

1-1-2018

Evaluación del financiamiento del régimen subsidiado en el sector de la salud en Colombia durante el periodo 2013-2017

William Leonardo Barrera Salazar

Follow this and additional works at: https://ciencia.lasalle.edu.co/finanzas_comercio

Citación recomendada

Barrera Salazar, W. L. (2018). Evaluación del financiamiento del régimen subsidiado en el sector de la salud en Colombia durante el periodo 2013-2017. Retrieved from https://ciencia.lasalle.edu.co/finanzas_comercio/1

This Trabajo de Grado is brought to you for free and open access by the Facultad de Ciencias Económicas y Sociales at Ciencia Unisalle. It has been accepted for inclusion in Finanzas y Comercio Internacional by an authorized administrator of Ciencia Unisalle. For more information, please contact ciencia@lasalle.edu.co.

**EVALUACIÓN DEL FINANCIAMIENTO DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO EN EL
SECTOR DE LA SALUD EN COLOMBIA DURANTE EL PERIODO 2013-2017**

WILLIAM LEONARDO BARRERA SALAZAR

**UNIVERSIDAD DE LA SALLE
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y SOCIALES
PROGRAMA DE ECONOMÍA
BOGOTÁ D.C.
AÑO 2018**

**EVALUACIÓN DEL FINANCIAMIENTO DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO EN EL
SECTOR DE LA SALUD EN COLOMBIA DURANTE EL PERIODO 2013-2017**

WILLIAM LEONARDO BARRERA SALAZAR

TUTOR

MILTON SAMUEL CAMELO RINCÓN

**Trabajo presentado como requisito para optar al título de Economista y
Profesional en Finanzas y Comercio Internacional**

Modalidad de grado

Desarrollo de un proyecto investigativo disciplinar o interdisciplinar

BOGOTÁ D.C.

2018

RESUMEN

La ley 100 de 1993 dio paso a la creación del sistema de seguridad social integral y estableció dos formas de afiliación a dicho sistema, en primera instancia el régimen contributivo y en segundo lugar al régimen subsidiado. En este documento se describe el esquema y evolución del financiamiento del régimen subsidiado, identificando el flujo de recursos por cada fuente de financiación y contrastándolos empíricamente frente a sus respectivos costos por departamento. Además del análisis fundamentado en la normatividad y la literatura, así como en las falencias y avances que se evidencian en el régimen, se utiliza como herramienta el análisis estadístico basado en regresiones. En este sentido, se describen algunas relaciones entre las variables de financiamiento y costos observadas para el periodo 2013-2017. Finalmente se identificó un crecimiento constante a lo largo de los años, tanto para los costos como para las fuentes de financiación, y a su vez, que la cantidad de afiliados en el régimen se relaciona inversamente con el valor de la Unidad por Capitación (UPC) visto por departamentos.

PALABRAS CLAVE

Salud pública, régimen subsidiado, Unidad de Pago por Capitación, administración pública.

CLASIFICACIÓN JEL

- H-H5-H51
- I-I11-I31

ABSTRACT

Law 100 of 1993 gave way to the creation of an integral social security system and established two forms of affiliation to this system, first, the contributory regime and, second, the subsidized regime. This document describes the scheme and the evolution of the financing of the subsidized regime, identifying the flow of resources for each funding source and contrasting them empirically with their respective costs by department. In addition to the analysis based on the normativity and literature, as well as on the shortcomings and advances that are evident in the regime, statistical analysis based on regressions is used as a tool. In this sense, some relationships between the financing variables and observed costs in the period 2013-2017 are described. Finally, a constant growth was identified over the years, both for costs and funding sources and, in turn, the number of affiliates in the regime is inversely related to the value of the Capitation Unit (UPC) seen by departments.

KEYWORDS

Public health, Subsidized regime, Capitation Pay Unit, Public administration.

CLASSIFICATION JEL

- H-H5-H51
- I-I11-I31

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.....	7
2. MARCO REFERENCIAL.....	10
2.1. Marco teórico.....	10
2.2. Marco conceptual.....	18
2.3. Marco legal.....	22
3. METODOLOGÍA.....	26
4. RESULTADOS.....	29
4.1. Estructura del Régimen Subsidiado de Salud en Colombia.....	29
4.1.1. Flujo de recursos del SGSSS.....	29
4.1.2. Subcuentas ADRES.....	30
4.1.3. Régimen subsidiado.....	31
4.1.3.1. Los recursos girados.....	31
4.1.3.2. Falencias identificadas.....	33
4.1.3.3. Avances.....	34
4.1.3.4. Fuentes de financiación.....	34
4.1.3.5. Rentas territoriales.....	36
4.2. Hechos estilizados sobre el financiamiento.....	40
4.3. Análisis estadístico sobre el financiamiento del Régimen Subsidiado.....	48
5. CONCLUSIONES.....	53
REFERENCIAS.....	56
ANEXOS.....	62

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Cuadro normativo SGSSS	23
Tabla 2 Fuentes de financiación del régimen subsidiado	35
Tabla 3 Rentas territoriales para el régimen subsidiado.....	37

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Flujo de recursos SGSSS..	30
Figura 2 Distribución de los recursos de licores, vinos y aperitivos.....	38
Figura 3 Porcentaje población régimen subsidiado 2013.	40
Figura 4 Porcentaje población régimen subsidiado 2017.	41
Figura 5 Distribución por fuente de ingreso régimen subsidiado 2013.....	42
Figura 6 Distribución por fuente de ingreso régimen subsidiado 2017.....	43
Figura 7 Fuentes de ingreso régimen subsidiado en Colombia.....	44
Figura 8 Costos totales régimen subsidiado.	45
Figura 9 UPC vs Costo total 2013.....	47
Figura 10 UPC vs Costo total 2017.....	47
Figura 11 Resultados de la regresión 2013-2017.	49
Figura 12 Resultados de la regresión log-log, 2013-2017.	50
Figura 13 Resultados de la regresión log-log 2013.	51
Figura 14 Resultados de la regresión log-log ajustada, 2013-2017.	52

1. INTRODUCCIÓN

La estabilidad social y política se genera por una apropiada distribución del nivel de bienestar, contribuyendo a su vez hacia el fortalecimiento de un crecimiento económico y sostenible. Sin embargo, el desarrollo de una sociedad no solo se puede medir por el crecimiento del producto, sino más bien, se debe medir por el bienestar de todos los integrantes de una sociedad. Tal es el caso de la salud, el cual es impulsado por el buen manejo de las políticas públicas y, a su vez debe de ser fortalecido por las redes de seguridad social mediante los presupuestos que favorezcan la salud y disminuyan las brechas sociales.

A partir de la definición clásica de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1958, la salud se concibe como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad; por lo tanto, la salud como bienestar será el logro de la satisfacción de las necesidades básicas, emocionales y sociales de un individuo, para favorecer el desarrollo de su personalidad (Rendondo y Guzmán, 2000).

Por consiguiente, según Rendondo y Guzmán (2000), el objetivo de la promoción de la salud es generar un compromiso entre el individuo, la colectividad y el Estado con el fin de destinar recursos, fijar políticas y crear las condiciones que permitan a los ciudadanos ejercer mayor control en los procesos de salud, mejorar sus hábitos, eliminar riesgos y afrontar las consecuencias que puedan afectar el bienestar general.

Para el desarrollo de la investigación se utilizaron tres trabajos como referentes sustanciales. En primer lugar, Chicaiza (2002), presenta el estudio sobre el mercado de la Salud en Colombia, desde la problemática los altos costos, tema abordado desde el análisis cualitativo y cuantitativo, concebido bajo variables económicas como el ingreso y las transferencias.

En segunda instancia Torres, Garcu y Quintero (2007), analizan los costos de transacción y formas de gobernación de los servicios de consulta en Colombia, analizando los costes de transacción bajo la dimensión de los postulados de Williamson analizados sobre la reducción de los costes de transacción.

Por último, Raigosa y Molina (2014), desarrollan el análisis del proceso de descentralización del sector de la salud, el surgimiento y su evolución dentro del SGSSS. Aquí se abordan temáticas de desarrollo y crecimiento a nivel Estatal del sector de la salud y adopta conceptos claves de la constitución política. El estudio determinó resultados positivos en los progresos de las instituciones bajo el derecho de la salud como un derecho prioritario y obligatorio. Sin embargo, se sugiere como medida importante continuar avanzando en la administración del sistema de la salud bajo una gestión apropiada y transparente en cuestiones de la salud pública.

Evidentemente la salud es un servicio que debe ser prestado eficientemente a todos los ciudadanos de todas las condiciones socioeconómicas, sin embargo, algunas reformas durante los últimos cinco años no han tenido buenos resultados al momento de ser implementadas. Este trabajo es pertinente, ya que en Colombia el sistema de salud ha venido presentando diversas fallas, afectando a la población más vulnerable de la sociedad colombiana. Por esto es posible partir de la pregunta: ¿Cómo es el flujo de los recursos para el financiamiento del régimen subsidiado en el sector salud en Colombia durante el periodo 2013-2017? Pregunta que incorpora los elementos económicos, sociales y legales al debate.

No obstante, los desarrollos teóricos y formales que han abordado el tema de los bienes públicos, costos de transacción, instituciones y hacienda pública se ven reflejados en el desarrollo del documento, siendo soportes teóricos fundamentales para cubrir la pregunta de esta investigación, intentando abordar a su vez el papel del Estado en los objetivos de asignación y distribución para la salud en el régimen subsidiado.

En este sentido, el objetivo general de esta investigación es evaluar el financiamiento del régimen subsidiado a través del flujo de recursos durante el periodo 2013-2017 en Colombia. Para llevar a cabo su respectivo desarrollo se abordan tres objetivos específicos: Describir el esquema y evolución del financiamiento en salud en Colombia del régimen subsidiado; identificar el flujo de recursos por fuente de financiación implícitos por departamento en el régimen subsidiado en el periodo 2013-2017; y contrastar empíricamente los recursos destinados al régimen subsidiado por fuente de financiación en cada departamento.

Esta investigación se divide en cinco partes, dentro de las cuales, la primera de ellas es la introducción. La segunda parte que incluye la presentación del marco referencial en donde se aborda el marco teórico, posteriormente se aborda el marco conceptual con los diversos conceptos relacionados al tema de investigación y por último el marco legal. En la tercera parte, la metodología que se utilizó para desarrollar el proyecto. En la cuarta parte, se plasman los resultados mediante la estructura del régimen subsidiado, los hechos estilizados sobre el financiamiento y el análisis estadístico sobre el régimen subsidiado. En la última parte se resume las conclusiones.

2. MARCO REFERENCIAL

2.1. Marco teórico

La eficiente cobertura del sistema, la apropiación de políticas públicas y una apropiada utilización de los recursos invertidos del presupuesto general de la nación, son requisitos para un correcto funcionamiento del sistema de salud. No obstante, las finanzas de los hogares también son fundamentales para garantizar un mayor acceso a los bienes meritorios como la salud y la educación. En este sentido para generar un mayor bienestar en la población se necesita un mayor acceso a la salud, es decir, una amplia cobertura de los recursos que deben de ser regulados y financiados equitativamente como beneficio para toda la sociedad.

Según Santa María , García, Uribe, y Rozo (2012), el vínculo entre la salud y el bienestar está dado por tres canales: el primero afirma que ciertas enfermedades que se pueden prevenir reducen el número de años de vida saludables de los individuos; El segundo canal está relacionado con el efecto de las enfermedades sobre las decisiones de inversión de los padres en sus hijos; El tercer canal establece que las enfermedades tienen un efecto negativo en los retornos a las iniciativas de inversión, ya que cualquiera de ellas se puede ver socavada por la alta prevalencia de algún tipo de dolencia.

El gasto total en salud que se designa anualmente para el funcionamiento de la salud en Colombia es la suma del gasto público y privado, abarcando la prestación de servicios de salud de manera preventiva y curativa, las actividades de planificación familiar, nutrición y la asistencia de emergencia. Este está conformado a través del gasto recurrente, del capital proveniente de los presupuestos públicos, el endeudamiento externo, las donaciones tanto de organismos internacionales, organizaciones no gubernamentales y como de los fondos de seguro de salud social (República de Colombia, 2016).

A continuación, se discuten los principales elementos teóricos en torno a la problemática de esta investigación.

2.1.1. Teoría del bienestar

El bienestar social parte del bienestar económico, frente a la forma en que se reparten los recursos en una comunidad y la retribución tanto al trabajo realizado, como los riesgos que toda empresa económica involucra. Así, suple las necesidades patrimoniales de los individuos y se encarga de garantizar su conformidad. Se puede afirmar en principio que la teoría del bienestar es el estudio que señala las proposiciones orientadas a ordenar en una escala de preferencias colectivas, situaciones económicas alternativas pertinentes a la sociedad (Reyes, 2014).

Autores como Arthur Pigou, Kenneth Arrow, Amartya Sen y Vilfredo Pareto entre otros, han abordado temas sobre la economía del bienestar buscando la manera de maximizar el bienestar social, desde el estudio de la desigualdad en el ingreso, factores que maximizan el potencial del bienestar y los problemas asociados a los costos de transacción que impiden la optimización.

En la investigación de Mendezcarlo, Medina y Becerra (2010), los estudios de Pigou en 1920, tuvieron la finalidad de plantear las divergencias entre los objetivos del bienestar privado frente a los del bienestar común. Para Pigou, la forma de armonizar estos intereses es a través de la intervención del Estado el cual debe asumir la tutela de la seguridad social y de las oportunidades pertinentes para la educación, vivienda y sanidad.

Además, Pigou propone correcciones para las externalidades y la presencia de un Estado de bienestar que se encargue de brindar oportunidades en la distribución del ingreso, estabilizando y mejorando el bienestar económico, con la finalidad de alcanzar un consumo más igualitario a todos los sectores en el mismo grado (Donna, 2016).

El aporte de Kenneth Arrow demarca las posibilidades del mercado y del Estado, para el alcance de la eficiencia y del bienestar, comparando el funcionamiento de la industria de los servicios de salud frente al comportamiento óptimo que define la teoría económica en el mercado competitivo. No obstante, es necesario revisar la industria de servicios médicos, las condiciones y el mecanismo de asignación de recursos para satisfacer el bienestar colectivo de la población en el mercado (Rojas y Restrepo, 2016).

Para Reyes (2014), Amartya Sen enfatiza la estabilización, la necesidad de reafirmar la equidad y la justicia en las elecciones sociales, para así, incrementar sustancialmente el bienestar social junto con la distribución del ingreso de manera justa. Por otro lado, Vilfredo Pareto plantea que el bienestar máximo se alcanza cuando cualquier persona ya no tiene la posibilidad de encontrar un mejor nivel de satisfacción o posición, por el cual pueda obtener un mejor bienestar al que posee actualmente, para esto es necesario que exista en el mercado una distribución óptima de los bienes, mediante una asignación óptima de los recursos producidos apropiadamente en la economía.

El bienestar de la población se refleja a través del desarrollo económico del país, por lo que el sistema de salud hace parte del bienestar de la población en cuanto a la calidad y esperanza de vida de cada individuo. Para garantizar dicho bienestar el Estado es el encargado de proporcionar las condiciones necesarias con el fin de reducir la desigualdad, ampliar las condiciones de vida y permitir que el servicio de la salud sea incluyente, óptimo y equitativo.

2.1.2. Teoría de los costos de transacción

Conforme a Ramírez (2008), Coase fundamentó la teoría de los costos de transacción mediante un análisis sobre la empresa y el costo social, analizando la asignación de recursos y en la estructura de la organización económica. Esto sustentado a partir de relacionar directamente los costos de realizar las transacciones con los procesos de asignación de los derechos de propiedad. Por ende, desde 1937, con los primeros aportes de Coase a la economía se incorporó el

papel de las organizaciones hacia la asignación de recursos para la construcción social de un bienestar colectivo.

En la medida que los costos de transacción sean bajos o inexistentes y que los derechos de propiedad establecidos en los fallos judiciales no permitan una solución económica eficiente, se producirá una reasignación de estos derechos hacia aquellos que los valoran más, pese a que las cortes fallen en contra de éstos. Son muchos los casos en los que los altos costos de transacción impiden una reasignación de los derechos establecidos en los fallos judiciales, por lo que en estos casos las cortes deben intentar minimizar los costos asociados a sus fallos, siempre que ello no altere la tesis de la estabilidad de la ley (Coase, 1960).

En 1991 Oliver Williamson incorpora a la teoría de los costos de transacción, el criterio de eficiencia como aspecto fundamental para medir el desempeño de la empresa, con el objetivo de reducir los costos implícitos en las operaciones de las organizaciones, las cuales depende de forma directa de la forma de gobierno, estructura de mercado y las jerarquías, no obstante los costos tienden a fluctuar por los ambientes institucionales, factores económicos como la producción, el intercambio y hasta la distribución sin dejar de lado el efecto de la incertidumbre que influencia a los agentes razonables para la toma de decisiones (Ramírez, 2008).

La economía del costo de transacción plantea la cuestión de la organización económica, como un problema de contratación, utilizando la distinción entre los costos de transacción de tipo ex ante y de tipo ex post, los primeros son los costos de redacción, negociación y salvaguardia de un acuerdo, mientras que los costos ex post asumen los costos de mala adaptación en que se incurren cuando las transacciones se salen del alineamiento en relación contractual, los costos de regateo cuando se hacen esfuerzos bilaterales para corregir las malas alineaciones, los costos de establecimiento y administración de las estructuras de gobernación, que a menudo son los tribunales a las que se envían las disputas y los costos de aseguramiento de los compromisos (Williamson , 1989). La investigación empírica de Williamson sobre los costos de transacción no pretende la medición directa de los

mismos, por el contrario, trata de saber si las relaciones de la organización corresponden a los atributos de las transacciones.

En Colombia los costos de transacción fluctúan en el sistema de la salud dependiendo del nivel de intermediación en la prestación del servicio y manejo de recursos del mismo, junto con las instituciones que reglamentan en orden político, económico y social del sistema.

2.1.3. Institucionalismo

Para North (1993), las instituciones son imposiciones creadas por los humanos que estructuran y limitan las interacciones de los mismos. Se componen de imposiciones formales como las reglas, leyes y constituciones, e imposiciones informales como las normas de comportamiento y códigos de conducta. Dichas imposiciones tanto formales como informales en conjunto, determinan la estructura de los correspondientes incentivos para las sociedades y directamente de las economías.

Las instituciones, junto con la tecnología, determinan los costos de transacción, y también los de producción, es decir, los costos totales. En cuanto mayores sean los costos de transacción, más costoso será producir y más ineficiente será el marco institucional (North, 1990).

Además, North (1993), postula la existencia de las relaciones entre las instituciones con las organizaciones que se conforman mediante grupos de individuos unidos por un propósito común, con el fin de alcanzar sus objetivos, generando el desarrollo de la institucionalidad necesario para una economía, por lo tanto, si las instituciones son las reglas del juego, las organizaciones junto con los empresarios son los jugadores.

En Colombia la institucionalidad generó un sistema de garantía de calidad, habilitando las EPS e IPS, creando acreditaciones generales mediante la secretaria de educación. En cuanto al desarrollo de instrumentos de institucionalidad, se crea

la asistencia técnica territorial, generando la gestión de las redes y los prestadores del servicio público, implementados al régimen subsidiado y optando por la adopción del Plan Nacional de Salud Pública.

En este sentido, es de vital importancia tener en cuenta el desarrollo del sistema de la información y el ordenamiento normativo, para establecer y desarrollar una mejor prestación del servicio en cuanto a calidad y cobertura en la población.

2.1.4. Teoría de los bienes públicos

Un bien público puro es un bien que está disponible para todas las personas por lo tanto debe poseer dos características: la primera es de no-exclusión, si el bien público es ofrecido, no se puede excluir a ningún consumidor de su consumo; la segunda característica es de no-rivalidad, en donde el consumo del bien público por un consumidor no reduce la cantidad disponible de consumo para otros consumidores (Nupia, 2013).

En la teoría de los bienes públicos Musgrave (1992) y Samuelson (1954, 1955), plantean una solución conceptual para una asignación eficiente, dada por el pago que realiza cada consumidor siendo este el precio por el bien, que es equivalente a la disposición marginal a contribuir por el mismo. El problema radica en que los consumidores tienen incentivos a ocultar sus verdaderas preferencias, dado que estas determinan el pago que los consumidores realizan, pero no su respectivo consumo; es decir, los consumidores saben que sin importar cuánto contribuyen para la producción del bien público siempre podrán acceder libremente a él. Este es el tradicional problema del "Free Rider" (Camelo, 2010).

El modelo de Samuelson como el modelo Musgrave se basan en el individualismo metodológico, por lo que los bienes públicos sólo pueden ser provistos por el Estado, al aparecer el problema del viajero gratuito (free rider), pues nadie querrá revelar sus preferencias al saber que, una vez que se decida la

provisión del bien público, no podrá ser excluido de su correspondiente consumo (Pino, 2004).

Para Silva (2012), el modelo de Samuelson surge en búsqueda de una solución normativa desde la Economía del Bienestar a los problemas de asignación de la eficiencia y distribución de recursos para la equidad, mediante el gasto público y la tributación reflejados en la teoría del beneficio y tributación óptima.

El principio del beneficio de Samuelson respondía a la preocupación por mantener los límites del Estado y para proteger la renta como la propiedad. Además, el principio de capacidad de pago que es orientado hacia la reducción de la desigualdad de las rentas y la propiedad, por otro lado, la teoría de Musgrave frente a la teoría de Samuelson presenta una diferencia sustancial ya que divide y trata las funciones de las ramas fiscales del Gobierno como asignación de la eficiencia y la distribución para alcanzar la equidad y generar estabilización de forma separada (Silva, 2012).

Aunque los bienes públicos estén disponibles para todos, sus beneficios pueden estar limitados, pues si algunos individuos entran a un servicio, como el caso del servicio de la salud en una entidad, pueden no acceder a otros debido al problema de congestión en el consumo del bien, luego si existe mucha población en un servicio determinado habrá exclusión para otros individuos frente a este servicio.

Asimismo, para el régimen subsidiado se considera que un bien público puede presentar el problema de rivalidad en su consumo, debido a que el consumo del bien y/o servicio por parte de un individuo puede impedir la disponibilidad y el uso para los demás.

2.1.5. Teoría de la hacienda pública de Richard Musgrave

La hacienda clásica se había centrado en el estudio de la asignación de los recursos; es decir, en analizar qué bienes debe ofrecer el sector público a los ciudadanos y cómo se deben de financiar por medio de los impuestos que se les

cobran, sin embargo, los economistas keynesianos introdujeron a la hacienda pública la estabilización de los recursos.

Dado esto, en la política presupuestaria se utilizan instrumentos monetarios e instrumentos fiscales para asegurar un grado de estabilidad del nivel de precios, la solidez de las cuentas exteriores y una aceptable tasa de crecimiento económico, los instrumentos monetarios usuales son el tratamiento de reservas, tipos de descuento y política de mercado abierto, en cuanto los instrumentos fiscales, se utiliza el gasto público para garantizar la estabilidad la cual es indispensable en la demanda de los bienes públicos (Musgrave, 1992).

Si se cree que el sector privado tiende a la inestabilidad y que el sector público es capaz de corregirla al menos de forma parcial, los ingresos y los gastos públicos se pueden convertir en poderosos instrumentos de estabilización de la actividad económica. Aunque la asignación de recursos es el objetivo original de la política presupuestaria, se puede utilizar con otros propósitos como la redistribución de la renta (Cabrillo, 2015).

De otro lado, en cuanto a la producción privada desde el punto de vista de la eficiencia en el mercado, la teoría de la participación de los factores hace énfasis en la asignación eficiente, dado que, para la eficiencia de los recursos, los factores de producción deben ser aplicados de forma que igualen el valor de su producto marginal en todos sus usos.

Por consiguiente, los mercados privados suelen funcionar bajo diferentes estructuras, desde estructuras eficientes propuestas originalmente por el modelo neoclásico, o desde estructuras que constituyen fallos de mercado. Entre las estructuras de fallo de mercado se encuentra la asignación de factores productivos que no se realiza de manera eficiente, generando un monopolio natural. La salud puede ser un monopolio natural funcionando debido a los altos costos fijos en la producción, cuando el mercado se atiende por una única empresa como en el presente caso, se presentan economías de escala; además, la importancia del

tamaño o volumen de mercado se relaciona entre la demanda y la dimensión mínima eficiente (Monnet, 2011).

En resumen, la economía de la salud pública puede constituir un sector en el que surgen este tipo de fallos en el mercado, por lo tanto es justificable que funcione como monopolio natural, bajo estructuras no eficientes estudiando el papel económico del gobierno, la administración de los bienes públicos y la corrección de los fallos de mercado, los cuales surgen cuando el mercado no es eficiente en la asignación de precios, cantidades producidas y cantidades demandadas, dichos fallos de mercado son a su vez causados por las externalidades y la existencia de bienes públicos .

Una de las principales justificaciones por las cuales el gobierno de un país tiende a intervenir de forma directa en el sistema de la salud pública, es la consideración de efectos tanto negativos como positivos para la población siendo estos externos para su propia toma de decisiones.

2.2. Marco conceptual

El sistema de salud en Colombia está constituido a nivel estructural principalmente por el Estado como ente regulador, el Ministerio de Salud y Protección Social para vigilar los actores en el correspondiente sistema, aseguradoras como intermediarias y administradoras, las entidades promotoras y los prestadores que son los encargados de prestar el servicio de la salud.

2.2.1. Régimen Subsidiado (RS)

En el sistema de salud es un mecanismo mediante el cual la población más pobre, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado, esto como vía de acceso efectiva al ejercicio del derecho fundamental de la salud (Secretaría de Salud, 2017).

2.2.2. Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)

Es el sistema encargado de brindar un completo seguro, que busca cubrir los gastos de salud de todos los habitantes del territorio nacional, teniendo en cuenta a los colombianos y a residentes extranjeros (Ministerio de Salud y Protección Social, 2004).

2.2.3. Entidades Promotoras de Salud (EPS)

Son aquellas entidades que se encargan de prestar diversos servicios médicos a toda la población afiliada de forma oportuna y óptima. Están fundamentadas bajo los principios de eficiencia, integralidad, solidaridad, universalidad, unidad y participación (Pereira , 2007).

2.2.4. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)

Son todas aquellas entidades, asociaciones y/o personas bien sean públicas, privadas o con economía mixta, que hayan sido aprobadas para prestar de forma parcial y/o total los procedimientos que se demanden con ocasión de cumplir con el Plan Obligatorio de Salud (POS); ya sea en el régimen contributivo o en el régimen subsidiado, contribuyen a un mayor nivel de cobertura especializada de la salud (Lozano, 2012).

2.2.5. Plan Obligatorio de Salud (POS)

Es un paquete de servicios básicos en las áreas de recuperación del servicio de la salud, frente a la prevención de la enfermedad, el suministro de medicamentos para el afiliado y su grupo familiar como beneficiarios, junto con el cubrimiento de los ingresos de manera transitoria en caso de licencia de maternidad e incapacidad por enfermedad general (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017).

2.2.6. Sistema General de Participaciones (SGP)

Para la financiación a nivel fiscal por parte del gobierno el Estado se creó el Sistema General de Participaciones (SGP), que es constituido por los recursos que la Nación y transfiere por mandato de los artículos 356 y 357 de la Constitución Política de Colombia a las entidades territoriales, departamentos, distritos y municipios, recursos para la financiación de los servicios a su cargo, en salud, educación y los definidos en el Artículo 76 de la Ley 715 de 2001 (Secretaría Distrital de Hacienda, 2017).

2.2.7. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS)

Fue creado por la Ley 100 de 1993 como entidad adscrita al Ministerio de la Protección Social y opera como organismo de dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de carácter permanente (Congreso de la República, 1993).

2.2.8. Sistema de Identificación de Beneficiarios de los Subsidios del Estado (SISBEN)

Es una herramienta conformada por un conjunto de reglas, normas y procedimientos para obtener información socioeconómica confiable y actualizada de grupos específicos en todos los departamentos, distritos y municipios del país, con el fin de focalizar el gasto público para de esta manera garantizar que el gasto social sea asignado de la mejor manera a los grupos de población más pobres y vulnerables (Universidad Nacional de Colombia, 2017).

2.2.9. Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES)

Es la entidad encargada de administrar los recursos que hacen parte del FOSYGA, los recursos que financien el aseguramiento en salud, los copagos por concepto de prestaciones que no están incluidas en el plan de beneficios del Régimen Contributivo, los recursos que se recauden como consecuencia de las

gestiones que realiza la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social (UGPP); los cuales confluirán en la Entidad (ADRES, 2017).

2.2.10. Fondo de Solidaridad y Garantías (FOSYGA)

Es el fondo encargado de garantizar la compensación entre las personas de diferentes ingresos, la solidaridad del sistema general de seguridad social y salud para cubrir los riesgos catastróficos y accidentes de tránsito. Todo dado a través de sus subcuentas independientes de nivelación interna del método contributivo, solidaridad del régimen de subsidios en salud, publicidad de la salud y seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito (ECAT) (ADRES, 2017).

2.2.11. Unidad por Capitación (UPC)

Es el valor anual que se reconoce por cada uno de los afiliados al SGSSS para cubrir las prestaciones del POS, en los regímenes contributivo y subsidiado. Dentro de la UPC se encuentra la UPC-Subsidiada (UPC-S), la cual es el valor reconocido para cubrir el POS subsidiado y también es referida como UPC plena o subsidio pleno, su valor se ajusta dependiendo de la región en donde se encuentre el afiliado y no tiene en cuenta el cobro de cuotas moderadoras (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017).

2.2.12. Base de datos Única de Afiliados (BDUA)

Es la herramienta principal para las funciones de dirección y regulación del SGSSS, así como para el flujo de recursos, de conformidad con las disposiciones legales y reglamentarias vigentes. El objetivo de la BDUA es el de consolidar y mantener una base de datos unificada de los afiliados al SGSSS, mediante el desarrollo de procesos de validación de información, de acuerdo con las tipologías normativas vigentes y contando siempre con el reporte de información remitido por las entidades, bajo un carácter de optimización y calidad de la información (ADRES, 2017).

2.2.13. Presupuesto General de la Nación (PGN)

Son las previsiones anuales de ingresos y gastos del Estado para cumplir con la producción de bienes y servicios públicos, con el fin de generar satisfacción de las necesidades de la población en conformidad con el rol asignado al Estado en la economía y sociedad del país (Ministerio de Hacienda y Crédito Público, 2011).

2.2.14. Rentas Territoriales

Son todos los ingresos territoriales destinados a la salud, captados a través de los diversos impuestos al consumo como cerveza, impuestos de licores, recursos de juegos de suerte, azar y loterías, los cuales serán destinados a cada territorio (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

2.2.15. Recursos de Esfuerzo Propio

Son todos los recursos públicos adicionales de las Entidades Territoriales, a los que por Ley financian el Régimen Subsidiado, que éstas destinen para su financiación, con el fin de garantizar a futuro el nivel de afiliaciones logradas al Régimen Subsidiado (Ministerio de Salud, 1993).

2.3. Marco legal

Para la presente investigación se puede observar en la tabla 1 el cuadro normativo SGSSS, en donde se plantean las diversas leyes o normas, junto con los respectivos objetivos e implicaciones de cada una, abordando así la temática de la salud en el régimen subsidiado.

Tabla 1 Cuadro normativo SGSSS

LEY O NORMA	OBJETIVO	IMPLICACIONES
Ley 100 de 1993	Crea el Sistema de Seguridad Social en Salud con el propósito de regular el servicio público de la salud para generar condiciones de acceso a todos los servicios de la salud.	<p>Establece el aseguramiento como esquema fundamental.</p> <p>Dividió las funciones de aseguramiento y administración de los recursos financieros de la prestación misma de servicios.</p> <p>Todos los afiliados al SGSSS recibirán un plan integral de protección en salud (POS).</p> <p>Por cada persona afiliada y/o beneficiario las EPS recibirán por parte del Estado la UPC establecidas por el CNSSS.</p>
Decreto 2357 de 1995	Reglamenta aspectos del régimen subsidiado del SGSSS.	<p>Estipula la organización del régimen subsidiado, en especial los temas relacionados con las entidades autorizadas para la administración de los subsidios de la salud.</p> <p>Dirección, control y vigilancia del régimen subsidiado a través del Ministerio de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud y el CNSSS.</p> <p>Dimensiona la capacidad de afiliación real al RS mediante la proyección de los recursos financieros disponibles por cada departamento y municipio.</p>
Ley 223 de 1995	Señala el propósito del recaudo tributario.	Estableció el pago del impuesto al consumo destinados para programas de salud territorial.
Ley 344 de 1996	Normas tendientes a la racionalización del gasto público.	Los recursos provenientes de subsidios a la oferta que reciban las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud y las empresas sociales del Estado de orden nacional y territorial serán destinados únicamente para el financiamiento de los servicios POS-S y No POS-S.

Ley 715 de 2001	Estableció a la Nación como la encargada de diseñar políticas y algunas regulaciones sin dejar de lado la participación que debe de tener ésta en la financiación directa de varios de los servicios en los tres usos fundamentales del sector salud.	Los departamentos manejan los subsidios a la atención de los vinculados, administrando las redes de los hospitales, mientras que los municipios administran el RS (Régimen Subsidiado), en donde se escogen los beneficiarios del SISBEN, celebrando contratos con las ARS y aportando sus respectivos recursos.
Ley 643 de 2001	Se fija el régimen propio del monopolio rentístico de juegos de suerte y azar.	Toda actividad que se sea realizada bajo el ejercicio del monopolio tendrá como objetivo el financiamiento de los servicios de salud.
Ley 788 de 2002	Expide normas en materia tributaria y penal de orden nacional y territorial.	Los recursos de las entidades integrales del SGSSS en el porcentaje de la UPC y la destinación obligatoria para la prestación de los servicios de salud.
Ley 1122 de 2007	Busca regular el sector de la salud, generando un sistema de inspecciones, vigilancia y control.	<p>Crea la Comisión de Regulación en Salud (CRES).</p> <p>Velar por los diferentes campos de la salud como son los hábitos saludables, la primera infancia, enfermedades transmisibles, enfermedades no transmisibles, salud sexual y reproductiva, plan decenal de salud pública, entre otras.</p> <p>Permite garantizar el acceso y la calidad de los servicios, mediante la optimización de los recursos promoviendo enfoques de atención centrada a la sostenibilidad financiera de las instituciones prestadoras de servicios de salud pública.</p>

Ley 1393 de 2010	Define las rentas de destinación específica para la salud.	<p>Adopta reglas para evitar la evasión y la elusión de los aportes a la salud y reasignación de estos recursos al interior del sistema de la salud, con el marco de la estrategia de atención primaria en la salud (APS) o la unificación de los planes de beneficios se creó el fondo de salvamento y garantías para el sector de la salud.</p> <p>Alcanzar un aseguramiento y una unificación del plan de beneficiados del régimen subsidiado con respecto al contributivo.</p>
Ley 1438 de 2011	Fortalecer el SGSSS a través del marco de la estrategia en atención primaria unificando el plan de beneficios y la universalidad del aseguramiento.	<p>Se da un plazo de tres meses a las EPS y alcaldías para liquidar los contratos de aseguramiento.</p> <p>En el régimen subsidiado se realizará un giro directo a cada EPS o IPS eliminando la intervención de los entes territoriales evitando así la desviación de recursos.</p>
Ley 1751 de 2017	Regula el derecho fundamental a la salud y establece los mecanismos de protección.	Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, mejoramiento y promoción de la salud en Colombia.

Fuente: Elaboración propia.

3. METODOLOGÍA

La metodología utilizada es de tipo mixta siendo una combinación de elementos entre el enfoque cualitativo y cuantitativo. Los elementos cualitativos se basan en la recolección y análisis de información no numérica, la cual es documentada y evaluada con procedimientos específicos y delimitados, a su vez permite la contextualización del tema para la recolección de los datos numéricos. En cuanto al enfoque cuantitativo, este se basa en un análisis objetivo, para efectuar un seguimiento de los patrones que sean generalizados y comparados, en este sentido los dos enfoques brindan una completa oportunidad en el trabajo investigativo (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

En virtud de ello la investigación se realizó a través de tres etapas: la primera etapa es constituida en términos cualitativos, para efectos descriptivos y exploratorios de la problemática, realizando una revisión de la literatura teórica, investigaciones empíricas y la revisión documental (leyes e informes). Se elaboraron resúmenes analíticos especializados (R.A.E), con los cuales se lograron identificar y consolidar de manera ordenada las leyes asociadas al sistema, algunos antecedentes y la estructura del régimen.

En la etapa 2, se utilizó un enfoque cuantitativo para indicar los patrones sobre el financiamiento del régimen, mediante el análisis descriptivo de la recolección y organización de bases de datos junto con la implementación del análisis de las variables encontradas vía hechos estilizados. A partir lo mencionado, y como fuente de información el Ministerio de Salud y Protección Social, se encontraron las matrices ejecutadas del régimen subsidiado, para el periodo 2013-2017, en dichas matrices se efectuó el tratamiento de datos con el fin de unificar los recursos de cada municipio y generar una base de datos consolidada por departamentos anualmente con las siguientes variables: Número de afiliados en la Base de datos Única de Afiliados (BDUA), UPC promedio ponderado, costo total

anual UPC, Sistema General de Participaciones, recursos del artículo 217 de la Ley 100 de 1993 para la administración directa de las CCF y la Ley 1438 de 2011.

Además, en el caso de los recursos de esfuerzo propio sin situación de fondos y con situación de fondos, las bases de datos para cada año del estudio fueron unificadas creando matrices combinadas mediante el total de los municipios de cada departamento, a su vez, el total de recursos de esfuerzo propio sin y con situación de fondos fueron unificados de la misma manera para cada departamento. Asimismo, se recurrió al total de la población por departamento mediante las estimaciones de población de 1985-2008 y proyecciones de población de 2005-2020 que realizó el DANE.

De acuerdo con lo dicho, para la comparación del periodo inicial (2013) frente al periodo final (2017), se utilizó el total de la población de los respectivos años, para conocer la participación porcentual del total de afiliados por departamento frente a la población total del mismo, unificando las bases de datos mediante el total de costos y el total de fuentes de financiación del FOSYGA y el Presupuesto General de la Nación (PGN) junto con las anteriormente mencionadas.

Adicionalmente se totalizaron los valores de cada variable usada en el análisis para los cinco años y se transformaron las fuentes de ingreso (SGP, total recursos esfuerzo propio, FOSYGA y PGN), junto con las variables de costo (Promedio UPC y costo anual) en el régimen subsidiado. Dichas transformaciones fueron elaboradas mediante el uso del IPC(2008) deflactando todos los datos, ya que los valores obtenidos originalmente estaban en términos nominales, es decir los valores se encontraban a precios corrientes, impidiendo su comparación directa debido a sus cambios producto de la inflación, sufriendo distintas alteraciones de los precios de un periodo a otro. Por este motivo, se convirtieron los datos en términos reales, es decir a precios constantes, utilizando el valor original de cada variable frente al IPC correspondiente de cada año llevando el valor al año 2017 culminando así el desarrollo de los hechos estilizados para la investigación.

Por último, en la etapa 3 se utilizó el análisis estadístico el cual se basó en describir relaciones y comprobar efectos de las variables. La técnica utilizada fue la elaboración de regresiones y el uso de la matriz de correlaciones permitiendo la comparación de las observaciones de las respectivas variables utilizadas; la variable dependiente en el análisis estadístico corresponde al costo por unidad de capitación (UPC) y las variables independientes fueron las fuentes de financiación y el tamaño del departamento¹.

¹ El ejercicio estadístico se realizó con fines descriptivos identificando las relaciones más evidentes entre las variables de costos y fuentes de financiación, por lo tanto, no se consideró la comprobación de supuestos ni transformación de variables. Las regresiones se hicieron transformando las variables a logaritmos, sin embargo, dado que los fines son más descriptivos no se consideró la comprobación de errores.

4. RESULTADOS

4.1. Estructura del Régimen Subsidiado de Salud en Colombia

4.1.1. Flujo de recursos del SGSSS

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) mediante la ley 100 en 1993 crea el régimen subsidiado para la atención de la población pobre, con el fin garantizar los servicios por medio de los recursos principalmente provenientes del Estado. Las principales fuentes de financiación del Sistema se originan en el Sistema General de Participaciones (SGP), en los aportes de los trabajadores y empleadores al régimen contributivo administrados hasta el 2017 por el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), siendo reemplazado por la actual Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), en la explotación de los juegos de suerte y azar a cargo de la Empresa Territorial para la Salud (ETESA), además, de la coparticipación que hacen otros recursos de menor cuantía (Organización Panamericana de la Salud, 2009).

Por su parte, el Gobierno de Colombia se encarga de dirigir, administrar y supervisar los recursos destinados para la salud, dichos recursos son manejados a través del Ministerio de Salud y Protección Social, junto con el ADRES, como organismo encargado de administrar los recursos del SGSSS, efectuando el reconocimiento de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y estableciendo giros directos a los prestadores y proveedores del sistema (IPS). El propósito es brindar cobertura a los beneficiarios de los regímenes subsidiado y contributivo a partir de impuestos, contribuciones y cotizaciones (Procuraduría General de la Nación, 2014).

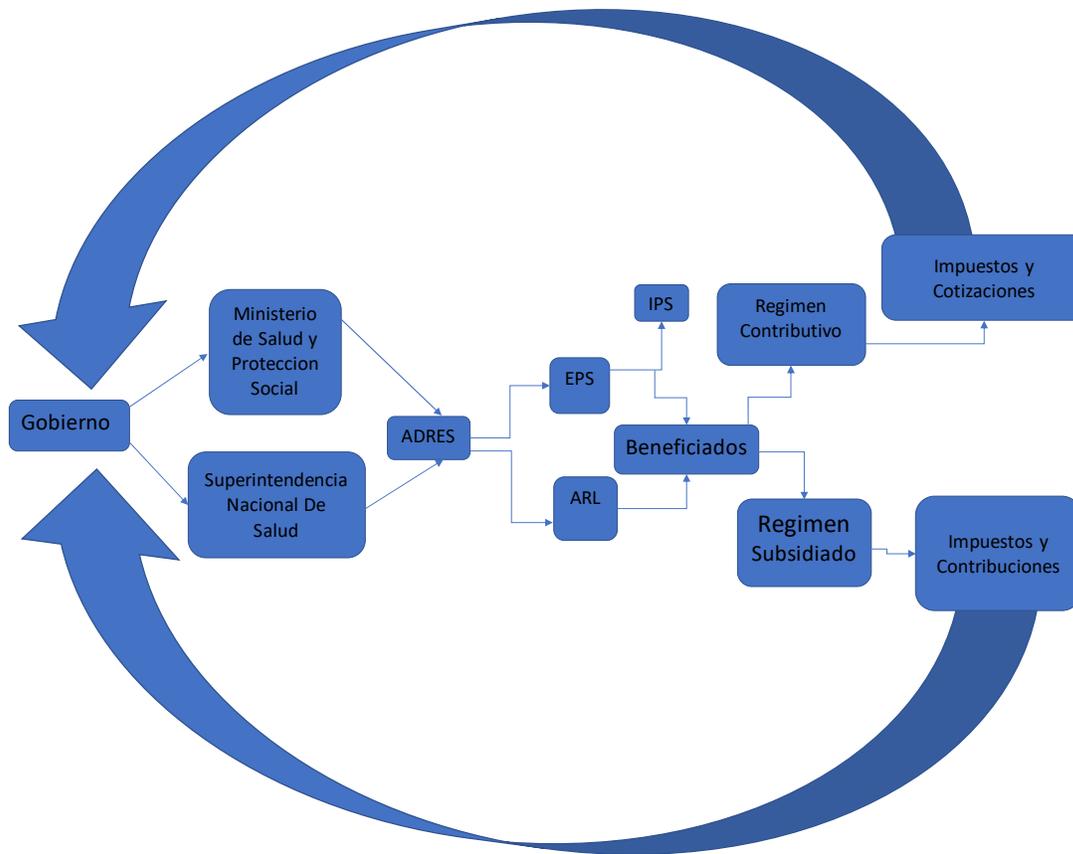


Figura 1 Flujo de recursos SGSSS. Fuente: Elaboración propia.

4.1.2. Subcuentas ADRES

Con relación a la evolución del financiamiento de la salud en Colombia cabe resaltar que el ADRES posee tres subcuentas que se convierten en el pilar fundamental del SGSSS.

La primera subcuenta se denomina Solidaridad del régimen subsidiado, la cual tiene como propósito velar por la integridad y oportunidad en el recaudo de los recursos dados por las diferentes fuentes destinadas al régimen subsidiado, además de validar los derechos de las entidades y personas beneficiarias, a partir de la información de contratación y afiliación en este régimen. Adicionalmente realiza los pagos establecidos en la operación de la subcuenta gestionada por el Ministerio de

Salud y Protección Social, en las cuales se incluyen los recobros presentados por las EPS-S, medicamentos No POS y fallos de tutela.

La segunda subcuenta, denominada Compensación del régimen contributivo, realiza el proceso de descuento de las cotizaciones recaudadas íntegramente por las EPS y demás entidades obligatorias a compensar (EOC), los recursos destinados a financiar actividades de promoción y prevención, los de solidaridad del régimen subsidiado y aquellos por concepto de UPC, así como incapacidades por enfermedad general y licencias de maternidad y paternidad. A partir de lo anterior, los recursos generados por el superávit de las cotizaciones recaudadas por las EPS y EOC, dentro de las respectivas subcuentas del FOSYGA, son giradas o trasladadas a las cuentas de las EPS las sumas resultantes a favor.

Por último, la subcuenta para eventos catastróficos y accidentes de tránsito (ECAT), que se encarga de garantizar la atención integral a las víctimas con daños en su integridad física derivados de accidentes de tránsito, eventos terroristas y catastrofes de origen natural (Ministerio De Salud y Protección Social, 2012).

4.1.3. Régimen subsidiado

4.1.3.1. Los recursos girados

Retomando la Ley 100 de 1993 se definió al régimen subsidiado como un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al SGSSS cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, bien sea total o parcial con recursos fiscales o de solidaridad. Mediante el Decreto 2357 de 1995 se reglamentó la operación del régimen subsidiado, definiendo la responsabilidad en cuanto al aseguramiento de la población pobre y vulnerable mediante contratos de administración de recursos por parte de los municipios, distritos y departamentos con corregimientos departamentales (Procuraduría General de la Nación, 2014).

Ahora bien, dichos contratos de aseguramiento pactados entre las entidades territoriales y las EPS eran financiados con recursos fiscales de la entidad territorial y

con transferencias del nivel central al SGP, que son asignadas a los municipios, distritos o departamentos, o mediante recursos de cofinanciación provenientes del ADRES (Procuraduría General de la Nación, 2014).

A partir de lo anterior, el flujo de los recursos iniciaba desde el nivel central hacia la entidad territorial y de ahí a la EPS, siendo esta última la encargada de destinar finalmente los recursos a las IPS; el giro de los recursos entre la Nación y las entidades territoriales en lo correspondiente al SGP se realizaba mensualmente durante los diez primeros días del mes siguiente al que corresponde la transferencia.

Con respecto a los recursos de cofinanciación de ese entonces el FOSYGA eran girados por trimestre anticipado, previa a la acreditación de cuentas exclusivas para el manejo de dichos recursos, el perfeccionamiento y envío de los contratos de administración del régimen subsidiado y el cruce de la base de datos de afiliados (Procuraduría General de la Nación, 2014).

Según los periodos de contratación establecidos anualmente, la entidad territorial encargada debía girar a las EPS por bimestre anticipado durante los diez primeros días de cada bimestre, señalando que para ese momento la entidad territorial había recibido tres meses del SGP y el recaudo del esfuerzo propio de los tres primeros meses de cada vigencia en términos generales. De manera que, sin haber recibido los recursos del trimestre anticipado del FOSYGA los demás recursos les permitirían girar el bimestre anticipado a las EPS (Ministerio de Salud, 1993).

Según la Ley 1122 se estableció que las EPS de los dos regímenes debían efectuar los pagos mes anticipado en un 100% si los contratos eran por capitación, en caso de no presentarse objeción o glosa alguna, el saldo se debía pagar dentro de los 30 días siguientes a la presentación de la factura, solo sí el ente territorial hubiese recibido los recursos (Restrepo, 2007).

Según lo referente a la contratación por capitación el Ministerio de la Protección Social será el encargado de sus tiempos de presentación, forma y todo lo

concerniente a la facturación, glosas y pagos verificando su cumplimiento durante los 60 días siguientes a la radicación de la factura (Gallardo y Marroquin, 2017).

4.1.3.2. Falencias identificadas

Con relación a los soportes legales para el control, desembolso y la realización de los pagos de las entidades territoriales a las EPS, fueron los contratos y la base de datos de los afiliados el mayor obstáculo en este sentido, ya que tanto su legalización como su verificación para el reconocimiento del UPC por afiliado, desataron el incumplimiento oportuno de los pagos, incluyendo los giros desde el FOSYGA.

En concordancia anterior, dicho retraso en los pagos ocasionó un impedimento en la operación de la red pública de los prestadores de servicios. De igual forma, la carente oportunidad en el pago de recobros en términos de los servicios no cubiertos en el plan obligatorio de salud (POS) y la aplicación de glosas infundadas continuó imposibilitando el resarcimiento de la cartera por los servicios ya prestados (Bolívar, Arcila, Hurtado, Castrillón, Córdoba, y Torres, 2010).

Según el esquema de los recursos de solidaridad por parte del régimen contributivo, se estableció bajo la ley 100 de 1993, un compromiso directo del gobierno, que consistía en entregar un peso por cada peso que ingresara a través de solidaridad. Sin embargo, la Corte Constitucional estableció inicialmente un plan de pagos debido al incumplimiento por parte del gobierno con el fin de saldar la deuda que hasta 1996 era de 531.314 millones de pesos; a pesar de esto dicho acuerdo no tuvo los efectos esperados por lo que se puso en marcha la Ley 344 que pretendió disminuir a la mitad el monto dado por el Estado a partir del año 1997.

Posteriormente la Corte declaró inexecutable la ley 344 anteriormente descrita por el incumplimiento reiterativo y por ende el gobierno no asumió el pago de su deuda durante los siguientes años. Fue hasta el 2001 mediante la Ley 715 que se estableció un 25% sobre el punto de solidaridad como nuevo aporte estatal; no obstante, cinco años después fue declarada una vez más inconstitucional por la Corte y durante ese mismo año el Estado asumió el mayor pago realizado por el

valor de 249.418 pesos reales, a pesar de esto la deuda total para el 2006 fue de \$6 billones, cifra que el Estado ya no podría asumir (Ley 715, 2001).

4.1.3.3. Avances

Dados los sucesos anteriormente mencionados que debilitaron la estructura del SGSSS se reglamenta en la Ley 1438 de 2011 el reemplazo del contrato de aseguramiento dando así plena libertad a las EPS para efectuar las afiliaciones de la población pobre y vulnerable. Dicha información deberá ser consolidada en la Base de Datos Única de Afiliados, con el fin de reconocer a las EPS el valor de la UPC correspondiente.

Adicionalmente, se implementó el giro directo considerando que el Estado ya no gira todos los recursos al municipio, sino que lo efectúa de forma directa los cinco primeros días hábiles de cada mes a través de un mecanismo único de recaudo y giro de los recursos que concentra las fuentes de financiación disponibles en el nivel central y las gira en una sola transacción a las EPS o IPS según le corresponda.

De manera que este nuevo esquema elimina la intermediación de los recursos a través del municipio; en el mismo sentido elimina la validación y liquidación de la UPC por parte del ente territorial mediante la realización de un proceso centralizado de cruce de información entre regímenes, la Registraduría Nacional del Estado Civil y otras fuentes de información con el propósito de evitar reconocimientos erróneos de la UPC (Procuraduría General de la Nación, 2014).

4.1.3.4. Fuentes de financiación

La administración del régimen subsidiado está a cargo de las EPS autorizadas que a su vez pueden administrar al régimen contributivo, las cajas de compensación familiar y las empresas solidarias de salud como una modalidad de EPS comunitaria las cuales reciben una UPC subsidiada con un valor inferior respecto a la UPC contributiva con el propósito de brindar el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POS-S). Los servicios que no sean cubiertos por el plan

anteriormente mencionado tendrán que ser garantizados por parte de los hospitales públicos que reciben financiación del Estado mediante la figura de subsidio a la oferta (Organización Panamericana de la Salud, 2009).

Con respecto a los recursos destinados al financiamiento del régimen subsidiado existe la premisa de distribución bajo el principio de equidad entre las entidades territoriales que provienen de recursos fiscales, de solidaridad del régimen contributivo, de ingresos propios de las entidades territoriales y de algunos recursos aportados voluntariamente (Organización Panamericana de la Salud, 2009).

En la siguiente tabla se especifican las fuentes de financiamiento, así como el criterio de los aportes:

Tabla 2 Fuentes de financiación del régimen subsidiado

FUENTE	CRITERIO
Sistema General de Participaciones	Los componentes están distribuidos de la siguiente manera: 4% en asignaciones especiales como resguardos indígenas, municipios ribereños del Río Magdalena, alimentación escolar y fondo de pensiones territoriales. El 96% restante se destina a nivel sectorial del cual el 24.5% es para la salud de los departamentos, distritos y municipios.
(SGP)	De este 24,5% el 80% se destina para el régimen subsidiado, 10% para la salud pública y el 10% para la oferta de la población pobre no asegurada (PPNA).
Recursos de juegos de suerte y azar y recursos transferidos por la Empresa Territorial para la Salud ETESA y ahora COLJUEGOS EIC	El 7% es destinado a investigación en salud teniendo en cuenta que el 93% restante constituye el 100% del cual el 25% se destina para gastos de funcionamiento de las dependencias y los organismos de la dirección de salud. De manera que el porcentaje restante es destinado a la financiación del régimen subsidiado.

Rentas cedidas destinadas a la salud de los Departamentos y del Distrito Capital	Los recursos provenientes de licores, cerveza, apuestas permanentes, loterías y sus utilidades son transformados para financiar la salud y a su vez son administrados directamente por los departamentos, dependiendo del recaudo efectivo de estos recursos.
Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES)	Los recursos son recibidos en la subcuenta de solidaridad, teniendo en cuenta su procedencia: un punto de la cotización del régimen contributivo cada mes; el aporte del presupuesto nacional acorde con el plan anual de caja (PAC), el cual es aprobado por el Ministerio de salud cada año y los rendimientos financieros contabilizados mensualmente.
Cajas de Compensación Familiar (CCF)	Según el Artículo 217 de la Ley 100 de 1993, el 5% de los recaudos del subsidio familiar se destinarán al RS, a excepción de las cajas que obtengan un cociente superior al 100% del recaudo del subsidio familiar que deberán destinar un 10%.
Gremios, asociaciones y demás organizaciones.	Aportar según sus capacidades.
Rendimientos financieros	De las diferentes fuentes.
Impuesto de renta sobre la producción de las empresas de la industria petrolera	En la zona de Cupiagua y Cusiana, el 15% de los recursos adicionales que reciban los municipios, distritos y departamentos como participación y transferencias por este concepto.
Afiliados	Aportes correspondientes a una parte del valor del servicio demandado.

Fuente: Elaboración propia.

4.1.3.5. Rentas territoriales

Luego de conocer las fuentes generales de financiación en salud del régimen subsidiado, es preciso describir el porcentaje de recursos y funcionamiento de las rentas territoriales, puntualizando cada uno de los componentes a continuación:

Tabla 3 Rentas territoriales para el régimen subsidiado

RENTAS TERRITORIALES	RÉGIMEN SUBSIDIADO	RECURSOS PARA PRESTACIÓN	FUNCIONAMIENTO
IVA cedido de Licores, Vinos y Aperitivos	50%	25%	25%
8 puntos del IMPOCONSUMO de cerveza (IVA del 8% cerveza)	50%	25%	25%
Loterías	68%	0%	25%
Derechos de explotación de Juego de apuestas permanente o Chance	68%	0%	25%
Recursos Transferidos por COLJUEGOS (Distintos a premios no cobrados)	75%	0%	25%
Sobretasa de cigarrillos Ley 1993 de 2011	100%	0%	0%
6% Impuesto al Consumo de Licores, Vinos y Aperitivos	100%	0%	0%
Premios no cobrados	100%	0%	0%

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (2016).

Como se aprecia en la figura 2, con la entrada en vigor de la Ley 788 de 2002 se estableció el componente de la base gravable a través de los grados alcoholimétricos y la tarifa del impuesto al consumo de licores, vinos, aperitivos y similares. Según los grados alcoholimétricos por cada unidad de 750 centímetros cúbicos o su equivalente, para los productos de hasta 35 grados de contenido alcoholimétrico, se cobrará doscientos cincuenta y seis pesos (\$256) por cada grado alcoholimétrico y para los productos de más de 35 grados, se efectuará a su vez el cobro por cuatrocientos veinte pesos (\$420) en el mismo sentido.

Con lo anterior el IVA correspondiente a los licores destilados nacionales, estará cedido en un 100% a salud, mientras que el IVA de los vinos, aperitivos y similares será cedido en un 70% al sector salud. Asimismo, en conformidad con lo establecido en el artículo 44 de la Ley 1438 de 2011, se destinará como mínimo el 50% de estos recursos a la financiación de la UPC del régimen subsidiado, siendo

estos recursos contabilizados como esfuerzo propio territorial (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Retomando la Ley 788 de 2002 en el párrafo 2 del artículo 50 se define que adicional a las tarifas señaladas, se encuentra incorporado el IVA cedido, el cual corresponde al treinta y cinco por ciento (35%) del valor liquidado por concepto de impuesto al consumo, el 65% restante del impuesto al consumo recaudado por cada territorio, los departamentos y el distrito capital destinarán un 6% en primera instancia a la universalización en el aseguramiento, en segundo lugar a la unificación de los POS Y POS-S y en caso de excedentes, se destinarán a la financiación de servicios prestados a la población pobre relativo a lo no cubierto por los subsidios a la demanda (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).



Figura 2 Distribución de los recursos de licores, vinos y aperitivos. Fuente: Elaboración propia.

Mediante la ley 223 de 1995, se estableció el pago del impuesto al consumo en el territorio nacional de cervezas, sifones y sus derivados, que junto con el artículo 44 de la Ley 1438 de 2011, determinaron que un 50% de los recursos recibidos por este impuesto serán destinados directamente a la financiación de la

UPC del régimen subsidiado, los cuales se contabilizarán como esfuerzo propio territorial (Ley 1438, 2011).

En cuanto a las concesiones de juegos de apuestas permanentes o chance, la Ley 643 de 2001, indica que deberán pagar el 12% de sus ingresos por derecho de explotación dentro de los diez primeros días hábiles de cada mes posteriores al juego, este monto será destinado a la salud y en ningún caso deberá ser destinado para cubrir los gastos de funcionamiento (Ley 643, 2001).

Los derechos de explotación generados por las apuestas hípcas deberán ser repartidos entre cada uno de los departamentos o distritos de forma que, un 50% será destinado para la financiación de servicios netamente prestados a la población pobre en lo no cubierto por subsidios que son atendidos mediante la red pública hospitalaria y el 50% restante, será destinado para la financiación en la renovación de tecnologías que son utilizadas por los hospitales públicos en cada ente territorial (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Teniendo en cuenta que muchos premios no son cobrados, la Ley 1393 de 2010 estipuló que para todos los juegos de suerte y azar bajo el derecho a la caducidad judicial y aun sin haberse hecho efectivo el cobro de los premios, el 75% de los recursos de los mismos, se destinarán hacia los planes de beneficios del SGSSS en los departamentos y distritos en donde se ocasionaron (Ley 1393, 2010).

Finalmente, es el artículo 6 de la Ley 1393 de 2010 que aborda el consumo de cigarrillos y tabaco y estipula la sobretasa al consumo de los mismos equivalentes al 10% de la base gravable que será la certificada por la Dirección de Apoyo Fiscal del Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Estos recursos deberán destinarse por los departamentos y el Distrito Capital para la universalización en el aseguramiento y la unificación del POS Y POS-S (Ministerio De Salud y Protección Social, 2016).

4.2. Hechos estilizados sobre el financiamiento

Para determinar el flujo de recursos por fuente de financiamiento implícitos por departamento en el régimen subsidiado en el periodo 2013-2017 se recurre a los datos obtenidos del Ministerio de Salud y Protección Social en el área de financiamiento. Se encontraron las fuentes de financiación que componen los recursos totales para la UPC del régimen subsidiado por municipio de los años 2013 a 2017. A partir de la sección 4.2.1 se presentan las gráficas elaboradas, según el tratamiento de las bases de datos efectuadas y mencionadas en la metodología para el periodo de tiempo estudiado.

4.2.1. Población en el régimen subsidiado

En las figuras 3 y 4, se puede apreciar el porcentaje de la población de cada departamento afiliada al régimen subsidiado en los años 2013 y 2017². Se destaca que cerca de la mitad de la población colombiana se encuentra afiliada al régimen subsidiado.

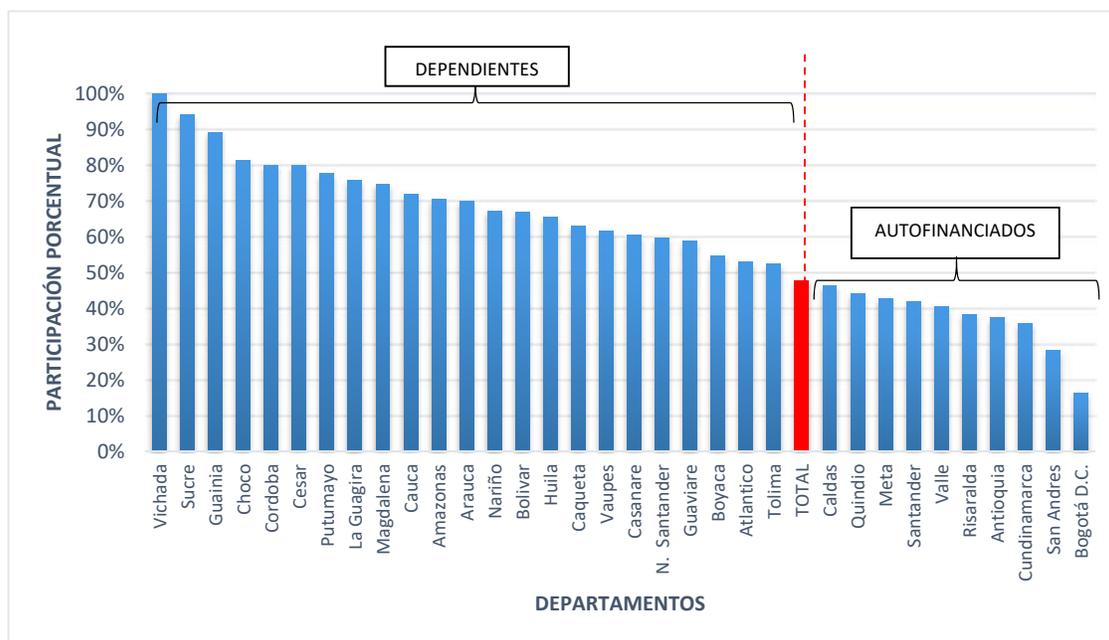


Figura 3 Porcentaje población régimen subsidiado 2013. Fuente: Elaboración propia.

² Se utilizó el total de afiliados por departamento para el periodo inicial 2013 y el periodo final 2017, usando como fuente la BDUa y se dividió por la población total según el DANE.

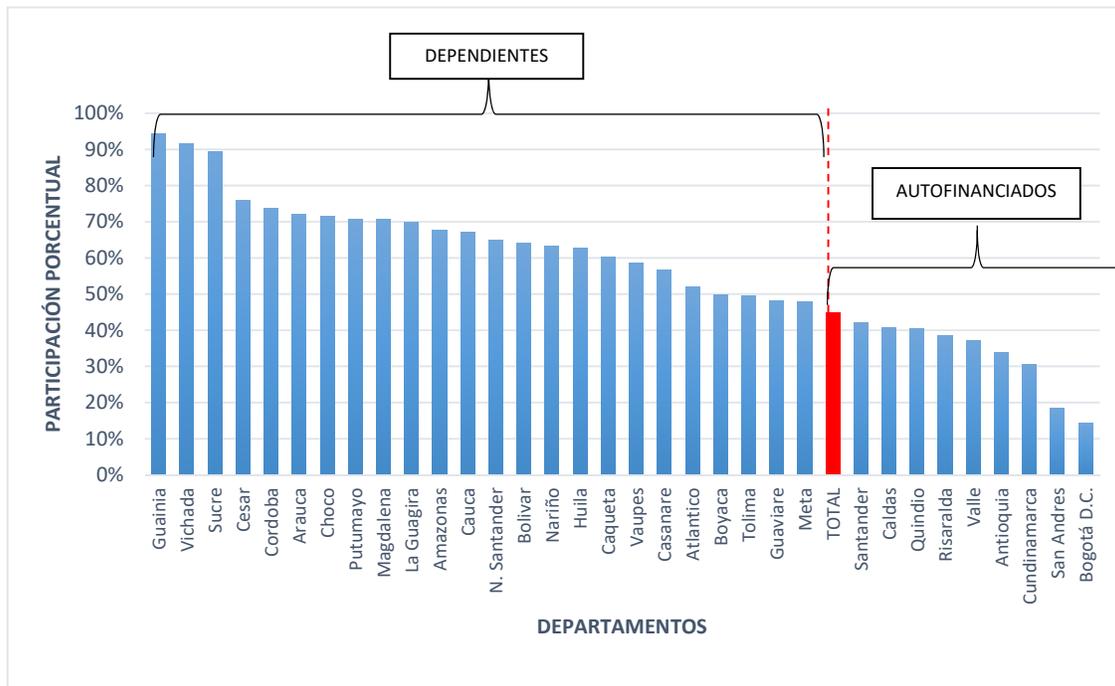


Figura 4 Porcentaje población régimen subsidiado 2017. Fuente: Elaboración propia.

Como criterio de análisis, se parte de clasificar como departamentos dependientes del régimen subsidiado a todos aquellos cuyo porcentaje de población en el mismo supera el nacional. Para el año 2013, la población en el departamento de Vichada fue 100% dependiente al régimen subsidiado seguida por sucre con un 93%, a su vez, como se aprecia en las gráficas 3 y 4 la participación porcentual fue disminuyendo hasta encontrar por último Bogotá con 16,31% sobre la población total.

Para el año 2017, el departamento de Guainía pasa a ser el de mayor dependencia con un 94% de la población, dejando al departamento de Vichada con 91% de población dependiente al régimen. Bogotá mantiene su posición luego de cinco años con 14.4% disminuyendo inclusive dos puntos porcentuales a comparación del 2013. A su vez, para el 2013 la participación porcentual de la población de Caldas, Quindío, Meta, Santander, Valle, Risaralda, Antioquia, Cundinamarca, San Andrés y Bogotá demarca a la salud como servicio autofinanciado en comparación del resto de los departamentos que dependen directamente del régimen subsidiado, no obstante para el año 2017, la salud es

autofinanciada en los mismos departamentos excepto en el departamento del Meta, dado que su población pasó a ser en mayor grado dependiente del régimen, mientras que Risaralda incrementó su autofinanciamiento en salud.

4.2.2. Distribución de ingresos del régimen subsidiado

A continuación, se presenta la distribución de ingresos para cada departamento a través de las siguientes fuentes: SGP, total de recursos por esfuerzo propio e ingresos provenientes del FOSYGA y el PGN.

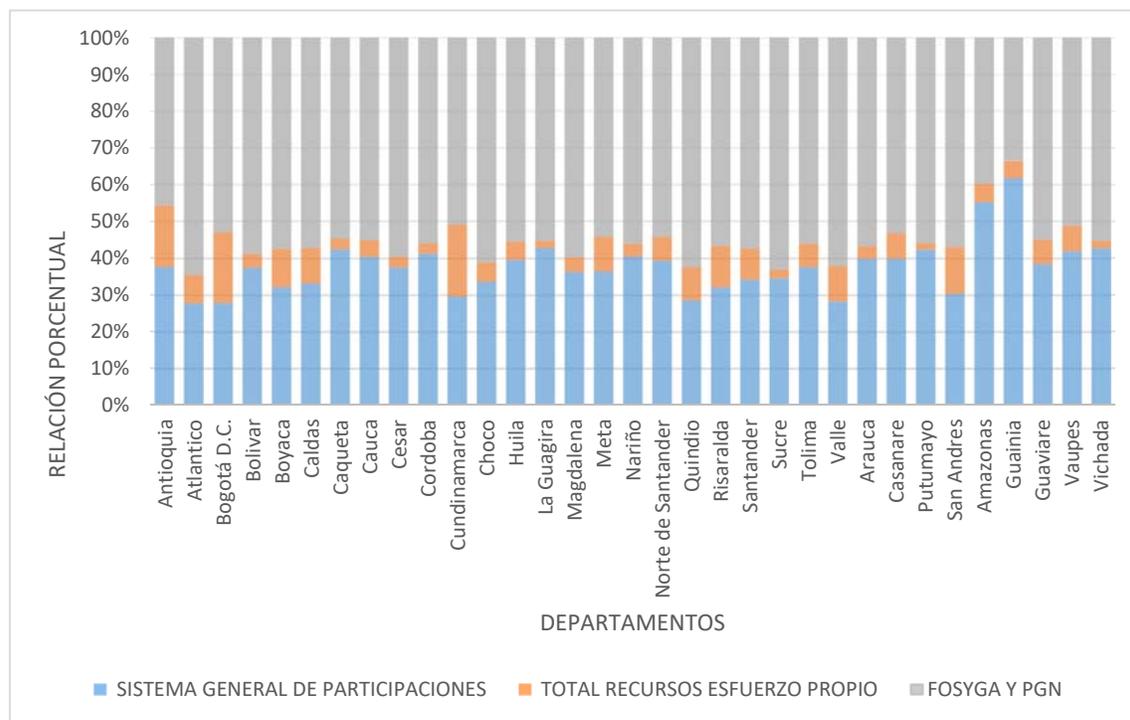


Figura 5 Distribución por fuente de ingreso régimen subsidiado 2013. Fuente: Elaboración propia

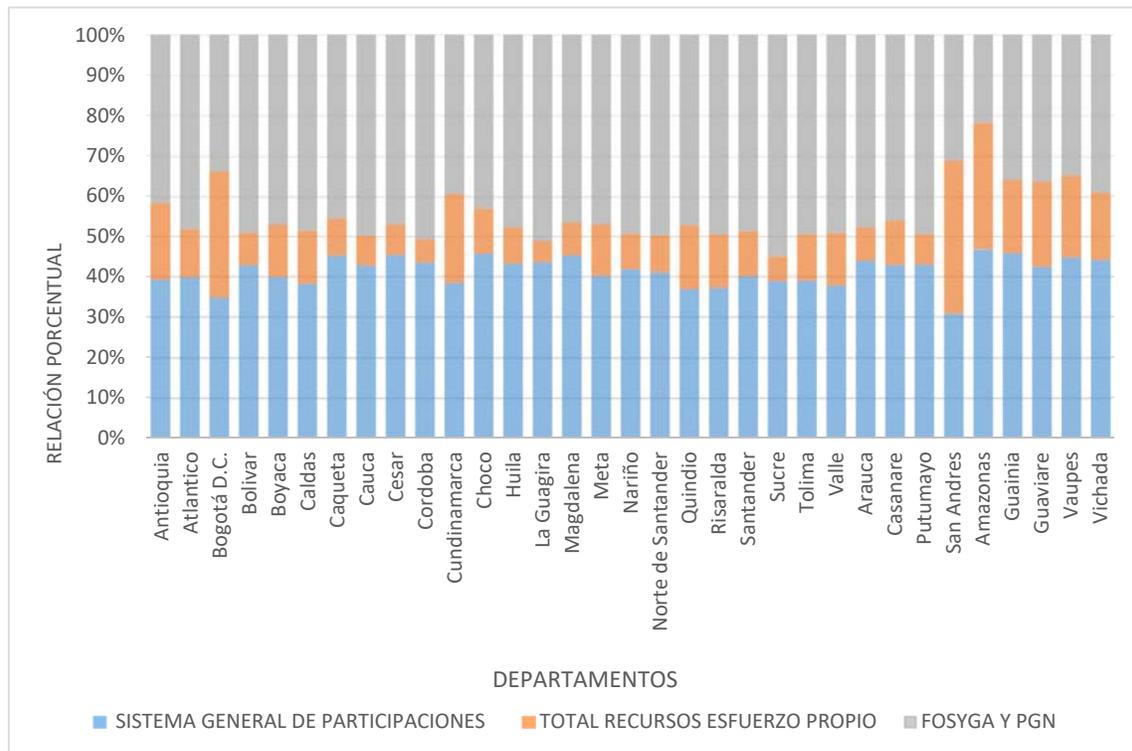


Figura 6 Distribución por fuente de ingreso régimen subsidiado 2017. Fuente: Elaboración propia.

Desde el año 2013 hasta el año 2017, el incremento del SGP benefició en gran medida a la mayoría de los departamentos, empero el departamento del Amazonas fue beneficiado principalmente mediante el recaudo de sus respectivos esfuerzos propios. Sin embargo, la principal fuente de ingresos para todos los departamentos en el 2013 fue mediante el FOSYGA y PGN, mientras que los recursos provenientes del SGP fueron en mayor proporción para los departamentos Amazonas y Guainía frente al resto de los departamentos. De otro lado, Cundinamarca en los cinco años de estudio, ha tenido mayor recaudación producto de su esfuerzo propio frente al resto de los departamentos y con la caída de los ingresos provenientes del FOSYGA junto con el PGN como fuente de financiación para los departamentos del año 2013 al 2017, los ingresos del SGP incrementaron sustancialmente pasando a ser la fuente de financiación líder para los departamentos en el 2017.

En la figura 7, se presentan las fuentes de ingreso en el régimen subsidiado a través del valor total, transformado a valores de 2017, de cada una de ellas en cada año.

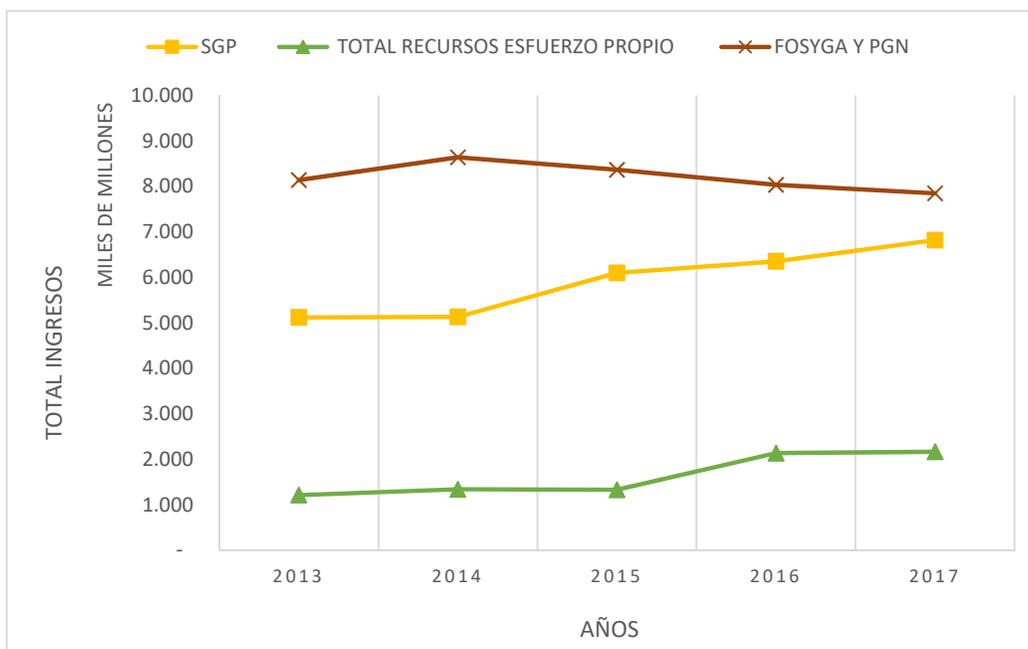


Figura 7 Fuentes de ingreso régimen subsidiado en Colombia. Fuente: Elaboración propia.

Las fuentes de ingreso determinan como principal fuente de los recursos destinados por el Estado al FOSYGA y el PGN, que a pesar de su tendencia decreciente desde 2015, mantiene un promedio de ingresos elevado. Sin embargo, en el régimen subsidiado los ingresos producto de SGP reflejan una tendencia creciente para cada departamento, por último, se observa que los recursos por esfuerzo propio han evolucionado sustancialmente teniendo su mayor auge en el 2016, contribuyendo positivamente a cada departamento para cubrir sus respectivos costos.

4.2.3. Costos del régimen subsidiado

Con el fin de obtener una comparación periódica de los costos totales en el régimen subsidiado, se utilizó el mismo tratamiento en la figura 7 por medio del IPC, como herramienta fundamental para la deflactación de la variable.

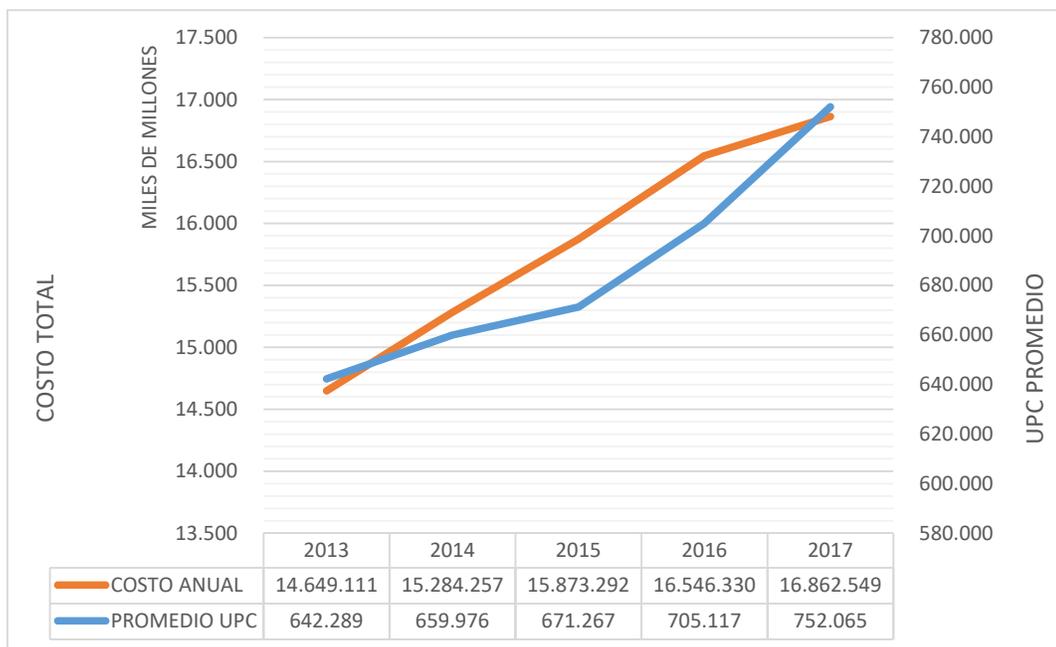


Figura 8 Costos totales régimen subsidiado. Fuente: Elaboración propia.

En la figura 8, se aprecia el comparativo correspondiente a los costos totales frente al costo promedio total por UPC anualmente, en donde se evidencia un crecimiento significativo en los últimos cinco años de todos los costos, por lo que a medida que ha incrementado el costo real promedio de la UPC de cada afiliado, el costo total por departamento a nivel nacional también lo ha hecho. En el caso de Bogotá y departamentos como San Andrés, Cundinamarca, Antioquia, Valle, Quindío, Guaviare, Choco, Cesar, Nariño y Boyacá, la población al régimen subsidiado haya disminuido.

Para el Estado el costo de tener a cada individuo bajo la afiliación subsidiada en el servicio de la salud continúa incrementando gradualmente en cada periodo de

estudio, indicando que el costo de atención per cápita en el régimen subsidiado aumenta progresivamente. Cada vez es más costoso cada usuario atendido en el régimen subsidiado en términos reales. En este sentido el valor depende a su vez de la zona residencial de los afiliados, ya que el valor de UPC será en mayor proporción dependiendo de la distancia que tenga cada municipio de las grandes ciudades junto con el número de afiliados bajo estas condiciones anualmente (Ministerio de Salud y de Protección social , 2016).

Según el Ministerio de salud y protección social (2016), para el año 2015 el número de personas afiliadas al sistema de salud se incrementó en 990.385 personas, representando de esta cifra el 48.1% para el régimen subsidiado, el incremento de costos a su vez ha venido siendo por el aumento en consultas de medicina general y medicina especializada, la cantidad de servicios de urgencias y hospitalizaciones, materiales quirúrgicos, medicamentos, vacunas y atenciones a mujeres durante y después del parto.

El ministerio calcula cada incremento del valor de la UPC a través de los reportes que son transferidos por las EPS, sobre el incremento de los costos de atención por afiliado, junto con el incremento de las nuevas tecnologías para la atención de la población y a su vez en el régimen subsidiado se generó la ampliación en la prueba piloto, la cual iguala el valor de la UPC del régimen subsidiado a la del régimen contributivo en las ciudades de Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla (Arias , 2016).

En las figuras 9 y 10 se analiza el comportamiento a través de las variables de costos para cada departamento resaltando, los departamentos atípicos para el año 2013 y 2017.

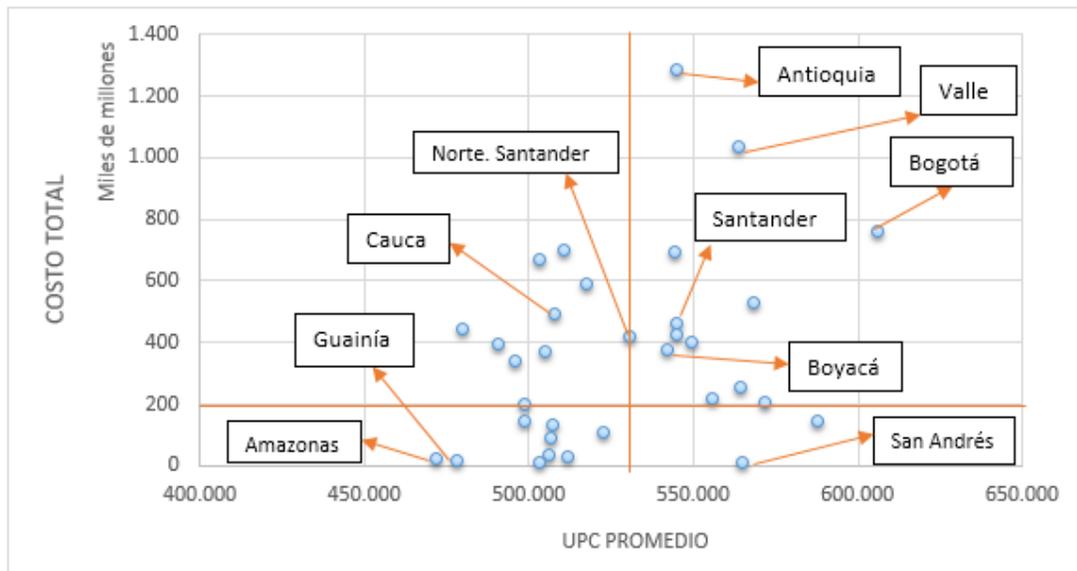


Figura 9 UPC vs Costo total 2013. Fuente: Elaboración propia.

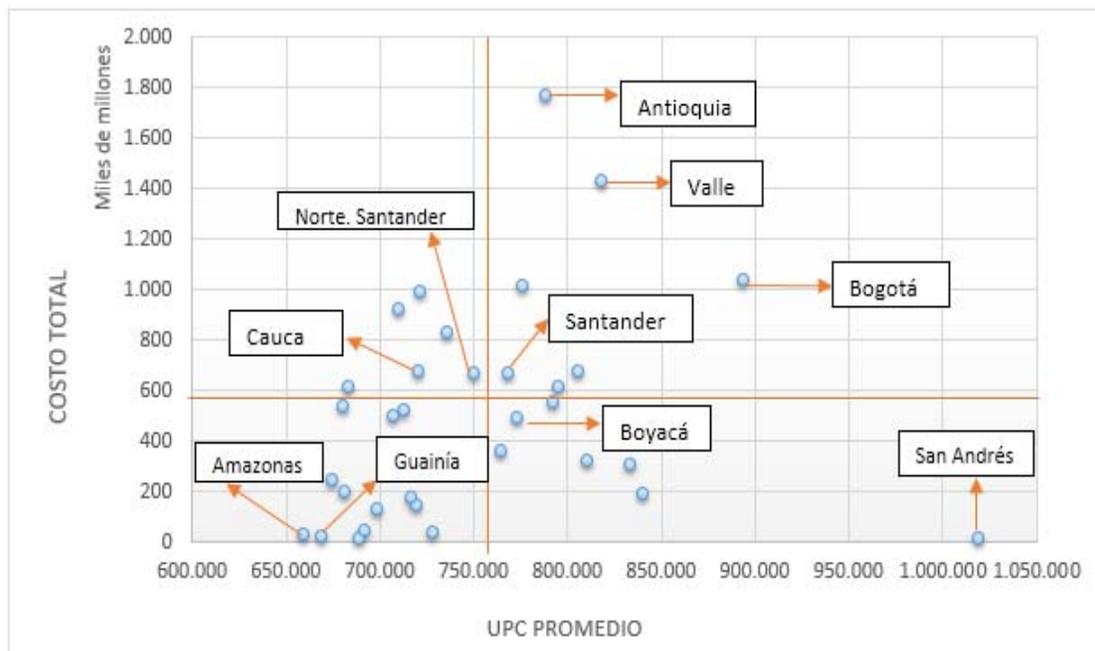


Figura 10 UPC vs Costo total 2017. Fuente: Elaboración propia.

En las dos figuras anteriores se utilizaron dos gráficos de dispersión para conocer el costo promedio de UPC frente al costo total por departamento según su promedio. Para el 2013 el costo promedio de UPC fue de \$ 527.246 y el costo total

promedio \$ 364.401.468.946, mientras que en el año 2017 el costo promedio por UPC fue \$ 752.065 y el costo total promedio \$ 510.986.338.296.

En este sentido el departamento de San Andrés es un departamento atípico, dado que pasó de estar cerca del promedio de UPC para el 2013 a ser el departamento más costoso en 2017. Esto a pesar de no tener un costo total elevado, comparado frente a los demás departamentos, pues el número de afiliados fue bajo en 2017 y su distancia geográfica es alta. A su vez los departamentos de Antioquia, Valle y Bogotá poseen el mayor costo promedio por UPC y costo total tanto para el 2013 como para el 2017.

Los departamentos que tienen un crecimiento de su costo promedio por UPC frente a su costo total para el año 2013 son Boyacá y Norte de Santander, sin embargo, Boyacá para el 2017 tiene un incremento mayor en su costo promedio por UPC frente a su costo total. En el mismo año los departamentos que presentan un promedio entre los dos costos son Santander, Norte de Santander y Cauca que para el año 2013 sus costos eran muy superiores al promedio de los demás departamentos, de igual forma los departamentos Amazonas y Guainía en los periodos estudiados, son los departamentos con menor costo promedio por UPC y costo total, debido a que la cantidad total de población para cada uno es de las más pequeñas frente a los demás departamentos.

4.3. Análisis estadístico sobre el financiamiento del Régimen Subsidiado

El ejercicio presentado en esta sección se basa en un análisis estadístico a través de regresiones en donde se observan patrones que relacionan la fuente de financiación con los costos.

Estadísticas de Regresión	
R-Cuadrado (Coeficiente de Determinación)	0,5388
R-Cuadrado Ajustado	0,5273
R-Múltiple (Coeficiente de Correlación Múltiple)	0,7340
Error Estándar Estimado (EEy*)	67405,6337
Observaciones n	165

	Intercepto	SGP+CCF	REP	FOSYGA Y PGN	AFILIADOS
Coefficientes	623026,7161	931,8507	874,0843	839,3040	-551,8071
Error Estándar	8532,5361	158,7730	155,1724	155,4071	52,9055
Estadístico t	73,0178	5,8691	5,6330	5,4007	-10,4301
P-Value	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
Inferior al 5%	606175,7976	618,2896	567,6340	532,3902	-656,2902
Superior al 95%	639877,6346	1245,4117	1180,5345	1146,2177	-447,3241

Figura 11 Resultados de la regresión 2013-2017. Fuente: Elaboración propia.

En la figura 11 se observa el reporte total en donde se utilizó la variable UPC frente a las variables SGP+CCF, REP, PGN y afiliados sin utilizar el costo total, ya que esta última variable está muy correlacionada con el tamaño del departamento, y por lo tanto, con el número de afiliados. Con base en el R-Cuadrado, se observa que cerca del 53,88% de la variación en la UPC se explica por las variaciones en las variables independientes. El p-valor menor a 0.05 asociado al estadístico t (significancia individual) indica que cada una de las variables independientes es significativa³.

En general tomando todo el país y todos los años, según el coeficiente para la variable afiliados de -551,8, al ser negativo significa que se reduce el valor de UPC por cada 1000 afiliados, por lo que para el sistema es bueno atender un grupo de población grande, es decir más eficiente el sistema. Este comportamiento puede explicarse por la existencia de rendimientos a escala, ya que cuantos más individuos se atiendan serán menos costoso por unidad. Esto es evidente, ya que en los pequeños departamentos hay centros médicos muy alejados de la población impidiendo la existencia de aglomeraciones, cuando se efectúa la atención de cada uno de ellos termina siendo más costoso incurriendo en mayor número de costos

³ Las variables utilizadas SGP+CCF son la sumatoria unificada anualmente del sistema general de participaciones con los montos de las cajas de compensación familiar, la variable REP es el total anual de los recursos de esfuerzo propio de todos los departamentos, el PGN es el presupuesto general de la nación para cada año y los afiliados son la cantidad de personas afiliadas al régimen subsidiado respecto a cada año.

adicionales; asimismo, por cada 1000 millones de pesos que entran por el FOSYGA el UPC aumenta en 839 pesos⁴.

Por esto, para los cinco años reportados generados en el estudio, los resultados presentan magnitudes similares, entonces por cada 1000 afiliados adicionales, el valor de la UPC parece ser menor en aproximadamente en 753 pesos (Ver anexos figuras 20-24). Ahora bien, para el año 2013, las variables son significativas, de igual forma que en el 2014 arrojando como resultado relaciones parecidas periodo a periodo, sin embargo, en el reporte del año 2014 las variables SGP y afiliados ya no son tan significativas al 0.5%, dado que la variable de Afiliados no es significativa al 0.1% y asimismo se ve relegada la pérdida de significancia de la variable del SGP de este año hasta el último año de estudio (2017).

Ante la posibilidad de que los anteriores resultados no sean concluyentes, se realizó una transformación mediante logaritmos en cada variable, pues el supuesto de linealidad en la relación puede ser cuestionable. Por lo tanto, a continuación, se presentan los resultados de la regresión total en logaritmos (modelo log-log).

Estadísticas de Regresión					
R-Cuadrado (Coeficiente de Determinación)	0,9440				
R-Cuadrado Ajustado	0,9426				
R-Múltiple (Coeficiente de Correlación Múltiple)	0,9716				
Error Estándar Estimado (EEy*)	0,0362				
Observaciones n	165				

Resultados de la Regresión					
	Intercepto	SGP+CCF	REP	FOSYGA Y PGN	AFLIADOS
Coefficientes	14,6862	0,3219	0,1030	0,4558	-0,8892
Error Estándar	0,0359	0,0144	0,0044	0,0180	0,0248
Estadístico t	409,2993	22,2945	23,4869	25,3863	-35,8832
P-Value	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
Inferior al 5%	14,6154	0,2934	0,0944	0,4203	-0,9381
Superior al 95%	14,7571	0,3504	0,1117	0,4912	-0,8403

Figura 12 Resultados de la regresión log-log, 2013-2017. Fuente: Elaboración propia.

⁴ En virtud de ello a mayor número de afiliados reducen los costos por unidad, pero cuando aumenta la financiación por SGP la UPC aumenta su valor, el mismo efecto pasa con recursos de esfuerzo propio y con el PGN, estas tres fuentes de financiación están relacionadas directamente con el valor de la UPC, ya que se está dando más recursos.

Como análisis fundamental, el modelo refleja un R cuadrado tal que sugiere que un 94,4 % de la variación en la variable dependiente es explicada por la variación en las variables independientes. Los resultados aquí son muy parecidos al reporte total en la figura 12, ya que todas las variables son significativas. En particular, por un 1% que aumente la fuente de ingreso por SGP, el UPC aumenta en 0.3219 %.

Resultados de la Regresión					
	Intercepto	ln(SGP)	ln(REP)	ln(FOSYGA)	ln(AFILIADOS)
Coefficientes	14,5021	0,3425	0,0709	0,4274	-0,8397
Error Estándar	0,1678	0,0621	0,0056	0,0511	0,1115
Estadístico t	86,4458	5,5175	12,7155	8,3716	-7,5324
P-Value	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
Inferior al 5%	14,1584	0,2154	0,0595	0,3229	-1,0681
Superior al 95%	14,8457	0,4697	0,0823	0,5320	-0,6114

Figura 13 Resultados de la regresión log-log 2013. Fuente: Elaboración propia.

Como se observa en el anexo (Figuras 25-28), en los reportes Log-log individuales los resultados en cada año son similares apreciando un incremento en el nivel de significancia, corrigiendo directamente el problema de no significancia para la variable de afiliados, a su vez para la variable SGP se corrigió su nivel de significancia excepto para año 2016 en el cual su nivel de no significancia no es tan relevante, aumentando sus respectivos grados de significancia para el año 2017. Tanto las variables SGP, recursos de esfuerzo propio y FOSYGA arrojan la misma información porque están relacionadas entre sí al ser las fuentes de financiación.

A través de la matriz de correlaciones como se aprecia en el anexo (Figura 29), se determina que las variables SGP y FOSYGA arrojan la misma información y principalmente tienen una muy alta correlación entre sí por lo que se eliminan y se realiza un nuevo modelo utilizando las variables de recursos por esfuerzo propio y afiliados frente a la UPC, la variable de recursos de esfuerzo propio es independiente pero aun así tiene correlación con las otras variables en menor medida. Como resultado las dos variables si explican a la UPC mediante sus relaciones significativas, efectivamente hay una relación muy estrecha entre el

tamaño que son los afiliados y entre las fuentes de ingreso, la variable dependiente que es el costo por unidad UPC si depende de las otras porque se calcula a partir de ellas y las variables independientes son las fuentes de financiación y el tamaño del departamento.

<i>Estadísticas de la regresión</i>					
Coefficiente de correlación múltiple		0,784872629			
Coefficiente de determinación R ²		0,616025045			
R ² ajustado		0,611284613			
Error típico		0,094072686			
Observaciones		165			

ANÁLISIS DE VARIANZA					
	<i>Grados de libertad</i>	<i>Suma de cuadrados</i>	<i>Promedio de los cuadrados</i>	<i>F</i>	<i>Valor crítico de F</i>
Regresión	2	2,300051556	1,150025778	129,9512583	2,13076E-34
Residuos	162	1,433646573	0,00884967		
Total	164	3,733698129			

	<i>Coefficientes</i>	<i>Error típico</i>	<i>Estadístico t</i>	<i>Probabilidad</i>	<i>Inferior 95%</i>
Intercepción	13,72479703	0,044588181	307,8124436	4,0285E-226	13,63674805
REP LN	0,15642627	0,009730115	16,07650729	2,23896E-35	0,137212058
Afiliados LN	-0,143884928	0,011027813	-13,0474577	4,70699E-27	-0,165661725

Figura 14 Resultados de la regresión log-log ajustada, 2013-2017. Fuente: Elaboración propia.

Con la nueva regresión en cada uno de los años se efectuó el ejercicio identificando que cuantos más afiliados estén en el régimen, el UPC tiende a ser menor en esos departamentos, mientras que con más recursos propios el UPC tiende a aumentar siendo una relación positiva, lo ideal sería que si el departamento se esfuerza más por financiar su sistema tiene un mayor dominio sobre estos recursos e incurre en menos costos de transacción por lo tanto el UPC caería. Adicionalmente el R-Cuadrado disminuyó al estar la regresión con menos variables, sin embargo, se elimina el problema de multicolinealidad y resume las relaciones que se han venido identificando.

5. CONCLUSIONES

La evaluación del financiamiento del régimen subsidiado debe partir, como se ha intentado en esta investigación, de una serie de referentes teóricos que den luces sobre la importancia del sistema sobre el desarrollo económico y la sociedad de general. Es así como se ha logrado identificar varios elementos vinculados con la discusión teórica inicial:

- La institucionalidad de un Estado es determinante en el desarrollo económico, político y social (North, 1990, 1993), donde el sistema de la salud constituye un mecanismo clave para propiciar bienestar social. Es así como las organizaciones encargadas de la administración de los recursos, en este caso el FOSYGA (actual ADRES), la Superintendencia de Salud y, el Ministerio de Salud y Protección Social, son responsables directos de la forma como se logra dicha institucionalidad.
- En cuanto a la hacienda pública, Musgrave (1992) planteó que efectivamente dos de las funciones centrales de esta es la distribución y la asignación de los recursos. En efecto, el sistema de salud colombiano evidencia la importancia de los tributos y su priorización para efectos de financiar el sistema. El régimen subsidiado, en particular, depende en alto grado de la tributación y marginalmente del régimen contributivo.
- Los costos de transacción, concepto desarrollado en su momento por Coase (1960) y Williamson (1989), entre otros, es un fenómeno inherente a la multiplicidad de actores que intervienen en el flujo de recursos del sistema. En el caso de la salud, actores como las EPS y las IPS han sido constantemente cuestionadas por el papel que ejercen, sin embargo, otros factores como la distancia geográfica y la intervención de diferentes instancias gubernamentales, también parecen haber elevado los costos del sistema.

En cuanto a la estructura del sistema de salud, en particular el régimen subsidiado en Colombia es posible destacar los siguientes hallazgos:

- Con la implementación del giro directo, se eliminan los costos de transacción incurridos directamente por los contratos con las entidades territoriales, generando un flujo de recursos directo del Estado hacia las EPS e IPS encargadas en cada departamento, verificando el reconocimiento de la UPC por afiliado a través de la BDUA y gestionando el oportuno pago a las diferentes entidades promotoras y prestadoras del servicio.
- Las rentas territoriales contribuyen en gran medida en el financiamiento del régimen subsidiado a través del recaudo de los impuestos en los municipios de cada departamento provenientes de licores, vinos y aperitivos, cervezas, juegos de apuestas, cigarrillos y los premios no cobrados.

De otro lado, la evaluación del financiamiento del régimen subsidiado durante el periodo 2013-2017, arrojó como principales resultados los siguientes:

- Las fuentes de financiación señalan que el FOSYGA, actual ADRES, administra la mayor fuente de ingresos, seguido por los aportes del presupuesto general de la nación, el sistema general de participaciones y por último los recaudos provenientes por esfuerzo propio de cada departamento.
- En el sistema de seguridad social en salud la población afiliada por departamento ha incrementado su dependencia al régimen subsidiado en los últimos cinco años, sin embargo, en los departamentos de Caldas, Quindío, Meta, Santander, Valle, Risaralda, Antioquia, Cundinamarca, San Andrés y Bogotá, el servicio de la salud es principalmente autofinanciado por la población.
- Los departamentos de Antioquia, Valle y Bogotá han mantenido el mayor costo promedio por atención en el régimen subsidiado, a diferencia de los

departamentos Amazonas y Guainía, lo cuales presentan el menor costo promedio de atención por afiliado.

- El estudio de las variables permitió comprobar que el crecimiento del valor del costo promedio UPC presenta una relación directa con el valor financiado por las diferentes fuentes, pero inversa, frente al número de afiliados por departamento. Asimismo, la UPC ha presentado un incremento durante el periodo de estudio.

Finalmente, el estudio realizado ha permitido identificar generalidades respecto a los departamentos de Colombia, donde los costos de atención en el Régimen Subsidiado, además de la estructura propia del sistema, pueden estar asociados a características específicas de la población atendida. Si bien el ejercicio ha identificado relaciones significativas entre la UPC y otras variables, se hace necesario profundizar el estudio de la población y otros factores institucionales, lo cual se deja para una agenda futura de investigación.

REFERENCIAS

- ADRES. (2017). *Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Obtenido de ¿Qué es la ADRES?: <https://www.adres.gov.co/Inicio/Acerca-de-la-entidad/-Qu%C3%A9-es-la-ADRES>
- ADRES. (2017). *Base de Datos Única de Afiliados*. Obtenido de <https://www.adres.gov.co/Inicio/-Que-Hacemos/-Sobre-La-BDUA>
- ADRES. (2017). *Presupuesto de ingresos y gastos del fondo de solidaridad y garantía - FOSYGA*. Obtenido de <https://www.adres.gov.co/Inicio/-Que-Hacemos/Financiero/Presupuesto>
- Arias, A. M. (15 de Noviembre de 2016). *Alcaldía de Valle del Guamuez - Putumayo*. Obtenido de Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS): <http://www.valledelguamuez-putumayo.gov.co/Lists/Glosario/DispForm.aspx?ID=8&ContentTypeld=0x0100A9347FAAB2F63547AB4206367D433516>
- Arias, F. (29 de Diciembre de 2016). *El Colombiano*. Obtenido de Ministerio de Salud incrementó en 8,20 % el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para 2017.: <http://www.elcolombiano.com/negocios/economia/gobierno-definio-upc-para-2017-BE5677892>
- Bagi, S. (Agosto de 2016). *All about vision*. Recuperado el Abril de 2017, de <http://www.allaboutvision.com/resources/anatomy.htm>
- Bolívar, M., Arcila, A., Hurtado, G., Castrillón, J., Córdoba, G., & Torres, G. (Diciembre de 2010). *Ministerio de Salud y Proteccion Social*. Obtenido de Estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo de la unidad de pago por capitación para garantizar el plan obligatorio de salud en el año 2011: https://minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Acuerdo%20019%20de%202010%20-%20%20Anexo%201%20-%20Estudio%20suficiencia%20POS%20-%20UPC.pdf
- Borganeff, Y., Torres, S., & Contreras, N. (2008). *Pontificia Universidad Javeriana*. Obtenido de Fuentes de poder de las aseguradoras frente a las prestadoras hospitalarias en el sistema de salud colombiano. El caso de la concentración industrial: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2686/1945>
- Cabrillo, F. (15 de Julio de 2015). *Think Tank Civismo*. Obtenido de La hacienda pública de Richard Musgrave: <https://www.civismo.org/es/articulos-de-opinion/la-hacienda-publica-de-richard-musgrave>
- Camelo, M. S. (Mayo de 2010). *Universidad Nacional de Colombia*. Obtenido de La teoría de los bienes públicos locales: Estado actual y reconsideraciones: http://www.bdigital.unal.edu.co/3269/1/TESIS_MAESTR%C3%8DA_MILTON_CAMELO.pdf

- Chicaiza, L. (2002). *Universidad Nacional Autonoma de México*. Obtenido de El Mercado de la Salud en Colombia y la Problemática del Alto Costo: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/pde/article/view/7455>
- Coase, R. (1960). *Centro de Estudios Públicos*. Obtenido de El problema del costo social: https://www.cepchile.cl/cep/site/artic/20160303/asocfile/20160303184107/rev45_coase.pdf
- Congreso de la República. (23 de Diciembre de 1993). *Nuestra Salud Publica*. Obtenido de Consejo Nacional De Seguridad Social En Salud – CNSSS: <https://nuestrasaludpublica.wikispaces.com/CONSEJO+NACIONAL+DE+SEGURIDAD+SOCIAL+EN+SALUD+%E2%80%93+CNSSS>
- Congreso de la República. (27 de Diciembre de 1996). Ley 344. *Diario Oficial No. 42.951*. Santa Fe de Bogotá. Obtenido de LEY 344 DE 1996: https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/L0344_96.pdf
- Congreso de la República. (16 de Enero de 2001). Ley 643. Bogotá D.C.
- Congreso de la República. (21 de Diciembre de 2001). Ley 715. Bogotá D.C.
- Congreso de la República. (12 de Julio de 2010). *Alcaldía Mayor de Bogotá*. Obtenido de Ley 1393 de 2010: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=39995>
- Congreso de la República. (12 de Julio de 2010). Ley 1393. Bogotá D.C.
- Congreso de la República. (19 de Enero de 2011). Ley 1438. Bogotá D.C.
- Datos Abiertos Gobierno Digital Colombia . (2017). *Datos Abiertos Gobierno Digital Colombia* . Obtenido de Número de afiliados por departamento, régimen y administradora para el año 2017: <https://www.datos.gov.co/Salud-y-Proteccion-Social/N-mero-de-afiliados-por-departamento-r-gimen-y-adm/7sbd-mgjf/data>
- DNP. (26 de Diciembre de 2016). *Departamento Nacional De Planeacion*. Obtenido de El Consejo Nacional de Política Económica y Social, CONPES.: <https://www.dnp.gov.co/CONPES/Paginas/conpes.aspx>
- Donna, S. (21 de Octubre de 2016). *Centro Iberoamericano de estudios juridicos y económicos*. Obtenido de Pigou y la solución a la contaminación como externalidad negativa: <http://cieje.com/articulos/pigou-la-solucion-la-contaminacion-externalidad-negativa/>
- Fedesarrollo. (2012). *ADIDA*. Obtenido de La Sostenibilidad Financiera del Sistema de Salud Colombiano Dinámica del gasto y principales retos de cara al futuro: http://adida.org.co/pdf/salud_2012/la_sostenibilidad.pdf
- Gallardo Mclean, S., & Marroquin Castilla, O. E. (18 de Enero de 2017). *Repositorio Institucional Universidad de Cartagena*. Obtenido de Evaluación de los procesos de auditoria de cuentas médicas y facturación de la unidad de cuidados intensivos neonatalintensivas maternidad Rafael Calvo y su influencia en la situacion financiera de la empresa: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/51113/1/TRABAJO%2520DE%2520GRADO.pdf>

- Hernández Sampieri , R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2010). *Escuela Superior de Guerra Naval*. Obtenido de Metodología de la investigación: https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%20ta%20Edici%C3%B3n.pdf
- Lozano, J. B. (24 de Agosto de 2012). *Salud Ocupacional* . Obtenido de Salud Ocupacional IPS: <http://josebritolozano.blogspot.com.co/2012/08/eps-arp-ips-afp.html>
- Mendezcarlo, V., Medina, A., & Becerra, G. (2010). *Eumed*. Obtenido de Las teorías de Pigou y Coase, base para la propuesta de gestión e innovación de un impuesto ambiental en México.: <http://www.eumed.net/rev/tlatemoani/02/sjq.htm>
- Ministerio de Salud. (1993). *Salud Colombia*. Obtenido de Acuerdo número 164: <http://www.saludcolombia.com/actual/htmlnormas/Acuer164.htm>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2004). *Ministerio de Salud y Protección Social*. Obtenido de Sistema de Seguridad Social en Salud Regimen contributivo: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIA%20INFORMATIVA%20DEL%20REGIMEN%20CONTRIBUTIVO.pdf>
- Ministerio de Hacienda y Crédito Público. (2011). *Ministerio de Hacienda y Crédito Público*. Obtenido de Aspectos Generales del Proceso Presupuestal Colombiano: http://www.minhacienda.gov.co/HomeMinhacienda/ShowProperty?nodeId=%2FOCS%2FMIG_5822818.PDF%2F%2FidcPrimaryFile&revision=latestreleased
- Ministerio De Salud y Protección Social. (2012). *Ministerio De Salud Y Protección Social*. Obtenido de Ministerio De Salud Y Protección Social: <https://www.minsalud.gov.co/Documents/infografia/FOSYGA.html>
- Ministerio De Salud y Protección Social . (Diciembre de 2013). *Ministerio De Salud y Protección Social* . Obtenido de Cifras Financieras Del Sector Salud Fuentes y Usos De Los Recursos Del Sistema General De Seguridad Social En Salud (SGSSS): <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/FS/Boletin%20Cifras%20financieras%20del%20Sector.pdf>
- Ministerio De Salud y Protección Social . (Febrero de 2014). *Ministerio De Salud y Protección Social* . Obtenido de Cifras Financieras Del Sector Salud-Gasto De Salud En Colombia:2004-2011: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/FS/Cifras%20financieras%20del%20Sector%20Salud%20-%20Bolet%C3%ADn%20No%202.pdf>
- Ministerio De Salud y Protección Social. (Abril de 2014). *Ministerio De Salud y Protección Social*. Obtenido de Cifras Financieras Del Sector Salud-Comportamientos variables del proceso de compensación:2002-2003 : <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/FS/Cifras%20financieras%20del%20Sector%20Salud%20-%20Bolet%C3%ADn%20No%203.pdf>
- Ministerio De Salud y Protección Social. (Octubre de 2014). *Ministerio De Salud y Protección Social*. Obtenido de Cifras Financieras Del Sector Salud-Consultas Del Sistema General De Seguridad Social en Salud-Regimén Contributivo 2012-2013: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/FS/Cifras-financieras-del-sector-salud-Boletin-No-6.pdf>

- Ministerio De Salud y Protección Social . (Junio de 2015). *Ministerio De Salud y Protección Social* . Obtenido de Fuentes y usos de los recursos del Sistema General De Seguridad Social en Salud (SGSSS): <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/FS/cifras-financieras-del-sector-salud%20-boletin-numero-10.pdf>
- Ministerio de Salud y de Protección social . (2016). *Ministerio de Salud y de Protección social* . Obtenido de Eestudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo para el calculo de la unidad de pago por capitación para garantizar el plan de beneficios en salud para el año 2016 : <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/RBC/estudio-suficiencia-upc-2016.pdf>
- Ministerio de salud y protección social. (14 de Abril de 2016). *Ministerio de salud y protección social*. Obtenido de En 2015 aumentó en 990.385 personas el número de afiliados al sistema de salud: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/En-2015-aumento-en-990.385-personas-el-numero-de-afiliados-al-sistema-de-salud.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (Junio de 2016). *Ministerio de Salud y Protección Social*. Obtenido de Fuentes de financiaón y uso de los recursos del sistema general de seguridad social en salud–SGSSS: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/FS/fuentes-y-usos-de-recursos-del-sgsss.pdf>
- Ministerio De Salud y Protección Social. (2016). *Ministerio De Salud y Protección Social*. Obtenido de Cifras Financieras Del Sector Salud-Fuentes y usos de los recursos del sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) : <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/FS/boletin-flujo-de-recursos-2012-2016-no-13.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). *Ministerio de Salud y Protección Social*. Obtenido de Plan Obligatorio de Salud -POS: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/pos.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). *Ministerio de Salud y Protección Social*. Obtenido de Unidad de pago por capitación del régimen subsidiado: https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/UPC_S.aspx
- Ministerio De Salud y Protección Social. (2017). *Ministerio De Salud y Protección Social*. Obtenido de Salud pública: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/salud-publica.aspx>
- Ministerio De Saud y Protección Social. (2017). *Ministerio De Saud y Protección Social*. Obtenido de Normativa: leyes: https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Norm_Leyes.aspx
- Monnet, J. (04 de Septiembre de 2011). *Economía de la competencia II*. Obtenido de Monopolio natural y teoría de la regulación: http://www.gcd.udc.es/subido/catedra/presentaciones/economia_competencia_ii/monopolio_natural_y_teoría_de_la_regulación.pdf

- Musgrave, R. (1992). *Scrid*. Obtenido de Hacienda pública teórica y aplicada: <https://es.scribd.com/doc/113030555/40385052-Hacienda-Publica-Teorica-y-Aplicada-Musgrave-Richard>
- North, D. (1990). *CEPAL*. Obtenido de Institutions, Institutional Change and Economic Performance: <http://www.cepal.org/ilpes/noticias/paginas/4/15434/north90.doc>
- North, D. (09 de Diciembre de 1993). *Enciclopedia y Biblioteca Virtual de las Ciencias Sociales, Económicas y Jurídicas*. Obtenido de Desempeño económico en el transcurso de los años: <http://www.eumed.net/cursecon/textos/north-nobel.htm>
- Nupia, O. (2013). *Universidad de los Andes*. Obtenido de Bienes Públicos: https://economia.uniandes.edu.co/files/profesores/oskar_nupia/docs/Micro%203/Apuntes/08_Bienes_publicos.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (Septiembre de 2009). *Organización Panamericana de la Salud*. Obtenido de Perfil de los sistemas de salud Colombia: http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil_Sistema_Salud-Colombia_2009.pdf?ua=1
- Pereira, M. I. (26 de Noviembre de 2007). *Instituto de investigación y debate sobre la gobernanza*. Obtenido de La prestación del servicio de salud en Colombia y sus implicaciones para la gobernanza: <http://www.institut-gouvernance.org/es/analyse/fiche-analyse-276.html>
- Pino, B. (02 de Agosto de 2004). *Sistema de Información Científica Redalyc Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*. Obtenido de Estudios de Economía Aplicada: <http://www.redalyc.org/pdf/301/30122202.pdf>
- Procuraduría General de la Nación. (7 de Noviembre de 2014). *Procuraduría General de la Nación*. Obtenido de Financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud Seguimiento y control preventivo a las políticas públicas: <https://www.procuraduria.gov.co/portal/media/file/Publicaci%C3%B3n%20-%20Finanzas%20en%20Salud.pdf>
- Raigosa, M., & Molina, G. (07 de Marzo de 2014). *SCIELO Colombia*. Obtenido de Dimensión política de las decisiones en salud pública, Bogotá D.C., 2012-2013: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v13n26/v13n26a07.pdf>
- Ramírez, M. A. (Diciembre de 2008). *Revista forum doctoral No. 1*. Obtenido de Costo de transacción y estrategia corporativa: <http://publicaciones.eafit.edu.co/index.php/forum-doctoral/article/download/2754/2566/>
- Rendondo Gómez, H., & Guzmán Mora, F. (2000). *La reforma de la salud y la seguridad social en Colombia*. Bogotá: Dike.
- República de Colombia. (23 de Mayo de 2016). Estudios del sector Salud, Prestación de Servicios (Complementaria Red Privada). Colombia.
- Restrepo, J. H. (2007). ¿Qué cambió en la seguridad social con la Ley 1122? *Facultad Nacional de Salud Pública*, 82-89.

- Reyes, O. (26 de Abril de 2014). Obtenido de Teoría del bienestar y el óptimo de Pareto como problemas microeconómicos: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5109420.pdf>
- Rojas, K., & Restrepo, J. (Junio de 2016). *Lecturas de Economía No. 84*. Obtenido de La génesis de la Economía de la Salud en Kenneth Arrow (1963): <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5329334.pdf>
- Ruiz Rivas, R., & Talavera, J. O. (2002). *Metodología Pico*.
- Salud Colombia. (2018). *Revista Salud Colombia*. Obtenido de I.P.S. Tercer nivel generales: <http://www.saludcolombia.com/actual/index.htm>
- Santa María , M., García, F., Uribe, M. J., & Rozo, S. (01 de Septiembre de 2012). *Sistema de Informaciones del Sector Salud* . Obtenido de Un Diagnostico General Del Sector Salud en Colombia Principales Retos De Un Sistema en Transformacion: http://www.med-informatica.net/FMC_CMCB/VeeduriaCiudadana/CIDMEDvcacelapss/SaludRetosRegulacion_MauricioSantamaria_cap1_final.pdf
- Secretaria de Salud. (2017). *Regimen Subsidiado*. Obtenido de Secretaria De Salud: <http://www.saludcapital.gov.co/DASEG/Paginas/RegimenSubsidiado.aspx>
- Secretaría Distrital de Hacienda. (2017). *Secretaría Distrital de Hacienda*. Obtenido de Sistema General de Participaciones: <http://www.shd.gov.co/shd/sistema-general-de-participaciones>
- Silva, J. P. (2012). *Universidad Nacional de Colombia*. Obtenido de Bienes públicos e interés colectivo: la prestación del servicio público domiciliario de agua potable en Bogotá.: http://fce.unal.edu.co/media/files/documentos/Doctorado/Tesis/Tesis_Jos_Silva.pdf
- Universidad Nacional de Colombia. (2017). *Instituto De Estudios Urbanos*. Obtenido de ¿Qué es el SISBEN y cual es su principal objetivo?: <http://www.institutodeestudiosurbanos.info/endatos/0100/0160/docs/SISBEN.pdf>
- Viceministro De Protección Social. (2012). *Ministro De Salud Y Proteccion Social*. Obtenido de Ministro De Salud Y Proteccion Social: <https://www.minsalud.gov.co/Documents/infografia/FOSYGA.html>
- Williamson , O. (1989). *Periferia Activa*. Obtenido de Las Instituciones Económicas del Capitalismo: https://periferiaactiva.files.wordpress.com/2016/04/williamson-inst_ec_del_kismo_c1.pdf

ANEXOS

COSTOS 2013						
UPC PROMEDIO VS COSTO TOTAL			POBLACIÓN TOTAL VS AFILIADOS			
NOMBRE DEL DEPARTAMENTO	UPC PROMEDIO PONDERADO	COSTO TOTAL	NOMBRE DEL DEPARTAMENTO	AFILIADOS BDU A	POBLACIÓN TOTAL	%
Antioquia	544.791	1.283.353.138.773	Vichada	69.846	69.846	100%
Atlantico	544.540	692.347.839.375	Sucre	784.375	834.937	94%
Bogotá D.C.	606.094	758.802.041.482	Guainia	35.860	40.203	89%
Bolivar	510.861	698.638.174.060	Choco	398.341	490.317	81%
Boyaca	542.133	376.638.925.237	Cordoba	1.325.622	1.658.067	80%
Caldas	564.439	257.883.818.507	Cesar	802.581	1.004.058	80%
Caqueta	498.715	145.836.293.059	Putumayo	261.499	337.054	78%
Cauca	507.620	493.352.318.887	La Guagira	683.883	902.367	76%
Cesar	490.635	393.774.709.890	Magdalena	921.524	1.235.532	75%
Cordoba	503.111	666.935.085.597	Cauca	971.893	1.354.733	72%
Cundinamarca	568.426	528.299.637.774	Amazonas	52.425	74.541	70%
Choco	498.728	198.663.902.962	Arauca	179.259	256.527	70%
Huila	504.601	371.464.545.602	Nariño	1.141.921	1.701.782	67%
La Guagira	496.019	339.219.203.102	Bolivar	1.367.571	2.049.109	67%
Magdalena	479.516	441.885.321.907	Huila	736.155	1.126.316	65%
Meta	555.773	219.195.860.725	Caqueta	292.424	465.487	63%
Nariño	517.546	590.996.682.821	Vaupes	26.303	42.817	61%
Norte de Santander	530.622	421.653.879.242	Casanare	207.611	344.040	60%
Quindio	587.908	145.324.509.198	Norte de Santander	794.641	1.332.378	60%
Risaralda	571.756	205.834.625.340	Guaviare	63.547	107.934	59%
Santander	545.012	464.639.505.002	Boyaca	694.735	1.272.855	55%
Sucre	544.898	427.404.394.883	Atlantico	1.271.435	2.402.910	53%
Tolima	549.481	402.953.445.365	Tolima	733.335	1.400.140	52%
Valle	563.870	1.033.177.386.358	TOTAL	22.518.410	47.122.360	48%
Arauca	506.872	90.861.286.287	Caldas	456.885	984.115	46%
Casanare	522.522	108.481.325.765	Quindio	247.189	558.969	44%
Putumayo	507.301	132.658.788.305	Meta	394.398	924.871	43%
San Andres	564.954	12.021.646.195	Santander	852.531	2.040.932	42%
Amazonas	471.790	24.733.573.953	Valle	1.832.296	4.520.480	41%
Guainia	477.949	17.139.255.767	Risaralda	360.004	941.275	38%
Guaviare	511.591	32.510.102.638	Antioquia	2.355.679	6.299.990	37%
Vaupes	503.170	13.234.871.671	Cundinamarca	929.408	2.598.245	36%
Vichada	505.861	35.332.379.493	San Andres	21.279	75.167	28%
PROMEDIO	527.246	364.401.468.946	Bogotá D.C.	1.251.955	7.674.366	16%

Figura 15. Costos régimen subsidiado 2013. Fuente: Elaboración propia.

COSTOS 2017						
UPC PROMEDIO VS COSTO TOTAL			POBLACIÓN TOTAL VS AFILIADOS			
NOMBRE DEL DEPARTAMENTO	UPC PROMEDIO PONDERADO	COSTO TOTAL	NOMBRE DEL DEPARTAMENTO	AFILIADOS BDUA	POBLACIÓN TOTAL	%
Antioquia	788.314	1.767.315.670.879	Guainia	40.296	42777	94%
Atlantico	775.344	1.017.688.370.089	Vichada	69.209	75468	92%
Bogotá D.C.	893.635	1.042.714.271.814	Sucre	777.453	868438	90%
Bolivar	721.045	993.747.578.339	Cesar	799.372	1053475	76%
Boyaca	772.787	492.020.884.334	Cordoba	1.298.942	1762530	74%
Caldas	810.378	328.394.338.879	Arauca	192.837	267992	72%
Caqueta	680.691	201.125.180.130	Choco	364.486	510047	71%
Cauca	720.093	678.281.589.597	Putumayo	250.175	354094	71%
Cesar	680.060	543.621.101.324	Magdalena	907.165	1285384	71%
Cordoba	709.886	922.100.554.299	La Guagira	707.142	1012926	70%
Cundinamarca	805.146	679.750.282.140	Amazonas	52.797	77948	68%
Choco	673.993	245.661.190.777	Cauca	941.936	1404205	67%
Huila	712.945	527.803.083.650	Norte de Santander	896.675	1379533	65%
La Guagira	706.429	499.545.819.592	Bolivar	1.378.204	2146696	64%
Magdalena	682.806	619.417.602.110	Nariño	1.133.207	1787545	63%
Meta	764.324	365.419.248.923	Huila	740.314	1182944	63%
Nariño	735.575	833.558.441.157	Caqueta	295.472	490056	60%
Norte de Santander	750.033	672.535.445.659	Vaupes	26.106	44500	59%
Quindio	840.069	194.739.833.052	Casanare	209.582	368989	57%
Risaralda	832.876	310.008.274.855	Atlantico	1.312.563	2517897	52%
Santander	768.277	674.675.033.872	Boyaca	636.684	1279955	50%
Sucre	794.980	618.059.764.144	Tolima	702.552	1416124	50%
Tolima	792.231	556.583.213.011	Guaviare	55.108	114207	48%
Valle	817.414	1.430.707.129.066	Meta	478.095	998162	48%
Arauca	698.670	134.729.472.325	TOTAL	22.171.463	49.291.609	45%
Casanare	719.548	150.804.337.209	Santander	878.166	2080938	42%
Putumayo	716.189	179.172.690.144	Caldas	405.236	991860	41%
San Andres	1.018.803	14.672.800.632	Quindio	231.814	571733	41%
Amazonas	658.686	34.776.645.939	Risaralda	372.214	962529	39%
Guainia	668.840	26.951.567.294	Valle	1.750.285	4708262	37%
Guaviare	727.991	40.118.134.522	Antioquia	2.241.894	6613118	34%
Vaupes	688.205	17.966.284.400	Cundinamarca	844.257	2762784	31%
Vichada	691.866	47.883.329.624	San Andres	14.402	77759	19%
PROMEDIO	752.065	510.986.338.296	Bogotá D.C.	1.166.823	8080734	14%

Figura 16. Costos régimen subsidiado 2017. Fuente: Elaboración propia.

INGRESOS 2013			
NOMBRE DEL DEPARTAMENTO	SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES	TOTAL RECURSOS ESFUERZO PROPIO	FOSYGA Y PGN
Antioquia	469.660.049.298	207.410.143.076	569.738.143.533
Atlantico	191.104.471.286	53.408.177.122	446.219.308.980
Bogotá D.C.	212.283.386.323	146.896.862.000	403.456.422.961
Bolivar	260.264.478.507	25.864.125.720	409.585.193.951
Boyaca	118.816.948.072	38.780.351.198	212.674.093.894
Caldas	85.775.063.402	25.163.160.724	147.991.238.007
Caqueta	62.051.687.272	4.228.872.814	79.835.442.363
Cauca	199.584.725.357	22.798.247.499	271.716.428.134
Cesar	147.769.881.165	11.616.624.164	234.958.175.544
Cordoba	273.564.764.780	19.224.605.486	370.868.299.381
Cundinamarca	128.946.846.205	85.126.563.382	222.478.179.914
Choco	66.848.652.857	10.591.261.032	121.499.576.188
Huila	145.189.830.476	18.432.223.876	203.497.218.663
La Guagira	143.661.376.800	6.712.163.557	185.631.635.613
Magdalena	160.563.714.212	17.429.688.047	264.558.539.071
Meta	79.994.024.524	20.979.330.133	118.870.282.213
Nariño	237.777.041.785	20.433.137.958	329.226.900.152
Norte de Santander	164.229.143.327	27.179.338.904	225.802.815.586
Quindio	41.653.788.724	13.212.840.817	91.011.545.362
Risaralda	66.191.185.364	23.608.656.979	116.883.373.071
Santander	159.243.692.796	40.041.394.103	267.177.082.578
Sucre	146.712.754.055	10.461.529.379	268.119.826.401
Tolima	151.662.782.394	25.856.057.703	226.195.233.066
Valle	292.151.555.802	99.755.021.127	643.799.858.759
Arauca	36.280.021.974	3.202.502.388	51.594.580.588
Casanare	43.352.299.349	7.529.139.476	57.847.178.434
Putumayo	56.298.279.237	2.383.030.288	74.220.902.791
San Andres	3.660.031.504	1.536.649.712	6.876.437.595
Amazonas	13.700.050.526	1.261.614.725	9.901.956.470
Guainia	10.582.183.921	822.580.488	5.752.980.065
Guaviare	12.524.297.466	2.162.484.308	17.890.697.196
Vaupes	5.551.728.992	902.893.118	6.798.821.612
Vichada	15.118.043.398	724.657.210	19.543.572.751

Figura 17. Ingresos régimen subsidiado 2013. Fuente: Elaboración propia.

INGRESOS 2017			
NOMBRE DEL DEPARTAMENTO	SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES	TOTAL RECURSOS ESFUERZO PROPIO	FOSYGA Y PGN
Antioquia	691.531.725.307	340.158.027.921	735.625.917.651
Atlantico	403.632.378.819	123.654.300.125	488.391.972.736
Bogotá D.C.	361.281.337.939	329.490.453.313	351.187.637.934
Bolivar	422.359.681.374	82.772.176.901	483.721.809.847
Boyaca	194.149.071.823	64.683.091.013	228.512.679.356
Caldas	125.316.755.094	43.969.241.010	159.108.342.775
Caqueta	90.850.058.530	18.950.043.077	91.325.078.523
Cauca	289.693.204.643	50.669.881.140	337.918.503.815
Cesar	246.303.296.748	42.775.999.027	254.541.805.549
Cordoba	398.749.259.061	52.523.343.836	467.730.063.777
Cundinamarca	260.803.609.985	151.613.843.451	267.332.828.704
Choco	111.318.082.237	27.711.471.370	104.779.315.808
Huila	226.041.232.601	48.448.775.123	249.654.953.086
La Guagira	216.516.580.554	26.265.646.026	254.486.684.543
Magdalena	280.285.085.790	51.658.133.059	287.474.383.261
Meta	146.549.208.218	47.625.362.626	171.244.678.079
Nariño	346.468.505.980	75.180.155.307	408.386.042.019
Norte de Santander	274.757.874.249	61.294.934.135	334.742.736.721
Quindio	71.616.238.556	31.488.646.893	91.634.947.603
Risaralda	115.076.315.525	41.810.136.005	153.121.823.325
Santander	270.129.394.327	76.980.268.116	327.565.371.429
Sucre	239.135.736.693	36.993.333.357	339.902.618.966
Tolima	216.389.091.585	65.644.562.233	274.549.559.193
Valle	540.588.636.495	188.344.834.795	701.773.657.776
Arauca	59.178.481.267	11.390.816.845	64.160.174.213
Casanare	64.542.311.215	17.065.559.102	69.196.466.892
Putumayo	76.859.630.276	14.013.333.448	88.299.726.420
San Andres	4.509.130.257	5.614.530.821	4.549.139.554
Amazonas	16.229.362.232	10.949.561.432	7.597.722.275
Guainia	12.334.902.893	4.947.022.585	9.669.641.816
Guaviare	16.988.544.816	8.596.142.600	14.533.447.106
Vaupes	8.037.738.120	3.684.454.055	6.244.092.225
Vichada	21.118.566.242	8.105.027.504	18.659.735.878

Figura 18. Ingresos régimen subsidiado 2017. Fuente: Elaboración propia.

DEPARTAMENTO	TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL	
AÑO	2013	2014	2015	2016	2017	
AFLIADOS	22.518.410	22.955.354	23.359.640	23.179.795	22.171.463	
COSTOS	PROMEDIO UPC	527.246	561.586	609.869	677.440	752.065
	COSTO ANUAL	12.025.248.475.221	13.005.653.561.124	14.421.432.435.381	15.896.870.969.334	16.862.549.163.781
INGRESOS	SGP	4.202.768.781.150	4.365.753.127.096	5.541.704.831.827	6.104.628.930.808	6.819.341.029.451
	TOTAL RECURSOS ESFUERZO PROPIO	995.735.928.513	1.139.869.923.277	1.208.124.080.954	2.053.430.554.223	2.165.073.108.251
	FOSYGA Y PGN	6.682.221.940.886	7.351.991.628.725	7.601.458.655.938	7.720.094.231.749	7.847.623.558.854
FUETNE DANE	IPC/2008	113,98	118,15	126,15	133,40	138,85
DEFLACTADO BASE 2017 COSTOS	PROMEDIO UPC	642.289	659.976	671.267	705.117	752.065
	COSTO ANUAL	14.649.111.693.143	15.284.257.274.330	15.873.292.854.956	16.546.330.840.270	16.862.549.163.781
DEFLACTADO BASE 2017 INGRESOS	SGP	5.119.796.852.629	5.130.637.509.076	6.099.609.321.436	6.354.030.937.352	6.819.341.029.451
	TOTAL RECURSOS ESFUERZO PROPIO	1.213.001.699.193	1.339.576.291.553	1.329.750.524.300	2.137.322.582.113	2.165.073.108.251
	FOSYGA Y PGN	8.140.257.207.335	8.640.068.029.188	8.366.726.392.208	8.035.495.382.896	7.847.623.558.854

Figura 19. Costos y fuentes de ingreso régimen subsidiado 2013-2017 Base 2017.
Fuente: Elaboración propia.

Resultados de la Regresión

	Intercepto	SGP+CCF	REP	FOSYGA Y PGN	AFLIADOS
Coefficientes	520172,4676	1628,4089	910,6246	1372,5745	-753,7967
Error Estándar	6226,7163	458,3192	146,8827	290,3516	173,0377
Estadístico t	83,5388	3,5530	6,1997	4,7273	-4,3563
P-Value	0,0000	0,0014	0,0000	0,0001	0,0002
Inferior al 5%	507417,6177	689,5846	609,7491	777,8163	-1108,2483
Superior al 95%	532927,3175	2567,2331	1211,5001	1967,3328	-399,3452

Figura 20. Resultados de la regresión 2013. Fuente: Elaboración propia.

Resultados de la Regresión

	Intercepto	SGP+CCF	REP	FOSYGA Y PGN	AFLIADOS
Coefficientes	560696,6671	1666,3249	904,7884	1353,8878	-804,9199
Error Estándar	11429,0061	660,2400	279,0638	450,2614	265,7706
Estadístico t	49,0591	2,5238	3,2422	3,0069	-3,0286
P-Value	0,0000	0,0176	0,0031	0,0055	0,0052
Inferior al 5%	537285,4097	313,8846	333,1521	431,5691	-1349,3263
Superior al 95%	584107,9245	3018,7653	1476,4247	2276,2066	-260,5135

Figura 21. Resultados de la regresión 2014. Fuente: Elaboración propia.

Resultados de la Regresión

	Intercepto	SGP+CCF	REP	FOSYGA Y PGN	AFLIADOS
Coefficientes	607419,2298	1495,3101	865,0401	1089,0987	-754,9099
Error Estándar	12732,7407	2045,4378	256,4626	361,1588	547,6956
Estadístico t	47,7053	0,7310	3,3730	3,0156	-1,3783
P-Value	0,0000	0,4708	0,0022	0,0054	0,1790
Inferior al 5%	581337,3932	-2694,5793	339,7004	349,2984	-1876,8135
Superior al 95%	633501,0665	5685,1994	1390,3799	1828,8990	366,9937

Figura 22. Resultados de la regresión 2015. Fuente: Elaboración propia.

Resultados de la Regresión

	Intercepto	SGP+CCF	REP	FOSYGA Y PGN	AFLIADOS
Coefficientes	674400,9957	4416,4365	984,8823	991,5069	-1579,8239
Error Estándar	15365,7732	8332,6604	381,4267	297,6002	2236,2512
Estadístico t	43,8898	0,5300	2,5821	3,3317	-0,7065
P-Value	0,0000	0,6003	0,0153	0,0024	0,4857
Inferior al 5%	642925,6366	-12652,2444	203,5652	381,9005	-6160,5768
Superior al 95%	705876,3548	21485,1174	1766,1995	1601,1133	3000,9289

Figura 23. Resultados de la regresión 2016. Fuente: Elaboración propia.

Resultados de la Regresión

	Intercepto	SGP+CCF	REP	FOSYGA Y PGN	AFLIADOS
Coefficientes	752572,8128	8568,7898	992,0129	1306,3333	-3207,3261
Error Estándar	17813,4048	14266,1381	251,9389	453,3493	4406,0410
Estadístico t	42,2476	0,6006	3,9375	2,8815	-0,7279
P-Value	0,0000	0,5529	0,0005	0,0075	0,4727
Inferior al 5%	716083,7077	-20654,0689	475,9394	377,6895	-12232,6917
Superior al 95%	789061,9178	37791,6485	1508,0863	2234,9772	5818,0396

Figura 24. Resultados de la regresión 2017. Fuente: Elaboración propia.

Resultados de la Regresión

	Intercepto	ln(SGP)	ln(REP)	ln(FOSYGA)	ln(AFLIADOS)
Coefficientes	14,2897	0,1691	0,0930	0,4289	-0,6874
Error Estándar	0,1032	0,0314	0,0085	0,0484	0,0723
Estadístico t	138,4933	5,3934	11,0013	8,8565	-9,5132
P-Value	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
Inferior al 5%	14,0783	0,1049	0,0757	0,3297	-0,8355
Superior al 95%	14,5010	0,2333	0,1104	0,5281	-0,5394

Figura 25. Resultados de la regresión log-log 2014. Fuente: Elaboración propia.

Resultados de la Regresión

	Intercepto	ln(SGP)	ln(REP)	ln(FOSYGA)	ln(AFILIADOS)
Coefficientes	14,9274	0,5211	0,0792	0,5229	-1,1253
Error Estándar	0,1600	0,1076	0,0041	0,0270	0,1141
Estadístico t	93,3078	4,8438	19,3760	19,3934	-9,8623
P-Value	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
Inferior al 5%	14,5997	0,3007	0,0708	0,4676	-1,3590
Superior al 95%	15,2551	0,7415	0,0875	0,5781	-0,8916

Figura 26. Resultados de la regresión log-log 2015. Fuente: Elaboración propia.

Resultados de la Regresión

	Intercepto	ln(SGP)	ln(REP)	ln(FOSYGA)	ln(AFILIADOS)
Coefficientes	14,9923	0,5109	0,1500	0,4574	-1,1181
Error Estándar	0,4336	0,3287	0,0070	0,0137	0,3287
Estadístico t	34,5751	1,5541	21,5542	33,3683	-3,4015
P-Value	0,0000	0,1314	0,0000	0,0000	0,0020
Inferior al 5%	14,1040	-0,1625	0,1358	0,4293	-1,7914
Superior al 95%	15,8805	1,1843	0,1643	0,4855	-0,4448

Figura 27. Resultados de la regresión log-log 2016. Fuente: Elaboración propia.

Resultados de la Regresión

	Intercepto	ln(SGP)	ln(REP)	ln(FOSYGA)	ln(AFILIADOS)
Coefficientes	18,5827	3,6653	0,1449	0,3460	-4,1593
Error Estándar	1,1995	1,0332	0,0111	0,0317	1,0209
Estadístico t	15,4926	3,5476	13,1041	10,9281	-4,0740
P-Value	0,0000	0,0014	0,0000	0,0000	0,0003
Inferior al 5%	16,1257	1,5489	0,1222	0,2812	-6,2506
Superior al 95%	21,0396	5,7817	0,1675	0,4109	-2,0680

Figura 28. Resultados de la regresión log-log 2017. Fuente: Elaboración propia.

	ln(UPC)	ln(SGP)	ln(REP)	ln(FOSYGA)	ln(AFILIADOS)
ln(UPC)	1				
ln(SGP)	0,17795716	1			
ln(REP)	0,46100828	0,8849431	1		
ln(FOSYGA)	0,10891856	0,97273478	0,84646792	1	
ln(AFILIADO)	0,05859259	0,98391798	0,85091073	0,99251634	1

Figura 29. Matriz de correlaciones 2013-2017. Fuente: Elaboración propia.