la última sección.

I. La certificación de los municipios

En el sector de la salud la descentralización se materializó con la Ley 60 de 1993, que determinó cuáles serían las responsabilidades de cada nivel de gobierno y la forma como se asignarían los recursos para su cumplimiento². Había dos formas de transferencias: el situado fiscal y las participaciones de los municipios en los ingresos corrientes de la Nación. El situado fiscal era un porcentaje de los ingresos corrientes de la Nación cedido a los departamentos, el Distrito Capital y los distritos especiales de Cartagena, Barranquilla y Santa Marta³. La Nación repartía el 15% de estos recursos por partes iguales entre ellos, y el restante de acuerdo con los gastos de atención de los usuarios actuales y la población por atender en salud y educación; además de un indicador de la eficiencia fiscal. Del total que le correspondía a cada departamento, estos debían destinar el 60% para educación, el 20% para salud y el 20% restante a salud o educación de acuerdo con el cumplimiento de sus metas en cobertura. De ese 20% destinado exclusivamente a salud, los departamentos debían dirigir al menos un 50% para el primer nivel de atención y transferirlo a los municipios que estuviesen certificados para ello.

La certificación era otorgada en ese entonces por el Ministerio de Salud, de acuerdo con el cumplimiento de algunos requisitos (detallados en el Apéndice A). Una vez el municipio estaba certificado, el departamento procedía a transferirle lo que le correspondía del situado fiscal. Aunque el artículo 13 de la Ley 60 de 1993 indica cuáles son los criterios

² Para una comparación entre la situación en el sector antes y después de la Ley 60 de 1993 y la Ley 100 del mismo año, revisar el artículo de Karl (2000).

³ Debía alcanzar el 24,5% de los ingresos corrientes de la Nación en 2006, según la Ley 60 de 1993.

mínimos que deben seguir los departamentos para distribuir entre los municipios al menos el 50% del situado, no es conocido qué porcentaje se repartió exactamente, ni cuánto le correspondió a cada municipio, ni cuánto recibieron los que estaban certificados.

Según la Ley 60, los municipios debían invertir al menos 5 pp del situado en la prevención de las enfermedades y fomento de la salud. Además, según la Ley 344 de 1996, desde 1997 era obligatorio destinar un porcentaje del mismo en subsidios a la demanda: el 25% en 1998, 35% en 1999, 60% en 2000 y 2001. El resto de los recursos se utilizarían para garantizar la prestación de servicios a la población pobre no asegurada. El Gráfico 1 muestra cómo se invirtieron los recursos del situado fiscal entre 1998 y 2002. Cabe notar que ni en 2000 ni en 2001 se cumplió el porcentaje de inversión en subsidios a la demanda exigido por esta última ley.

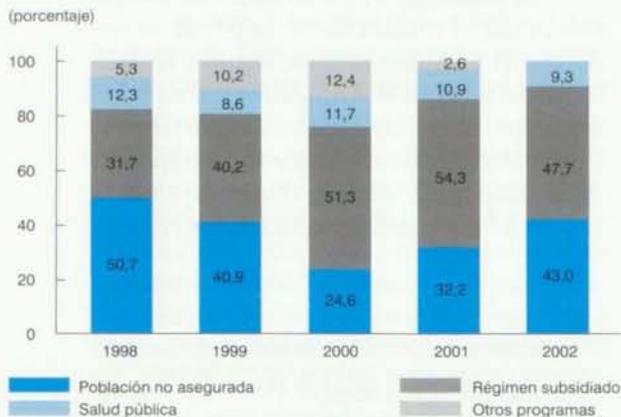
En conclusión, hasta cuando se promulgó la Ley 715 en el año 2001, la diferencia entre los municipios certificados y los no certificados era que los primeros recibían su parte del situado fiscal que debía ser destinada a salud pública, subsidios a la demanda y a la atención de los usuarios no asegurados en el

primer nivel de complejidad. El Diagrama 1 sintetiza cómo se distribuían las transferencias con la Ley 60 de 1993.

Con el establecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), propuesto por la Ley 100 de 1993, se pueden diferenciar tres tipos de participantes: los afiliados al régimen contributivo, los afiliados al régimen subsidiado y las personas vinculadas al sistema, es decir, aquellas personas que por incapacidad de pago y mientras logran ser beneficiarias del régimen subsidiado, tienen derecho a la atención en salud que prestan las instituciones públicas y privadas que tienen contrato con el Estado.

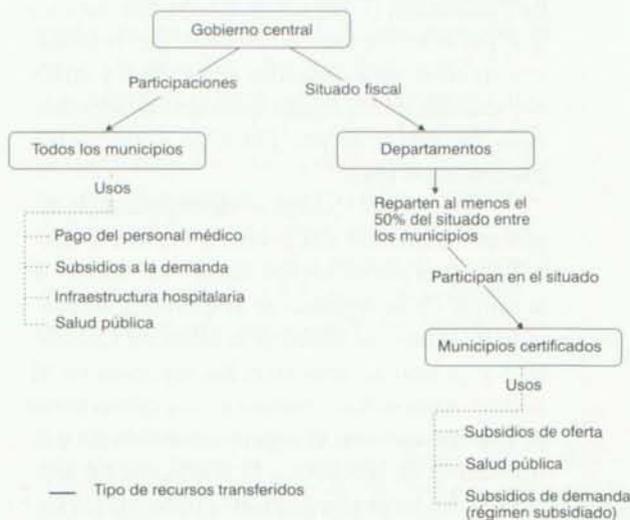
La Ley 715 de 2001, que reglamenta el Sistema General de Participaciones (SGP) establece que del total de transferencias que llega al municipio, se debe destinar un 58,5% a educación, un 17% a propósitos generales y un 24,5% a salud. Este último porcentaje debía soportar tres componentes: financiación o cofinanciación de subsidios a la demanda, es decir, el régimen subsidiado; la prestación de servicio a la población pobre en lo no cubierto

Gráfico 1
Inversión del situado fiscal
en los municipios certificados, 1998-2002



Fuente: DNP; cálculos de la autora.

Diagrama 1
Distribución de las transferencias para el sector de la salud,
Ley 60 de 1993

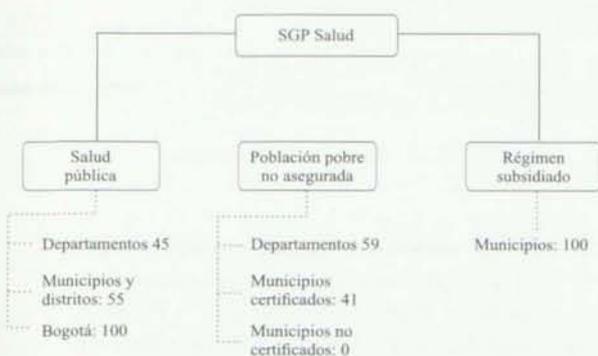


Fuente: elaboración de la autora.

o subsidios a la oferta, y las acciones de salud pública⁴. Es de particular importancia que al distribuir los recursos para salud pública y el régimen subsidiado todos los municipios se tratan de la misma forma, pero en cuanto a los recursos para subsidios a la oferta no es así (Diagrama 2). A cada departamento le corresponde el 59% del monto destinado por el gobierno central para tal fin, el 41% restante financia la atención en el primer nivel de complejidad de cada uno de los municipios y corregimientos de los respectivos departamentos. Si el municipio está certificado, este 41% le llega directamente. Si no lo está, el departamento administra dichos recursos (Diagrama 3).

La certificación de los municipios tenía implicaciones distintas antes y después de la Ley 715 (diagramas 1 y 3). De ahora en adelante, en este trabajo se llamará "premio" al dinero adicional que recibían los municipios al estar certificados. Antes de 2002 este era determinado por el departamento al que pertenece la entidad territorial, es decir, era una transferencia indirecta. Es difícil conocer su monto con exactitud. A partir de 2002 el premio proviene directamente del gobierno central al municipio y su monto sí era conocido.

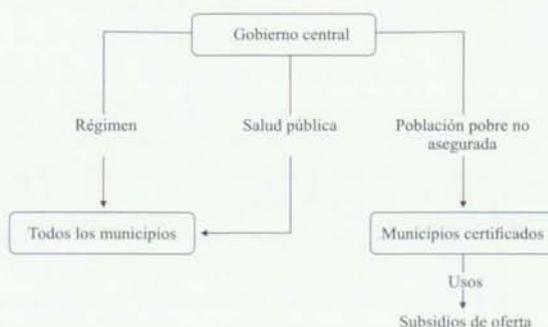
Diagrama 2
Porcentajes en los que se asigna el SGP de salud,
Ley 715 de 2001



Fuente: elaboración de la autora.

⁴ En el Apéndice B se muestra cómo se calculaban los recursos para cubrir cada uno de los tres rubros.

Diagrama 3
Distribución de las transferencias para el sector salud,
Ley 715 de 2001
(privilegio de los municipios certificados)



Fuente: elaboración de la autora.

Además, antes de 2002 tenía varios usos, con la Ley 715 solo tiene uno.

Es importante aproximarse al monto transferido por los departamentos a los municipios certificados antes de 2002, ya que esto permitiría analizar la evolución del premio antes y después de la Ley 715 y sus implicaciones. Esto es posible, al menos, de dos formas: la primera es distribuyendo una parte del situado fiscal entre los municipios y estimando cuánto le hubiese correspondido, hipotéticamente, a los municipios certificados, y la segunda, teniendo en cuenta las inversiones de los municipios financiadas con recursos del situado fiscal.

El primer ejercicio se realizó aplicando la siguiente fórmula para cada municipio *i* del departamento *j* en el año *t*:

$$\text{Participación en el situado del municipio }_i = (0,5 \times \text{situado del departamento }_j) \times \frac{(\text{cupos contratados por el municipio }_{i,t+1})}{(\text{total de cupos contratados en el departamento }_{j,t+1})}$$

El primer término de la derecha significa que se repartió el 50% del situado fiscal entre los municipios de cada departamento porque, como se dijo, el departamento debía distribuir

al menos dicho porcentaje. Las capitales de Cundinamarca, Bolívar, Magdalena y el Atlántico no se incluyeron en el denominador del segundo término de la derecha, ya que al ser distritos reciben directamente todas las transferencias. El criterio utilizado para esta distribución (segundo término de la derecha) fue la participación de los cupos de subsidios contratados por el municipio en el total de cupos contratados en el departamento, con un período de rezago. Esto se hace con el supuesto de que desde el departamento se asignarían más recursos en el año t a las entidades territoriales cuyos cupos de subsidios contratados en el año $t - 1$ sea mayor, para así garantizar la continuidad del aseguramiento.

La segunda forma de aproximarse a la participación de los municipios certificados en el situado fiscal es desde sus ejecuciones presupuestales, las cuales registran la inversión en salud discriminada por fuente de financiamiento. A partir de estas es posible conocer por municipio cuánto se invirtió en salud con esta fuente de recursos.

Para calcular la asignación total de recursos para la salud transferida a los municipios certificados, basta con sumar sus transferencias directas más la parte que le corresponde del situado fiscal departamental (determinada por alguna de las dos formas explicadas)⁵. El Gráfico 2 permite observar que, si no se realiza esta suma, el cambio en el promedio de las transferencias entre 2001 y 2002 es más pronunciado. En otras palabras, se sobreestimaría el cambio en los recursos con los que cuentan los municipios certificados al entrar en vigencia la Ley 715. De hecho, gracias a esta aumentaron las transferencias de todos los municipios, solo que las otorgadas a los certificados lo hacen en una mayor proporción (Gráfico 3).

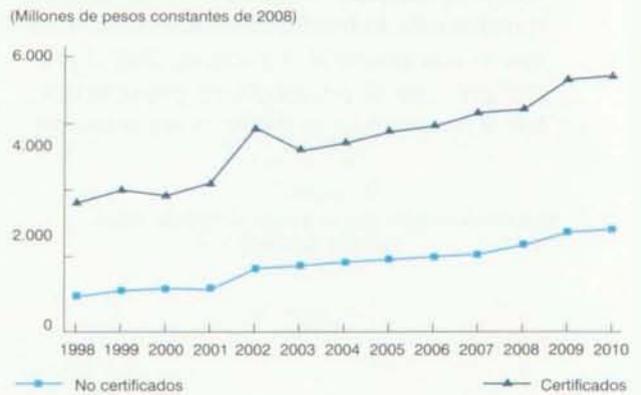
Si se observan solo los recursos adicionales que han recibido los municipios certificados, se nota que entre 1998 y 2002 adquieren un valor distinto, según sea su forma

Gráfico 2
Promedio de transferencias de salud de los municipios certificados



Nota: la serie "asignación" corresponde solo a las transferencias directas.
Fuente: DNP; cálculos de la autora.

Gráfico 3
Promedio de las transferencias de salud (asignación más situado repartido)



Fuente: DNP; cálculos de la autora.

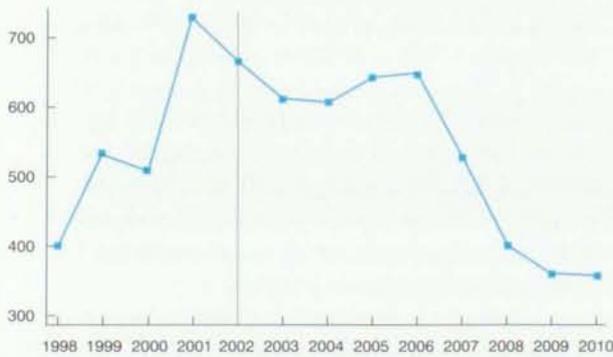
de cálculo. En particular, entre 2001 y 2002 si el premio de la certificación es equivalente al gasto en salud ejecutado con el situado, estos ingresos extra disminuyen (Gráfico 4); mientras que si se toma como el situado repartido por los departamentos, los ingresos extra aumentan (Gráfico 5). Cuando la Ley 715 entra en vigencia los recursos adicionales que recibía un municipio por estar certificado

⁵ Las transferencias directas corresponden a las participaciones municipales hasta 2001, y desde 2002 al SGP.

Gráfico 4

Recursos adicionales que reciben los municipios certificados (calculados a partir del situado ejecutado entre 1998 y 2002)

Miles de millones de pesos constantes de 2008)

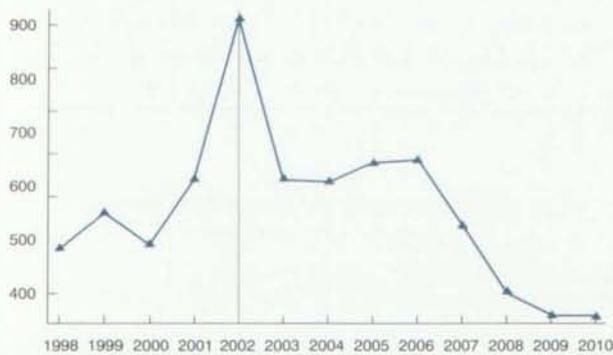


Fuente: DNP; cálculos de la autora.

Gráfico 5

Recursos adicionales que recibieron los municipios certificados (calculados a partir del situado repartido entre 1998 y 2002)

Miles de millones de pesos constantes de 2008)



Fuente: DNP; cálculos de la autora.

disminuyen en casi todo el período, más rápidamente a partir de 2006.

II. Finanzas públicas de la salud

En esta sección se describirán las ejecuciones presupuestarias de los municipios incluidos en la muestra en el sector de la salud. Estas permi-

ten discriminar sus inversiones por fuente de financiamiento. Conocer cómo han evolucionado las cuentas en las que se han depositado los recursos es una manera de aproximarse a los objetivos del sector, a la implementación del marco normativo y a los incentivos que podrían tener los municipios cuando varían las características de las transferencias que reciben. De especial atención en los gráficos es: 1) lo que pasa antes y después de la Ley 715 de 2001, y 2) la comparación de la situación en los municipios certificados y no certificados.

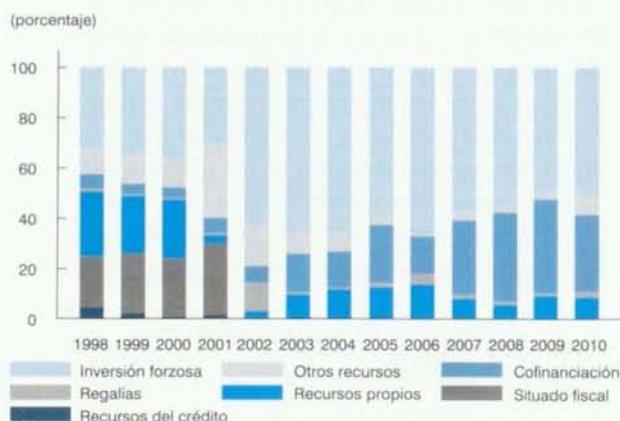
1. ¿Con qué se financia la salud en Colombia?

En este apartado se explicará cuáles son las fuentes de financiamiento de la inversión total en salud, haciendo énfasis en las del régimen subsidiado y en las de la prestación de servicios a la población pobre no asegurada. Las fuentes fueron agrupadas en siete categorías: inversión forzosa, situado fiscal, recursos propios, recursos del crédito, cofinanciación, regalías y otros recursos⁶.

La inversión en salud en Colombia entre 1998 y 2010 ha sido realizada principalmente con recursos de inversión forzosa transferidos a los municipios (gráficos 6 y 7). Dicha fuente de recursos financió, en promedio, el 51,3% de los gastos de municipios certificados y el 68,6% de los no certificados, lo que evidencia la esperada dependencia de las entidades territoriales a las transferencias, la cual es más pronunciada en los municipios no certificados. La segunda fuente, en términos de su participación promedio en la inversión total en salud, es la cofinanciación, la cual costó el 17,5% en los municipios certificados y el 22,9% en los no certificados. A pesar de que el porcentaje es mayor en las entidades territoriales no certificadas, en valores absolutos el promedio de la cofinanciación fue diferente: \$1.106.492 de las primeras frente al \$1.446.692 de las segundas (miles de millones de pesos

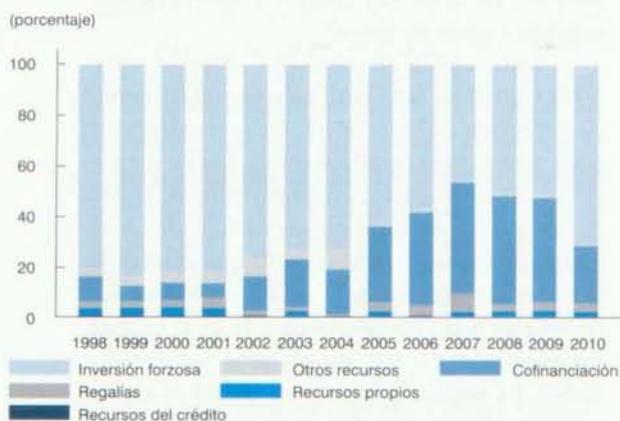
⁶ En el Apéndice C se muestra cómo se agruparon las fuentes de financiamiento en cada categoría.

Gráfico 6
Inversión en salud por fuentes de financiación en municipios certificados



Fuente: DNP; cálculos de la autora.

Gráfico 7
Inversión en salud por fuentes de financiación en municipios no certificados



Fuente: DNP; cálculos de la autora.

constantes de 2008). Esto es coherente con la prioridad que, de acuerdo con el artículo 17 de la Ley 60, tenían los municipios certificados en el Fondo de Inversión Social (FIS) y en los demás programas de carácter nacional que expidiese el gobierno central.

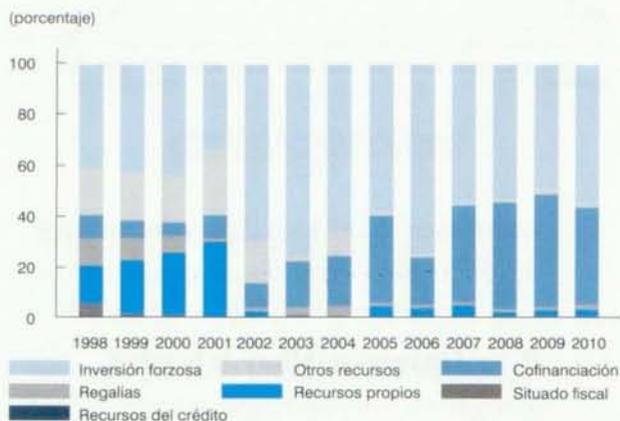
Por otro lado, la tercera fuente de financiación para los certificados son los recursos

propios, con el 12,6% de participación promedio; mientras que en los no certificados lo son otros recursos, con un 3,2%. El hecho de que el porcentaje del gasto que financian los recursos propios sea mayor en los municipios certificados que en los no certificados podría desvirtuar la hipótesis de pereza fiscal, es decir, de acuerdo con los gráficos, aunque los primeros reciben más transferencias hacen en todo el período un mayor esfuerzo que los segundos. Sin embargo, ante la expedición de la Ley 715, en ambos tipos de municipios disminuyó la proporción de la inversión total financiada con recursos propios.

El situado fiscal, mientras fue transferido desde los departamentos a los municipios certificados, participó aproximadamente con el 20% de los gastos entre 1998 y 2002. Por ser de destinación específica, el situado podría sumarse con la categoría forzosa pero, aun así, los municipios no certificados seguirían siendo los más dependientes de las transferencias.

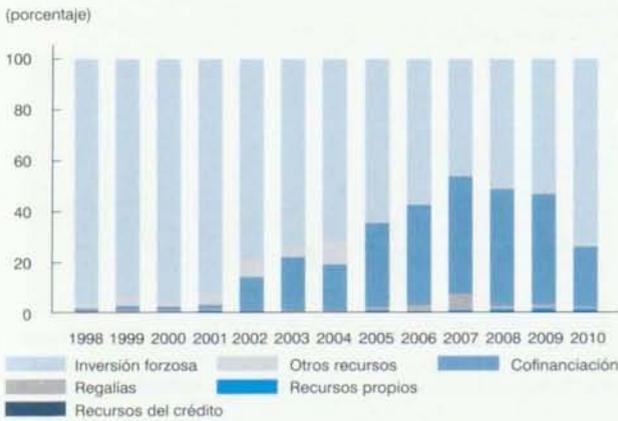
En ambos tipos de municipios el orden de importancia de las categorías en cuanto a su participación promedio en la financiación del régimen subsidiado es el mismo (gráficos 8 y 9). Las tres principales son: forzosa, con 58%; cofinanciación, con un 23%, y otros re-

Gráfico 8
Financiamiento del régimen subsidiado en municipios certificados



Fuente: DNP; cálculos de la autora.

Gráfico 9
Financiamiento del régimen subsidiado en municipios no certificados



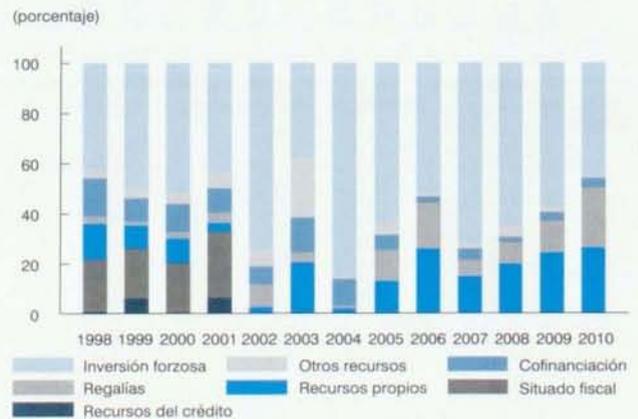
Fuente: DNP; cálculos de la autora.

ursos, con 8%. Entre 1998 y 2002 el situado fiscal financió el 16% de la inversión en el régimen. Las otras categorías tienen un porcentaje muy pequeño de participación. Luego de la Ley 715, en los municipios certificados la participación de los recursos propios en promedio disminuyó (de 6% entre 1998 y 2001 a 3% entre 2002 y 2010); mientras que para los no certificados aumentó ligeramente (de 1% entre 1998 y 2001 a 1,2% entre 2002 y 2010). Esto podría implicar que la implementación de la Ley 715 está asociada con mayores niveles de pereza fiscal en los municipios certificados.

Finalmente, los servicios a la población pobre no asegurada se han financiado principalmente con las transferencias (del gobierno central y las departamentales) y los recursos propios. Hasta 2001, año en el que se expide la Ley 715, los municipios no certificados eran más dependientes de las transferencias. A partir de 2002 los certificados ocupan este lugar. Además, aunque en todo el período los recursos propios financian una mayor proporción de este rubro en las entidades territoriales certificadas, entre 2002 y 2010 (cuando estas reciben directamente los recursos con ese fin)

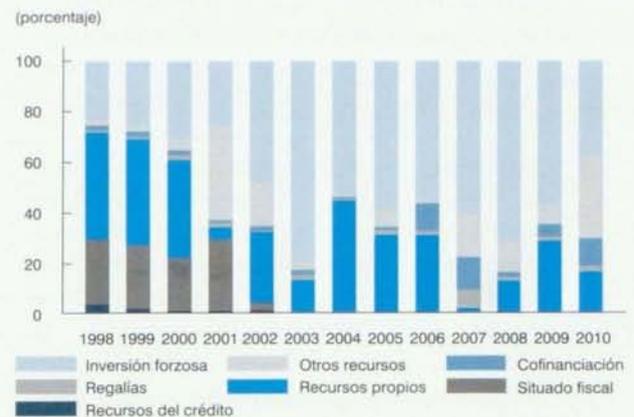
la diferencia en el promedio de la participación de esta fuente disminuye. Esto se debe a que los municipios no certificados se esfuerzan más en la atención de los no asegurados cuando no reciben los recursos directamente (gráficos 10, 11 y 12).

Gráfico 10
Financiamiento de los servicios prestados a la población pobre no asegurada en el total de municipios



Fuente: DNP; cálculos de la autora.

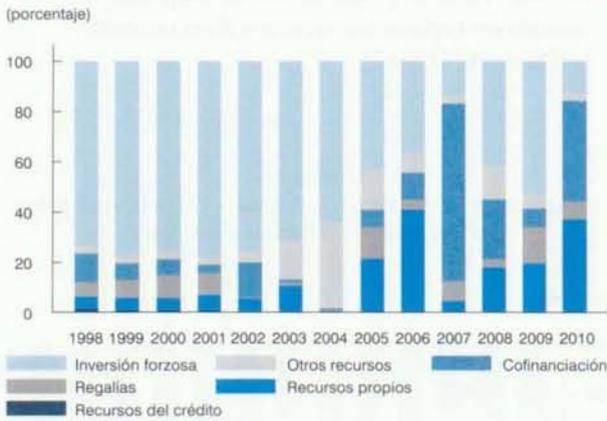
Gráfico 11
Financiamiento de los servicios prestados a la población pobre no asegurada en municipios certificados



Fuente: DNP; cálculos de la autora.

Gráfico 12

Financiamiento de los servicios prestados a la población pobre no asegurada en municipios no certificados



Fuente: DNP; cálculos de la autora.

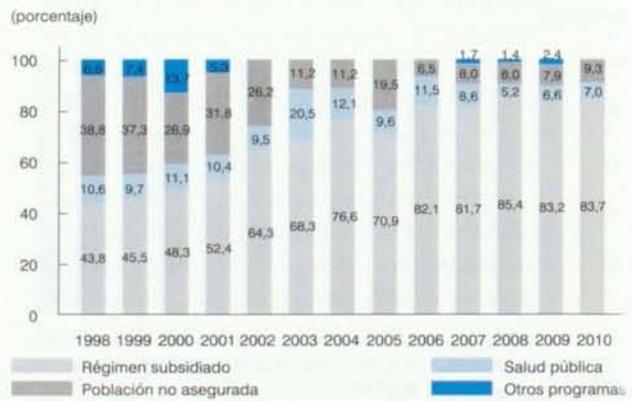
2. ¿Cómo se invierten los recursos en el sector?

La organización del sistema de salud cambió a partir de 2002 y, por supuesto, esto se ve reflejado en el gasto. A partir de ese año en las ejecuciones presupuestales se pueden distinguir explícitamente los tres usos de los recursos establecidos por la Ley 715: régimen subsidiado, salud pública y prestación de servicios a la población pobre no asegurada, y aunque antes de 2001 no era así, parte del trabajo consistió en agrupar las cuentas de tal forma que estos tres usos pudiesen identificarse desde 1998.

Según el Gráfico 13, en el nivel agregado la mayor parte de los recursos del sector se han invertido en el régimen subsidiado, independientemente si el municipio está o no certificado, lo que es coherente con el propósito del SGSSS de lograr la cobertura universal. La segunda proporción más grande se invierte en los servicios de la población pobre no asegurada. Es visible que desde el momento en que el gobierno central reglamenta el gasto con la Ley 715, en promedio esta proporción no cambia de manera sustancial para los municipios certificados (pasa de 33,5% en 2001 a 34,7% en 2002) pero sí para los no certificados (cuyo porcentaje pasó de 23,1% en 2001 a 3,1% en

Gráfico 13

Promedio de la inversión en salud por tipo de gasto en el total de municipios



Fuente: DNP; cálculos de la autora.

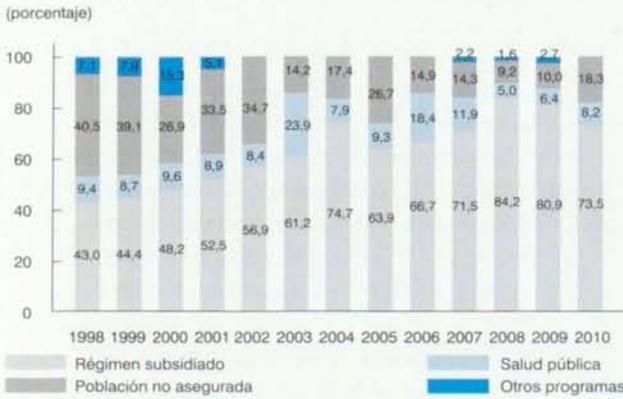
2002), siendo casi imperceptible desde 2006 (gráficos 14 y 15). Esto no es sorprendente, ya que con dicha Ley, lo que el Estado transfiera a los municipios no certificados para este fin es administrado por los departamentos.

La inversión en salud pública se realiza en áreas como salud infantil, salud sexual y reproductiva, salud oral, salud mental y lesiones violentas evitables, enfermedades transmisibles y zoonosis, enfermedades crónicas no transmisibles, nutrición, seguridad sanitaria y del ambiente, gestión operativa y funcional, vigilancia epidemiológica y en áreas para la organización de este subsector. Llama la atención que antes de 2002, cuando los municipios escogían deliberadamente cómo invertir sus recursos, eran los no certificados quienes invertían más en salud pública. Sin embargo, en este grupo de municipios esta proporción ha disminuido, al parecer, en favor del régimen subsidiado.

Con base en las ejecuciones presupuestales, antes de 2002 no es posible saber qué tipo de inversiones se realizaron con el rótulo de otros programas. A partir de ese año se identifican como parte de este rubro cuentas como: la investigación en salud, el pago del pasivo prestacional, la reorganización de redes de prestadores de servicios de salud, la

Gráfico 14

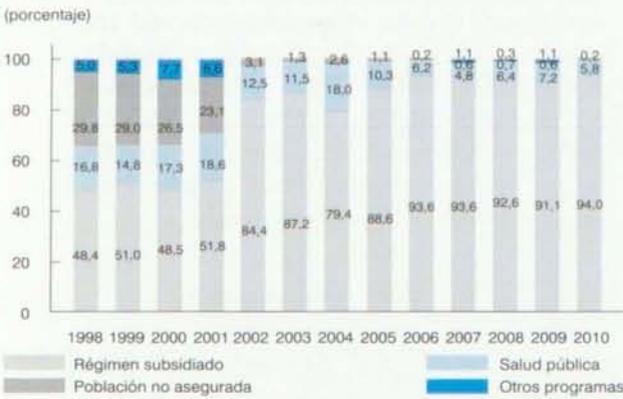
Promedio de la inversión en salud por tipo de gasto en los municipios certificados



Fuente: DNP; cálculos de la autora.

Gráfico 15

Promedio de la inversión en salud por tipo de gasto en los municipios no certificados



Fuente: DNP; cálculos de la autora.

inversión en la infraestructura de la red pública y el pago de deudas que no se originaron en la prestación de servicios, el régimen subsidiado o en infraestructura.

La inversión en el régimen subsidiado tampoco está desagregada antes de 2002, pero luego de esta fecha se pueden identificar tres subcuentas: continuidad, ampliación y otros programas. En otros programas se

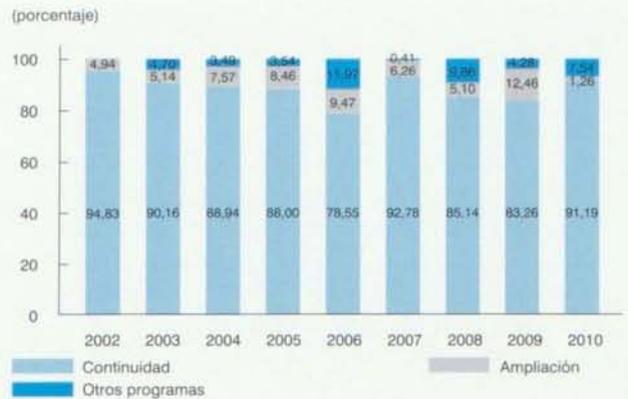
registran giros a acciones de salud pública en el régimen, interventoría y focalización, entre otros (Gráfico 16). Como se esperaba, la mayor parte de recursos se invierten en continuidad.

El Gráfico 17 permite apreciar de forma general algunos cambios en la organización del sistema de salud. Entre 1998 y 2001 la inversión para prestar servicios a la población pobre no asegurada se concentraba en el personal médico, la infraestructura y equipos. Esto se debía a que en tal período los municipios se encargaban de atender a las personas vinculadas (o no aseguradas en ninguno de los dos regímenes) en sus propios hospitales y, por tanto, eran los responsables de su construcción, adecuación y puesta en funcionamiento. Además, el artículo 191 de la Ley 100 había declarado como prioridad fortalecer la dotación básica de equipo y personal; por esto, los municipios debían asignar los recursos para tal fin.

El año 2001 es un periodo de transición, ya que las entidades territoriales dejan de prestar atención de manera directa y en su lugar contratan con empresas sociales del estado (ESE) e instituciones prestadoras de salud privadas o mixtas. Por eso, desde 2002 los municipios no pagan personal médico.

Gráfico 16

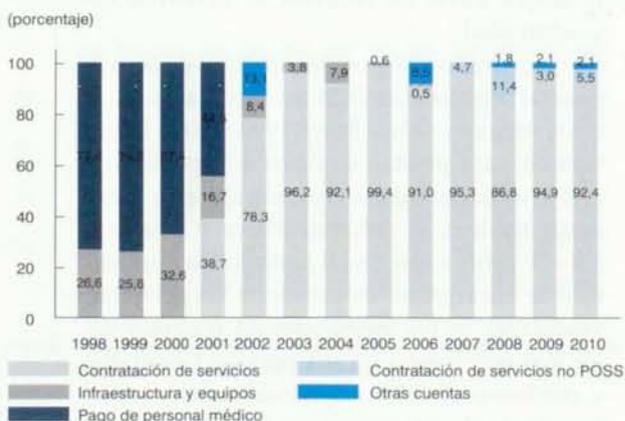
Inversión en el régimen subsidiado



Fuente: DNP; cálculos de la autora.

Gráfico 17

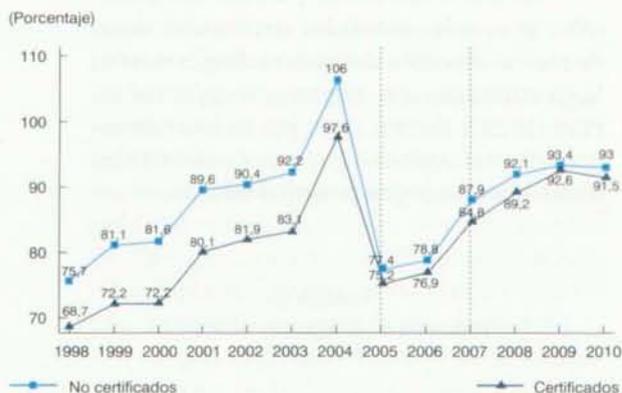
Inversión en la prestación de servicios a la población pobre no asegurada



Fuente: DNP; cálculos de la autora.

Gráfico 18

Promedio de la cobertura del régimen subsidiado (1998-2010)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social.

De la inversión en la prestación de servicios a la población pobre no asegurada, desde 2007 hace parte la prestación de servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado (POSS), cuya participación nunca ha sido mayor al 11,4%⁷.

⁷ Hacen parte de otras cuentas: las reservas de inversión en el sector de la vigencia anterior, los pagos de déficit de inversión y otros programas no detallados en las ejecuciones.

III. Evaluación de impacto de la implementación de la Ley 715 de 2001 en la cobertura del régimen subsidiado

El logro de la cobertura universal es un objetivo explícito en el artículo 157 de la Ley 100 de 1993, según el cual desde el año 2000 todo colombiano debía estar afiliado en el régimen contributivo o en el subsidiado. La cobertura del régimen subsidiado es una variable importante dentro del sector de la salud porque indica en qué medida se ha logrado que las personas pobres, que no hacen parte del régimen contributivo, accedan a los servicios de salud. Mientras se consigue la cobertura universal en este régimen, el gobierno central ha transferido recursos a los demás niveles de gobierno para atender, mediante subsidios de oferta, a la población pobre no asegurada.

Desde 1998 la cobertura del régimen subsidiado se ha determinado desde el Ministerio de la Protección Social, con base en los cupos de subsidios totales contratados por las entidades territoriales con las administradoras del régimen subsidiado (ARS). Durante el período 2004-2007 el cálculo incluía cupos contratados por subsidios totales y parciales (POSS completo y POSS parcial). A partir del año 2008 solo se tienen en cuenta los cupos totales. Para calcularla se usa la siguiente fórmula:

$$cobertura_t = \frac{cupos\ contratados_t}{población\ objetivo_t}$$

Donde i hace referencia al municipio y, t al año. En un principio la población objetivo era equivalente a la población con necesidades básicas insatisfechas, de acuerdo con el índice que las mide (NBI). Para 2005 y 2006 se definía como:

$$Participación\ objetivo_t = (población\ Sisbén\ 1,\ 2,\ 3_t) + (población\ indígena_t) - (población\ Sisbén\ 1,\ 2,\ 3\ en\ el\ régimen\ contributivo_t)$$

Luego, entre 2007 y 2010 esta definición sufrió una nueva modificación:

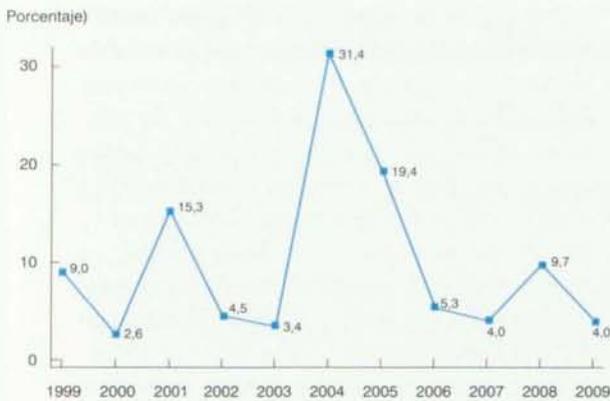
$$\text{Participación objetivo}_n = (\text{población Sisbén 1 y 2}_n) + (\text{población indígena}_n) - (\text{población Sisbén 1 y 2 en el régimen contributivo}_n)$$

El Gráfico 19 permite observar la cobertura del régimen subsidiado para los municipios certificados y no certificados. Las líneas punteadas indican los años en que cambió la metodología. Se destacan dos hechos: el primero es que entre 1998 y 2010 los municipios certificados tienen una menor cobertura, sin importar la forma de cálculo utilizada. El segundo, es que la brecha en cobertura va disminuyendo entre los municipios certificados y no certificados en los subperíodos donde la metodología es uniforme.

La caída en la cobertura para ambos grupos de municipios en 2005 se debe a que la población del Sistema de Identificación de potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (Sisbén), niveles 1, 2, y 3 no cubierta de 2005 es mucho mayor que la población con necesidades básicas insatisfechas de 2004: a pesar de que el crecimiento de los cupos de subsidios fue de 19,4%, el crecimiento de la población objetivo fue del 60,5% (gráficos 19 y 20). Por su parte, en 2007 se redujo la población objetivo en 10% y los cupos contratados aumentaron en casi un 4%. Esto causó un

Gráfico 19

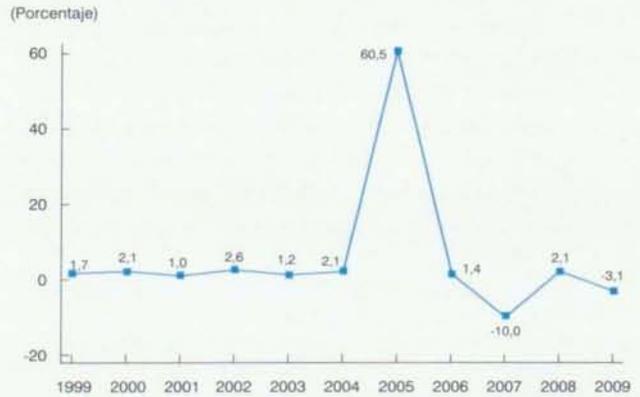
Tasa de crecimiento de los cupos de subsidios



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social; cálculos de la autora.

Gráfico 20

Tasa de crecimiento de la población objetivo del régimen subsidiado



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social; cálculos de la autora.

aumento en la cobertura. De esta forma, los cambios en su metodología de cálculo afectan la interpretación de la evolución de la cobertura del régimen subsidiado.

A partir de 2005 la posible explicación a las coberturas mayores a 100% es que precisamente desde ese año la población objetivo se estima a partir del Sisbén y los censos de la población indígena elaborados por sus autoridades legítimas. Sin embargo, la identificación de potenciales beneficiarios del régimen subsidiado en algunas poblaciones especiales no se realiza con estos mecanismos. Este es el caso de la niñez abandonada, los indigentes, los desplazados, los desmovilizados, los núcleos familiares de las madres comunitarias, las personas de la tercera edad en protección de ancianatos y la población rural migratoria, a los cuales no se les aplica la encuesta Sisbén. En realidad, son otras entidades las encargadas de identificarlos para que puedan ser cubiertos por el Estado (Acuerdo 244 de 2003, artículo 4). Por tal motivo, en la población objetivo que aparece como denominador en la fórmula para calcular la cobertura, este tipo de beneficiarios no está incluido, pero es posible que los alcaldes o sus designados en las secretarías de salud municipales (como conocen más de cerca las características de la población) sí las tengan

en cuenta al momento de proyectar cuántos cupos contratarán con las EPS del régimen subsidiado.

Las coberturas superiores al 100% también son posibles gracias a la duplicación en la afiliación. Por ejemplo, si una persona asegurada en el régimen subsidiado por el gobierno municipal de donde reside se traslada de ciudad, y allí también es identificada como beneficiaria del subsidio de salud, entonces se contabilizará dos veces en el cálculo de la cobertura.

La Ley 715 de 2001 implicó tres cambios importantes para los municipios certificados. En primer lugar, los recursos adicionales que recibían los municipios por estar certificados pasaron de ser transferidos por los departamentos a ser girados desde el gobierno central. En segundo lugar, su destinación cambió: antes de 2002 podían invertirse en salud pública, régimen subsidiado y población pobre no asegurada (o vinculados), luego solo fue permitido invertirlos en este último rubro. En tercer lugar, los recursos adicionales que recibían los municipios certificados fueron disminuyendo de manera progresiva.

La hipótesis de este trabajo es que estos cambios pudieron afectar los incentivos de las autoridades municipales certificadas, para determinar la forma como cubrirían las necesidades de atención en salud de los no asegurados, lo que a su vez habría tenido un efecto en la cobertura del régimen subsidiado. En esta parte del trabajo se desea responder la siguiente pregunta: a partir de la implementación de la Ley 715, ¿en los municipios certificados aumentó más la cobertura que en los no certificados?

Para evaluar si existe un efecto de la implementación de esta ley en la cobertura del régimen subsidiado se usará la metodología diferencia en diferencias⁸. Este modelo es utilizado para medir el impacto de un programa sobre una variable de resultado en un conjunto de individuos, cuando este no es asignado

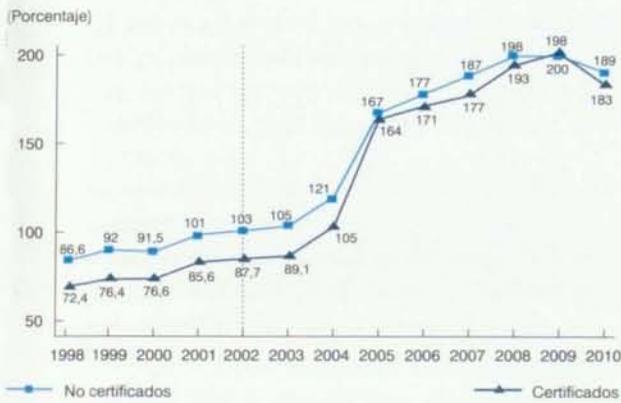
aleatoriamente, sino de acuerdo con características observables y no observables del individuo. Esto hace que no sea apropiada la simple comparación de medias de la variable de resultado entre el grupo de tratamiento y el de control en el período pospolítica para determinar el efecto del programa, ya que no podría determinarse si esta diferencia se debe al tratamiento evaluado o estaba presente antes de su implementación.

El tratamiento, definido para el nivel municipal, consiste en recibir directamente (sin la mediación del departamento) los recursos para atender la población pobre no asegurada, a partir de la implementación de la Ley 715 de 2001. Esto quiere decir que el análisis inicia en 2002. El grupo de tratamiento lo conforman los municipios certificados. Debido a los cambios en la forma de calcular la cobertura del régimen subsidiado del Ministerio de la Protección Social, no es conveniente hacer una evaluación del efecto de la reforma para el período 1998-2010 con estos datos. Por tal motivo, se calculó la cobertura usando como denominador (población objetivo) la población con NBI: entre 1998 y 2004, usando el NBI de 1993, y entre 2005 y 2010, el de 2005.

Para escoger un grupo de control apropiado se debe considerar el siguiente contrafactual: ¿cuánto habría aumentado la cobertura del régimen subsidiado en el municipio *i* si no se hubiese implementado esta ley? Los municipios no certificados suministran una aproximación empírica a esta idea, ya que se cumple el supuesto de tendencias paralelas (Gráfico 21). Esto significa que la variable de resultado, que en este caso es la cobertura del régimen subsidiado, evoluciona de manera natural en el tiempo de la misma forma en los dos grupos antes del tratamiento. Es decir, si no se hubiese implementado la Ley 715, el comportamiento de dicha variable en ambos tipos de municipios debería ser el mismo. Como el supuesto se cumple, el conjunto de municipios no certificados es un grupo de control apropiado. La línea hace referencia al año en el que se empezó a implementar el SGP o inició el tratamiento.

⁸ En Angrist y Pischke (2009), y Bernal y Peña (2011) se explica ampliamente esta metodología.

Gráfico 21
Promedio de la cobertura del régimen subsidiado (1998-2010)



Nota: la línea vertical que se sitúa en 2002 marca el inicio del tratamiento.
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social.

Aunque la Ley 60 de 1993 permitió que todos los municipios se certificaran, solo algunos reunieron los requisitos para poder hacerlo; por tanto, es posible que antes de 2002 hubiesen diferencias preexistentes entre el grupo tratamiento y el de control, lo que justifica el uso de la metodología diferencia en diferencias, ya que esta corrige tal preexistencia entre los dos grupos. Para verificar aquello, se realizó un contraste entre los promedios de algunas variables de interés entre los municipios certificados y los no certificados en el año 2001, justo antes del inicio del tratamiento. En particular, se observa una diferencia significativa del 10% en la cobertura del régimen subsidiado en favor de los municipios no certificados. Es importante resaltar que en 2001 los municipios certificados tenían en promedio una mayor población, siete veces más ingresos tributarios, recibían casi cuatro veces más transferencias para la salud y ejecutaban casi seis veces el gasto en salud de las entidades territoriales no certificadas. Esto confirma que antes de implementarse la Ley 715 existían diferencias sistemáticas en los grupos de tratamiento y control.

El modelo básico por estimar es el siguiente (Angrist y Kugler, 2008):

$$cobertura_{it} = \beta_i + \delta_t + \sum_s \varphi_s cert_{ist} + X_{it} + U_i \quad (1)$$

La variable dependiente es la cobertura del régimen subsidiado del municipio i en el año t , β_i es un efecto municipal, y δ_t es un efecto anual. Por su parte, los parámetros de interés son aquellos incluidos en φ_s . El objetivo de esta especificación es explorar cómo la política afectó la cobertura año tras año, ya que la ley propició cambios paulatinos en la asignación destinada a cubrir la atención de la población pobre no asegurada, que se espera tengan un efecto creciente en la variable de interés.

La variable es una *dummy* igual a 1 si el municipio i está certificado cuando $t = s$ ($s = 2002, 2003, 2004$). Esta fue construida a partir de la base de datos administrada por el Departamento Nacional de Planeación (DNP), sobre las transferencias municipales para el componente de prestación de servicios a la población pobre no asegurada. Se asignó el valor de 1 a los municipios que recibían recursos para este rubro y 0 a los que no. Además, se eliminaron los municipios cuya condición de certificación cambió entre 1998 y 2010 y los que no tuviesen información sobre la cobertura del régimen subsidiado.

El vector incluye controles que no son afectados por el tratamiento y, por tanto, no introducen sesgo en el parámetro de interés. Los controles incluidos fueron: primero, una variable *dummy* que indica si en el municipio hay por lo menos un resguardo indígena. Segundo, el número de desplazados recibidos en el municipio (en logaritmos). Ambas variables indican la presencia de mayor población vulnerable en el municipio y, por ende, amplían la población objetivo del régimen subsidiado.

En tercer lugar, se incluyó la categoría del municipio que asigna el DNP, de modo que a mayor categoría menor población y menores ingresos tributarios. Esta entidad las clasifica de uno a seis, o en categoría especial, de acuerdo con su número de habitantes e ingresos corrientes de libre destinación. Para mantener el orden ascendente de la variable hemos asignado cero a la categoría especial,

ya que a esta pertenecen los cuatro distritos y el área metropolitana de Medellín. Estos municipios tienen mayor población e ingresos corrientes de libre destinación que los demás. Así se preserva el sentido de las categorías.

En cuarto lugar, se incluyó la inversión en régimen subsidiado como proporción de la inversión total en salud. Se espera que a mayor inversión mayor cobertura. En quinto lugar, se incorporó un indicador del desempeño fiscal del municipio. Se asignó a cada ente un número entre el 1 y el 10 de acuerdo con el percentil en el que se encuentre su posición con respecto al índice de desempeño fiscal. Tanto el índice como la posición de los municipios están disponibles desde el año 2000, por lo que para 1998 y 1999 se construyó el índice usando la metodología de componentes principales a partir de cinco indicadores, que a su vez fueron calculados usando las ejecuciones presupuestales (Apéndice D).

En último lugar, se incluyeron *dummies* para los años de elecciones municipales: 1997, 2000 y 2003. De la misma manera que en Angrist y Kugler (2008), algunos modelos incluirán una tendencia para cada tipo de municipio (certificados y no certificados), lo cual controla por variables omitidas. Esto es necesario debido a que cuando el período de evaluación inicia en 1998, ambos grupos de entidades territoriales difieren en algunos aspectos (como su capacidad administrativa y nivel de recursos disponibles), que son observables o no, teniendo en cuenta que el proceso de la certificación empezó en 1994 y no existen datos de muchas variables antes de 1998⁹.

⁹ La base de datos de los afiliados al régimen contributivo por municipio, suministrada por la Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación (TIC) del Ministerio de la Protección Social, registra en más del 50% de las observaciones un número de afiliados mayor que el de la población no pobre del municipio (aquella que no tiene NBI). Sin embargo, se incluyó como variable independiente en algunos modelos, cuyos resultados no fueron significativos. Así mismo sucedió con la cobertura del régimen contributivo calculada para este ejercicio a partir de estos datos más la población del municipio sin NBI. Esta variable no fue incluida en los modelos definitivos. Para revisar una caracterización de los sistemas de información de la salud en Colombia véase Acevedo *et al.* (2012).

De esta manera, se obtuvo una muestra de 1.097 municipios: 579 (53%) no certificados y 518 certificados (47%) (Apéndice E). Tanto las variables presupuestales como las asignaciones municipales (las transferencias) y las ejecuciones (lo que efectivamente se gastó) fueron obtenidas del DNP. Estas últimas se homologaron, equiparando las cuentas y construyendo el panel de datos teniendo en cuenta las características del sector y el marco legal. El histórico de la cobertura del régimen subsidiado se tomó de la información dispuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social¹⁰.

1. Resultados

Teniendo en cuenta las posibles deficiencias en los datos de la cobertura del régimen subsidiado en salud, los resultados se estimaron eliminando un 10% de la muestra correspondiente a las observaciones donde los municipios tienen una cobertura mayor al 242%. El objetivo de esta estrategia es reducir las consecuencias de la posible duplicación en los datos. Los resultados de las estimaciones de la ecuación (1) sugieren que la Ley 715, que determinaba que los municipios certificados debían usar los recursos adicionales que recibían solo para atender a la población pobre no asegurada, tuvo un efecto positivo en la cobertura del régimen subsidiado.

El Cuadro 1 presenta los resultados de las estimaciones de la ecuación (1), utilizando la metodología diferencia en diferencias. Inicialmente se estimó un modelo solo con las interacciones de interés (columna uno), luego se adicionaron las tendencias para cada tipo de municipio (columna dos) y, finalmente, se incluyeron todos los controles mencionados (columna tres). Cabe anotar que en los tres modelos estimados los resultados son robustos en cuanto a la dirección del efecto y su significación.

¹⁰ La fuente del resto de variables se presenta en el Apéndice F y la forma como se homologaron las cuentas en el G.

Cuadro 1
Efectos de la implementación de la Ley 715 en la cobertura del régimen subsidiado

Controles	(1)	(2)	(3)
Interacción 2002	-0.00542 (0.00940)	-0.00644 (0.0155)	0.0233 (0.0164)
Interacción 2003	-0.0152 (0.00961)	-0.0166 (0.0227)	0.0325 (0.0222)
Interacción 2004	-0.0251* (0.0139)	-0.0268 (0.0347)	0.0223 (0.0335)
Interacción 2005	0.0961*** (0.0260)	0.0940* (0.0507)	0.152*** (0.0503)
Interacción 2006	0.0968*** (0.0266)	0.0943 (0.0580)	0.163*** (0.0569)
Interacción 2007	0.0634** (0.0264)	0.0606 (0.0636)	0.138** (0.0627)
Interacción 2008	0.0999*** (0.0265)	0.0967 (0.0714)	0.179** (0.0697)
Interacción 2009	0.158*** (0.0280)	0.154** (0.0786)	0.248*** (0.0767)
Interacción 2010	0.179*** (0.0308)	0.175** (0.0866)	0.275*** (0.0839)
Desplazados recibidos			-5.93e-06* (3.45e-06)
Resguardo indígena			0.0158 (0.0376)
Categoría			-0.00944 (0.0184)
Proporción de la inversión total dirigida al régimen subsidiado			0.0520** (0.0213)
Elecciones 2000			-0.0691*** (0.00926)
Elecciones 2003			-0.137*** (0.0128)
Elecciones 2007			0.268*** (0.0146)
Posición fiscal			-0.0111*** (0.00122)
Tendencia certificados		0.0649*** (0.00741)	0.0546*** (0.00726)
Tendencia no certificados		0.0645*** (0.00188)	0.0639*** (0.00206)
Efectos anuales	sí	sí	sí
Efectos fijos	sí	sí	sí
Constante	0.738*** (0.00710)	0.674*** (0.00903)	0.768*** (0.107)
Observaciones	12,547	12,547	11,947
R-cuadrado	0.713	0.713	0.717
Número de grupos	1.094	1.094	1.093

Errores estándar robustos en paréntesis.

*** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.1$

Fuente: cálculos de la autora.

Tomando como base la columna tres, puede interpretarse que, si bien entre 2002 y 2004 la reforma no tuvo ningún efecto significativo, los municipios certificados incrementaron su cobertura cada año entre 2005 y 2010, por encima de los municipios no certificados, entre 16 y 28 pp.

Así mismo, los resultados sugieren que un aumento de la proporción de la inversión total dirigida al régimen subsidiado habría generado un incremento en la cobertura. Por otro lado, las elecciones de alcaldes en 2000 y 2003 estuvieron correlacionadas de forma negativa con la cobertura, mientras que las elecciones de 2007 lo hicieron de forma positiva. La relación entre las elecciones municipales y la cobertura tendría varias implicaciones. Por un lado, el efecto negativo encontrado indicaría que es posible que en esos años electorales disminuyera la proporción de los recursos propios, e incluso de las transferencias, efectivamente invertida en continuar o ampliar la cobertura del régimen subsidiado. También, podría tratarse de un aumento de la corrupción. Por otro lado, el efecto positivo de las elecciones en 2007 estaría asociado a que, buscando el favoritismo de los votantes, los políticos (ayudados por el gobierno de turno) aceleraron la afiliación de las personas.

Una posición menos favorable en cuanto al índice de desempeño fiscal está relacionada con una menor cobertura del régimen subsidiado. Las demás variables (el número de desplazados recibidos, la existencia de algún resguardo indígena en el municipio y su categoría) no tuvieron un efecto significativo en la cobertura.

2. Exploración de posibles mecanismos

Los resultados podrían explicarse de la siguiente forma: cuando estaba vigente la Ley 60 de 1993, el hecho de que las autoridades municipales se encargaran de construir y dotar hospitales públicos, además de pagar el personal médico para atender a los no asegurados, les permitía usar sus redes con fines

clientelistas¹¹. Esto se facilitaba gracias a que los alcaldes tenían la potestad de nombrar a los directores de estas entidades públicas y hasta en algunas ocasiones ellos mismos presidían sus juntas directivas (Jaramillo, 2002)¹². De acuerdo con Gaviria *et al.* (2006) y Santa María *et al.* (2007), en este período hubo una fuerte presión política por no desmontar el giro de recursos para prestación de servicios. Esto generaba un círculo vicioso que no ayudó a conseguir la sustitución total de subsidios de oferta por los de demanda: “a medida que se le asigna más dinero a los hospitales públicos, hay menos plata para ampliar cobertura. Con menos plata para ampliar cobertura hay que enviar más plata a los hospitales. Esto lleva no solo a que el proceso de universalización de cobertura se alargue, sino también al desperdicio prolongado de los recursos” (Santa María *et al.*, 2007).

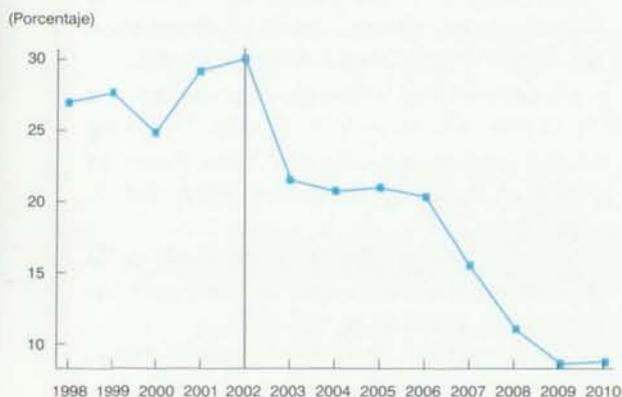
A partir de 2002, con la Ley 715 se limitó el uso del premio que recibían los municipios certificados y, como se observa en el Gráfico 22, su participación en las transferencias totales del municipio para salud disminuye en casi todo el período, en especial desde 2006. Las autoridades municipales, al ver deteriorados sus recursos para satisfacer las necesidades en atención de los no asegurados, empezaron a afiliarse más rápidamente a las personas porque, así, sus gastos médicos serían cubiertos por las EPS, no por otras fuentes, como los recursos propios del municipio.

¹¹ No se puede afirmar con absoluta seguridad que la selección de los beneficiarios del régimen subsidiado mediante el Sisbén ha estado exenta del clientelismo. De hecho, Gaviria *et al.* (2006) mencionan lo contrario.

¹² En entrevista con algunos funcionarios del Ministerio de Salud y Protección Social comentaron que algunos ciudadanos no asegurados podrían percibir que era más fácil pedirle al alcalde el favor de que les diesen una autorización para ser atendidos en el hospital, que llenar los requisitos para afiliarse al régimen subsidiado. Si ya lo estaban, es probable que para ellos fuera más rápido obtener una cita y los medicamentos con tal intermediación y no siguiendo el procedimiento regular. Esto representaría la posibilidad de ganar el favor de los votantes para el gobierno de turno y una oportunidad para los no asegurados de obtener atención médica oportuna.

Gráfico 22

Participación del premio en las transferencias totales de salud



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social; cálculos de la autora.

También es probable que en algunas entidades territoriales la explicación sea distinta: al recibir los recursos suficientes para atender a los no asegurados, los municipios pudieron usar recursos provenientes de otras fuentes de financiación de libre destinación, como los recursos propios, para ampliar la cobertura. Otra explicación que no necesariamente sustituye las anteriores es que el crecimiento de la población pobre no asegurada haya sido menor en los municipios certificados que en los no certificados. Esta hipótesis no se puede comprobar, ya que solo existe una base de datos de la población pobre no asegurada, pero está disponible a partir de 2002. Cabe anotar que ninguno de los mecanismos que pueden estar detrás del efecto positivo y creciente de la implementación de la Ley 715 en la cobertura del régimen subsidiado ha sido comprobado. Solo se ha expuesto cómo habrían funcionado.

IV. Reflexiones finales

Explorando las diferencias entre los municipios certificados y los no certificados entre 1998 y 2010, se observó que, a pesar de que los primeros recibieron la mayor cantidad de transferencias, presentaron una cobertura del

régimen subsidiado más baja que los segundos. Sin embargo, aproximadamente desde 2002 esta brecha fue disminuyendo. En este trabajo se demostró que una de las razones por las cuales esto se presentó fue por la implementación de la Ley 715 de 2001. Esta ley hizo que paulatinamente se redujeran los recursos destinados a la prestación de servicios de la población pobre no asegurada que los municipios certificados recibían directamente de parte del gobierno central.

Para hallar el efecto de estar certificado y recibir esos recursos adicionales sobre la cobertura del régimen subsidiado entre 1998 y 2004, se implementó la metodología de diferencias en diferencias, usando variables sociales y presupuestales como controles. Los resultados indican que los municipios certificados incrementaron su cobertura cada año entre 2005 y 2010, en un porcentaje por encima de los municipios no certificados, cuyo resultado estuvo entre los 16 y los 28 pp.

Si bien en la actualidad los subsidios de oferta están en vía de extinción, la evaluación de esta política deja algunas lecciones valiosas a los diseñadores de las reglas del sistema de salud colombiano. La primera es que el hecho de que el gobierno central delegue funciones a otros niveles de gobierno y entregue recursos para ello, convierte su vínculo con los departamentos y municipios en una relación principal-agente, en la cual es importante intentar prever los incentivos que se forman y que pueden profundizar las ineficiencias del sistema. En el caso estudiado, solo cuando el gobierno central eliminó la discrecionalidad de algunos municipios en la cantidad y el uso de los recursos se pudo avanzar hacia el cumplimiento de un objetivo nacional.

La segunda lección es que es necesario establecer mecanismos de control para que ni la forma por la cual los ciudadanos de escasos recursos son afiliados al régimen subsidiado (en la actualidad diligenciar la encuesta del Sisbén), ni el acceso a servicios de salud no cubiertos, sean usados con fines clientelistas. No debe existir para los ciudadanos una vía más eficiente y oportuna para acceder a los servicios

de salud que las ofrecidas por el Gobierno en el marco de la ley.

Por otro lado, un tercer tema que merece especial atención son los sistemas de información en el sector de la salud. Para ello se requiere llevar un registro de las defunciones, de tal forma que se impida la su-plantación de personas fallecidas. Además, las bases de datos de las EPS, los municipios y la Registraduría Nacional del Estado Civil deberían alimentar una base general de afiliados al Sistema de Seguridad Social, de tal forma que en el momento en el que alguien solicite afiliación al régimen subsidiado, en la secretaría de salud municipal sean capaces de identificar si ya esa persona fue afiliada por otra entidad territorial. De esta forma, se evitaría la duplicación en el registro de cupos contratados y además se ahorrarían recursos. Cualquier plan o reforma para mejorar el funcionamiento del sistema de salud debe empezar por organizar un sistema de información que integre las bases de datos de las entidades participantes, de lo contrario se perpetuarán la ineficiencia y demás problemas del sector. ☉

Referencias

Acevedo, Ó; Forero, J.; Hernández, L.; León, L. (2012). "Sistemas de información en el sector salud en Colombia", en O. Bernal y C. Gutiérrez (comps.), *La salud en Colombia. Logros, retos y recomendaciones*, Bogotá: Universidad de los Andes, pp. 475-506.

Angrist, J.; Kugler, A. (2008). "Rural Windfall or a New Resource Curse? Coca, Income, and Civil Conflict in Colombia", *The Review of Economics and Statistics*, vol. XC, núm. 2.

Angrist, J.; Pischke, J. (2009). *Mostly Harmless Econometrics: an Empiricist Companion*, Princeton: Princeton University Press.

Bernal, R.; Peña, X. (2011). *Guía práctica para la evaluación de impacto*, Bogotá: Ediciones Uniandes.

Bossert, T. (2000). "Decentralization of Health Systems in Latin America: A Comparative Study of Chile, Colombia, and Bolivia Health Sector Reform Initiative", documento interno, Harvard School of Public Health.

Gaviria, A.; Medina, C.; Mejía, C.; McKenzie, D.; Soares, R. (2006). "Assesing Health Reform in Colombia: from Theory to Practice", *Brooking Institution Press*, vol. 7, núm. 1, pp. 29-72.

Jaramillo, I. (2002). *Evaluación de la descentralización municipal en Colombia: balance de una década*, pp. 89-134, s. e.

Jaramillo, I.; Poveda, A. (2007). "Obs-táculos en la financiación del régimen subsidiado", en *¿Ha mejorado el acceso en salud? Evaluación de los procesos del régimen subsidiado*, Bogotá: Ministerio de la Protección Social, pp. 229-270.

Karl, C. (2000). "Incidencia del gasto público en salud 1990-1999. Sector Salud", *Boletines de Divulgación Económica*, Departamento Nacional de Planeación.

Molina, G.; Spurgeon, P. (2007). "La descentralización del sector salud en Colombia", en *Gestión y Política Pública*, vol. XVI, núm.1.

Pinto, D.; Carrasquilla, G.; Gil, F.; Collazos, C.; Rincón, J. (2005). "La certificación como indicador de descentralización en salud", *Revista Gerencia y Políticas de Salud*.

Sánchez, F.; Faguet, J. (2009). "Decentralization and Access to Social Services in Colombia", *Class Working Papers*, núm. 26.

Santamaría, M.; García, F.; Rozo, S.; Uribe, M. (2007). "Un diagnóstico general del sector salud en Colombia. Evolución, contexto y principales retos de un sistema en transformación", documento de trabajo, Fedesarrollo, pp. 20-41.

Normas citadas

Ley 10 de 10 de enero de 1990.

Ley 60 de 12 de agosto de 1993.

Ley 100 de 23 de diciembre de 1993.

Ley 344 de 27 de diciembre de 1996.

Ley 715 de 21 de diciembre de 2001.

Acuerdo 244 de 2003.



Anexo 1

Apéndice A

Requisitos para la certificación: los municipios debían cumplir hasta el inciso ix, mientras que los departamentos y distritos tenían que llenarlos todos¹

- | | |
|-------|---|
| i. | Organizar y poner en funcionamiento la dirección del sistema local o seccional de salud. |
| ii. | Organizar el régimen de carrera administrativa, expedir el manual de cargos, o adoptar el manual elaborado por el Ministerio de Salud, e inscribir a todos los funcionarios que tengan derecho a ingresar en la carrera administrativa. |
| iii. | Dotar a las unidades de salud de personería jurídica y de una estructura administrativa. |
| iv. | Celebrar los contratos para la prestación de servicios de salud si la ejecución de los planes, programas y proyectos así lo exigían. |
| v. | Afiliar a sus empleados a los fondos de cesantías y a las instituciones de previsión y seguridad social. |
| vi. | Crear y organizar el fondo local o seccional de salud (cuenta de presupuesto). |
| vii. | Crear un sistema básico de información. |
| viii. | Desarrollar un plan para la prestación de los servicios que permitiese evaluar la gestión en cuanto a calidad, eficiencia y cobertura de los servicios. |
| ix. | Determinar la estructura de la planta de personal. |
| x. | La aprobación por parte de la Asamblea Departamental de las reglas y procedimientos para la distribución del situado fiscal. |
| xi. | El plan de ampliación de coberturas, el mejoramiento de la calidad y de descentralización en el caso de salud. |
| xii. | Poner en funcionamiento la red de servicios del sistema de salud. |

¹ Los diez primeros son establecidos por la Ley 10 de 1990 y ratificados por la Ley 60 de 1993, que introduce los demás.

Apéndice B
Cálculo de los recursos para los componentes del SGP
de salud de acuerdo con la Ley 715 de 2001

Población pobre no asegurada	Salud pública	Régimen subsidiado
<p>Se tomará el total de los recursos del SGP para salud en la respectiva vigencia y se le restarán los recursos liquidados para garantizar la financiación de los subsidios a la demanda y las acciones de salud pública. La suma resultante se dividirá por la población nacional pobre por atender, ajustada por dispersión poblacional y por un factor de ajuste que pondere los servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POSS). Este valor per cápita se multiplicará por la población pobre por atender de cada municipio, corregimiento departamental o distrito ajustado por dispersión poblacional y por un factor de ajuste que pondere los servicios no incluidos en el POSS.</p>	<p>La participación en los recursos totales para salud pública se establece de acuerdo con el monto asignado para tal fin durante la vigencia anterior, incrementado con la inflación causada. Se reparten entre los municipios, distritos y corregimientos. Los departamentos reciben el 45% de los recursos destinados a este componente y el 100% de los asignados a los corregimientos departamentales. Los municipios y distritos reciben el 55% de los recursos asignados a este componente, con excepción del distrito capital, que recibe el 100%.</p>	<p>Los recursos para este componente serán los asignados con ese propósito en la vigencia inmediatamente anterior, incrementados en la inflación causada y en el crecimiento real de los recursos del SGP para salud. Estos recursos se dividirán por el total de la población pobre atendida en el país mediante subsidios a la demanda en la vigencia anterior. El valor per cápita resultante se multiplicará por la población pobre atendida mediante subsidios a la demanda en la vigencia anterior, en cada ente territorial. La ampliación de la cobertura se hace con el crecimiento real del SGP para salud,^{a/} con recursos propios y del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga).</p>

a/ Siempre que los recursos destinados a la prestación de los servicios de salud a la población pobre en lo que no está cubierto con subsidios a la demanda mantengan por lo menos el mismo monto de la vigencia anterior, incrementado con la inflación.
Fuente: Artículos 48, 49 y 52 de la Ley 715 de 2001.

Apéndice C
Construcción de las categorías de las fuentes de financiamiento¹

Forzosa: SGP salud; recursos por crecimiento de la economía superior al 4%; rendimientos financieros de los recursos del SGP; participación en los ingresos corrientes de la Nación.

Situado: lo ejecutado con cargos al situado fiscal que transferían los departamentos a los municipios.

Recursos propios: libre destinación; recursos propios; inversión propósito general resto de libre inversión; propósito general 42% recursos de libre destinación en los municipios de categoría 4, 5 y 6; ingresos corrientes de libre destinación; ingresos corrientes con destinación específica; recursos de capital propio, recursos de balance.

Regalías: regalías, compensaciones, impuesto de transporte de oleoductos y gasoductos; Fondo Nacional de Regalías; Fondo de Ahorro y Estabilización Petrolera (FAEP); 1% regalías y compensaciones (ICBF) Ley 1283/2009; escalonamiento; fondo departamentos de Córdoba y Sucre.

Cofinanciación: recursos de cofinanciación; cofinanciación municipal; cofinanciación nacional; aportes, transferencias y cofinanciación departamentales; Fosyga y Etesa.

Crédito: recursos de crédito externo e interno.

Otros recursos: otras fuentes diferentes a las anteriores no especificadas en las ejecuciones presupuestales.

¹ Para realizar la agrupación de fuentes se contó con la asesoría de Mauricio Iregui, del Departamento de Desarrollo Territorial del DNP, y Lina Camero, del Ministerio de Salud y Protección Social.

Apéndice D
Construcción del índice de desempeño fiscal para 1998 y 1999

Siguiendo al DNP (2010), se obtuvo un indicador del desempeño fiscal de los municipios para los años 1998 y 1999, a partir de la metodología componentes principales, ya que esta entidad empezó a calcularlo desde el año 2000. Los componentes utilizados para cada municipio fueron:

$$\frac{\text{Transferencias + regalías}}{\text{Ingresos totales}} \times 100$$

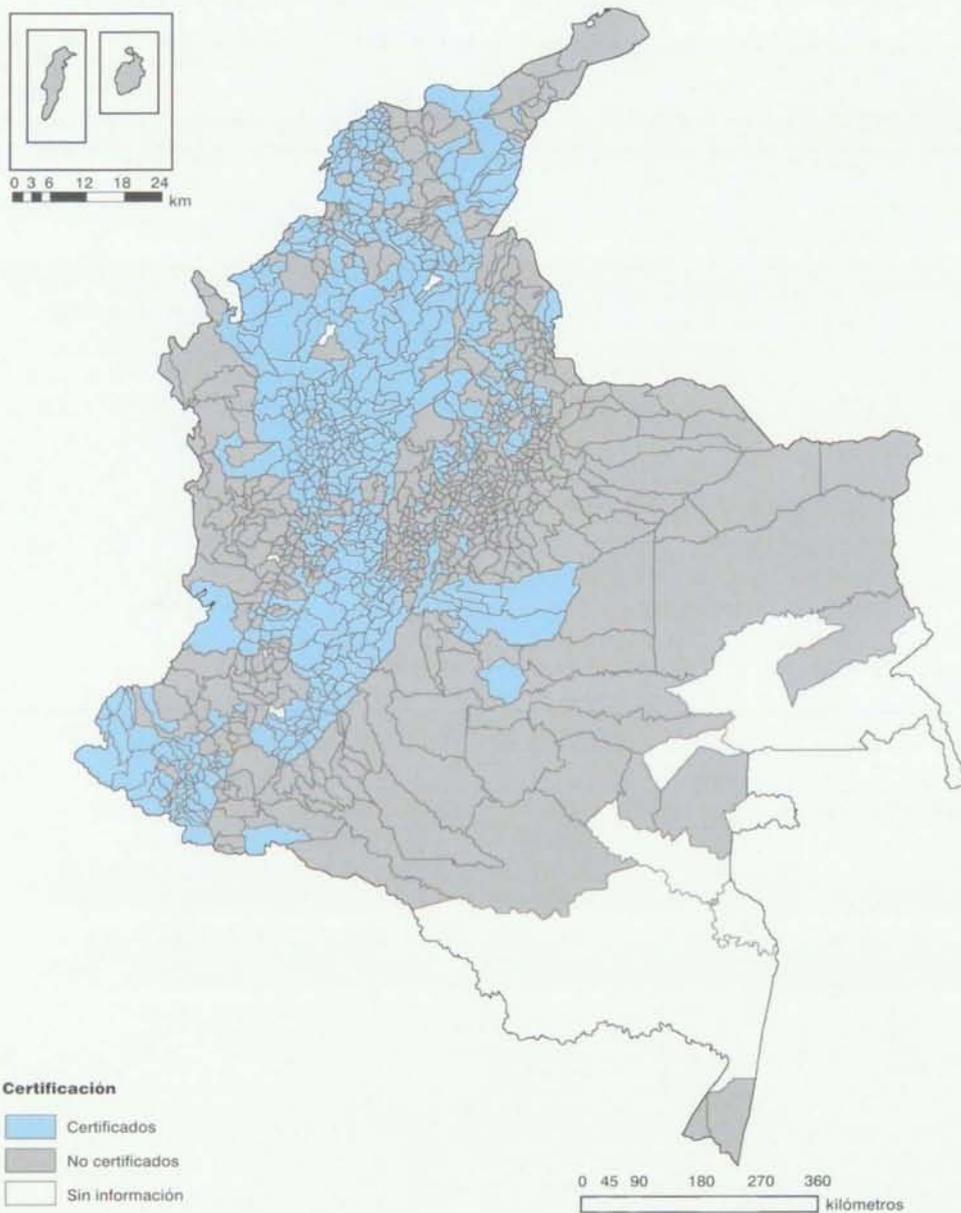
$$\frac{(\text{Ingresos tributarios + ingresos no tributarios})}{\text{Ingresos corrientes}} \times 100$$

$$\frac{\text{Inversión total}}{\text{Gasto total}} \times 100$$

$$\frac{(\text{Ingresos corrientes} - \text{gastos corrientes})}{\text{Ingresos corrientes}} \times 100$$

Posteriormente, se ordenaron los municipios de acuerdo con el resultado obtenido (de mayor a menor), dividiendo la muestra en deciles. De esta manera se construyó una variable que asigna un valor de uno a diez, según el puntaje que obtuvo la entidad.

Apéndice E
Municipios incluidos en la muestra



Nota: los municipios de color blanco, cuya leyenda es *sin información*, son los excluidos de la muestra.
Fuente: variable construida a partir de información proveniente del DNP.

Apéndice F
Fuente de las variables sociales utilizadas

Nombre de la variable	Fuente
Cobertura del régimen subsidiado	Ministerio de la Protección Social
Resguardo (variable <i>dummy</i>)	Construida a partir de las transferencias a los resguardos indígenas registradas en el DNP
Desplazados recibidos	Acción Social
Certificado en educación (variable <i>dummy</i>)	DNP
Categoría del municipio (de 0 a 6)	DNP
Inversión en régimen subsidiado como proporción de la inversión total en salud	Ejecuciones presupuestales del DNP

Apéndice G
Homologación de las cuentas en las ejecuciones presupuestales¹

A continuación se describe cómo se agruparon las cuentas entre 1998 y 2001 para que fueran comparables con los tres rubros principales (salud pública, régimen subsidiado y población pobre no asegurada).

- Salud pública: corresponde a la suma de programas nutricionales para la población vulnerable y para la tercera edad, programa de atención básica (PAB: pago del personal médico y sus aportes de seguridad social y contratos para la ejecución del programa).
 - Población pobre no asegurada: corresponde a la suma de construcción, remodelación de planta física; dotación de equipos hospitalarios y sus aportes de seguridad social; pago de deuda por inversión física en el sector; estudios de preinversión; mantenimiento de equipo hospitalario; contrato para la prestación de servicios a vinculados.
 - Régimen subsidiado: corresponde a la cuenta denominada régimen subsidiado de seguridad social.
-

¹ Para hacer la homologación se contó con la asesoría de Mauricio Iregui y Carlos Díaz, del Departamento de Desarrollo Territorial del DNP.