

FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA: ASPECTOS NORMATIVOS Y DE GESTIÓN

(Financing of the health system in Colombia: regulatory and management aspects)

Vilma Vargas González

vilmavargas@mail.uniatlantico.edu.co
https://orcid.org/0000-0002-7796-0099
Universidad del Atlántico, Colombia



RESUMEN. El objetivo del artículo es presentar una aproximación al financiamiento del sistema de salud en Colombia, donde se contemplan aspectos normativos y de gestión en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS-. Se realiza un trabajo de reflexión teórico-bibliográfico, sustentado en los aportes teóricos de Mises (1944), Weber (1969), Testa (1995) y Niskanen (1971), con los cuales se discute la gestión burocrática tradicional de financiamiento, a partir de un análisis descriptivo del tipo de financiamiento en el sistema de salud colombiano, considerando el texto constitucional que orienta las directrices de la política de salud en Colombia y la normativa legal vigente en la materia. Los resultados apuntan que, las fuentes de los recursos, fundamentalmente, tienen su origen en la naturaleza obligatoria de las afiliaciones y las cotizaciones al sistema de salud colombiano, principalmente mediante dos regímenes: el contributivo y el subsidiado, relacionados con los ingresos de los ciudadanos, en atención a capacidad contributiva y solidaridad entre e intraregímenes. El flujo y control de los recursos es garantizado por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES). Las conclusiones expresan los retos de un cambio de paradigma desde la óptica de una racionalidad en búsqueda de beneficios sociales.

Palabras clave: Colombia, financiamiento, gestión, normativa, Sistema General de Seguridad Social en Salud.

ABSTRACT. The objective of the article is to present an approach to the financing of the health system in Colombia, where regulatory and management aspects are considered in the context of the General System of Social Security in Health -SGSSS-. A work of theoretical-bibliographic reflection is carried out, supported by the theoretical contributions of Mises (1944), Weber (1969), Testa (1995) and Niskanen (1971), with which the traditional bureaucratic management of financing is discussed, based on of a descriptive analysis of the type of financing in the Colombian health system, considering the constitutional text that guides the guidelines of health policy in Colombia and the current legal regulations on the matter. The results indicate that the sources of the resources, fundamentally, have their origin in the obligatory nature of the affiliations and contributions to the Colombian health system, mainly through two regimes: the contributory and the subsidized, related to the income of the citizens, in attention to contributory capacity and solidarity between and within the regimes. The flow and control of resources is guaranteed by the Administrator of Resources of the General System of Social Security in Health (ADRES). The conclusions express the challenges of a paradigm shift from the perspective of a rationality in search of social benefits.

Keywords: Colombia, financing, management, regulations, General System of Social Security in Health.

Recibido: 01/02/2021

Aceptado: 23/04/2021

Vargas González, V. (2021). Financiamiento del sistema de salud en Colombia: Aspectos normativos y de gestión. *SUMMA. Revista disciplinaria en ciencias económicas y sociales*, 3(1), 1-34. DOI: [www.doi.org/10.47666/summa.3.1.18](https://doi.org/10.47666/summa.3.1.18)

1. Introducción.

Tomando en consideración que el financiamiento de los sistemas de salud de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se centra “en la movilización, la acumulación y la asignación de recursos para cubrir las necesidades de la salud de la población, ya sea de manera individual o colectiva, en el sistema de la salud” (OMS-OPS, 2018, p. 1). En este trabajo se presenta una aproximación al financiamiento del sistema de salud de Colombia, considerando las categorías conceptuales de movilización, acumulación y asignación de recursos, dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS-.

En tal sentido, se analiza el financiamiento del sistema de salud en Colombia, según lo dispuesto en el texto constitucional que orienta las directrices de la política de salud de Colombia, el SGSSS, la administración de recursos mediante el modelo burocrático tradicional de gestión y la transición a nuevos modelos de gestión pública, a los efectos de movilización, acumulación y asignación de los recursos.

Para el abordaje del objeto de estudio, se presentan los resultados y la discusión conjuntamente en el entendido que, una discusión acertada no puede aislarse de los resultados. El acercamiento al financiamiento del sistema de salud colombiano, conduce a las fuentes y aplicaciones de los recursos, considerando que las mismas están dadas por la naturaleza obligatoria de las afiliaciones y de las cotizaciones, que se encuentran relacionadas con los ingresos de los contribuyentes al régimen contributivo.

En relación al financiamiento de la salud para el caso colombiano, se aborda la conformación del SGSSS, visibilizando los agentes financiadores y sus distintas categorías analíticas, tales como: cotizantes, beneficiarios y contribuyentes; control y flujo de los recursos, además de tomar en cuenta la reforma al SGSSS, según lo dispuesto en la Ley 1438 de 19 de enero de 2011, que introduce como cambio de gran importancia la sostenibilidad financiera del sector. Y, la reforma contemplada en la Ley 1753 de 2015, con la cual la administración de los recursos del sistema pasa a una entidad Administradora de los Recursos

del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES-, según lo dispuesto en el artículo 66 de la mencionada ley, iniciando sus operaciones el primero de agosto de 2017.

De igual manera, se caracterizan los mecanismos de financiamiento y se separan de los mecanismos de gasto, explorándose las diferencias entre aseguramiento y provisión de servicios, que están intermediadas por transacciones económicas relacionadas con contratos y precios, transacciones propias del mercado, donde la provisión o prestación de servicios se realiza fundamentalmente mediante subsidios a la demanda, para garantizar una determinada cobertura mediante un proceso complejo de transformación de recursos en consumo de servicios para los afiliados. También se hace referencia a las bases legales que regulan el sistema presupuestario utilizado para inyectar recursos al sistema de salud.

2. Materiales y métodos.

La metodología utilizada tiene un enfoque cualitativo. En lo que al diseño se refiere, es una investigación no experimental de fuente documental con alcance descriptivo. Se utilizó como técnica para la recolección de información, la revisión documental y análisis de contenido, a partir del análisis de los artículos de la Constitución de la República de Colombia, en lo concerniente al financiamiento y conformación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y el análisis de la normativa legal que orienta las transformaciones de la política de salud en Colombia.

Asimismo se realiza articulación de teoría con evidencia empírica atendiendo a un enfoque sistémico, mediante análisis teórico sobre el sistema de salud y los subsistemas que lo conforman tales como: el subsistema de información, el subsistema presupuestario y el subsistema de financiamiento que permitió reflexionar sobre las conexiones entre ellos y su relación con el modelo político-económico subyacente.

Respecto a lo anterior, desde una fundamentación ontológica, la realidad a estudiar se presenta de manera sistémica y perteneciente a un sistema superior. En este sentido, Bertalanffy (1969) con una visión de

totalidad considera, que la comprensión de los sistemas solo ocurre cuando se estudian globalmente, involucrando todas las interdependencias de sus partes. Así el financiamiento de la salud en Colombia hace parte integral de un sistema superior de salud dentro de la sociedad colombiana.

En cuanto a lo gnoseológico, el financiamiento del sistema de salud se aborda tomando en consideración que: a) “Nada en el universo está aislado y todo lo que en él convive está, de un modo u otro, interconectado mediante un permanente, instantáneo y hasta sincrónico intercambio de información” (Martínez, 1997, p. 89) y b) “La realidad social es, por decir lo menos, la unidad entre lo objetivo y lo subjetivo”. Si se quiere conocer la realidad social en sus propios términos, para entenderla en su complejidad, es imprescindible abordarla como un todo objetivo/subjetivo, así como con nuevas propuestas orientadas a sofisticar los marcos conceptuales y los instrumentos para captarla” (Bonilla y Rodríguez, 2005, p. 52-53).

3. Gestión de recursos en sistemas de salud.

Variedad de conceptos se esgrimen en el lenguaje cotidiano para definir sistema de salud; una aproximación al concepto estaría dada por el involucramiento dentro de tal, de un complejo sistema constituido por subsistemas pertenecientes a sistemas naturales, procedimentales, sociales y conceptuales; de manera que, de acuerdo con Maya (2005), un sistema de salud estaría conformado por un conjunto ordenado de instituciones, personas, legislación y procedimientos que articuladamente confluyen en un objetivo: un mejor nivel de salud para una comunidad determinada.

En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (2005), en el espacio preguntas y respuestas en línea, en su página web, define sistema de salud como: “la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales” (OMS, 2005, p.1). Lo mencionado conduce a pensar en una concepción integral del sistema de salud, más

específicamente, una concepción integral de la salud contemplaría: “La dimensión biopsicosocial del hombre, el enfoque de acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud, pensamiento clínico- epidemiológico y ambientalista” (Bello, et al., 2011, p. 809).

Así pues, “Un sistema sanitario es un conjunto de entidades y organismos sociales encargados de la producción (prestación) de servicios sanitarios. Se denomina sanitario a aquel servicio cuyo objetivo directo es la mejora o protección de la salud, donde la protección implica la prevención de los riesgos a enfermar” (Arce y Temes, 2007, p.5).

Tomando en consideración los planteamientos de Arce y Temes (2007), aunque los sistemas sanitarios tienen un objetivo primordial, ello no implica que no tengan otros objetivos secundarios, pero que de igual manera, según sea la racionalidad predominante, serán más o menos importantes: la consecución de beneficios económicos en las entidades privadas u objetivos políticos en las entidades públicas y la atención a las demandas de la población, aun cuando estas no obedezcan a un estudio concienzudo de necesidades prioritarias dentro de un grupo social, o creación de empleo público, cuya consecución pudiera estar en contradicción con el objetivo primordial del sistema de salud.

Por su parte, los sistemas de salud pública se han gestionado considerando el aspecto financiero, principalmente mediante dos enfoques, en los cuales subyace una determinada racionalidad: financiando el funcionamiento de la red pública hospitalaria (financiamiento a la oferta) y afiliando sus ciudadanos a la seguridad social (financiamiento a la demanda). Estas concepciones teóricas se abordan en el apartado siguiente, no sin antes tocar algunos aspectos concernientes a los orígenes de las controversias, relacionadas con los mecanismos de decisión colectiva o de decisión individual para generar beneficios sociales, los cuales pueden considerarse punto de partida en relación con la racionalidad manejada para sustentar los distintos sistemas de financiamiento.

En tal sentido, a raíz de la división del trabajo, se planteó desde la antigüedad la controversia entre los conceptos esgrimidos por dos

grandes exponentes: Platón y Aristóteles. “Mientras que Platón pone al frente del gobierno a la aristocracia de los filósofos, privilegiando la sociedad por sobre el individuo, Aristóteles considera el interés individual que necesita ser coordinado por los mecanismos de la competencia, quedando planteada desde la antigüedad la controversia en cuanto a si el mayor beneficio social se obtiene a través de mecanismos de decisión colectiva o de decisión individual” (Lachmann y Jürgen, 1995, p. 309).

De esta manera, dependiendo de la posición, ya sea filosófica o política, los gobiernos no solo ayudan a definir el tamaño del pastel económico de una nación, sino también intervienen en su asignación, tanto entre las personas como entre los bienes y servicios. La distribución general de la renta puede alterarse considerablemente a través de los impuestos estatales y políticas de traspaso, mientras que la asignación de renta nacional para defensa, educación, sanidad, protección medioambiental o investigación, viene en gran parte determinada por el gobierno (Inman, 2004).

Para el desarrollo de estos mecanismos de intervención, los gobiernos hacen uso de estructuras organizacionales. De manera que, la profesionalización de tareas, pero sobre todo, el establecimiento de niveles jerárquicos y la definición precisa de tareas que deben ejecutarse en cada puesto de trabajo, son características que inclinan a las organizaciones gubernamentales por asumir la forma burocrática; las cuales, al tenor de Testa, son principios que “tienden a garantizar que no se cometan errores formales, al mismo tiempo que se minimicen los tiempos necesarios para alcanzar una decisión y ejecutar las tareas correspondientes que se deriven de ella” (Testa, 1995, p. 150). Esta caracterización en el sentido estricto de la teoría burocrática, que no debe confundirse, de acuerdo con el autor antes citado, con el uso del término burocratización para describir una patología de las organizaciones, que responde a:

“Pérdida de los objetivos organizacionales a partir de conservar celosamente la formalidad de los procedimientos administrativos...en esta interpretación, la burocratización

resulta altamente pernicioso para las instituciones de salud, debido a la separación entre eficacia y eficiencia. Cuando estas van juntas, como es común en las instituciones de sectores que no son de salud, la conservación de la formalidad normada -si la norma es buena- no tiene por qué afectar a los objetivos institucionales. En cambio, en las actividades del sector salud, la separación entre eficacia y eficiencia puede conducir a que el énfasis en la segunda atente contra la posible realización de la primera, con -aquí sí- la pérdida real de los objetivos para la institución". (Testa, 1995, p. 145)

Por su parte, la teoría burocrática desde una perspectiva sociológica, tiene sus orígenes en los postulados de Weber (1969), quien la considera el modelo organizacional eficiente por excelencia, dado que asegura el control de las actividades sociales, entre otras características, por su organización racional y división del trabajo. Desde una perspectiva económica, son importantes los aportes de Mises (1944), en su tratado "Bureaucracy". Para este, a los burócratas se les encomienda la gestión de recursos escasos para la producción de bienes y servicios, cuyo valor no se fija en el mercado.

Es así como, la perspectiva económica de la burocracia se ha nutrido con los aportes de las teorías de la información y la agencia, conceptualizándola como "una organización económica cuya razón de ser es el de servir de instrumento eficaz para mejor y satisfacer algunas de las necesidades sentidas por los ciudadanos. Se entiende que el funcionamiento de la misma tiene que salvar un conjunto de problemas análogos a los que tienen que solventar las organizaciones económicas privadas, que habitualmente se identifican con la denominación problemas de agencia" (Gamazo, 1996, p. 150).

Los problemas de agencia también surgen en la burocracia pública y devienen de las peculiaridades de la naturaleza pública de estas organizaciones. Sin embargo, los problemas de agencia tienen su origen básicamente en dos factores, según Gamazo (1996):

- La dualidad entre políticos y agentes burocráticos en la estructura organizativa con un papel diferente en cuanto a su influencia en el proceso de toma de decisiones. Esta dualidad es importante en tanto no existen bases que permitan suponer una identidad perfecta entre los objetivos de los políticos y los de los agentes. Más bien, existen motivos fundados para entender que la relación de agencia sobre la cual se estructura el normal funcionamiento de la burocracia acarrea una tensión latente entre los objetivos de unos y de otros.
- La asimetría en cuanto al acceso a la información relevante para la toma de decisiones. A este respecto, la relación de agencia, al establecerse sobre la base de un sistema de delegación de funciones a favor de los agentes burocráticos, sitúa a estos en una posición privilegiada con respecto a los políticos.

Por otra parte, el desarrollo de la moderna teoría económica de la burocracia, se da con la aparición de corrientes teóricas de la nueva gestión pública como el *public choice* o, la elección pública, el paradigma posburocrático y la desregulación y revitalización del sector público, fundamentalmente para aplicar el instrumental de la economía al comportamiento político.

Para el caso del comportamiento de los participantes en la administración pública, Niskanen (1971), en su obra “Burocracia y Gobiernos Representativos”, trabaja una explicación económica del comportamiento burocrático en sociedades democráticas, en la que considera al burócrata como individuo maximizador de presupuesto. También considera, que la función de utilidad del burócrata (mayormente en modelos burocrático-populista) tiene como argumento la retribución, el poder, prebendas políticas, la reputación pública o prestigio social. De tal forma, que la función utilidad del burócrata estará relacionada directamente o en forma positiva con su presupuesto.

En ese marco, del modelo de Niskanen (1971), se pueden recoger los siguientes aspectos fundamentales: el burócrata como consumidor tiene como función objetivo maximizar su utilidad; el burócrata como director de agencia tiene la misma función objetivo: maximizar su utilidad. El individualismo de los seres humanos

fundamenta el comportamiento burocrático. Igualmente, que los mecanismos de decisión colectiva no pueden abstraerse de la racionalidad de los individuos que integran las instituciones.

- Los burócratas obtienen utilidad y se benefician de mayores presupuestos.

- Las agencias o buros reciben recursos con base en presupuestos públicos, dichos recursos se obtienen de los impuestos a los ciudadanos.

- Los burócratas o directores de agencias están sujetos a restricciones impuestas tanto del exterior como del interior de la agencia, para lograr la maximización de su función objetivo.

- Los burócratas tienen mayor información sobre la demanda de los productos ofrecidos por las agencias o buros, que los financiadores sobre las condiciones de costes de producción de la agencia. Los financiadores difícilmente tienen acceso a la información de las agencias.

- La producción de los buros es mayor que la socialmente óptima; es decir, los buros operan con una producción ineficiente por exceso. Para un nivel de demanda y unas condiciones de costes dados, las agencias públicas ofrecen una cantidad de servicios muy superior a la que maximizaría la utilidad neta del servicio.

Por lo cual, postulados teóricos (fisiócratas, liberales, neoliberales), apuntan a que el excesivo intervencionismo estatal termina por entorpecer el desarrollo económico y se apodera del sistema de precios, fijando precios artificialmente bajos, como resultado de los subsidios con los que se cargan los presupuestos nacionales. De tal manera, que con los postulados liberales “se recortaron las tareas del estado, cuyas únicas funciones eran vigilar el respeto por el orden jurídico, garantizar la seguridad e intervenir con medidas correctivas en caso de que el mercado fracasara” (Lachmann y Jürgen, 1995, p. 310). En tal sentido, “para un economista clásico o neoclásico, un mercado es un espacio virtual, donde se encuentran las curvas de demanda (correspondiente a los compradores) y de oferta (correspondiente a los vendedores), fijándose el precio en el punto de intersección” (Testa, 1995, p. 175). El desarrollo del capitalismo se ha basado en este

postulado teórico (el mercado y su mano invisible), como propuesta científica y política.

La propuesta científica que considera los precios fijados como un indicador tanto para consumidores como para productores, para los primeros en el sentido de los bienes y servicios que les conviene adquirir para lograr su máxima satisfacción y para los segundos porque les indica los segmentos económicos en los que les conviene invertir; y la propuesta política relacionada con la capacidad del mercado de orientar el consumo y la inversión (Testa, 1995; Inman, 2004).

En tal sentido, si la economía de mercado está funcionando bien (satisface la demanda de los consumidores al coste más bajo), entonces no existe razón alguna para las intervenciones directas de los gobiernos. Esto es una propuesta política, relacionada con limitar la actividad de los estados. Es en el momento en que los mercados dejan de funcionar bien (cuando la demanda no se satisface o los precios son muy altos), cuando se debe considerar la intervención del estado (Testa, 1995; Lachmann y Jürgen, 1995; Inman, 2004). Sin embargo, para que la realidad funcione como la teoría dice, el mercado debe ser transparente y brindar toda la información necesaria a los compradores en una situación de perfecta competencia. En tal sentido y de acuerdo con Inman (2004):

“Los mercados funcionan bien cuando los consumidores interiorizan todos los beneficios y gastos de sus actividades económicas - es decir, cuando la curva de demanda de un individuo calcula todos los beneficios de los bienes que se han comprado y la curva de costes de una compañía recoge todos los gastos de bienes que se han producido-. No obstante, cuando los participantes del mercado ignoran algunos beneficios y gastos, los mercados no consiguen hacer una asignación eficiente. En este caso, se necesitará una institución extra-mercado para que ponga en juego estos gastos y beneficios adicionales- denominados factores externos”. (p. 536)

Considerando lo anterior como una función potencial de los gobiernos, en Colombia se asume el financiamiento mediante subsidios a la demanda para la prestación de servicios de salud, en aras de lograr una determinada cobertura a partir de la promulgación de la Ley 100 de 1993, por medio de la cual se reforma el sistema de salud del Estado Colombiano.

Tal decisión genera una transformación radical a la forma de financiamiento del sistema de salud colombiano, dado los problemas de baja cobertura e ineficiencia del modelo erigido en función del financiamiento a la oferta de servicios de salud. Por tanto, refiriéndose a los problemas del sistema, antes de la reforma, Santamaría, García, Prada, Uribe y Vázquez (2011) expresan que además de los problemas de ineficiencia en el gasto y la baja cobertura, el sistema de salud presentaba otros inconvenientes. Por un lado, había un alto nivel de desigualdad...asimismo, se presentaban bajos niveles de solidaridad en el sistema” (p. 34). Por consiguiente, es pertinente hacer una reflexión sobre los distintos tipos de sistemas de salud a fin de dilucidar las características de los mismos, en aras de eficiencia y efectividad.

4. Tipología de sistemas de salud.

En esencia, la clasificación de los sistemas de salud se realiza atendiendo a la financiación; así se encuentran: aquellos financiados por fondos públicos (sistema Beveridge y Semashko), los mutualistas o de seguridad social (sistema Bismark) y los de financiación privada.

En Europa la financiación generalmente obedece a estas dos clasificaciones: Beveridge y Bismark. Por un lado, sistemas nacionales de salud -tipo Beveridge- en países como: España, Italia, Reino Unido, y los países nórdicos donde la salud pública se financia con impuestos. Normalmente, en estos países la atención sanitaria especializada se presta en hospitales que son propiedad del estado y, por otro lado, están los sistemas basados en seguros sociales -tipo Bismark-, “en países como Alemania, Bélgica, Francia y Holanda, la sanidad pública se financia principalmente mediante la contratación de seguros por parte de los

trabajadores y la atención especializada se presta en hospitales sin ánimo de lucro” (García-Lacalle, Martín y Royo, 2009, p. 100).

Según García-Lacalle, Martín y Royo (2009), se está produciendo en Europa, un proceso de convergencia entre ambos modelos, y en ambos casos el sistema de pago a los hospitales se está utilizando como un instrumento para lograr mejoras en la eficiencia y calidad de los servicios que prestan. Sin embargo, aunque estos modelos no son aplicables, en sentido estricto, en América Latina, en la región surgieron modelos parecidos con características históricas y sociales propias, y que son clasificados en la Plataforma de Información para Políticas Públicas de la Universidad Nacional de Cuyo (2011), en el siguiente orden: Modelo segmentado en el cual coexisten tres sectores (público; seguridad social, y privado; Contrato público y Pluralismo estructurado). Además, se puede colegir como categorización de los tipos de sistemas de salud, según: el financiamiento y el modelo de salud, cada uno de los cuales responde a una lógica subyacente.

Al ordenar los sistemas de salud atendiendo a la organización, se considera que pueden clasificarse en: sistema de asistencia pública, sistema de salud privado, sistema de salud mixto y sistema de seguridad social. En cuanto al financiamiento, se catalogan en servicio nacional de salud, seguridad social y aseguramiento privado (Maya, 2005).

En general, tradicionalmente se identifican cuatro mecanismos para el financiamiento del sector salud y que, de acuerdo con Molina, Pinto, Henderson y Vieira (2000), son: “el gasto público a través de la recolección de impuestos generales o específicos para el financiamiento de la salud, los seguros privados de salud, los seguros nacionales de salud, y el cobro a los usuarios” (p. 78).

La escogencia a través de políticas públicas, del tipo de mecanismo con el cual se financie el sector salud, implica considerar las limitaciones que estos puedan acarrear en función de la accesibilidad, cobertura, equidad, eficacia y efectividad del sistema de salud. Así las cosas, para proteger a la ciudadanía de efectos adversos devenidos de su vulnerabilidad por causas, bien de tipo económicas o de enfermedad, es imperioso considerar la convergencia o combinación de los mecanismos

tradicionales de financiamiento a la salud, incorporando el establecimiento de subsidios que permitan compensar dichos efectos (García-Lacalle, Martín y Royo, 2009; OPS, 2000). El financiamiento del sistema de salud en Colombia, se establece en concordancia con lo estipulado por la Ley 100 de 1993, a través del SGSSS. Por tal razón, el sistema de seguridad social es definido como:

“Un modelo centrado en el derecho ciudadano a la seguridad social forma parte del sistema general de seguridad social y en su financiación participan en mayor o menor grado las contribuciones obrero-patronales. Para pagar la afiliación de los ciudadanos de muy bajos ingresos se utilizan subsidios de diverso orden e impuestos generales. Puede organizarse con asegurador estatal y red única de prestadores de servicios o mezcla de oferentes, pero todos cobijados por una normatividad común”. (Maya, 2005, p. 16)

Considerando los planteamientos de Gamazo (1996), las decisiones relacionadas con los presupuestos públicos en las sociedades democráticas, se llevan a cabo a través de procesos políticos en los que los ciudadanos participan en una doble vía: como votantes que demandan a las instancias políticas el suministro de bienes que no alcanzan, o al menos no eficientemente, a través del mercado; y como contribuyentes, puesto que son conscientes que la financiación de dichos bienes implica el pago de unos impuestos con que cubrirlos (sistema Beveridge). Este planteamiento pone de manifiesto que los procesos presupuestarios en un estado democrático y bajo los preceptos del burócrata maximizador de utilidades, son procesos políticos de intercambio, paralelos a los que ocurren en el mercado y se basan en la construcción de la teoría de la demanda y la oferta.

El sistema tradicional de financiamiento a la prestación de servicios de salud, en los entornos institucionales de fuerte integración vertical entre el Estado y la institución pública prestadora de dichos

servicios, se caracteriza por el pago total de los costos incurridos a través de la formulación de presupuestos, con los cuales se financian las actividades realizadas en la institución.

El financiamiento a la oferta de servicios consiste en la elaboración de un presupuesto que se basa en el gasto histórico más un porcentaje de incremento, generalmente este incremento, en países en vías de desarrollo, se corresponde con los porcentajes de inflación y estos a su vez al sistema tradicional de financiamiento de servicios hospitalarios. Así pues, el sistema de financiamiento generalmente se realiza a través de presupuestos fijos, donde no se establecen unidades de pago o numerarios de pago, tales como: actos, estancias, per cápita, caso o casuística.

De acuerdo con Martín y López (2007), el financiamiento a la oferta de servicios es característico de las burocracias públicas. Su modelo teórico de referencia fue establecido por Niskanen (1971), según el cual la función de utilidad del directivo sanitario (mayormente en modelos burocrático-populista) tiene como argumento las retribuciones, el poder, la reputación pública, la comodidad en la dirección del centro sanitario. La evidencia sugiere que este tipo de sistema de financiamiento propicia la ineficiencia, el crecimiento inercial del gasto, la escasa orientación a las demandas de los enfermos mucho menos a sus necesidades reales, y la existencia de importantes listas de espera en determinados procesos. Con el financiamiento a la oferta se propicia en los directivos de las instituciones hospitalarias un afán por maximizar los presupuestos, con lo cual estarían maximizando los ingresos de sus instituciones en búsqueda de su función objetivo.

Sin embargo, según lo señalado por Arce y Temes (2007), los sistemas de salud en países desarrollados y algunos en vías de desarrollo, han logrado las mismas metas (cobertura universal o cercana a la universalidad, aumento de la esperanza de vida, disminución de la mortalidad infantil) y enfrentan parecidos problemas: aumento del costo sanitario (especialmente en tecnología y farmacia), problemas de equidad en el reparto de los recursos y de accesibilidad de la población al sistema, escasez de personal, patologías que dependen de cambios en los hábitos

de vida, y muchos sistemas han abordado estos problemas a través de soluciones similares; tales como, descentralización, aumento de los sistemas de copago, mezcla de los sistemas público y privado, competencia, cambio de financiamiento a la oferta por financiamiento a la demanda, entre otros.

Mediante la Ley 100 de 1993 se crea el SGSSS. Debido a ello, en Colombia se transforma la asignación de recursos para la salud de los presupuestos tradicionales con subsidios a la oferta al mecanismo de financiación mediante subsidios a la demanda, en aras de eficiencia de acuerdo a lo estipulado en sus artículos 156, 185, 238, 239 y 240.

La Ley 100 de 1993, considera en su artículo 2 literal c, la eficiencia como: “la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente” (Ley 100 de 1993).

El financiamiento a la demanda supone fijar con anterioridad la cantidad de actividades a desarrollar, formulando presupuestos (generalmente presupuestos base cero o presupuestos por programas), promoviendo el uso de indicadores de gestión en cada institución hospitalaria para justificar la solicitud (por parte de la institución hospitalaria) y posterior asignación (por parte del Estado) de recursos; así pues, se crea un claro incentivo para contener los costos y mejorar la eficiencia en la utilización de los recursos (García-Lacalle, Martín y Royo, 2009; Martín y López, 2007; Ensor y Langenbrunner, 2002).

Dentro del financiamiento a la demanda de servicios, las unidades de valoración, para asignación de recursos más comunes, clasificándolas ya sea por actividad o por capitación. En consecuencia, según la taxonomía de Ensor y Langebrunner (2002) de la Universidad de Buckingham, se encuentran: 1) respecto a la actividad, la financiación se haría mediante la asignación de recursos por acto médico, asignación por estancia, asignación por caso o casuística, dentro de los cuales tendríamos los grupos de diagnóstico relacionados (GDR) y 2) respecto a la capitación, la asignación se haría mediante la modalidad de financiamiento per cápita, definido por Rice y Smith (2001) como el

volumen de recursos monetarios asignados a cada ciudadano para un servicio sanitario determinado, por un periodo concreto, sujeto a las limitaciones presupuestarias establecidas a nivel nacional.

Con la unidad de asignación de recursos per cápita se financia para cada ciudadano un plan de salud que intenta agrupar los riesgos sanitarios a que pueda estar sometida una población en un área geográfica, limitándose a las asignaciones presupuestarias dispuestas para dicho plan. Con el plan de salud el hospital o proveedor de servicios sanitarios, debe prestar la atención sanitaria que requiera la población cubierta, dentro de las condiciones estipuladas en el plan (Quintero, García, Sánchez, Espinoza y Bermúdez, 2019; Ensor y Langebrunner, 2002; Rice y Smith, 2001). Mediante el financiamiento con subsidios a la demanda, en el caso colombiano, se asignan recursos que serán recibidos por las Entidades promotoras de salud -EPS-, a través de unidades de pago por capitación -UPC-, para la aplicación de un Plan Obligatorio de Salud -POS-, definido en el artículo 156 de la Ley 100 de 1993. El POS será prestado por las Instituciones prestadoras de servicios de salud -IPS-. Además, se establece el Plan de Atención Básica -PAB-, a cargo de la nación para promoción de la salud.

La financiación del POS, se realiza desde un sistema tripartito constituido por empresarios, empleados y Estado, donde se toma en cuenta la capacidad de pago, considerando los ingresos de los empleados y los aportes fiscales. Los recursos parafiscales son de carácter público, pero de naturaleza corporativa y tienen destinación específica en los agentes generadores de los recursos, de manera que las fuentes de financiamiento se transforman en sistemas de pago a las EPS al realizar el balance de compensación a partir de la determinación de la UPC. Por este motivo se transforman los recursos en gastos con el consumo de servicios por la población afiliada.

5. Balance de compensación, entidad administradora de recursos y agentes de financiación.

La Constitución Política de Colombia promulgada en 1991, establece las bases para desarrollar el sistema de financiamiento del sector

salud en Colombia; así en su artículo 49 establece que “la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud... La Ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria” (Asamblea Nacional Constituyente, 1991); en el capítulo 4: De la distribución de recursos y de las competencias, artículo 356, (Acto Legislativo n° 4 de 2007, artículo 1) inciso 4, establece: “Los recursos del sistema general de participaciones de los departamentos, distritos y municipios se destinarán a la financiación de los servicios a su cargo, dándoles prioridad a los servicio de salud..., garantizando la prestación y ampliación de coberturas con énfasis en la población pobre” (Asamblea Nacional Constituyente, 1991) y en el artículo 366, expresa que será objetivo fundamental de la actividad del Estado la solución de necesidades insatisfechas de salud.

Por su parte, la Ley 60 del 12 de agosto de 1993, dicta normas sobre la distribución de competencias, a los efectos de la aplicación de los artículos 356 y 357 de la Constitución Política de Colombia, en su Capítulo I: Distribución de competencias. Artículo 2. Numeral 2, define las competencias de los municipios en el área de la salud (Ley 60 de 1993). El Estado Colombiano, mediante su Ministerio de Salud y Protección Social, según lo establecido en el decreto 4107 de 2011, en su artículo 2, se encarga de:

“Formular y evaluar las políticas, planes, programas y proyectos en materia de protección de los usuarios, de promoción y prevención, de aseguramiento en salud y riesgos profesionales, de prestación de servicios y atención primaria, de financiamiento y de sistemas de información, así como los demás componentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Ministerio de Hacienda y Crédito Público, 2011); entre otras funciones relacionadas con la prestación de los servicios de salud”.

El SGSSS creado por la Ley 100, se basa en tres usos fundamentales de los recursos “el aseguramiento individual (demanda); los hospitales públicos o atención a los vinculados (oferta); y la salud pública (aseguramiento colectivo). En lo que concierne al primer uso, el financiamiento del SGSSS, parte de la diferenciación de la población, según su capacidad de pago, en dos tipos de regímenes: el Régimen Contributivo y el Régimen Subsidiado” (Santamaría, et al., 2011, p. 37). El régimen contributivo rige y norma la afiliación de los ciudadanos con trabajo formal y capacidad de pago al SGSSS; el Régimen Subsidiado rige y norma la afiliación de la población más pobre y que generalmente no tiene capacidad de pago. Por ello, los agentes financiadores se constituyen a su vez en cotizantes- contribuyentes, con beneficiarios y subsidio a la población pobre en el sistema de salud. La Ley 100 de 1993, considera un tercer tipo de régimen de afiliación: régimen especial y de excepción.

La administración y prestación de los servicios de salud están a cargo de las EPS, las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS o EPS-S) y las IPS, dichas instituciones prestan sus servicios de acuerdo al POS, establecido para cada régimen, a través de un mecanismo de intermediación creado para el financiamiento o Fondo de solidaridad y garantía (Fosyga).

El Fosyga es una cuenta adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, que recauda los aportes y compensa a las EPS y a las EPS-S por beneficiarios con diferentes perfiles salariales o de riesgo. Esta actividad se lleva a cabo mediante la Cuenta de Compensación y la Cuenta de Solidaridad, y las EPS y EPS-S reciben una UPC por cada afiliado. La UPC corresponde al valor de los tratamientos de los eventos incluidos en el POS o en el POS-S, ponderados por su probabilidad de ocurrencia (Santamaría, et al., 2011). Así que, el balance de compensación se realiza de acuerdo con la Procuraduría General de la Nación (2012), de la siguiente manera:

“Las aseguradoras obtienen sus ingresos mediante el reconocimiento que el sistema realiza sobre la base de la UPC o prima, reconocida por cada uno de sus afiliados.

Operativamente, existe el proceso de compensación, que compara el recaudo obtenido por un núcleo familiar con base en el salario o ingresos de uno o más de sus miembros frente al valor de la UPC reconocida para todas las personas incluidas en dicho núcleo familiar. El sistema reconoce mensualmente las UPC teniendo en cuenta el recaudo efectivo de las cotizaciones”. (p. 13)

La figura 1, presenta a manera de síntesis, el flujo de los recursos en el SGSSS, donde se visualiza fuentes, gestores, objeto del recurso y sus beneficiarios.

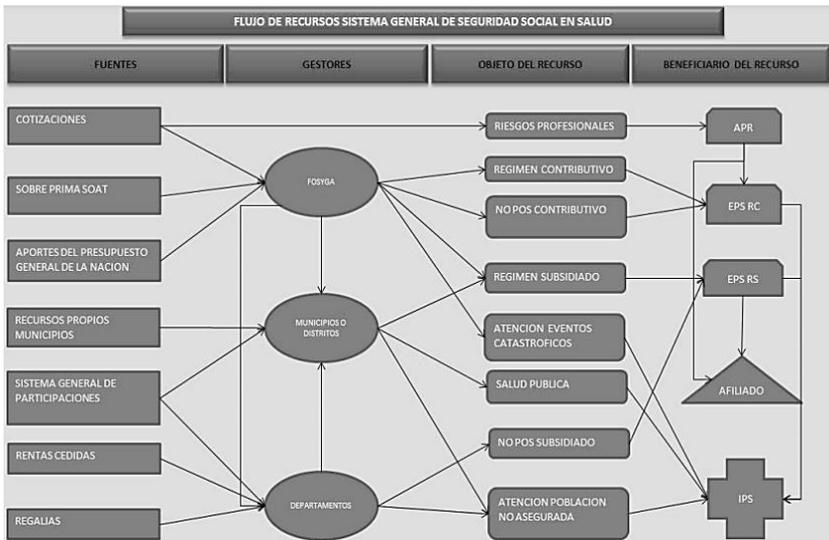


Figura 1. Flujo de los recursos en el SGSSS.

Fuente: Procuraduría General de la Nación (2012).

Considerando la reforma al SGSSS, según lo dispuesto en la Ley 1438 de 19 de enero de 2011, que introduce como cambio de gran importancia la sostenibilidad financiera del sector (Congreso de Colombia, 2011) y con lo dispuesto en el artículo 66 de la Ley 1753 de 2015, se crea la Administradora de los Recursos del Sistema General de

Seguridad Social en Salud -ADRES-, por medio de la cual se unifica el manejo de los recursos del SGSSS. De igual modo, el control y flujo de los mismos recae en la nueva entidad que inició operaciones el primero de agosto de 2017 con el objeto de:

“Administrar los recursos que hacen parte del Fosyga, los del Fondo de salvamento y garantías para el sector salud (FONSAET), los que financien el aseguramiento en salud, los copagos por concepto de prestaciones no 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”. (Ley 1753 de 2015)

En este orden de ideas, el SGSSS se financia con tres fuentes principales: 1. Los aportes que realizan los afiliados al régimen contributivo (correspondiente al 12.5% del salario del trabajador, de los cuales el 8,5 es aportado por el empleador) desde el año 2007. Un punto y medio de la cotización realizada por los afiliados que devengan más de un salario mínimo mensual legal vigente financia el seguro de salud de los afiliados al régimen subsidiado, punto y medio con el cual se alimenta la cuenta de solidaridad, además de con recursos del presupuesto general de la nación; 2. Impuestos generales, que se giran a las regiones a través del Sistema General de Participaciones o transferencias (SGP); 3. Las rentas territoriales que provienen de las rentas cedidas a municipios y departamentos y de los esfuerzos fiscales propios de las entidades territoriales (Bedoya, Castro, García, Severiche y Sierra, 2019; Santamaría, et al., 2011).

Los recursos del presupuesto general de la nación para la salud como porcentaje del PIB correspondieron al 3,4%, para el año 2020, equivalente a 37.845 miles de millones de pesos distribuidos en: productos, útiles y equipos médicos, servicios para pacientes externos, servicios hospitalarios, servicios de salud pública, investigación y

desarrollo en áreas afines (Ministerio de hacienda y crédito público, 2019).

En cuanto a la distribución de los recursos del SGP, y considerando lo dispuesto en la Ley 1753 de 2015, la cual eliminó la competencia del Consejo Nacional de Política Económica y Social - CONPES-, para aprobar la distribución de los recursos del SGP, dicha distribución se realiza a través de un documento de distribución para cada año a partir de la expedición de la mencionada ley.

En tal sentido, para la vigencia fiscal 2020, el documento de distribución SGP-45-2020 realiza la distribución de las once doceavas de la participación para salud de los componentes, en dirección al régimen subsidiado y subsidio a la oferta, y de las cinco onceavas del componente para salud pública, vigencia 2020, así:

Tabla 1. Participación para salud con vigencia 2020 (expresada en millones de pesos).

Concepto	%	Once doceavas
Régimen subsidiado	87	8.346.650
Salud pública	10	959.385
Subsidio a la oferta	3	287.815
Total	100%	9.593.850

Fuente: Departamento Nacional de Planeación (2020).

Las once doceavas de la participación para salud del SPG en 2020 ascienden a 9.593.850 millones de pesos, “lo que representa un incremento del 7,6 respecto de las once doceavas de la vigencia anterior. La participación en salud financia los componentes del gasto según lo dispuesto en el artículo 233 de la Ley 1955 de 2019” (Departamento Nacional de Planeación, 2020, p. 9). Es de considerar que las últimas reformas tributarias impactan el financiamiento del sistema de salud, al convertir recursos parafiscales en impuestos, sin que se altere el funcionamiento del régimen contributivo. De acuerdo con lo establecido en la Ley 1819 de 2016. Art. 65. Exoneración de aportes:

“Estarán exoneradas del pago de los aportes parafiscales a favor del Servicio Nacional del Aprendizaje (SENA), del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y las cotizaciones al Régimen Contributivo de Salud, las sociedades y personas jurídicas y asimiladas contribuyentes declarantes del impuesto sobre la renta y complementarios, correspondientes a los trabajadores que devenguen, individualmente considerados, menos de diez (10) salarios mínimos mensuales legales vigentes”. (Ley 1819 de 2016)

Con la Ley 100, como ya se expuso, se establece en Colombia la prestación del servicio de salud, con POS distintivos para cada uno de los regímenes de afiliación, que implicó desigualdades entre los distintos regímenes e inequidades a la población. Sin embargo, también trajo consigo ampliación de la cobertura de afiliación, tal como lo indican las cifras presentadas por el Ministerio de Salud Nacional de Colombia, expresando que: “el número de afiliados al SGSSS, en los tres regímenes de afiliación nacional se ha incrementado a lo largo de 23 años, generando un aumento en la cobertura total del sistema, con una cobertura del 29,21% en el año 1995 hasta el 94,66%, registrado al cierre del año 2018” (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2020); y para el año 2019 se encontraba asegurada en salud el 95% de la población (47,9 millones de habitantes). El régimen contributivo registró 22,9 millones de personas afiliadas, el subsidiado 22,8 millones y 2,2 millones se ubicaron en regímenes exceptuados o especiales (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2019). En el Gráfico 1, se puede observar la evolución de la cobertura en el periodo comprendido entre 1995- 2018.

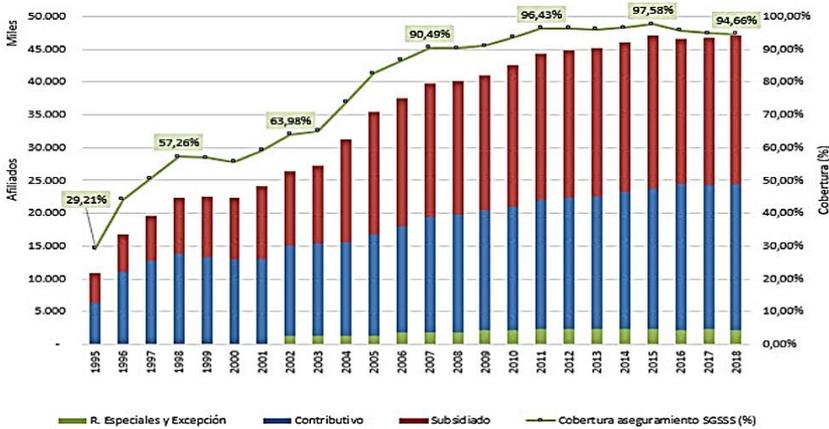


Gráfico 1. Evolución de la cobertura en el período comprendido entre 1995-2018.

Fuente: Ministerio de salud y protección social de Colombia¹ (2019).

La brecha provocada por los POS distintivos, que condujo inequidades y desigualdades para los ciudadanos, se intenta resolver con la promulgación de distintas leyes y decretos que modifican la Ley 100 de 1993, tales como: Ley 1438 de 2011, Decreto 128 de 2010, Decreto 131 de 2010, Decreto 132 de 2010, entre otros; y mediante la Ley Estatutaria N° 1751 de 2015.

Con la promulgación de la Ley Estatutaria de Salud se elimina el POS, estableciendo que los usuarios podrán acceder a los servicios que necesiten para recuperar su estado de salud; sin embargo, a finales del año 2019 persisten barreras de acceso para la atención en salud, con el agravante de la situación presentada por la pandemia ocasionada por el COVID-19. Ello demanda, entre otros aspectos, introducción de reformas a la normativa legal vigente, amén de las ya realizadas, que consideren la sostenibilidad financiera e inyección de recursos al sistema, a partir del incremento en los porcentajes del Producto Interno Bruto

¹ Fuente: Serie anual de afiliación nacional/ Estimación y proyección de población DANE/ Cálculos Dirección de Aseguramiento Minsalud. Tomado de la página del Ministerio de salud y protección social de Colombia.

(PIB), a fin de ampliación de capacidad instalada para la atención en salud (Quintero, 2020).

La Ley Estatutaria N° 1751 promulgada en 2015 o Ley Estatutaria de salud, regula el derecho fundamental a la salud², garantiza su prestación, establece los mecanismos para su protección, dentro los cuales se encuentra el fortalecimiento al control de precios de los medicamentos y la autonomía de los médicos tratantes. La Ley Estatutaria de Salud específicamente, hace referencia a la autonomía profesional, señalando en el artículo 17: “Se garantiza la autonomía de los profesionales de la salud para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que tienen a su cargo” (Ley 1751 de 2015). Esta autonomía será ejercida de acuerdo con el artículo 6 de la mencionada Ley, que establece los elementos y principios del derecho fundamental a la salud, en el marco de esquemas de autorregulación, ética, racionalidad y de evidencia científica.

A manera de síntesis, la siguiente tabla muestra las leyes con las cuales se reforma el Sistema de Salud en Colombia a partir de la Ley 100 de 1993, en búsqueda de eficiencia, calidad y acceso al sistema. Leyes que generaron una serie de normas y decretos reglamentarios para garantizar a los ciudadanos sus derechos constitucionales.

² Antes de la promulgación de la Ley 1751, el derecho fundamental a la salud era considerado un servicio obligatorio, pero se establecían limitaciones.

Tabla 2. Reformas al SGSSS en Colombia.

Variables	Ley 100 de 1993	Ley 1438 de 2011	Ley 1751 de 2015
Tipo de Sistema	Arts. 2 literal e; Arts. 6, 201	Arts 60, 61, 62 y 63.	Art.13 redes de servicios
Financiamiento	Arts.156 literal n; Arts. 217, 238, 239, 240.	Arts. 42, 31	Art 6 literal d, i, k, Art. 10 literales i, m, p, e; Art.23; Art.25
Enfoque de atención	Art. 162, Art.153, numeral 3.	Arts. 2, 6,7, 12, 13	Art. 8 y 15. Atención Integral. Incluye prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación.
Cobertura y acceso al Sistema	Arts.162,163,164,165,166, 167 y 168.	Arts. 3, 17, 22, 32.	Accesibilidad a los servicios del sistema art.6 literal c. Se actualiza y unifica las reglas de afiliación al sistema de salud en el Decreto 2353 de 2015, con lo cual se busca eliminar barreras de acceso por tramitología. Art 15. Exclusiones para el Plan de beneficios.
Solidaridad	Art.2, literal c; Arts. 153, 203, 218, 219, 220, 221	Art. 3. Práctica del mutuo apoyo para garantizar acceso y sostenibilidad	Art. 10 literal i; Art. 11. Sujetos de especial protección.
Subsidios	Arts. 211, 212, 213, 214, 215, 216.	Arts. 29; 30; 31.	Capítulo IV. Art. 24, establece los mecanismos de protección y los servicios a los pacientes en zonas marginadas.
Regulación	Arts. 162; 169.	Arts. 24, 25, 35, 37, 38, 39.	Art.5 Obligaciones del Estado
Descentralización	Autonomía de las Instituciones	Art. 3 numeral 3.15; Art. 26.	Art. 17 Autonomía profesional
Privatización	Arts. 4, 169, 180, 181 literales e, d, h; 187.	Arts. 37, 38, 39, 40, 41.	El Art. 14 prohibió la negación de servicios y estableció que en caso de urgencia no se debe solicitar autorización previa.
Información	Arts.198, 199, 225.	Art. 2	Art.10 literales c, d, g, k, l; Art. 19 política para el manejo de la información en salud. Art. 21 divulgación de información sobre progresos científicos.
Participación	Art. 2 literal f. Y Art 159 Garantías de los afiliados numeral 5.	Art. 3 numeral 3.10, numeral 3.17, art. 20	Art.12. participación en las decisiones del sistema de salud.

Fuente: elaboración propia (2021).

Es importante mencionar que, en el aspecto financiero, la Ley 1797 del 13 de julio de 2016, establece los procedimientos que permitan dar solución a la situación de déficit económico y endeudamiento que afecta al sector salud en Colombia (Congreso de Colombia, 2016). En tal

sentido, se sientan las bases legales para la administración financiera del sector salud, entendida la administración financiera como el conjunto de sistemas, órganos, normas y procedimientos que intervienen en la captación de ingresos públicos y en su aplicación para el cumplimiento de los fines del Estado, regida por los principios constitucionales de legalidad, eficiencia, solvencia, transparencia, responsabilidad, equilibrio fiscal y coordinación macroeconómica (Hernández, Hernández, Gil y Cárdenas, 2018; Zambrano, 2006). Y la eficiencia, como criterio de gestión, implica revisar, atendiendo a la racionalidad de los actores, las características de los diferentes sistemas de financiamiento y su relación con los presupuestos.

Entendiendo los presupuestos públicos como una herramienta fundamental empleada para dar cumplimiento a los programas de gobierno, los planes de desarrollo e impulsar y propiciar la satisfacción de necesidades básicas de la población, el desarrollo de los territorios, el logro de objetivos de redistribución del ingreso, lucha contra la pobreza, al igual que el desarrollo y competitividad de los territorios (Rodríguez, 2008).

Por lo tanto, los presupuestos públicos expresan financieramente el apoyo a la ejecución de las directrices señaladas en los planes de acción de las organizaciones gubernamentales. Estipulan tanto los ingresos como los gastos públicos, equilibrándolos así como las operaciones de financiamiento para el correspondiente ejercicio económico financiero del año fiscal. De ahí, comprenden entonces, tanto los rubros de las diferentes cuentas de ingresos corrientes y de capital como los rubros de gastos corrientes y de capital. Utilizan la técnica correspondiente en la formulación, ejecución, seguimiento y control de los planes de acción de las organizaciones del sector público, así como el impacto económico y financiero de la ejecución de los gastos y su vinculación con las fuentes de financiamiento.

En este aspecto, “la autorización de gasto público es la operación contable que refleja el acto, en virtud del cual, la autoridad competente para gestionar un gasto con cargo a un crédito acuerda realizarlo, determinando su cuantía en forma cierta o de la forma más

aproximada posible, cuando no puede hacerse de forma cierta, reservando para tal fin la totalidad o una parte del crédito presupuestado” (Sablich, 2012, p. 55). En tal sentido, para los créditos presupuestarios se debería establecer el objetivo específico al cual van dirigidos los resultados concretos esperados mediante indicadores de desempeño.

Para el caso colombiano, las bases legales que regulan el sistema presupuestario nacional se encuentran en el Decreto-Ley 111 de 1996: Estatuto Orgánico de Presupuesto Nacional; Ley 617 del 2000; Racionalización del gasto y ajuste fiscal en la Ley 715 de 2001; Distribución de recursos y asignación de competencias para organizar la prestación de servicios de educación y salud entre otros; y la Ley 819 de 2003; Presupuesto, Responsabilidad y Transparencia Fiscal, entre otras normativas más específicas, dependiendo de cada región o municipio.

6. Conclusiones.

La Constitución de 1991 establece las bases para el financiamiento al sistema de salud en Colombia, en concordancia con lo dispuesto en sus artículos 48 y 49. Las competencias de los municipios en el área de la salud se encuentran definidas en la Ley 60 de 1993. El Ministerio de Salud y Protección Social es el órgano encargado de formular y evaluar las políticas, planes, programas y proyectos en materia de financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En este contexto de política formal, se concluye respecto al financiamiento de la salud en Colombia, que a partir de la promulgación de la Ley 100 de 1993, se evidencia un cambio de paradigma del sistema de financiamiento a la oferta a un sistema de financiamiento a la demanda, bajo los postulados de la teoría burocrática.

Antes de la Ley 100 de 1993, el sistema de salud en Colombia se financiaba a la oferta de servicios. Este financiamiento se hacía mediante transferencias de recursos fiscales a los hospitales por medio de asignaciones presupuestarias, sin un conocimiento de los costos hospitalarios. Ello impide el control y por ende el logro de objetivos sociales perseguidos, pero da cuenta de los incentivos al incremento de

los presupuestos, lo cual responde a la actuación racional de las burocracias que buscan maximizar su presupuesto en razón de salarios, poder, reputación y clientelismo. Los estímulos al comportamiento burocrático-populista en sociedades democráticas inducen a satisfacer las necesidades de la agencia que financia a la burocracia y no a los usuarios de los servicios.

El financiamiento a la prestación de servicios de salud en Colombia se gestiona mediante el modelo burocrático, pero a partir de la Ley 100 de 1993, utiliza técnicas presupuestarias que se fundamentan en la asignación de los recursos, tomando en cuenta, básicamente, la prestación de servicios, considerando la demanda de los mismos, con la posibilidad latente y potencial de correlacionar tales servicios con los objetivos que se pretenden alcanzar.

El financiamiento a la demanda de servicios de salud en Colombia, se realiza tomando como unidad de valoración para la asignación de recursos, la unidad de pago per cápita, con la cual se financia para cada ciudadano un plan obligatorio de salud, en relación a cada régimen, ya sea el contributivo o el subsidiado; esto, a pesar de que la prestación de servicios de salud sea considerada obligatoria y garantizada por el Estado, trae consigo limitaciones, fuertes desigualdades e inequidades, que se intentan corregir con la Ley Estatutaria de Salud de 2015.

El sistema de salud en Colombia se financia principalmente con los aportes que realizan los afiliados al régimen contributivo, los impuestos generales que se giran a las regiones a través del Sistema General de Participaciones, las rentas territoriales, los esfuerzos fiscales propios de las entidades territoriales y la conversión de recursos parafiscales en impuestos según lo dispuesto en la Ley 1819 de 2016.

El financiamiento a la demanda, a pesar de que trajo consigo beneficios sociales como lo es la ampliación de la cobertura poblacional, también afronta los retos de un cambio de paradigma desde la óptica de una racionalidad en búsqueda de beneficios sociales. Además, implica disminución de barreras de acceso al sistema de salud, disminución de

tiempos de espera y mejoras sustantivas en calidad, que se pretenden subsanar con las distintas reformas al SGSSS.

Referencias bibliográficas.

- Arce, M. y Temes, M. (2007). Los sistemas sanitarios. Madrid: Editorial McGraw-Hill Interamericana.
- Asamblea Nacional Constituyente (1991). Constitución de la República de Colombia. Bogotá, Colombia.
- Bedoya, E.; Castro, A.; García, M.; Severiche, C. y Sierra D. (2019). Calidad y seguridad percibida en la prestación de los servicios de urgencias de una clínica de tercer nivel en Cartagena de Indias-Colombia. En Merino, V., Chirinos, Y., Martínez, E. y Martínez, C. Gestión del Conocimiento. Perspectiva Multidisciplinaria (289-308). Venezuela: Universidad Nacional Experimental Sur del Lago Jesús María Semprún.
- Bello, B.; Báez, E.; Sánchez, G.; Fernández, J.; Fernández, A., y Delgado, L. (2011). La concepción integral de la salud: principio de la educación en ciencias de la salud. Revista médica electrónica, 33(6), 807-816.
- Bertalanffy, L. (1969). Teoría general de sistemas. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- Bonilla, E. y Rodríguez, P. (2005). Más allá del dilema de los métodos. La investigación en ciencias sociales. Bogotá: Grupo Editorial Norma.
- Congreso de Colombia (1993). Ley 100. Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá, Colombia.
- Congreso de Colombia (2000). Ley 617, por la cual se reforma parcialmente la Ley 136 de 1994, el Decreto Extraordinario 1222 de 1986, se adiciona la Ley Orgánica de Presupuesto, el Decreto 1421 de 1993, se dictan otras normas tendientes a fortalecer la descentralización, y se dictan normas para la racionalización del gasto público nacional. Bogotá, Colombia.

- Congreso de Colombia (2001). Ley 715, por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 de la Constitución política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. Bogotá, Colombia.
- Congreso de Colombia (2003). Ley 819, por la cual se dictan normas orgánicas en materia de presupuesto, responsabilidad y transparencia fiscal y se dictan otras disposiciones. Bogotá, Colombia.
- Congreso de Colombia (2011). Ley 1438, por la cual se Reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá, Colombia.
- Congreso de Colombia (2015). Ley 1753, por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018. Todos por un nuevo país. Bogotá, Colombia.
- Congreso de Colombia (2016). Ley 1797, por la cual se dictan disposiciones que regulan la operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá, Colombia.
- Congreso de Colombia (2016). Ley 1819. Reforma tributaria. Bogotá, Colombia.
- Congreso de la República de Colombia (1993). Ley 60, por la cual se dictan normas orgánicas sobre distribución de competencias de conformidad con los artículos 151 y 288 de la Constitución Política y se distribuyen recursos según los artículos 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones. Bogotá, Colombia.
- Congreso de la República de Colombia (2015). Ley Estatutaria 1751, por la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá, Colombia.
- Departamento Nacional de Planeación (2020). Distribución de los recursos del sistema general de participaciones. SGP-45-2020. Bogotá, Colombia.
-

- Ensor, T. y Langenbrunner, J. (2002). Financiación a los cuidados de salud. Buckingham: University Press.
- Gamazo, J. (1996). Comportamiento burocrático y presupuestación pública. Una teoría sobre la oferta de la actividad financiera. V Encuentro de economía pública: la realidad de la solidaridad en la financiación autonómica. Valencia, España.
- García-Lacalle, J.; Martín, V. y Royo, M. (2009). La financiación de la sanidad pública. Efecto de los sistemas de pago prospectivo en el rendimiento de los hospitales. Presupuesto y gasto público, 57, 99-116.
- Hernández, J.; Hernández, Y.; Gil, M. y Cárdenas, E. (2018). Evaluación del modelo integrado de planeación y gestión (MIPG) en las entidades territoriales del estado colombiano. Aglala, 9(1), 444-463. <https://doi.org/10.22519/22157360.1255>
- Inman, R. (2004). Gestionar las finanzas gubernamentales. Vizcaya: Ediciones Deusto.
- Lachmann, W. y Jürgen, H. (1995). Seguridad social en la economía social de mercado. Buenos Aires: CIEDLA.
- Martín, J. y López, O. (2007). Financiación de los proveedores sanitarios. Gestión hospitalaria. Madrid: Editorial McGraw -Hill Interamericana.
- Martínez, M. (1997). El Paradigma Emergente. Hacia una nueva teoría de la racionalidad científica. Ciudad de México: Editorial Trillas.
- Maya, J. (2005). Sistema de servicios de salud. Medellín: Corporación para investigaciones biológicas.
- Ministerio de Hacienda y Crédito Público (2011). Decreto 4107, por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra el sector administrativo de Salud y Protección Social. Bogotá, Colombia.
- Ministerio de Hacienda y Crédito Público (2019). Presupuesto ciudadano 2020. Bogotá, Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2019). Rendición de cuentas. Informe de Gestión 2019. Bogotá, Colombia.

- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2020). Comportamiento del aseguramiento. Bogotá, Colombia.
- Mises, L. (1944) Bureaucracy. London: Yale University Press.
- Molina, R.; Pinto, M.; Henderson, P. y Vieira, C. (2000). Gasto y financiamiento en salud. Situaciones y tendencias. Revista Panamericana de salud pública, 8(1/2), 71-83.
- Niskanen, W. (1971). Burocracia y Gobiernos Representativos. Chicago: Atherton Aldine.
- Organización Mundial de la Salud (2005). ¿Qué es un sistema de salud? Recuperado de: <https://www.who.int/features/qa/28/es/#:~:text=R%3A%20Un%20sistema%20de%20salud,orientaci%C3%B3n%20y%20una%20direcci%C3%B3n%20generales>.
- Organización Mundial de la salud y Organización Panamericana de la salud -OMS-OPS- (2018). Financiamiento de los sistemas de salud. Recuperado de: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2973:health-financing&Itemid=932&lang=es
- Organización Panamericana de la Salud (2000). Pan American Health Organization/United Nations Development Programme/Caribbean Community. Managing and financing health to reduce the impact of poverty in the Caribbean. Implementing decentralization and financing strategies while protecting the poor. Washington, United States of America.
- Plataforma de Información para Políticas Públicas de la Universidad Nacional de Cuyo (2011). Caracterización de Modelos Sanitarios y Sistemas Sanitarios. Recuperado de: <http://www.politicaspublicas.uncuyo.edu.ar/articulos/index/caracterizacion-de-modelos-sanitarios>
- Presidencia de la República de Colombia (1996). Decreto 111, por el cual se compilan la ley 38 de 1989, la Ley 179 de 1994 y la Ley 225 de 1995 que conforman el estatuto orgánico del presupuesto. Bogotá, Colombia.

- Presidencia de la República de Colombia (2010). Decreto 128, por el cual se regulan las prestaciones excepcionales en salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá, Colombia.
- Presidencia de la República de Colombia (2010). Decreto 131, por el cual se crea el Sistema Técnico Científico en Salud, se regula la autonomía profesional y se definen aspectos del aseguramiento del Plan Obligatorio de Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá, Colombia.
- Presidencia de la República de Colombia (2010). Decreto 132, por el cual se establecen mecanismos para administrar y optimizar el flujo de recursos que financian el Régimen Subsidiado de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá, Colombia.
- Procuraduría General de la Nación (2012). Financiamiento del sistema General de Seguridad Social en Salud. Seguimiento y control preventivo a las políticas públicas. Bogotá: ECOE ediciones, Ltda.
- Quintero, J. (2020). Producto interno bruto de Colombia y alternativas económicas frente al COVID-19. *SUMMA. Revista disciplinaria en Ciencias económicas y sociales*, 2(Especial), 35-42. <https://doi.org/10.47666/summa.2.esp.04>
- Quintero, M.; García, C.; Sánchez, A.; Espinoza, F. y Bermúdez, G. (2019). Reflective factor structure of occupational health governance. *SUMMA. Revista disciplinaria en Ciencias económicas y sociales*, 1(1), 69-86.
- Rice, N. y Smith, P. (2001). La capitación y el riesgo de ajuste en el financiamiento a la salud: Un informe sobre la marcha internacional. York: Universidad de York.
- Rodríguez, P. (2008). Presupuesto público. Programa administración pública territorial. Bogotá: Escuela Superior de Administración Pública.
- Sablich, Ch. (2012). Derecho financiero. Una visión actual en el Perú. Málaga: Fundación Andaluza Inca Garcilaso.



- Santamaría, M.; García, F.; Prada, C.; Uribe, M. y Vázquez, T. (2011). Efectos de la Ley 100 en salud. Propuestas de reforma. Bogotá: Fedesarrollo.
- Testa, M (1995). Pensamiento Estratégico y Lógica de Programación (El caso de la Salud). Buenos Aires: Lugar Editorial S.A.
- Weber, M. (1969). La ética protestante y el espíritu del capitalismo. Barcelona: Editorial Península.
- Zambrano, B. (2006). Planificación Estratégica. Presupuesto y Control de la Gestión Pública. Caracas: Universidad Católica Andrés Bello.