

**ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN DEL GASTO SOCIAL EN SALUD EN  
COLOMBIA (2002-2014)**

**MARÍA VANESSA NEIRA MURILLO**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS  
ESCUELA DE ECONOMÍA Y ADMINISTRACIÓN  
BUCARAMANGA**

**2015**

**ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN DEL GASTO SOCIAL EN SALUD EN  
COLOMBIA (2002-2014)**

**MARÍA VANESSA NEIRA MURILLO**

Trabajo de grado para optar por el título de  
**ECONOMISTA**

Director

**FREDDY JESÚS RUIZ HERRERA**

Magíster en Ciencias Económicas

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS  
ESCUELA DE ECONOMÍA Y ADMINISTRACIÓN  
BUCARAMANGA**

**2015**

## **Dedicatoria**

A mis padres, Cristina por su incondicionalidad y su amoroso apoyo  
y Eduardo por su confianza y ayuda.

A Pedro, por hacerme ver el sol, entre tanta neblina.

Gracias.

## LISTA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	15
1. LA SALUD Y EL DESARROLLO: DISCUSIONES DE CONSTRUCCIÓN	17
1.1 UNA APROXIMACIÓN AL CONCEPTO DE EQUIDAD EN SALUD	21
1.2 APROXIMACIÓN A LA TEORÍA DE SEN DE LA EQUIDAD EN SALUD	23
2. EL CONTEXTO DE LA DISTRIBUCIÓN FISCAL EN MATERIA DE SALUD EN COLOMBIA	30
2.1 LA EVOLUCIÓN DEL FINANCIAMIENTO DE LA SALUD EN COLOMBIA (2002-2014)	32
2.1.1 Salud: cobertura y calidad	35
2.1.2 Salud y Producto Interno Bruto - PIB	39
2.2 MECANISMOS DE FINANCIAMIENTO	41
2.2.1 Normatividad del financiamiento en Colombia. Debates y planteamientos	43
2.3 DESAFÍOS DE LA DISTRIBUCIÓN FISCAL EN SALUD	47
2.3.1 Centralización y descentralización	51
2.3.2 Debates contemporáneos	54
3. EVOLUCIÓN DEL GASTO SOCIAL EN SALUD EN COLOMBIA 2002-2014	57
3.1 CIERRE FISCAL DEL GOBIERNO NACIONAL 2002-2014	58
3.1.1 Descripción del balance fiscal 2002-2014	59
3.2 GASTO PÚBLICO SOCIAL	65
3.2.1 Administración general	67
3.2.2 Educación	68

3.2.3 Sanidad	68
3.2.4 Vivienda	68
3.2.5 Seguridad, asistencia, bienestar y otros servicios sociales	69
3.2.6 Servicios económicos	69
3.2.7 Deuda pública	70
3.3 ANÁLISIS DEL GASTO SOCIAL EN SALUD EN COLOMBIA 2002-2014	70
3.3.1 Definición del concepto de gasto social en salud	71
3.3.2 Gasto social en salud en Colombia	73
3.3.3 Gasto social en salud de Colombia frente a otros países	77
3.4 GASTO SOCIAL EN SALUD Y EQUIDAD	83
3.4.1 Índice de Gini	85
3.4.1.1 Índice de Gini en Colombia 2000-2012	88
3.4.1.2 Índice de Gini por departamentos de Colombia 2002-2012	90
3.4.2 Tasa de mortalidad infantil	92
3.4.2.1 Tasa de mortalidad infantil en Colombia	96
3.4.3 ¿Se debería aumentar la cantidad de recursos destinados al gasto social en salud? Y eso ¿Aumentaría la equidad?	98
4. CONCLUSIONES	102
BIBLIOGRAFÍA	106
ANEXOS	112

## LISTA DE FIGURAS

	<b>Pág.</b>
Figura 1. Medición del gasto social en los países de América latina	72
Figura 2. Estructura, valores y fines de la Reforma del Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia a partir de la ley 100 de 1993	75
Figura 3. Curva de Lorenz: el índice de Gini disminuye en la medida que aumenta la equidad	87

## LISTA DE CUADROS

	<b>Pág.</b>
Cuadro 1. Gasto total, gasto público en salud y PIB para Colombia 2002-2014	76
Cuadro 2. Gasto público en salud en países de América Latina 2002-2013	78
Cuadro 3. Gini en Colombia 2002-2012	88
Cuadro 4. Resultados del modelo gasto público en salud y equidad	100

## LISTA DE GRAFICAS

	<b>Pág.</b>
Grafica 1. Gasto público en salud como porcentaje del PIB	83
Grafica 2. Gini total anual Colombia 2000-2012	90

## LISTA DE ANEXOS

	<b>Pág.</b>
Anexo A. Ingresos y gastos del gobierno nacional central año 2002	112
Anexo B. Ingresos totales del gobierno nacional central 2002	112
Anexo C. Gastos totales del gobierno nacional central 2002	113
Anexo D. Ingresos y gastos 2003	114
Anexo E. Gastos totales 2003	114
Anexo F. Balance fiscal 2004	115
Anexo G. Ingresos totales 2004	115
Anexo H. Gastos totales 2004	116
Anexo I. Balance fiscal 2005	116
Anexo J. Ingresos 2005	117
Anexo K. Gastos 2005	117
Anexo L. Balance fiscal 2006	118
Anexo M. Ingresos 2006	118
Anexo N. Gastos totales 2006	119
Anexo O. Balance fiscal 2007	119
Anexo P. Ingresos totales 2007	120
Anexo Q. Gastos 2007	120
Anexo R. Balance fiscal 2008	121
Anexo S. Ingresos 2008	121
Anexo T. Gastos 2008	122
Anexo U. Balance fiscal 2009	122
Anexo V. Ingresos 2009	123
Anexo W. Gastos 2009	123
Anexo X. Balance fiscal 2010	124
Anexo Y. Ingresos 2010	124
Anexo Z. Gastos 2010	125

Anexo 1. Balance fiscal 2011	125
Anexo 2. Ingresos 2011	126
Anexo 3. Gastos 2011	126
Anexo 4. Balance fiscal 2012	127
Anexo 5. Ingresos totales 2012	127
Anexo 6. Gastos totales 2012	128
Anexo 7. Balance fiscal 2013	128
Anexo 8. Ingresos totales 2013	129
Anexo 9. Gastos totales 2013	129
Anexo 10. Balance fiscal 2014	129
Anexo 11. Ingresos totales 2014; Evolución de los Ingresos del GNC - (% del PIB)	130
Anexo 12. Gastos totales 2014; Composición del Gasto del GNC (% participación)	130
Anexo 13. Gastos públicos sociales	131
Anexo 14. Gastos públicos sociales	132
Anexo 15. Gastos sociales de países de Latinoamérica	133
Anexo 16. Crecimiento del Gini en Colombia 2000-2012	134
Anexo 17. Coeficiente del gini por departamentos 2010-2011	134
Anexo 18. Coeficiente del Gini por departamentos	135
Anexo 19. Análisis vertical y horizontal del Gini por departamentos 2002- 2012	136
Anexo 20. Tasa de mortalidad infantil Colombia	137
Anexo 21. Tasa de mortalidad infantil en Colombia 2002-2014	137
Anexo 22. Índice de mortalidad infantil por países 2002-2014	138
Anexo 23. Índice de mortalidad infantil por países 2002-2014	138
Anexo 24. Definición del concepto de salud	139

## RESUMEN

**TÍTULO:** ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN DEL GASTO SOCIAL EN SALUD EN COLOMBIA (2002-2014).\*

**AUTOR:** NEIRA MURILLO, María Vanessa.\*\*

**PALABRAS CLAVE:** gasto social en salud, equidad, índice de Gini, tasa de mortalidad infantil, financiamiento, desarrollo.

### DESCRIPCIÓN:

El gasto social en salud, es un componente relevante a la hora de analizar el nivel de equidad de un sistema o de la sociedad en sí, porque el gasto social en salud, es la inversión que recae directamente en la sociedad.

El propósito de este trabajo fue analizar el papel que ha tenido el gasto social en salud en el país desde el 2002 hasta el 2014, evaluando principalmente la existencia de equidad dentro del sistema, contrastando índices de Gini y de tasa de mortalidad infantil de Colombia y de otros países latinoamericanos, haciendo un examen de cómo se encuentra la región en este ámbito.

Indicadores como el gini y la tasa de mortalidad infantil que reflejan niveles de igualdad, de calidad y cobertura, son comparables con la cantidad de recursos destinados a la salud, y responden a cuestionamientos basados en el grado de equidad o captación de sensación de equidad.

La equidad no es lo mismo que la igualdad, por eso Amartya Sen, dice que la sensación ante la equidad de un individuo puede ser diferente a la que percibió otro individuo, tiene que ver con la moral, las expectativas y las experiencias de cada quien.

---

\* Proyecto de grado

\*\* Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Economía y Administración. Director: Freddy Jesús Ruiz Herrera.

## ABSTRACT

**TITLE:** ASSAY OF THE EVOLUTION OF SOCIAL SPENDING IN HEALTH IN COLOMBIA (2002-2014).\*

**AUTHOR:** NEIRA MURILLO, Maria Vanessa.\*\*

**KEY WORDS:** social spending on health, equity, Gini index, rate of infant mortality, financing development.

### DESCRIPTION:

The social spending on health is relevant in the study of the level of fairness of a system or the component of a society, because social spending on health, is the investment that falls directly on the society.

The purpose of this study was to analyze the role played by the social health spending in the country from 2002 to 2014, notably assessing the existence of equity within the system, contrasting Gini and infant mortality rate in Colombia and other Latin American countries, making an examination of how the region is in this area.

Indicators such as the Gini and the infant mortality rate that reflect levels of equality, quality and coverage are comparable with the amount of resources devoted to health, and answer questions based on the degree of equity or equity acquisition feeling.

Equity is not the same as equality, that's the reason why Amartya Sen says that sensation to the fairness of an individual may be different from what perceived another individual, it's related with morals, expectations and experiences of everyone.

---

\* Undergraduate thesis.

\*\* Faculty of Human Sciences. Department of Economy and Management. Director: Freddy Jesús Ruiz Herrera.

## INTRODUCCIÓN

Colombia se ha constituido como un país descentralizado, pero para ello, ha tenido que pasar por diversas etapas en cuanto a temas políticos, económicos y sociales, hasta su consumación en la constitución política de 1991, que sigue vigente actualmente.

Con esos cambios, se introdujo en el año 1993, la Ley 100, que pretendió realizar un cambio estructural tendiente a aumentar la competitividad de la economía y a mejorar la calidad de vida de la población colombiana; el país se vio influenciado por las fuertes corrientes mundiales de la liberalización y privatización, y fue así que Colombia decidió la creación de incentivos para la ampliación de una oferta privada de servicios de la salud que hiciera parte de las estrategias para mejorar la calidad de los servicios de salud, en busca de una mayor competencia y de la búsqueda de garantías en la eficiencia y el bienestar de los colombianos.

Esta ley pretendía resolver los problemas de acceso al sistema de salud y aspiraba para el año 2000, tener una cobertura del 100%; además, fue diseñada para que la población más pobre y vulnerable, pudiera acceder a los servicios de salud con mayor facilidad.

Pero hay que reconocer, que a pesar de los planteamientos iniciales de la Ley 100 de 1993, se han presentado fallas en el sistema, y se han hecho patentes en inequidad por parte de los prestadores del servicio de la salud.

El estudio del gasto social, es apropiado para entender los efectos que la polarización del capital afecta en las sociedades, dado que trata de generar beneficios a las personas que necesitan recursos y que no pueden costearlos por sí mismos.

Es por lo anterior, que este documento pretende analizar el gasto social en salud, desde el 2002 al 2014, con el propósito de entender cómo ha evolucionado el rubro del gasto destinado a salud y si ha sido eficiente a la hora de analizar la equidad.

Este trabajo de grado se estructura de la siguiente manera: en el primer capítulo se habla de la salud y desarrollo y se presenta la teoría de Amartya Sen que es un pilar en cuanto análisis de equidad; en el segundo capítulo se desarrolla el financiamiento de la salud en Colombia, la participación de la salud en el producto interno bruto y todo lo concerniente al desarrollo fiscal de la salud en Colombia; en el tercer capítulo, se desarrolla el concepto de gasto en salud y también todos los gastos sociales que maneja el país, además se corre un modelo donde la tasa de mortalidad infantil y el índice de Gini, junto con el gasto social en salud, determinan los niveles de equidad o iniquidad dentro del periodo de estudio; y finalmente el cuarto capítulo tiene las conclusiones.

## 1. LA SALUD Y EL DESARROLLO: DISCUSIONES DE CONSTRUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". Esta definición, que no ha sido modificada desde 1948, ha sido punto de partida desde hace décadas de numerosas investigaciones y estudios empíricos<sup>1</sup>.

Según la OMS, desde el año 2012, se declara a la salud como un factor fundamental para el desarrollo sostenible de una nación, lo cual mediante una resolución\* insta a que los gobiernos brinden servicios de salud que garanticen el acceso a todos y que este sea un servicio con buena calidad; además se reconoce el papel de la salud en el cumplimiento de los objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente. Tras la mencionada resolución se empieza a gestionar que los países, las organizaciones de la sociedad civil y las organizaciones internacionales promuevan la inclusión de la cobertura sanitaria universal en el programa internacional de desarrollo<sup>2</sup>.

Para hablar del desenvolvimiento de la salud bajo una mirada económica, se puede categorizar como un bien especial<sup>3</sup> lo cual quiere decir que es un concepto que puede entenderse como el aforo de diversos conceptos; es decir que no tiene

---

<sup>1</sup> PASCUAL, Marta; CANTARERO, David. (2013). "Entendiendo la Economía de la Salud: Una revisión de los estudios sobre eficiencia, equidad y desigualdades". Estudios De Economía Aplicada Vol. 31-2. Pág. 282.

\* El Día de la Cobertura Universal de Salud se celebra el segundo aniversario de una resolución de las Naciones Unidas, aprobada por unanimidad el 12 de diciembre del 2012, que respalda la cobertura universal de salud como un pilar del desarrollo sostenible y la seguridad mundial.

<sup>2</sup> OMS. "La salud es esencial para el desarrollo sostenible.". En línea:  
[http://www.who.int/universal\\_health\\_coverage/un\\_resolution/es/](http://www.who.int/universal_health_coverage/un_resolution/es/)

<sup>3</sup> La salud dada es un bien especial que escapa de las definiciones tradicionales, no puede ser vista como una mercancía cualquiera, puesto que posee características que la hacen diferente, no se puede categorizar dentro de los bienes elásticos, inelásticos o unitarios. VARGAS, Gustavo. (2004), "¿Es Equitativo el Gasto Social en Salud?" (En línea), disponible en:  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-47722004000200007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-47722004000200007&script=sci_arttext). Pág. 14.

un único significado, sino que aplica para diferentes situaciones y se puede cuantificar y cualificar.

La relación que existe entre la economía y la salud tiene características bidireccionales, y se caracteriza por tener dos atributos principales que son la simultaneidad y la dualidad.

El primero se refiere al hecho de que el desarrollo económico y las mejores condiciones de salud se refuerzan mutuamente, por lo que se hace indispensable progresar de manera paralela en los dos frentes. El segundo, se refiere a que la salud se convierte tanto en un sector de la economía como en un factor de bienestar para la población<sup>4</sup>.

Según lo anterior y desde la perspectiva macroeconómica, se puede encontrar que la salud es un componente y una consecuencia fundamental del desarrollo económico, al observar que la mejoría del estado de salud de las personas impulsa un mayor crecimiento económico y, a su vez, posibilita una mayor acumulación de capital salud.

El sistema de precios del sector salud no opera de una forma adecuada cuando hay presencia de incertidumbre y la enfermedad es, casi en su totalidad, impredecible; este fenómeno genera efectos, que pueden ser negativos y pueden manifestarse como: (i) Económicos, los cuales se hacen patentes con las asimetrías de información entre pacientes, médicos y entidades aseguradoras - prestadoras. (ii) Sociales, que se presentan con la falta de prestación de servicios para los pacientes. (iii) Políticos y legales, que se manifiestan con la existencia de

---

<sup>4</sup> Grupo De Economía De La Salud. (2005). "Macroeconomía y Salud en Colombia". Observatorio de la Seguridad Social. ISSN 1657 – 5415. Pág.1

figuras como tutelas para conseguir servicios<sup>5</sup>; entre otros diferentes tipos de problemas de los cuales se hablará en este documento.

La economía de la salud y su relación con el desarrollo proviene de la unión del enfoque de producción de la economía y las premisas de bienestar social de la salud. El desarrollo económico de un pueblo es factor principal en la determinación de su estado de salud y éste a su vez es uno de los determinantes del desarrollo económico<sup>6</sup>.

La economía de la salud se puede definir como la rama de la economía que estudia de qué manera se utilizan los recursos para satisfacer las necesidades relacionadas con la salud<sup>7</sup>.

La economía de la salud se basa en las premisas de la economía -que son medir, comparar y administrar costos e insumos para obtener productos o consecuencias deseados- aplicadas a la producción en el campo de la salud, también abarca la prevención, curación y el pronóstico, con las respectivas metas que deben estar enfocadas al cumplimiento de un servicio eficiente, con equidad y calidad. La unión debe ser tan completa que abarque incluso conceptos éticos.

El motivo principal de esta rama de la economía, fue la revisión del papel tan destacado en términos cuantitativos como cualitativos que había alcanzado la sanidad dentro de los presupuestos de los diferentes Estados.

La importancia creciente de este tipo de gasto social ha planteado la necesidad de evaluar su grado de eficacia, eficiencia y equidad frente a la necesidad de invertir en otro tipo de gastos públicos. En el texto de Marta Pascual y David cantero, la

---

<sup>5</sup> VARGAS, Gustavo. (2004), "¿Es Equitativo el Gasto Social en Salud?". Óp. cit. Pág. 27.

<sup>6</sup> RODRÍGUEZ, María, et al. (2006). "Conceptos básicos de economía de la salud para el médico general". Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2007; 45 (5): 523-532. Pág. 523

<sup>7</sup> Ibíd. Pág. 524

inversión en salud, “dada la conjunción de diversos factores que presionan al alza estos gastos sanitarios y la dificultad de controlar por parte de los diferentes sectores públicos a muchos de los factores determinantes del nivel de salud de los individuos (tales como los de tipo biológicos, medio ambientales o de estilos de vida), cada vez se ha vuelto más importante supervisar la necesidad de realizar inversiones en estos servicios sanitarios más allá de sus componentes asistenciales. Son sus dimensiones económicas, políticas y sociales las que son fundamentales para garantizar la igualdad de oportunidades en cualquier país”<sup>8</sup>.

Si se comparan los sistemas sociales relacionados con la salud, con los de otro tipo de gastos sociales como lo son la educación o la vivienda, puede que se observe que en sanidad el grado de intervención pública alcanza más de tres cuartas partes del total del gasto destinado a servicios sociales.

No obstante, la mayoría de bienes y servicios que constituyen el "gasto en salud" son privados, “ya que en ellos su consumo es rival (beneficios divisibles) y se les aplica el principio de exclusión (técnicamente se les puede aplicar un precio unitario, excepto a partidas específicas como las relativas a la investigación o Salud pública)”<sup>9</sup>.

Lo anterior, desde un punto de vista teórico, manifiesta que la salud es un bien "comercializable" que podría ser producido privadamente aunque en la mayoría de países desarrollados se financia, provee y produce por el sector público.

---

<sup>8</sup> PASCUAL, Marta; CANTARERO, David. “Entendiendo la Economía de la Salud: Una revisión de los estudios sobre eficiencia, equidad y desigualdades”. Óp. cit. Pág. 283.

<sup>9</sup> Ibíd. Pág. 283

## 1.1 UNA APROXIMACIÓN AL CONCEPTO DE EQUIDAD EN SALUD

La equidad “es uno de los elementos centrales del concepto del desarrollo humano, es uno de los componentes esenciales que lo distinguen nítidamente de las teorías tradicionales sobre el crecimiento económico y el desarrollo”<sup>10</sup>.

La equidad obliga a las personas a plantearse los objetivos que se deberían conseguir para avanzar hacia una sociedad más justa. A partir de diferentes tradiciones que pueden ser tanto filosóficas como políticas; hay que construir un concepto multidimensional de equidad que, aplicado al campo de la salud, vislumbre un camino óptimo para la consecución de las soluciones a los problemas que se van generando en la ejecución de los sistemas de sanidad.

La equidad en salud tiene por definición un conjunto de particularidades que la hacen un concepto complejo y por lo tanto no está exenta de juicios de valor que son sensibles de cambiar con el tiempo. Hace referencia a la ausencia de diferencias en salud evitables, injustas o modificables entre grupos de personas y está intrínsecamente unido a los conceptos de desigualdad, justicia distributiva y justicia social (véase World Health Organization, 2009).

Existen diferentes posiciones de las cuales se puede definir lo que es la equidad, para ello se darán tres significados bajo tres condiciones, las cuales son: la pobreza, la desigualdad y la herencia.

La equidad en cuanto al concepto de pobreza se direcciona a que un sistema es equitativo si logra hacer que todos sus miembros alcancen un “umbral mínimo” de bienestar, asegurando a cada persona un nivel de dignidad esencial.

---

<sup>10</sup> MARTÍNEZ, Martha. (2006). “Equidad en salud: estudio de caso en el distrito capital de Bogotá”. Universidad Nacional De Colombia. Facultad De Medicina-Maestría En Salud Pública. Pág. 5

Esta dignidad está definida universalmente, pero cabe destacar que también se caracteriza por estar influenciada por preceptos individuales, lo que significa que lo importante es que cada individuo sienta un mínimo de dignidad que lo satisfaga. No puede haber grupos, zonas o categorías sociales excluidos de ciertos beneficios, que pongan en riesgo su integración en la sociedad<sup>11</sup>.

La equidad en cuanto al criterio de desigualdad esta categorizada en un sentido donde una determinada sociedad sería más o menos equitativa dependiendo de la amplitud de las diferencias existentes en su interior. Es decir, aceptando una relativa diferenciación entre las personas y grupos en el reparto de los beneficios, la equidad exigiría controlar la magnitud de esas desigualdades. Este concepto de equidad es, por ejemplo, el que está detrás de los análisis de los niveles de ingreso de los diferentes quintiles de población<sup>12</sup>.

La relación entre el concepto de equidad y el criterio de la herencia o la adscripción se satisface cuando, se debilita o rompe la asociación entre la distribución de los beneficios y bienes sociales, y las características adscriptivas (género, etnia) o de origen social de los individuos. Es decir, que personas pertenecientes a un mismo grupo, sienten y creen tener las mismas disposiciones para la distribución de la equidad. Para ser equitativo el sistema debe dar iguales oportunidades de desarrollo a todas las personas, con independencia de sus rasgos de origen<sup>13</sup>.

Cabe destacar que dados los diferentes enfoques filosóficos y políticos existentes, se han proporcionado una variedad de acepciones del concepto de equidad, por eso las definiciones anteriores solo son ejemplos.

---

<sup>11</sup> MARTÍNEZ, M. (2006). "equidad en salud: estudio de caso en el distrito capital de Bogotá". Óp. cit. Pág. 6

<sup>12</sup> Ibíd. pág. 6

<sup>13</sup> Ibídem. pág. 6

En general, la equidad está relacionada con diferentes ámbitos, que pueden ser: la forma en la cual las personas son tratadas en términos políticos, sociales y económicos; también se relaciona con las reglas de distribución de los resultados (costos y beneficios); y también con la posición económica, política y social de los grupos e individuos (Social Watch 1998).

## **1.2 APROXIMACIÓN A LA TEORÍA DE SEN DE LA EQUIDAD EN SALUD**

Según Amartya Sen (2002), la enfermedad y la salud deben tener un lugar destacado en cualquier discusión sobre equidad y justicia<sup>\*</sup>; dado que la equidad en salud no puede dejar de ser una característica central de la justicia de los acuerdos sociales en general. Es decir que la salud corresponde a un derecho fundamental que es el derecho a la vida, y entendido esto, se debería abordar de una manera equitativa y justa hacia la sociedad, este derecho está ligado a la dignidad e integridad física y moral de las personas.

Sen define unos preceptos en su teoría sobre la equidad, que son pilares fundamentales para su pensamiento, estos, están delimitados por un enfoque que se refiera a las capacidades que tiene un individuo para desarrollarse en la vida; estas capacidades, surgen de la preocupación general por la libertad de alcanzar logros que incluyen capacidades de funcionar. La vida de una persona se puede considerar como una combinación de quehaceres y seres, que se constituye en procesos de funcionamiento, en el que interviene íntegramente la calidad productiva<sup>14</sup>.

---

<sup>\*</sup> La justicia basada en las capacidades se refiere a las libertades que las personas tienen para elegir las vidas que sus razones personales les dicten. "Es esta libertad real la que está representada por las capacidades de la persona para conseguir varias combinaciones alternativas de funcionamientos". La justicia es un concepto para identificar las aspiraciones y los objetivos de la política, así como elegir los instrumentos que permiten alcanzar los fines elegidos.

<sup>14</sup> MARTÍNEZ, M. (2006). "equidad en salud: estudio de caso en el distrito capital de Bogotá". Óp. cit. Pág. 6

Estos procesos están directamente relacionados con la preservación de la salud física y la salud mental hasta influir en la pervivencia social. La combinación de diversas alternativas de funcionamiento elegidas dentro de estas combinaciones es lo que constituye la capacidad, que es lo que permite que una persona se desarrolle en la sociedad.

María del Pilar Guzmán Urrea (2006), desarrolla los preceptos de la teoría de “la igualdad de capacidades” de Sen y los sintetiza para su mejor entendimiento, además busca una aproximación a los conceptos de persona moral, libertad, igualdad y justicia, para así examinar las contribuciones de estos en la interpretación de los problemas relacionados con el sector salud. El análisis de los siguientes conceptos es clave para entender los fundamentos metodológicos del pensamiento de Sen, que será utilizado a lo largo de este trabajo de grado.

Para Sen, la concepción de persona moral, parte de la teoría utilitarista, la cual presupone que el bien social equivale a la maximización de la suma del bienestar de los individuos, y se busca el beneficio de la mayoría, aunque no se logre el beneficio de todas las personas; lo cual corresponde al principio de generalización; de esta teoría Sen critica varios aspectos, dado que, la precepción de bienestar, entendida como utilidad individual que alude a estados mentales como el placer y la felicidad arroja un resultado limitado: según Sen habría que evaluar la libertad.

Es decir que no se puede considerar la simple opinión de un individuo o un grupo de individuos respecto a su bienestar o a su salud, porque está delimitado por su percepción moral y sus estándares individuales.

Existe la posibilidad que haya personas que vivan en condiciones que se pudieran considerar miserables, pero ser felices, en la medida que estas personas se

adaptan a sus circunstancias, sin necesidad de aspirar a cosas inalcanzables. “*Es difícil desear lo que no se puede imaginar como una posibilidad*”<sup>15</sup>.

Sen también asegura que el utilitarismo viola el individualismo de las personas, dado que solo evalúa la utilidad, la relación costo-beneficio; el bien individual no se puede diluir en el bien social, hay que resaltar la autonomía que trastoca las preferencias; la libertad de elegir tiene fundamental importancia para la calidad de vida y el bienestar de las personas, dado que el hecho de poder elegir debería entenderse como un componente valioso de la existencia.

Otro fundamento del concepto para la comprensión de persona moral en Sen, consiste en la *diversidad humana*, es decir, que todos los seres humanos somos diferentes, tanto en características internas como externas; las internas como la edad, el género, los talentos, y las externas como la educación, el entorno familiar y social, entre otros. Estas características son las que delimitan la transformación que las personas hacen de los recursos en bienestar.

Para Sen la igualdad, hace referencia a la igualdad de capacidades, esta, consiste en que no se pueden evaluar solo los recursos que dispone una persona, sino que también se debe observar las capacidades de esta persona para transformar los recursos en bienestar.

Lo anterior, se puede traducir en, por ejemplo, tener buena salud, estar bien alimentado, entre otras. Sen lo define como un conjunto de “haceres y estares”<sup>16</sup>, entendiendo los primeros como las cosas que alguien logra producir en la vida, y los segundos, como el tipo de existencia que alguien logra llevar. Este conjunto

---

<sup>15</sup> SEN, Amartya; NUSSBAUM, Martha. (1993). “La calidad de vida” pág. 16.

<sup>16</sup> GUZMÁN URREA, M. (2006). “Aportes de las teorías de la justicia de John Rawls y Amartya Sen en la interpretación de la justicia sanitaria”. En: Revista Colombiana de Filosofía de la Ciencia. ISSN: 0124-4620. Vol.: VII, número 14-15. UNIVERSIDAD EL BOSQUE. Pág. 50.

refleja la libertad que tiene una persona para llevar el tipo de vida que valora y la libertad para elegir entre distintos tipos de vida.

*“Cuando sopesamos las desigualdades a lo largo y ancho del mundo, en términos de ser capaces de evitar enfermedades o hambre, o mortalidad precoz, no estamos examinando solamente las diferencias de bienestar, sino también las libertades fundamentales que apreciamos” (Sen, 1995: 83).*

Para Sen, el concepto de justicia recae en la teoría de Rawls: “justicia como equidad”, ésta profundiza en el tema de las desigualdades y en las oportunidades para el ejercicio real de las libertades. Pero Sen critica a Rawls en que al concentrarse en los medios para alcanzar la libertad, la teoría sobre una estructura básica equitativa de la sociedad, -donde afirma que se debería generalizar la concepción de justicia bajo los principios del contrato social es decir, debe negociarse en un acuerdo original- se ha quedado corta en la atención prestada a la libertad en sí.

Pues Sen asegura que las capacidades de una persona junto con los bienes que disponga, son los que le darán la capacidad de escoger entre las diferentes alternativas que puedan generarse, y no simplemente lo que le toque.

Para Sen, el concepto de igualdad está delimitado por cuestionamientos, la igualdad no se pregunta por el porqué de esta, sino se pregunta por la igualdad de qué, puesto que permite comprender las diferencias entre las distintas concepciones éticas de la organización de la sociedad.

Pero en la evaluación de la desigualdad hay que tener en cuenta la pluralidad de ámbitos en donde la misma es sensible de análisis, y también la diversidad en los seres humanos, lo cual alude a la teoría de las capacidades de Sen -antes

mencionada-, los haceres y estares que determinan una apreciación de la igualdad.

Así la importancia de la teoría de Sen de valorar la igualdad en términos de capacidades sirve como alternativa a los enfoques de desigualdad basados en eficiencia, que se presentan en dos formas: el incentivo y la asimetría operativa<sup>17</sup>, el primero se refiere a la necesidad de suministrar en la gente incentivos para hacer lo que pide el fomento de determinados objetivos. El segundo, sostiene la importancia de la asimetría a nivel social en favor de la eficiencia operativa que requiere que las personas tengan más autoridad que otras, inclusive si estas personas tienen menos talento que los demás. (Sen, 1995: 158).

Sen y Rawls comparten la posición de que no hay falta de equidad o de justicia cuando se asignan los puestos o cargos por una competencia abierta, dado que resultan elegidos los más capacitados, bajo el precepto de que gozan de las mismas oportunidades de recibir educación y de competir, además no se discrimina por edad o sexo.

En cuanto a la equidad en salud Sen, se ha centrado en la teoría de las capacidades y ha tenido en cuenta la diversidad que posee cada ser humano, - como ya se había mencionado, son tanto internas como externas-, y afectan el entorno físico y social de una persona y por consiguiente, la vida; lo anterior enmarca un escenario donde se puede entender como las personas que tienen menos facultades que otras o menos facilidades para convertir los recursos en bienestar, podrían llegar a tener más complicaciones al momento de acceder al servicio de salud, ya sea por su condición social, nivel económico, edad, entre otras, que dificultan el adecuado acceso a la atención sanitaria.

---

<sup>17</sup> GUZMÁN URREA, María del pilar, (2006). Óp. cit. Pág. 54.

Esta teoría de Sen, advierte la existencia de una pluralidad local<sup>\*</sup>, en el sentido que define la pobreza y enmarca la cultura, es decir, lo que una privación a la salud en un determinado lugar puede ser algo bochornoso e ir en contra de la humanidad, en otra cultura diferente, puede ser algo normal y aceptable.

Lo anterior invita a reformular y revalorizar las culturas medicas locales, dado que esta es la que denota la aceptación y captación de la salud en tanto el diagnóstico y las prioridades, en un determinado lugar.

Un viraje en la medicina es importante, dice Sen, en la medida que existe una relación paternalista médico-paciente, en donde la persona que toma la decisión de qué hacer con la vida de una persona es el médico, bajo el supuesto de que este, siempre busca el bien para sus pacientes y además es el que posee los conocimientos; y no el mismo paciente, es aquí donde se enuncia la aceptación de eutanasia como medida de empoderamiento al paciente, solamente él es quien debería decidir qué hacer con su vida. El no permitir que el paciente determine qué camino desea tomar en relación a su propia vida, determina un acto inequitativo.

Para Sen, la equidad en salud no concierne únicamente a la salud, vista aisladamente, sino que debe abordarse desde el ámbito más amplio de la imparcialidad y la justicia de los acuerdos sociales<sup>18</sup>, incluida la distribución económica, y prestando la debida atención al papel de la salud en la vida y la libertad humana; dado el carácter multidimensional de la equidad en salud, donde la economía, la política, la ciencia, entre otras variables, la afectan directamente en su calidad, efectividad y cubrimiento, se debe prestar atención a todos estos

---

<sup>\*</sup> Hace referencia a la existencia de más de una cosa o persona. Se aplica normalmente en aquellas circunstancias en las que coexisten varias cosas, ideas o personas, en este caso a nivel local.

<sup>18</sup> GUZMÁN URREA, María del pilar, (2006). Óp. cit. Pág. 54.

ámbitos al evaluar la equidad en salud, no se puede prestar atención a la salud solamente, se estaría llevando a cabo una incorrecta interpretación de la cadena.

Asegura Sen, que la igualdad no tiene fuerza en demasía, en el sentido de que es un concepto abstracto y depende de múltiples factores<sup>19</sup>, tanto así que para cada persona la igualdad es diferente; la verdadera tarea consiste en especificar qué es lo que hay que igualar, en qué sentido y bajo qué aspectos.

El paso fundamental consiste, en especificar el ámbito en el que hay que buscar la igualdad y las reglas a seguir para definir lo equitativo en tanto agregativo como distributivo.

Las respuestas a preguntas como "¿igualdad de qué?" y "¿equidad de qué forma?"<sup>20</sup> dependen del contenido de las respectivas teorías económicas y de la economía de la salud.

Lo que para Sen es particularmente grave e injusto, es que algunas personas pueden no tener la oportunidad de alcanzar una buena salud debido a acuerdos sociales y no a causa de una decisión personal que pudiese ser no preocuparse particularmente por su salud.

Para Sen, la salud es un factor decisivo en la desigual capacidad que tienen las personas para convertir los recursos en bienestar, en esa medida, si se reestablece el funcionamiento de este sector, en cuanto equidad e igualación de las capacidades y oportunidades de las personas, se podría percibir mayor bienestar en la sociedad.

---

<sup>19</sup> Ibíd. Pág. 54.

<sup>20</sup> Ibídem. pág. 54.

## 2. EL CONTEXTO DE LA DISTRIBUCIÓN FISCAL EN MATERIA DE SALUD EN COLOMBIA

En este capítulo se desarrollará, el comportamiento de la distribución de los rubros destinados al sector salud, se expondrá como se captan los bienes y como se distribuyen, además de su normatividad, su cobertura y calidad y su relación con el producto interno bruto.

El financiamiento de la salud en Colombia se realiza mediante diferentes tipos de fondos, estos son: contribuciones del Gobierno, de los trabajadores asalariados, de los independientes afiliados y de los empleadores.

Estos recursos se reúnen en el denominado “Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA)”, y este a su vez redistribuye los recursos recogidos a las Empresas Promotoras de Salud (EPS); el monto que se distribuye está delimitado por el número de afiliados que reporte cada EPS, con valores diferenciales según pertenezcan al régimen contributivo o al subsidiado.

En el caso de las personas afiliadas al régimen subsidiado, a los fondos reunidos por el FOSYGA se suman las transferencias que la Nación hace a los municipios para atender los servicios de salud. Por su parte, las EPS contratan los servicios con las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) bajo distintas modalidades: retrospectivo por evento, prospectivo por grupo diagnóstico y por capitación a los prestadores de ciertos servicios<sup>21</sup>.

El Régimen Contributivo exige que los dineros sean entregados a las EPS que cada persona es libre de seleccionar. Las EPS afilian y registran a los usuarios y organizan la prestación de los servicios contemplados en el Plan Obligatorio de

---

<sup>21</sup> ENS, trabajo decente. “Estudio de FESCOL sobre salud y seguridad social. Un comparativo de los sistemas de salud en Brasil, Chile, Costa Rica, México y Colombia”. En línea: [http://ens.org.co/apc-aa-files/4e7bc24bf4203c2a12902f078ba45224/Estudio\\_Fescol.pdf](http://ens.org.co/apc-aa-files/4e7bc24bf4203c2a12902f078ba45224/Estudio_Fescol.pdf). Pág. 11

Salud (POS), remitiendo las afiliaciones al FOSYGA, para que les sea devuelta bajo la modalidad de Unidad de Pago por Capitación (UPC), que corresponde a cada persona afiliada. La UPC se debe calcular actuarialmente, por grupo de edad y sexo<sup>22</sup>.

En cuanto a los municipios, las Secretarías de Salud correspondientes, contratan a las EPS que atienden usuarios del Régimen Subsidiado e igualmente son cubiertos los diferentes servicios con la modalidad de UPC, pero de menor cuantía, se les conoce como la UPC-S o subsidiada.

Las EPS pueden ser del Régimen Contributivo funcionando para el Subsidiado, Cajas de Compensación Familiar y Empresas Solidarias de Salud, que son de origen comunitario.

Las diferentes EPS contratan servicios con IPS privadas o con entidades hospitalarias públicas, este fenómeno se da dependiendo del tipo de planes que ofrezcan a sus afiliados.

Según las normas vigentes colombianas, el Régimen Subsidiado debe ser contratado con entidades públicas al menos en un 60% del valor de los servicios generados bajo esta modalidad, y con ciertas obligaciones de calidad<sup>23</sup>.

Dado el fenómeno de la “integración vertical” algunas EPS tienen sus propias IPS. Aunque la Ley 1122 limita ésta figura, la falta de control por parte del Estado ha permitido desarrollos inapropiados de ésta forma de crecimiento organizativo.

---

<sup>22</sup> *Ibíd.* Pág. 11

<sup>23</sup> ENS, trabajo decente. “Estudio de Fescol sobre salud y seguridad social. Un comparativo de los sistemas de salud en Brasil, Chile, Costa Rica, México y Colombia”. *Óp. Cit.* pág. 11

Existen Regímenes Especiales, que han conservado sus propios mecanismos de financiación, administración y prestación de servicios, un ejemplo de esto son el Sector Educativo y las Fuerzas Armadas.

Colombia se comprometió a igualar los regímenes establecidos, desde que incorporo al sistema de salud el modelo neoclásico bajo la expedición de la Ley 100 de 1993, donde se busca la diferenciación del derecho a la salud entre los afiliados que aportaban al Sistema de Seguridad Social (Régimen Contributivo) y aquellos que por sus limitaciones económicas debían ser subvencionados (Régimen Subsidiado)<sup>24</sup>.

## **2.1 LA EVOLUCIÓN DEL FINANCIAMIENTO DE LA SALUD EN COLOMBIA (2002-2014)**

Según la Procuraduría General de la Nación, el sistema de seguridad social en salud en Colombia (SGSSS), alcanzó el primer lugar en equidad financiera en el año 2000. Este lugar se dio gracias a la solidaridad que presentó en ese momento en su arquitectura fiscal<sup>25</sup>.

La Procuraduría muestra como el fenómeno mueve las diferentes cajas de fondos de la salud: “por un lado, el sistema pasa 1,5 puntos de la cuenta de compensación\* a la cuenta de solidaridad\* como contribución de la población de

---

<sup>24</sup> Ibídem. pág. 11

<sup>25</sup> Procuraduría General De La Nación. “Financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud Seguimiento y control preventivo a las políticas públicas”. ISBN 978-958-99991-5-8. Pág. 9.

\* Los recursos que financian la compensación en el régimen contributivo provienen de la diferencia entre los ingresos por cotización de sus afiliados y el valor de las unidades de pago por capitación (UPC), que le serán reconocidos por el sistema a cada entidad promotora de salud. Las entidades cuyos ingresos por cotización sean mayores que las unidades de pago por capitación reconocidas trasladarán estos recursos a la subcuenta de compensación, para financiar a las entidades en las que aquéllos sean menores que las últimas.

Los recursos de esta subcuenta tienen por objetivo, permitir la afiliación de la población pobre y vulnerable al régimen subsidiario del sistema de seguridad social en salud, a través de la cofinanciación de los subsidios correspondientes.

mejores ingresos a los más vulnerables. Por otro lado, el sistema de compensación del régimen contributivo redistribuye los aportes entre los diferentes afiliados al sistema a partir de la edad y el sexo, y no de la capacidad de aporte”<sup>26</sup>.

Sin embargo, la procuraduría dice que en la actualidad el sistema de seguridad social en salud en Colombia (SGSSS) está atravesando una de las mayores crisis financieras en más de cincuenta años y asegura el Gobierno Nacional que la causa de este es la insuficiencia de recursos que se manejan para la salud dentro del país.

La procuraduría también dice que El Gobierno Nacional considera que otra causa de la crisis es que en el sector salud existe suficiencia de recursos con inadecuados manejos, es decir que, circulan aproximadamente 40 billones de pesos, cantidad que se cree suficiente para un buen funcionamiento pero se evidencian en el sector hechos de corrupción públicamente conocidos, que son la consecuencia de un ineficiente sistema de inspección, vigilancia y control<sup>27</sup>.

El análisis del financiamiento a la salud se constituye como un eje central para el estudio del funcionamiento de cualquier sistema sanitario; es un elemento que incluso puede llegar a motivar reformas y cambios estructurales o coyunturales en la provisión de los servicios de salud.<sup>28</sup>

En Colombia, el financiamiento de la salud ha sido uno de los temas de mayor discusión, al punto de que buena parte de la declaratoria de la emergencia social

---

<sup>26</sup> Procuraduría General De La Nación. “Financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud Seguimiento y control preventivo a las políticas públicas”. Óp. cit. Pág. 9

<sup>27</sup> *Ibíd.* Pág. 9

<sup>28</sup> Observatorio De La Seguridad Social, Grupo De Economía De La Salud; (2011), “Evolución de la Seguridad Social en Salud en Colombia: avances, limitaciones y retos”. ISSN 1657 – 5415. Pág. 15

en salud de finales de 2009<sup>29</sup> estuvo motivada por la preocupación de una eventual crisis general del financiamiento del SGSSS.

La provisión de los servicios de salud en Colombia se realiza mediante financiación pública y privada: mientras el régimen subsidiado se financia en su mayoría con recursos fiscales, y en menor medida con recursos parafiscales, el régimen contributivo lo hace en su totalidad con recursos parafiscales provenientes de las contribuciones a la seguridad social. Por su parte, los subsistemas público (vinculados o no afiliados al SGSSS) y privado (medicina prepagada) lo hacen con recursos fiscales y recursos privados, respectivamente<sup>30</sup>.

El análisis del régimen contributivo y el régimen subsidiado concentran el mayor número de afiliados, y configuran el esquema de financiamiento por solidaridad consagrado en la Ley 100. El SGSSS tiene como fuente primordial de financiamiento al Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), el cual constituye una bolsa pública con cuatro subcuentas en la que se concentran y distribuyen los recursos provenientes de las cotizaciones de quienes se encuentran afiliados al régimen contributivo en la modalidad de cotizantes.

Para desarrollar de una manera más precisa el desenvolvimiento en cuanto a financiación del régimen contributivo y del régimen subsidiado se hablará específicamente de cada uno de ellos.

En primera medida el régimen contributivo se financia en su totalidad con los recursos de la subcuenta de compensación del FOSYGA. En esta cuenta se concentran los recursos que los cotizantes aportan de acuerdo con su ingreso

---

<sup>29</sup> CARDONA, Álvaro; (2009); ¿Para qué una emergencia social?. En: Publicaciones Semana. Disponible en: <http://www.semana.com/nacion/salud-seguridad-social/articulo/para-que-emergencia-social/111377-3>

<sup>30</sup> Observatorio De La Seguridad Social, Grupo De Economía De La Salud; (2011), óp. cit. Pág. 15

base de cotización, los cuales posteriormente pasan a ser distribuidos a las EPS según los gastos en los que hayan incurrido para garantizar el acceso al POS por parte de estos y su grupo familiar.

El saldo de esta cuenta muestra el balance del proceso de compensación del régimen contributivo, además de que recoge los ingresos por intereses y rendimientos financieros derivados del encargo fiduciario de estos recursos.<sup>31</sup>

En cuanto a las fuentes mediante las cuales se financia el régimen subsidiado, el rubro más importante ha sido el correspondiente al Sistema General de Participaciones (SGP), el cual comprende las transferencias de la nación a las entidades territoriales para la financiación de la salud, según lo establece la Ley 715 de 2001, y que equivale en la mayoría de años a la mitad de los recursos totales.

El segundo rubro en importancia en la financiación del régimen subsidiado es el FOSYGA, concretamente la cuenta de solidaridad, en la cual se concentran los recursos provenientes del 1,5 porcentual de la cotización del régimen contributivo que se destina para financiar el POS de quienes están en el régimen subsidiado<sup>32</sup>.

**2.1.1 Salud: cobertura y calidad.** La relación que existe dentro del ámbito sanitario, entre cobertura y calidad, radica en que, ambos conceptos son de importante relevancia a la hora de evaluar el servicio; es decir, que un servicio catalogado como “bueno” debería, cubrir a la mayor cantidad posible de la población para la que este asignado, y también, ser un servicio con estándares altos de calidad, lo que se haría patente con médicos especialistas, medicamentos y tratamientos con altos niveles de eficiencia y eficacia en las enfermedades.

---

<sup>31</sup> Ibíd. Pág. 11

<sup>32</sup> Ibídem. pág. 13

Los indicadores de cobertura de los servicios de salud reflejan la medida en que las personas que lo necesitan reciben intervenciones de salud importantes; estos indicadores reflejan la cantidad de la población que asiste a los servicios sanitarios y qué cantidad de población no asiste, del total nacional.

Los indicadores de calidad hacen un seguimiento permanente a los tiempos de espera, a la oportunidad en los servicios, a la satisfacción del usuario, a los indicadores trazadores que miden el comportamiento de la población afiliada, como lo son la mortalidad y la natalidad, entre otros.

Con la ejecución de estos indicadores, se generan acciones correctivas y preventivas que permiten corregir oportunamente los problemas que surgen en la ejecución de la salud y así tratar de evitar que se vuelvan a presentar; también se trata de generar políticas que impacten de manera positiva el aseguramiento y la prestación de los servicios sanitarios, para así tratar de ofrecer el mejor servicio basado en seguridad, eficiencia y calidad.

En Colombia el aumento de la cobertura en salud fue el mecanismo a través del cual la Ley 100 de 1993 pretendía facilitar el acceso a la salud para los colombianos, pero este no era el único factor que determinaba la utilización de los servicios.

Así una persona esté asegurada por el SGSSS, persisten ciertas barreras que pueden evitar que reciba atención médica en caso de necesitarlo. Unas de estas barreras están relacionadas con la oferta, como la falta de centros de atención o una mala calidad del servicio, y otras relacionadas con la demanda, como la falta de dinero o la necesidad de atención médica percibida por las personas.<sup>33</sup>

---

<sup>33</sup> AYALA GARCÍA, Jhorland; (2014); “La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso”; documentos de trabajo sobre economía regional; Banco De La República; ISSN 1692-3715. Pág. 1

Aún falta analizar variables que busquen el mejoramiento en el funcionamiento del sistema de salud colombiano; es necesario mejorar el acceso a los servicios médicos, para lo cual es preciso conocer cuáles son sus principales determinantes y qué herramientas de política se pueden utilizar para llegar a niveles de acceso cercanos al 100%.

Asimismo, hay que evaluar si las políticas sanitarias deberían estar focalizadas en mayor medida a algunas regiones del país, dado que exista la posibilidad de diferencias importantes al interior del mismo.

Existen dos tipos de acceso sanitario: el potencial y el realizado. El acceso potencial, está determinado por las características del sistema de salud, como la distancia que separa a los hogares del centro de salud más cercano; y el acceso realizado, depende de indicadores de uso de los servicios médicos y la satisfacción asociada a estos<sup>34</sup>.

De acuerdo a lo anterior, el acceso realizado puede medirse con factores de utilización de los servicios, como visitas al médico u odontólogo, admisión al centro médico, exámenes preventivos, entre otros, y por medio de factores de satisfacción como los tiempos de desplazamiento o espera, costos de las citas médicas y la calidad percibida del servicio.<sup>35</sup>

En cuanto a la calidad son varios los factores que inciden en su correcto desempeño, y es difícil aislar el efecto de componentes individuales que tiene sobre la salud; pero una cantidad de recursos adecuada para atender a las necesidades más importantes es un elemento necesario pero no suficiente para esta discusión.

---

<sup>34</sup> AYALA G., Jhorland; (2014); “La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso”; óp. cit. Pág. 2.

<sup>35</sup> *Ibidem*. Pág. 2

Desde hace casi 20 años ha sido evidente la crisis del sistema de salud en Colombia, no solo como consecuencia de las crecientes necesidades de recursos financieros para la atención de la población, sino por las dificultades para que esta, equitativamente y con independencia de su nivel de ingresos, acceda a servicios de buena calidad.

A través de los últimos 50 años se ha planteado en varias oportunidades la importancia de analizar el funcionamiento del sistema de salud de una manera exhaustiva, es decir que se analice en su conjunto y por cada uno de sus componentes, con el fin de promover la adopción de reformas estructurales para enfrentar las deficiencias que han sido detectadas.

Según Oscar Bernal y Catalina Gutiérrez, ese estudio no se hizo oportunamente, y aunque se introdujeron ajustes parciales en la operación del sistema que corrigieron unos de los problemas encontrados, aun no se ha logrado satisfacer la necesidad que tiene la población de obtener servicios de buena calidad, ni tampoco se ha podido cumplir con el propósito que la política pública tiene en esta área, que no es otro que el de mejorar la salud de todos los colombianos<sup>36</sup>.

Para la evaluación de la calidad se tienen en cuenta dos indicadores que son: el gasto en salud per cápita y el gasto por habitante, estos son dos medidas tradicionalmente usadas para medir el nivel de gasto. La primera indica el esfuerzo que hace un país para financiar la salud en relación con otras necesidades y con los recursos disponibles. El gasto per cápita indica, en valores absolutos, la disponibilidad de recursos promedio por habitante. Sin embargo, un esfuerzo fiscal significativo no necesariamente se traduce en mayor calidad<sup>37</sup>.

---

<sup>36</sup> BERNAL Óscar, GUTIÉRREZ Catalina; (2012); “La salud en Colombia: Logros, retos y recomendaciones”; Universidad De Los Andes; ISBN 978-958-695-774-8. Pág. 1

<sup>37</sup> *Ibíd.* Pág. 91

El impacto de la disponibilidad de recursos sobre la calidad está mediado por el costo de los beneficios prometidos. Al igual que en el caso del acceso real, si el costo de los beneficios prometidos es superior a los recursos disponibles, la calidad se puede ver deteriorada. Los recursos tampoco son suficientes si el sistema incentiva el crecimiento de los costos de la salud por encima del crecimiento real de las bases sobre las cuales se recaudan los recursos. Estos factores, sin embargo, están fuera del alcance del sistema de recaudo.<sup>38</sup>

**2.1.2 Salud y Producto Interno Bruto - PIB.** Colombia registró un gasto del Gobierno Nacional cercano al 17.5% del PIB, en promedio, durante el periodo presidencial de Uribe I (2002-2006), y del 18.1% del PIB durante el periodo presidencial de Uribe II (2007-2010)<sup>39</sup>.

Estas cifras representan un marcado incremento respecto al 10% del PIB de gasto público observado en la primera parte de los años noventa, cuando el impacto fiscal de la Constitución de 1991 no había entrado aún en todo su vigor.

Al corte de 2011, Colombia gastaba cerca del 8% del PIB en servicios de salud (incluyendo los gastos públicos y privados), con coberturas del 93% referidas al POS básico. En cambio, Gran Bretaña gastaba una cifra similar, pero logrando una cobertura universal y prestando mejores servicios de salud que Colombia.

Para el período 2010-2014, Colombia estaría gastando en salud el equivalente al 11.5% de su PIB, mientras que Gran Bretaña lograría contenerlo en el 9%. En el caso de Estados Unidos, aprobando su cobertura universal a partir de 2010 (vía el

---

<sup>38</sup> BERNAL Ó., GUTIÉRREZ C.; (2012); “La salud en Colombia: Logros, retos y recomendaciones”; Pág. 91

<sup>39</sup> CLAVIJO, Sergio et al; (2013); “Estructura fiscal de Colombia y ajustes requeridos (2012-2020)”; Premio a la Investigación “Germán Botero de los Ríos” Fedesarrollo; ANIF; ISBN: 978-958-57042-3-7. Pág. 96

Affordable Care Act de marzo de ese año), desbordará estas cifras al continuar incrementándolo de su actual 18.3% hacia el 20.3% de su PIB.<sup>40</sup>

La Administración de presidente Santos ha logrado “destrabar” alrededor de \$2.5 a \$3 billones de recursos para la salud (0.4% del PIB, más o menos a razón del 0.1% del PIB anual durante los próximos años), en particular en lo concerniente al Régimen Subsidiado, al lograr la aprobación de la Ley de Cuentas Maestras a finales de 2012 (Ley 1608 de 2013)<sup>41</sup>.

Los recursos habilitados se descompondrían en: i) \$1.8 billones de las cuentas maestras del Régimen Subsidiado; ii) \$150.000 millones de recursos del FOSYGA, destinados a sanear deudas de las entidades territoriales con las IPS del Subsidiado; iii) alrededor de \$60.000 millones en recursos de aportes patronales del SGP, no cubiertos con subsidios a la demanda; iv) \$44.000 millones en desahorros de las entidades territoriales en el FAEP, según lo habilitado en la Ley reglamentaria del SGR (Ley 1530 de 2012); v) \$48.000 millones del Fondo de Salvamento y Garantías para el sector salud (FONSAET creado por esta Ley); vi) \$425.000 millones para compra de cartera de las IPS a las EPS con cargo a los recursos de la subcuenta de garantías para la salud del FOSYGA, y vii) recursos provenientes de los excedentes de las rentas cedidas.

Vale la pena resaltar que en la mayoría de los casos, los recursos serían girados directamente a las IPS del Régimen Subsidiado, aliviando sustancialmente el cuello de botella consistente en el paso de los recursos por las EPS.

---

<sup>40</sup> *Ibíd.* pág. 97

<sup>41</sup> *Ibíd.* pág. 97

## 2.2 MECANISMOS DE FINANCIAMIENTO

El análisis de las fuentes de financiamiento y del gasto del sector de la salud es un tema relevante por su impacto no solo en la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud, sino también en el acceso que efectivamente la población puede lograr.

El análisis de la composición de las fuentes de financiamiento y su comparación con el acceso diferencial a los servicios de salud por los distintos grupos de población permite extraer conclusiones sobre el grado de equidad financiera del sistema<sup>42</sup>.

Al analizar los mecanismos de financiamiento que incurren en el SGSSS en Colombia se tiene que hay varias fuentes. Dos son las más significativas que son Cotizaciones de empleadores y empleados, estas representan el 12,5% del salario mensual de cada persona que reciba un sueldo. El empleado asume el 4% de la cotización y el empleador el 8.5%.

También están los recursos fiscales nacionales, que dan lugar a las transferencias intergubernamentales entre Departamentos y municipios, denominadas Sistema General de Participaciones (SGP). A este rubro se deben agregar los recursos fiscales de origen regional y local<sup>43</sup>.

Las reformas del financiamiento del sector de la salud se iniciaron durante los años ochenta como respuesta a la necesidad de compensar la reducción del aporte fiscal y tuvieron como principal objetivo aumentar los recursos financieros.

---

<sup>42</sup> Govindaraj R, Chellaraj G, Murray CJ. Health expenditures in Latin America and the Caribbean. *Soc Sci Med* 1997;44:157–169.

<sup>43</sup> AGUDELO, Carlos et al. (2011). "Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas". En línea: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v16n6/20.pdf>. Pág. 2819

Subsiguientemente se han ido revisando estas reformas en contraste con los objetivos planteados de la reforma del sector de la salud y de los programas económicos que buscan un crecimiento nacional con equidad.

En los países industrializados el financiamiento ha sido mayoritariamente público, en tanto que en la Región de las Américas el financiamiento proviene principalmente de los hogares.

Mientras que en los países industrializados, incluido Estados Unidos, la participación del financiamiento público (a través de impuestos y cuotas de seguridad social) en el sector está creciendo, en la Región de las Américas se percibe una tendencia opuesta, al mismo tiempo que se empiezan a incentivar los seguros privados y el pago por parte de los hogares<sup>44</sup>.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) “propone un esquema de análisis y diseño de la política de financiamiento del sector de la salud que parte del reconocimiento de que este debe incluir simultáneamente el componente de atención a las personas y el conjunto de intervenciones de salud pública. Entre estas últimas se incluyen tanto las que tienen características de bienes públicos como las que, teniendo características de bienes privados, presentan alta externalidad positiva (por ejemplo, los programas de vacunación)”<sup>45</sup>.

En Colombia, se han identificado cuatro mecanismos de financiamiento: 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.

---

<sup>44</sup> AGUDELO, Carlos et al. (2011). “Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas”. Óp. cit. En línea: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v16n6/20.pdf>. Pág. 2819

<sup>45</sup> Ibíd. Pág. 2819

Estos cuatro mecanismos tienen un impacto positivo en el logro del objetivo de generar ingresos, pero también pueden tener un impacto negativo en el acceso a los servicios de salud, en la medida en que se transformen en barreras financieras a la expresión de la demanda de atención de salud por parte de las familias.

Cada uno de estos mecanismos presenta ventajas y desventajas para el logro de los objetivos de sostenibilidad financiera, accesibilidad, equidad y eficiencia. El caso típico lo constituye el cobro a los usuarios, que, aunque tiene el potencial de generar ingresos financieros, también funciona como barrera al acceso y como causante de un financiamiento regresivo<sup>46</sup>.

**2.2.1 Normatividad del financiamiento en Colombia. Debates y planteamientos.** En Colombia a través de los años se han implementado diferentes leyes que vayan en concordancia con los objetivos planteados en la Constitución Política, y el cuanto al tema de salubridad, se han modificado las normas que lo rigen.

Uno de los cambios más significativos fue introducido con la ley 100 de 1993, donde esta ley trajo consigo cambios fundamentales en la operatividad y en el esquema de “organización industrial” del sector salud en Colombia. Su principal objetivo era crear un sistema único de aseguramiento con cobertura universal, buena calidad de atención a los usuarios y todo con el menor costo posible.

La Ley 100 creó entonces un sistema único de aseguramiento, basado en la aplicación del principio de “subsidiados cruzados” entre dos regímenes: el Régimen Contributivo y el Régimen Subsidiado.

---

<sup>46</sup> MOLINA, Raúl, et al. (2000); “Gasto y financiamiento en salud: situación y tendencias”, ISSN 1020-4989; en línea: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-4989200000700010](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-4989200000700010)

El Régimen Contributivo reparte el costo de aseguramiento entre el empleador y el empleado. A este Régimen lo impulsan las Empresas Promotoras de Salud (EPS) que operan como las entidades aseguradoras del sistema, proveyendo un servicio “estandarizado”, conocido como el POS.

Este paquete de servicios básicos se prestaría a través de las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS). Los propietarios de las EPS podrían integrar redes de servicios a través de crear sus propias IPS.

El Régimen Subsidiado está reservado para individuos que no cuentan con recursos económicos suficientes para abordar las contribuciones en salud en su totalidad, por lo cual el Estado asume total o parcialmente este costo.

Según Sergio Clavijo, el Régimen Subsidiado venía operando bajo un esquema de aseguramiento parcial, es decir, un POS con menores servicios que el del Régimen Contributivo, hasta que la Corte Constitucional, a través de las sentencias C-463 y T-760 de 2008, ordenó la aceleración de la cobertura universal y la homologación de los sistemas sanitarios, y además con estas sentencias ratificó la salud como un derecho fundamental.

En la T-760, la Corte Constitucional ordenó unificar el POS bajo una única carta de atención, con servicios generales para todo el público. Además, ordenó a las EPS garantizar el acceso a estos servicios de forma oportuna, eficaz y con buena calidad.

Siguiendo lo anterior, también le ordenó al Gobierno realizar los esfuerzos fiscales y presupuestales para girarle oportunamente los recursos que les correspondan a

las EPS y asegurar el cumplimiento de la cobertura universal en salud antes del año 2010, respecto de un cubrimiento del 91%<sup>47</sup>.

Otra reforma fue la C-463, ésta, buscaba evitar que el fenómeno de la tutela siguiera siendo el procedimiento de reclamación más utilizado en Colombia, instaurando como camino regular las instancias técnicas de la salud. Éstas deberán decidir quién debe asumir el costo de estos servicios y en qué proporción.

La Ley 1122 introdujo cambios que pueden contribuir a explicar el aumento de los recursos para la financiación del régimen subsidiado en los últimos años.

En primer lugar, se dispuso que el incremento del 0.5 porcentual de la cotización del régimen contributivo se destinara para la financiación del régimen subsidiado, aumentando así los recursos parafiscales por la vía de una mayor solidaridad, lo que se evidencia también al observar la participación que ha tenido el FOSYGA dentro de las fuentes de financiación.

En segundo lugar, se destaca la reforma del Artículo 214 de la Ley 100, lo cual permitió modificar el destino de las partidas del SGP con destino a salud, incrementándose la participación para el régimen subsidiado: 50% en 2006, 56% en 2007, 61% en 2008 y 65% en 2009<sup>48</sup>.

Con la Ley 1438 de 2011, se planteó que el monto mínimo de estos recursos debería ser del 65%, de acuerdo con el plan de transformación concertado entre el Gobierno Nacional y las entidades territoriales, hasta llegar al 80% en el 2015 (Artículo 44).

---

<sup>47</sup> CLAVIJO, S. et al; (2013); “Estructura fiscal de Colombia y ajustes requeridos (2012-2020)”. Óp.cit. pág. 70

<sup>48</sup> CLAVIJO, S. et al; (2013); “Estructura fiscal de Colombia y ajustes requeridos (2012-2020)”. Óp.cit. pág. 70

Con esta ley se buscó: garantizar la prestación del servicio en cualquier parte del territorio nacional (portabilidad del servicio en salud); ampliar la modalidad de planes voluntarios del POS; controlar precios de medicamentos; otorgar gratuidad de atención a niños en discapacidad y víctimas de catástrofes naturales; e implementar una actualización del POS cada dos años con miras a controlar los recobros al FOSYGA.

En tercer lugar, se definió que a partir de 2009, los departamentos deberían destinar por lo menos el 25% de las rentas cedidas, es decir, recaudos por impuestos a la cerveza, licores y loterías, al régimen subsidiado.

Un asunto que preocupa y que puede significar un retroceso, radica en el hecho de que la Ley 1122 estableció un aumento en 0,5 de la cotización, destinándose así 1,5 puntos porcentuales de la cotización del contributivo a la financiación de la subcuenta de solidaridad, situación que cambió con la Ley 1438, en donde se dice que este monto puede ser hasta de 1,5%, dejando libre la posibilidad de que los recursos destinados al régimen subsidiado provenientes de los aportes parafiscales puedan ser inferiores a lo estipulado en la anterior reglamentación.

El régimen del POS fue actualizado a finales de 2011. En esta actualización fueron incluidos 197 nuevos tratamientos de tecnología avanzada, entre los que se destacan los destinados a enfermedades de alto costo como la diabetes y el cáncer, y nuevos procedimientos en las áreas de ginecología, salud mental, odontología, entre otros.

Finalmente, la Administración Santos ha logrado “destrabar” alrededor de \$2.5-\$3 billones de recursos para la salud (0.4% del PIB, más o menos a razón del 0.1% del PIB anual), en particular en lo concerniente al Régimen Subsidiado, al lograr la

aprobación de la Ley de Cuentas Maestras a finales de 2012 con la Ley 1608 de 2013<sup>49</sup>.

### **2.3 DESAFÍOS DE LA DISTRIBUCIÓN FISCAL EN SALUD**

Es claro el desafío fiscal y de gestión en salud que estará enfrentando Colombia en el futuro inmediato, cuando deberá honrar los mandatos de cobertura universal y homologación de los servicios POS (mejorando y nivelando los servicios en salud).

Según el Plan Nacional de Desarrollo, “Prosperidad para todos 2010-2014”, la meta de cobertura universal se alcanzaría en 2014, mientras que la unificación del POS sólo se estaría cumpliendo en un 80% en ese año<sup>50</sup>.

Dice Sergio Clavijo que esta última meta se cumplió anticipadamente en julio de 2012, atendiendo lo mandado por la Corte Constitucional en su Sentencia T-760.

Así el Acuerdo 32 de 2012 (CREE) igualó los planes de beneficios obligatorios del Régimen Contributivo y Régimen Subsidiado para la población de 18-59 años.

Se ha estimado que la cobertura universal implicaría un gasto adicional de \$1.5 billones (0.3% del PIB) a partir de 2012, mientras que la homologación total de servicios POS podría implicar un gasto mensual de \$120.000 millones (alrededor de \$1.4 billones al año-0.2% del PIB), pudiendo llegar a cerca de \$7 billones (cerca del 1% del PIB) entre 2012 y 2016<sup>51</sup>.

---

<sup>49</sup> ibíd. pág. 84

<sup>50</sup> CLAVIJO, S. et al; (2013); “Estructura fiscal de Colombia y ajustes requeridos (2012-2020)”.

Óp.cit. pág. 84

<sup>51</sup> Ibíd. Pág. 95

Así, el incremento (esperado) del gasto en salud en Colombia podría totalizar un 1.3% del PIB cuando quiera que ello se implemente totalmente. Si a éste se le suma al gasto actual del 8.3% del PIB, Colombia estaría llegando a un gasto total en salud del orden del 9.6% del PIB al finalizar el año 2014, todavía inferior al 20% del PIB de Estados Unidos, pero sobrepasando ya el 9% del PIB que registraría Inglaterra. Se estimó que los costos adicionales de la cobertura universal serían de \$1.5 billones (0.3% del PIB de 2010) entre 2011 y 2014, mientras que los costos de la homologación del POS llevada a cabo en 2012 conllevaría costos anuales por cerca del 0.2% del PIB o alrededor de un 1% del PIB en el próximo lustro<sup>52</sup>. Así, los gastos adicionales comprometerían un 0.5% del PIB por año (0.2%+0.3% del PIB).

Adicionalmente, la nivelación de la UPC del Subsidiado podría estar costando alrededor de \$2 billones por año (0.3% del PIB), llevando los costos totales al 0.8% del PIB.

Estos gastos se estarían enfrentando así: i) arbitrajes de recursos adicionales para la salud del 0.1% del PIB por año, según Ley 1393 de 2010; ii) arbitrajes de recursos de las Cajas de Compensación, los territorios e, incluso, del Gobierno Central por valor del 0.2% del PIB, según Ley 1438 de 2011; y iii) un 0.2% del PIB anuales correspondientes a los arbitrajes logrados vía la Ley de cuentas maestras (Ley 1608 de 2013) y la reforma tributaria de finales de 2012 (Ley 1607 de 2012).<sup>53</sup>

En síntesis, la Ley 100 de 1993, de llegar a cumplir su objetivo de universalizar los servicios de salud ha tardado mucho más de lo pensado y su manejo ha resultado algo traumático y costoso.

---

<sup>52</sup> ibídem. Pág. 95

<sup>53</sup> Ibídem. Pág. 95

Algo positivo es que el grueso de los colombianos hoy tiene acceso a servicios de salud, cubriendo un POS-básico bastante aceptable para los estándares de América Latina.

Lo negativo es que, en términos absolutos y relativos al PIB de Colombia, estos servicios de salud están poniendo una elevada presión sobre el fisco nacional y no parecería haber marcha atrás en las medidas de universalización y homologación, en medio de elevadas complejidades administrativas que han evidenciado corrupción, tanto en el sector público como privado.

Contener el déficit en salud respecto de sus trayectorias actuales (-2.1% del PIB en 2006, -2.8% en 2010, -3.4% en 2015) puede hacerse por dos vías, las cuales probablemente estarán combinándose hacia el futuro: i) trabajando en la línea de ganar en formalidad laboral para lograr voltear (así sea parcialmente) su financiamiento a favor del Régimen Contributivo; y ii) allegando más recursos tributarios para lograr fondear esos mayores servicios y cobertura; algo de lo cual se ha ido logrando a través de la aprobación de la Ley 1393 de 2010 y la 1438 de 2011<sup>54</sup>.

Pero también se debe tener en cuenta que una parte de la población permanece siendo subsidiada, hecho que se respaldó con las medidas adicionales de financiamiento al Régimen Subsidiado introducidas en la Ley 1122 de 2007 y sus reglamentarios.

Una de las razones que mantiene esta situación es que mientras subsistan ciertas condiciones en la macroeconomía, como el desempleo y el subempleo o el empleo informal, y mientras una porción de los empleadores, evadan las responsabilidades frente al Sistema de Seguridad y de Protección Social, los

---

<sup>54</sup> CLAVIJO, S. et al; (2013); “Estructura fiscal de Colombia y ajustes requeridos (2012-2020)”. Óp.cit. Pág. 95

subsidios seguirán siendo necesarios, estos grupos poblacionales bien pueden superar el 60% de la población económicamente activa.

Lo anterior también incide en el alto valor que en Colombia tiene el gasto de bolsillo\*, agravado por el desproporcionado costo de los medicamentos, cuyos precios, prácticamente no controlados, superan significativamente a los de los demás países, al punto que existen estudios señalan a Colombia como el país más costoso del mundo en tal aspecto. (Health Action International).

Vale la pena anotar aquí que, según el Departamento Nacional de Estadísticas (DANE), hay meses en los que los incrementos de los costos de salud superan en tres veces el del índice de precios al consumidor (IPC) en los demás ítems<sup>55</sup>.

De igual manera, la desalarización\*, dada su tendencia a aumentar, conducirá a una inevitable crisis financiera del sector salud.

Aunque los expertos en el tema como Mario Hernández, no se han puesto de acuerdo sobre el tamaño del déficit financiero del sector, y aunque insisten en que los recursos sí alcanzan para atender a toda la población con un POS unificado, el incremento de la pobreza, el envejecimiento de la población y otros fenómenos, auguran una falta de sostenibilidad del financiamiento de la salud en Colombia.

Algunos síntomas que muestran la gravedad del problema financiero de la salud en el país, pueden percibirse en el déficit hospitalario, con cifras que oscilan entre 3,5 y 4,5 billones de pesos en deudas mientras que los costos de intermediación

---

\* Hace referencia al dinero que las personas tiene que sacar de su bolsillo para cubrir gastos en salud que no contempla el POS

<sup>55</sup> ENS, trabajo decente. "Estudio de Fescol sobre salud y seguridad social. Un comparativo de los sistemas de salud en Brasil, Chile, Costa Rica, México y Colombia". Óp. Cit. Pág. 11

\* Pacto que se realiza entre empleador y trabajador, sobre una parte de la remuneración, para que esta no sea constitutiva de factor salarial. Así, esta parte de la remuneración no se tomará como base para liquidar los derechos laborales del trabajador, ni para efectuar de aportes a la seguridad social.

(léase EPS, que han sido sindicadas por uso indebido de los recursos públicos que administran) pueden alcanzar los 9 billones de pesos<sup>56</sup>.

**2.3.1 Centralización y descentralización.** La descentralización es una estrategia de ordenamiento del Estado para el eficiente cumplimiento de sus fines esenciales, a través de la transferencia de poder político, recursos y competencias del Gobierno Nacional a las entidades territoriales.

Teóricamente se habla de descentralización fiscal donde el sector público de una sociedad está compuesto por varios niveles de gobierno<sup>57</sup>.

La descentralización fiscal es una política pública que brinda mayor autonomía a los entes subnacionales en el manejo y recaudo de los recursos fiscales con el objetivo de mejorar la disponibilidad de bienes y servicios públicos; la provisión de estos mejora la situación del país, dado que de esta manera los gobiernos pueden tomar decisiones de una forma más eficiente porque conocen de cerca las necesidades y preferencias de las comunidades.

Colombia ha tenido experiencia en una gestión de salud centralizada por parte del Estado, al igual que en una gestión descentralizada. Estas se dividen, cronológicamente, antes y después de la Ley 100 de 1993.

La descentralización política y fiscal, es una de las características actuales del Estado colombiano.

Las medidas adoptadas en Colombia han estado orientadas a garantizar un proceso de descentralización integral, mediante la combinación de aspectos administrativos en la distribución de competencias.

---

<sup>56</sup> ENS, trabajo decente. “Estudio de Fescol sobre salud y seguridad social. Un comparativo de los sistemas de salud en Brasil, Chile, Costa Rica, México y Colombia”. Óp. Cit. Pág. 11

<sup>57</sup> IREGUI, Ana et al. (2001). “análisis de la descentralización fiscal en Colombia”. Ban. Rep. Pág. 2

En cuanto a los cambios políticos que han venido con la descentralización, se tiene la elección popular de alcaldes, gobernadores y la creación de mecanismos de participación ciudadana; y en cuanto a los cambios fiscales, se ha fortalecido la capacidad tributaria territorial y el crecimiento progresivo del sistema intergubernamental de transferencias<sup>58</sup>

Durante las dos últimas décadas se han producido avances importantes que han llevado a profundizar este esquema en Colombia, siendo uno de los más descentralizados de América Latina.

En cuanto a la descentralización política, este proceso otorgó mayores recursos y autonomía a los entes territoriales en el manejo de recursos para el gasto social la también, la elección popular de alcaldes y gobernadores, que en la actualidad rige por un período de cuatro años. Complementariamente, se han creado mecanismos de participación con el fin de fortalecer la democracia participativa.

Por otra parte, en el financiamiento de las competencias transferidas a las entidades territoriales, la descentralización fiscal se ha caracterizado por el fortalecimiento de tres mecanismos: la tributación territorial, el Sistema General de Participaciones y las regalías.

El gobierno colombiano aplicó un sistema de descentralización de recursos y competencias basado en estadísticas socioeconómicas y de desempeño fiscal para girar recursos a los gobiernos locales, además afianzó los sistemas de autofinanciamiento a través de rentas departamentales y municipales.

---

<sup>58</sup> SALINAS, Manuel. (2014). "Descentralización Fiscal Y Servicio De Salud. Un Estudio Para Los Departamentos De Colombia En La Última Década". Universidad del Valle. Pág. 7

A partir de la Constitución de 1991, el servicio de salud se presta de manera descentralizada. Se pueden destacar dos antecedentes de la descentralización fiscal en Colombia como son: la Ley 60 de 1993 y la Ley 715 de 2001<sup>59</sup>.

Según Manuel Salinas, la primera ley consistió en precisar el marco general que estableció la constitución de 1991 en términos de descentralización, estableciendo las competencias y recursos transferidos por la nación a los entes territoriales.

Estas Competencias consisten en que los entes territoriales empezaron a asumir la inversión en infraestructura, los gastos de personal, la administración del servicio y los pagos de subsidios tanto en salud como en educación.

La Ley 715 de 2001, modificó el marco normativo establecido por la ley 60 de 1993, en el sector salud, además se distribuyeron las competencias, de tal manera que la afiliación al régimen subsidiado quedó a cargo de los distritos y municipios.

Salinas dice que la transformación y organización de la red pública prestadora de servicios se le asignó a los departamentos y se mantuvo el carácter municipal en la atención de primer nivel, buscando la superposición de las competencias entre departamentos y municipios.

En conclusión, Colombia pasó de un modelo que brindaba subsidios a la oferta, en un esquema centralizado, basado en hospitales públicos donde se prestaba un servicio igual para todos y con tratamientos homogéneos, a un modelo que brinda subsidios a la demanda, que se basa en la descentralización, la autonomía y responsabilidad de los prestadores de servicios de salud, donde se llega a sectores de la población que se encontraban excluidos con el modelo anterior.

---

<sup>59</sup> Ibíd. Pág. 7

### 2.3.2 Debates contemporáneos

*La promoción y la protección de la salud son esenciales para el bienestar humano  
y para un desarrollo socio-económico sostenido.*

*Declaración de Alma-Ata, Kazajstán*

El cambio de modelo de salud trajo profundas crisis en algunas de las entidades públicas encargadas de prestar servicios sanitarios. Estos problemas han impactado diferentes ámbitos y han provocado una crisis sistemática, unas de las causas de esta crisis han sido:

María Duque y otros, señala que el incremento en el número de usuarios en el sistema, se pasa de atender a las personas con capacidad de pago (cotizantes), a la atención de todo su grupo familiar (beneficiarios). También, las Políticas estatales que plantean la cobertura universal en salud de la cual, se hace a través del régimen subsidiado.

Otro problema, según María Duque y otros, es que las entidades que prestan servicios de salud tienen estructuras complejas, en las cuales fenómenos como los requisitos para la utilización de tecnología costosa, la alta proporción de personal de múltiples profesiones y oficios, los altos costos de personal, la antigüedad del mismo y las cargas de las convenciones colectivas pactadas a través de los años, son unos de los factores que representan los más altos costos de operación en el sistema.

El control sobre el consumo de recursos o la racionalización en su utilización es otro problema que fomenta la crisis, dado que esta no es una decisión que repose sobre la dirección de la entidad, el personal que presta los servicios como los médicos, enfermeras, y demás, que en la estructura jerárquica de la salud se encuentran en la base, son los que tienen el poder sobre esta decisión tan

trascendental, al ser los prescriptores se convierten en los principales generadores de costos y, en consecuencia, son las figuras que pueden proceder a la racionalización o contención del gasto hospitalario, la relevancia de este personal los convierte en la parte fundamental de la organización, rompiendo así con la lógica jerárquica<sup>60</sup>.

La estructura financiera de entidades de salud es compleja, está compuesta por costos fijos altos, también por capacidad ociosa que se hace patente con ocasiones donde no se utiliza toda la capacidad en equipamiento y personal instalada, también con niveles de rentabilidad relativamente bajos para el riesgo que involucra y altos requerimientos de liquidez que no son posibles de obtener, quien administra los recursos del sistema, que en el caso colombiano es el Fondo de Solidaridad y Garantía –FOSYGA-, no gira oportunamente los recursos y reiteradamente incumple con los acuerdos de pago.

El principal elemento del costo en las entidades de salud es la mano de obra, la cual hace que en varias oportunidades, este rubro alcance un 75% e incluso hasta un 80% de los costos totales<sup>61</sup>.

La falta de sistemas de información integrados, con procesamiento de información en tiempo real, hace que en algunas de las entidades de salud colombianas se presenten fenómenos como: dobles afiliaciones, reclamo de medicamentos en varios puntos de atención, también atención de personas que no están afiliadas al sistema (suplantaciones), robo de medicamentos para ser vendidos en el mercado negro, entre otros.

---

<sup>60</sup> DUQUE, María et al. (2009). “Análisis De Los Sistemas De Costos Utilizados En Las Entidades Del Sector Salud En Colombia Y Su Utilidad Para La Toma De Decisiones”. Universidad de Antioquia. Revista del Instituto Internacional de Costos, ISSN 1646-6896, n° 5. pág. 497

<sup>61</sup> DUQUE, María et al. (2009). “Análisis De Los Sistemas De Costos Utilizados En Las Entidades Del Sector Salud En Colombia Y Su Utilidad Para La Toma De Decisiones”. Óp. cit. pág. 498

Los manuales tarifarios que rigen el sector y mediante los cuales se definen los valores máximos a cobrar en cada una de las actividades, procedimientos e intervenciones, no fueron construidos teniendo como base estudios de costos rigurosos, lo que hace que las entidades del sector al aplicar esta estructura tarifaria definida por ley, no alcancen ni siquiera a cubrir sus costos, por ende no generan rentabilidad y mucho menos pueden invertir sus excedentes en modernización de equipos, actualización de los sistemas de información, capacitación del personal y demás acciones necesarias para hacer más eficientes los procesos<sup>62</sup>.

Todos los problemas descritos anteriormente dificultan el actuar de los sistemas de salud, lo óptimo sería que el Gobierno Nacional se encargara de que los debates contemporáneos giraran en torno al incremento en tecnología y servicios de información que mejoraran el escenario de salud con calidad y cobertura, en vez de lo que se da en la realidad que son sobre costos y servicios de baja calidad.

---

<sup>62</sup> Ibíd. pág. 498

### 3. EVOLUCIÓN DEL GASTO SOCIAL EN SALUD EN COLOMBIA 2002-2014

El gasto total en salud es la suma del gasto público y privado en salud, además, abarca la prestación de servicios de salud tanto preventivos como curativos, las actividades de planificación familiar, las actividades de nutrición y la asistencia de emergencia designadas para la salud, pero no incluye el suministro de agua y servicios sanitarios<sup>63</sup>.

El gasto público social en salud, que es el tema central de este trabajo, es aquel que comprende el gasto recurrente y de capital, proveniente de los presupuestos públicos tanto central como locales, es decir comprende los fondos del gobierno nacional y de los gobiernos departamentales y regionales, el endeudamiento externo y las donaciones, que también incluye las donaciones de los organismos internacionales y las organizaciones no gubernamentales, y los fondos de seguros de salud sociales u obligatorios<sup>64</sup>.

El propósito de analizar las variables y el comportamiento del gasto público social en salud, es concluir si su participación en Colombia es significativa y además si se está llevando a cabo de una manera equitativa, para esto se hará uso de variables como el Gini y la mortalidad infantil; además se comparará su desempeño con el de otros países de latino América.

Este capítulo se divide en cuatro partes, la primera denota el proceder de la ecuación ingresos vs gastos y dictamina déficit o superávit, esto con el propósito de observar el manejo del dinero por parte del gobierno; la segunda parte, habla del gasto público social, su definición y sus componentes además señala como se ha comportado en Colombia dentro del periodo de estudio. La tercera parte, muestra todo lo concerniente al gasto social en salud, se evalúa su

---

<sup>63</sup> EL BANCO MUNDIAL. Gasto en salud, sector público (% del gasto total en salud). En línea: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.PUBL>

<sup>64</sup> *Ibíd.*

desarrollo en el país y se compara con otros países latinoamericanos. Y por último, la cuarta parte de este trabajo, definirá los indicadores de Gini y de mortalidad infantil, los cuales serán utilizados para definir si en Colombia existe equidad en cuanto al gasto público y que factores lo determinan.

### **3.1 CIERRE FISCAL DEL GOBIERNO NACIONAL 2002-2014**

En Colombia durante el 2002 y 2014, se denotan cambios estructurales y políticos que arrojan niveles de déficit en la mayoría del estudio, luego de confrontar los ingresos y gastos que el Gobierno Nacional Central ejecutó para el sostenimiento del país, dado el déficit, éste tuvo que manifestar los fondos utilizados para financiar al país.

A continuación se mostrará el Cierre Fiscal de cada año que comprende este trabajo, y es un documento de seguimiento al resultado fiscal del Sector Público, donde se confrontan los datos de ingresos y gastos y donde se explica el comportamiento observado en cada componente del balance de acuerdo con la metodología que para tal efecto define el Consejo Superior de Política Fiscal - CONFIS.

La ley que rige actualmente el cierre fiscal es la Ley 1473 de 2011 donde por medio de ésta se establece una regla fiscal y se dictan otras disposiciones.

Esta ley tiene por objeto expedir normas que garanticen la sostenibilidad de largo plazo de las finanzas públicas y también que éstas contribuyan a la estabilidad macroeconómica del país.

Además define y establece los parámetros del cierre fiscal que son:

El Balance Fiscal Total que es el resultado de la diferencia entre el ingreso total y el gasto total del Gobierno Nacional Central, de acuerdo con la metodología que para tal efecto define el CONFIS. El Ingreso Total, el cual equivale a la suma del ingreso estructural y los ingresos provenientes por efecto del ciclo económico, los efectos extraordinarios de la actividad minero-energética y otros efectos similares. El Gasto Total, que corresponde a la suma del gasto estructural y el gasto contracíclico. El Ingreso Estructural, el cual es el ingreso total del Gobierno Nacional Central, una vez ajustado por el efecto del ciclo económico y los efectos extraordinarios de la actividad minero energética y otros efectos similares. Y El Gasto Estructural, que es el nivel de gasto consistente con el ingreso estructural, en las condiciones establecidas en la ley 1473 de 2011<sup>65</sup>. El Gasto Contracíclico, que corresponde al gasto temporal que contribuye a que la economía retorne a su senda de crecimiento de largo plazo, según se autoriza en el artículo sexto (6°)\* de la ley 1473 de 2011<sup>66</sup>.

**3.1.1 Descripción del balance fiscal 2002-2014.** En este capítulo se describirán los datos más importantes y/o relevantes reportados en cada año del estudio.

Empezando en el año 2002, el balance fiscal que se reporta al cierre, evidencia que el Gobierno Nacional Central registró un déficit de \$12.847 miles de millones,

---

<sup>65</sup> Congreso De La República. (2011). LEY 1473 DE 2011, Diario Oficial No. 48.121 de 5 de julio de 2011. En línea:

[https://www.cancilleria.gov.co/sites/default/files/Normograma/docs/ley\\_1473\\_2011.htm](https://www.cancilleria.gov.co/sites/default/files/Normograma/docs/ley_1473_2011.htm)

\* El Gobierno Nacional podrá llevar a cabo programas de gasto, como política contracíclica, cuando se proyecte que en un año particular a tasa de crecimiento económico real estará dos puntos porcentuales o más por debajo de la tasa de crecimiento económico real de largo plazo, siempre y cuando se proyecte igualmente una brecha negativa del producto. Este gasto contracíclico no puede ser superior a un 20% de esta brecha estimada.

Este gasto será transitorio y se desmontará completamente en un período de dos años, siendo requisito que en el primer año de este período la economía debe registrar una tasa de crecimiento económico real igual o superior a su crecimiento económico real de largo plazo.

El CONFIS definirá la metodología de cálculo de la brecha del producto, el monto del gasto contracíclico y la trayectoria de su desmonte, considerando la evolución de la brecha del producto y de la situación económica en general.

<sup>66</sup> Congreso De La República. (2011). LEY 1473 DE 2011, Diario Oficial No. 48.121 de 5 de julio de 2011. En línea:

[https://www.cancilleria.gov.co/sites/default/files/Normograma/docs/ley\\_1473\\_2011.htm](https://www.cancilleria.gov.co/sites/default/files/Normograma/docs/ley_1473_2011.htm)

lo cual representa el 6.3% del PIB. Este déficit es resultado de la diferencia de ingresos (de caja y de causación) por \$30.344 miles de millones, que son el 14.9% del PIB, y gastos por \$43.192 miles de millones, que son el 21.1% del PIB<sup>67</sup>.

El cierre fiscal para el año 2003 muestra que el Gobierno Nacional Central registró un déficit de \$12.151 miles de millones, representados por el 5.5% del PIB. Este déficit es resultado de la diferencia entre ingresos (de caja y causación) por \$34.445 miles de millones, que son el 15.5% del PIB, y gastos por \$46.596 miles de millones, que son el 20.9% del PIB<sup>68</sup>.

En cuando al 2004, el cierre del balance fiscal del año denota que el Gobierno Nacional Central registró un déficit de \$13.983 miles de millones, que corresponden al 5.6% del PIB. Este déficit es resultado de la diferencia entre ingresos (de caja y causación) por \$39.952 miles de millones, que son el 16% del PIB, y gastos por \$53.934 miles de millones, que son el 21.6% del PIB<sup>69</sup>.

Durante la vigencia del año 2005 el Gobierno Nacional Central, presentó un déficit de \$13.598 miles de millones, equivalente a 4.8% del PIB, aunque este resultado fue 0.7% del PIB menor a lo observado al cierre de 2004. El resultado observado es producto de ingresos por \$45.876 miles de millones, (16.2% del PIB), y gastos por \$59.474 miles de millones, (20.9%) del PIB<sup>70</sup>.

---

<sup>67</sup> CONFIS, (2003); Cierre Fiscal 2002, Documento Asesores 03/2003, en línea:  
[http://www.minhacienda.gov.co/portal/page/portal/HomeMinhacienda/politicaFiscal/CierreFiscal/Historico/DOC%20-%200003%20-%202003%20\(SPC%20-%20Cierre%20Fiscal%202002\).pdf](http://www.minhacienda.gov.co/portal/page/portal/HomeMinhacienda/politicaFiscal/CierreFiscal/Historico/DOC%20-%200003%20-%202003%20(SPC%20-%20Cierre%20Fiscal%202002).pdf)

<sup>68</sup> CONFIS, (2004), Cierre Fiscal 2003 Documento Asesores 02/2004. Óp. cit. En línea:  
[http://www.minhacienda.gov.co/portal/page/portal/HomeMinhacienda/politicaFiscal/CierreFiscal/Historico/DOC%20-%200002%20-%202004%20\(SPC%20-%20Cierre%20Fiscal%202003\).pdf](http://www.minhacienda.gov.co/portal/page/portal/HomeMinhacienda/politicaFiscal/CierreFiscal/Historico/DOC%20-%200002%20-%202004%20(SPC%20-%20Cierre%20Fiscal%202003).pdf)

<sup>69</sup> CONFIS (2005), Cierre Fiscal 2004 Documento Asesores 02/2005, en línea:  
[http://www.minhacienda.gov.co/portal/page/portal/HomeMinhacienda/politicaFiscal/CierreFiscal/Historico/DOC%20-%200002%20-%202005%20\(SPC%20-%20Cierre%20Fiscal%202004\).pdf](http://www.minhacienda.gov.co/portal/page/portal/HomeMinhacienda/politicaFiscal/CierreFiscal/Historico/DOC%20-%200002%20-%202005%20(SPC%20-%20Cierre%20Fiscal%202004).pdf)

<sup>70</sup> CONFIS, (2006), Cierre Fiscal 2005 Documento Asesores 03/2006, en línea:  
[http://www.minhacienda.gov.co/portal/page/portal/HomeMinhacienda/politicaFiscal/CierreFiscal/Historico/DOC%20-%200003%20-%202006%20\(SPC%20-%20Cierre%20Fiscal%202005\).pdf](http://www.minhacienda.gov.co/portal/page/portal/HomeMinhacienda/politicaFiscal/CierreFiscal/Historico/DOC%20-%200003%20-%202006%20(SPC%20-%20Cierre%20Fiscal%202005).pdf)

Al cierre fiscal del año 2006 el déficit del Gobierno Nacional Central reportado en el balance fiscal, ascendió a \$13.027 miles de millones (4,1% del PIB), producto de la diferencia entre ingresos por \$56.347 miles de millones (17,6% del PIB) y gastos por \$69.374 miles de millones (21,6% del PIB). Por otra parte, los costos totales de la reestructuración financiera sumaron \$1.113 miles de millones (0,3% del PIB), obteniendo un déficit a financiar por \$14.141 miles de millones (4,4% del PIB)<sup>71</sup>.

Al cierre fiscal de la vigencia del año 2007 se reportó un déficit del Gobierno Nacional Central que ascendió a \$11.505 miles de millones con un porcentaje del 3,2% del PIB, producto de la diferencia entre ingresos por \$64.705 miles de millones (18,1% del PIB) y gastos por \$76.210 miles de millones (21,3% del PIB)<sup>72</sup>.

En términos del PIB, este resultado refleja una reducción de 0,9 puntos porcentuales con respecto a lo observado en 2006 (\$13.069 miles de millones), además, los costos totales de la reestructuración del sistema financiero sumaron \$1.161 miles de millones (0,3% del PIB), obteniendo un déficit a financiar por \$12.666 miles de millones (3,5% del PIB)<sup>73</sup>.

Para el año 2008 el déficit del Gobierno Nacional Central ascendió a \$11.067 miles de millones que representa el 2,3% del PIB, esto es producto de la diferencia entre ingresos por \$75.064 miles de millones (15,7% del PIB) y gastos por \$86.131 miles de millones (18,1% del PIB). El Gobierno Nacional Central registró un balance primario superavitario de \$4.304 miles de millones (0,9% del PIB). Además, los costos totales de la reestructuración del sistema financiero sumaron

---

<sup>71</sup> CONFIS (2007), Cierre Fiscal 2006 Documento Asesores 04/2007, en línea: [http://www.minhacienda.gov.co/portal/page/portal/HomeMinhacienda/politicaFiscal/CierreFiscal/Historico/DOC%20-%20004%20-%202007%20\(SPC%20-%20Cierre%20Fiscal%202006\).pdf](http://www.minhacienda.gov.co/portal/page/portal/HomeMinhacienda/politicaFiscal/CierreFiscal/Historico/DOC%20-%20004%20-%202007%20(SPC%20-%20Cierre%20Fiscal%202006).pdf)

<sup>72</sup> CONFIS (2008), Cierre Fiscal 2007 Documento Asesores 05/2007, en línea: [http://www.minhacienda.gov.co/portal/page/portal/HomeMinhacienda/politicaFiscal/CierreFiscal/Historico/DOC%20-%20005%20-%202008%20\(SPC%20-%20Cierre%20Fiscal%202007\).pdf](http://www.minhacienda.gov.co/portal/page/portal/HomeMinhacienda/politicaFiscal/CierreFiscal/Historico/DOC%20-%20005%20-%202008%20(SPC%20-%20Cierre%20Fiscal%202007).pdf)

<sup>73</sup> *Ibíd.*

\$1.270 miles de millones (0,3% del PIB), obteniendo un déficit a financiar por \$12.337 miles de millones (2,6% del PIB)<sup>74</sup>.

Estos resultados implican un menor déficit frente al estimado en el Marco Fiscal de Mediano Plazo 2008 (MFMP 2008), en el cual se proyectaba un balance fiscal del Gobierno Nacional Central de 2,6% del PIB para el año anterior, y un déficit a financiar de 2,9% del PIB.

Hay que destacar que aunque se cumplió con la meta establecida de ingresos en términos del producto interno bruto - PIB (15,7% del PIB), los gastos observados fueron inferiores a los inicialmente proyectados (18,1% del PIB).

Al cierre de 2009 el déficit del Gobierno Nacional Central ascendió a 4,2% del PIB que corresponde a \$20.715 miles de millones, con un deterioro de 1,9 puntos porcentuales, frente al déficit registrado en 2008 que corresponde a \$11.067 miles de millones y 2,3% del PIB<sup>75</sup>.

Lo anterior, se explicó por la mayor dinámica observada en el gasto, que presentó un incremento nominal de 13,6%, en comparación con el comportamiento de los ingresos, cuyo crecimiento nominal fue del 2,8%. Al adicionar los costos de la reestructuración del sistema financiero el déficit a financiar por parte del Gobierno Nacional Central fue de \$21.832 miles de millones que corresponden a 4,4% del PIB<sup>76</sup>.

---

<sup>74</sup> CONFIS (2009), Cierre Fiscal 2008 Documento Asesores 005/2009, en línea: [http://www.minhacienda.gov.co/portal/page/portal/HomeMinhacienda/politicaFiscal/CierreFiscal/Historico/DOC%20-%20005%20-%202009%20\(SPC%20-%20Cierre%20Fiscal%202008\).pdf](http://www.minhacienda.gov.co/portal/page/portal/HomeMinhacienda/politicaFiscal/CierreFiscal/Historico/DOC%20-%20005%20-%202009%20(SPC%20-%20Cierre%20Fiscal%202008).pdf)

<sup>75</sup> CONFIS (2010), Cierre Fiscal 2009 Documento Asesores 005/2010, en línea: [http://www.minhacienda.gov.co/portal/page/portal/HomeMinhacienda/politicaFiscal/CierreFiscal/Historico/DOC%20-%20005%20-%202010%20\(SPC%20-%20Cierre%20Fiscal%202009\).pdf](http://www.minhacienda.gov.co/portal/page/portal/HomeMinhacienda/politicaFiscal/CierreFiscal/Historico/DOC%20-%20005%20-%202010%20(SPC%20-%20Cierre%20Fiscal%202009).pdf)

<sup>76</sup> CONFIS (2010), Cierre Fiscal 2009 Documento Asesores 005/2010. Óp. cit. En línea: [http://www.minhacienda.gov.co/portal/page/portal/HomeMinhacienda/politicaFiscal/CierreFiscal/Historico/DOC%20-%20005%20-%202010%20\(SPC%20-%20Cierre%20Fiscal%202009\).pdf](http://www.minhacienda.gov.co/portal/page/portal/HomeMinhacienda/politicaFiscal/CierreFiscal/Historico/DOC%20-%20005%20-%202010%20(SPC%20-%20Cierre%20Fiscal%202009).pdf)

Al cierre de 2010, el déficit fiscal del Gobierno Nacional Central ascendió a 3,7% del PIB –lo anterior son \$20.171 miles de millones- , esto como resultado inferior al observado el año 2009 cuando alcanzó 4,1% del PIB, es decir \$20.715 miles de millones. En este año se incorporaron los gastos asociados con la emergencia invernal, esto fue \$848 miles de millones y los costos de la reestructuración financiera que fueron \$392 miles de millones, las necesidades de financiamiento del Gobierno Central para la vigencia ascendieron a 3,9% del PIB que son \$21.411 miles de millones, lo que representó una mejora del balance en 0,4 puntos porcentuales del PIB, frente a lo registrado en 2009<sup>77</sup>.

El cierre del balance fiscal para el año 2011, registró un déficit del Gobierno Nacional Central que ascendió a 2,8% del PIB (\$17.507 miles de millones;), lo anterior como resultado inferior al observado el año anterior, cuando el indicador alcanzó el 3,9% del PIB (\$21.019 miles de millones;) y, consistente con un balance deficitario de \$710 miles de millones; (0,1% del PIB). Al sumar los costos de la reestructuración financiera, las necesidades de financiamiento del Gobierno Central para el 2011, ascendieron a 2,9% del PIB, lo que representó una mejoría del balance en un punto porcentual del PIB, frente a lo registrado en 2010<sup>78</sup>.

Al cierre del balance fiscal para el año 2012, el déficit del Gobierno Nacional Central ascendió a \$15.440 miles de millones, representado como 2,3% del PIB, esto como producto de la diferencia entre ingresos por \$107.067 miles de millones (16,1% del PIB) y gastos por \$122.507 miles de millones (18,4% del PIB). “En términos del PIB el balance registrado implicó una reducción de 0,5 puntos porcentuales con respecto a lo observado en 2011. Adicionalmente, este resultado

---

<sup>77</sup> CONFIS (2011), Cierre Fiscal 2010 Documento Asesores 005/2011, en línea:  
[http://www.minhacienda.gov.co/portal/page/portal/HomeMinhacienda/politicaFiscal/CierreFiscal/Historico/DOC%20-%20005%20-%202011%20\(SPC%20-%20Cierre%20Fiscal%202010\).pdf](http://www.minhacienda.gov.co/portal/page/portal/HomeMinhacienda/politicaFiscal/CierreFiscal/Historico/DOC%20-%20005%20-%202011%20(SPC%20-%20Cierre%20Fiscal%202010).pdf)

<sup>78</sup> CONFIS (2012), Cierre Fiscal 2011 Documento Asesores 003/2011, en línea:  
[http://www.minhacienda.gov.co/portal/page/portal/HomeMinhacienda/politicaFiscal/CierreFiscal/2011/DOC%20-%20003%20-%202012%20\(SPC%20-%20Cierre%20Fiscal%202011\).pdf](http://www.minhacienda.gov.co/portal/page/portal/HomeMinhacienda/politicaFiscal/CierreFiscal/2011/DOC%20-%20003%20-%202012%20(SPC%20-%20Cierre%20Fiscal%202011).pdf)

es consistente con un superávit primario de \$1.612 miles de millones (0,2% del PIB)<sup>79</sup>.

El balance fiscal obtenido para el año 2013 es el reflejo del continuo avance que el Gobierno se ha planteado hacia la consolidación de un esquema de sostenibilidad fiscal en el marco de la nueva Ley de Regla Fiscal\*.

En este sentido, el Marco Fiscal de Mediano Plazo, estableció una meta conjunta de déficit estructural y observado de 2,4% del PIB.

En respuesta a lo anterior, al cierre del balance fiscal para el 2013, tuvo un déficit total del Gobierno Nacional Central que ascendió a \$16.645 miles de millones representados en 2,4% del PIB, producto de la diferencia entre ingresos por \$119.744 miles de millones (16,9% del PIB) y gastos por \$136.390 miles de millones (19,3% del PIB). Con este resultado, el Gobierno Nacional da cumplimiento a la meta establecida en el MFMP de 2013 (2,4% del PIB).<sup>80</sup>

El cierre del balance fiscal para el 2014 reportó un déficit total del Gobierno Nacional Central que ascendió a \$18.356 miles de millones, representados en 2,4% del PIB, producto de la diferencia entre ingresos por \$125.904 miles de millones (16,7% del PIB) y gastos por \$144.260 miles de millones (19,1% del PIB). Con este resultado, el Gobierno Nacional da cumplimiento a la meta de regla fiscal

---

<sup>79</sup> CONFIS (2013), Cierre Fiscal 2012 Documento 004/2013, en línea:  
<http://www.minhacienda.gov.co/portal/page/portal/HomeMinhacienda/politicaFiscal/CierreFiscal/2012/SPC%20Cierre%20Fiscal%202012.pdf>

\* La regla fiscal es un mecanismo que permite fortalecer la disciplina fiscal al establecer metas puntuales sobre el balance del Gobierno Central, de forma que su gasto esté acorde con sus ingresos estructurales o de largo plazo. El cumplimiento de dichos compromisos puntuales, permitirá fortalecer las finanzas públicas en el mediano plazo y garantizar la sostenibilidad de la deuda pública y la estabilidad macroeconómica del país.

<sup>80</sup> Ministerio De Hacienda Y Crédito Público Viceministerio Técnico – Dirección General de Política Macroeconómica (2014). Cierre Fiscal Sector Público Consolidado Cifras 2013 Documento 004/2014, en línea:  
<http://www.minhacienda.gov.co/portal/page/portal/HomeMinhacienda/politicaFiscal/CierreFiscal/2013/2014-04-24%20Cierre%20Fiscal%20SPC%204T2013.pdf>

establecida mediante la Ley 1473 de 2011 y que para esta vigencia exige un balance estructural no mayor a 2.3% del PIB.<sup>81</sup>

A modo de conclusión, se puede denotar que la mayoría del tiempo del periodo de análisis se registró déficit en el cierre fiscal colombiano, dado que se gastó más que los ingresos reportados por el gobierno.

### **3.2 GASTO PÚBLICO SOCIAL**

En esta sección se hablará del gasto público social, el cual está relacionado con todas las actividades en las que el gobierno nacional invierte y que generan un beneficio para la sociedad; se mostrara como los rubros sociales en Colombia tienen un peso en el gasto total nacional

Eduardo Lora, afirma que “el gasto social ha aumentado en América Latina desde la adopción de las políticas del Consenso de Washington: entre 1990 y 2003 el gasto social por habitante en toda la región creció 58% (a precios constantes) y como proporción del PIB paso de 9% a 11%. Sin embargo, los latinoamericanos consideran que los gobiernos deberían dedicar más recursos a la salud, la educación básica y la seguridad social”<sup>82</sup>

El Gasto Público Social es aquella parte del gasto público que cumple con dos condiciones:

---

<sup>81</sup> Ministerio De Hacienda Y Crédito Público Viceministerio Técnico – Dirección General de Política Macroeconómica (2015). Cierre Fiscal Sector Público Consolidado Cifras 2014 Documento 004/2015. Óp. cit. EN LINEA:  
<http://www.minhacienda.gov.co/portal/page/portal/HomeMinhacienda/politicafiscal/CierreFiscal/2014/05192015-Cierre-Fiscal-SPC-4T2014-VF.pdf>

<sup>82</sup> LORA, Eduardo, (2009). “La Vulnerabilidad Fiscal Del Gasto Social: ¿Es Diferente América Latina?”. Revista de análisis económico, vol. 24, N°1. Pág. 4.

1. “Se refiere a bienes y servicios en cuya distribución aplican los mecanismos de mercado y existe, por algún motivo, exclusión y rivalidad, y
2. Tiene un efecto directo sobre el nivel de vida de los hogares”<sup>83</sup>.

La anterior definición excluye el gasto que incurre en bienes públicos puros de libre acceso, también a los que no se aplica el criterio de exclusión y bienes cuya limitación de acceso es su ubicación espacial.

La Sentencia C-151 de 1995 de la Corte Constitucional define que la Inversión social se determina por “el componente de aquellos recursos destinados a mejorar el bienestar general y satisfacer las necesidades de las personas, en especial de aquellos sectores sociales discriminados que por no haber tenido una equitativa participación en los beneficios del desarrollo, presentan necesidades básicas insatisfechas”. Por otro lado, el artículo 41 del Estatuto Orgánico del Presupuesto define el Gasto Público Social como “aquel cuyo objetivo es la solución de necesidades básicas insatisfechas de salud, educación, saneamiento ambiental, agua potable, vivienda y las tendientes al bienestar general y al mejoramiento de la calidad de vida de la población”<sup>84</sup>.

El carácter público no determina que sean sociales todos los gastos provenientes de fondos estatales.

El Gasto Público Social está constituido por transferencias a los hogares que se hacen patentes como bienes, dinero o servicios, y se categorizan bajo la modalidad de subsidios a la demanda como recursos cuya distribución se verifica a través de las instituciones que las atienden con financiamiento público.

---

<sup>83</sup> LORA, Eduardo, (2009). “La Vulnerabilidad Fiscal Del Gasto Social: ¿Es Diferente América Latina?”. Óp. cit. Pág. 4

<sup>84</sup> Ibíd. Pág. 4.

Dado lo anterior, los rubros sociales serían entonces: educación, salud y nutrición, capacitación laboral, seguridad social y vivienda.

Otras aplicaciones que cumplen esta condicionalidad y que a veces no se contabilizan, son: agua y saneamiento básico, recreación y cultura, apoyo a empresas familiares y distribución de tierras.

“Cabrían de acuerdo con la consagración de los derechos sociales del mandato constitucional del 91, los relativos a educación, cultura y capacitación laboral, salud, agua, saneamiento ambiental y servicios domiciliarios, seguridad social, vivienda, trabajo, protección de la familia, recreación deporte y tiempo libre, y atención a poblaciones”<sup>85</sup>.

A continuación se analizarán los rubros concernientes a los siguientes servicios: administración general, educación, sanidad, vivienda, seguridad, asistencia, bienestar y otros servicios sociales, servicios económicos y finalmente deuda pública.

Los datos para el desarrollo de este estudio se sacaron de la bases de datos del Banco de la República, y se obtuvieron los concernientes a los rubros más importantes desde 1987 al 2009. Para efectos de este trabajo solo se utilizan del año 2002 al 2009. (Ver anexo 39)

**3.2.1 Administración general.** Respecto al rubro de administración general (ver anexo X) los picos más altos de crecimiento fueron en los años 2004 y 2007 con un incremento de \$212.7 miles de millones y \$385.8 miles de millones que se traduce en un incremento del 12,72% y 18,21 respectivamente, comparándolo con el resultado del año inmediatamente anterior.

---

<sup>85</sup> Ibídem. Pág. 4.

El alza menos significativa de la serie, fue la que se registró en el año 2003 donde su valor porcentual fue de 3,04% respecto al año anterior, con un incremento de \$49.4 miles de millones.

**3.2.2 Educación.** En el caso de la educación, para el periodo de estudio se registró un gasto público destinado a la salud, lo cual desembocó en un decrecimiento de 3,91% en el año 2002, el anterior acontecimiento significó un recorte al presupuesto destinado a educación por \$156.8 miles de millones.

El incremento más significativo del periodo se dio en el año 2009 con un incremento de \$1251.7 miles de millones, que corresponde al 19,9% del año anterior.

**3.2.3 Sanidad.** En el sector de la salud se destacan tres incrementos importantes (ver anexo X), el primero de ellos se dio en el año 2003 y tuvo un crecimiento \$232.5 miles de millones que se traduce en un crecimiento del 23.22% respecto del año 2002.

El segundo de los incrementos se da en el año 2005 con un incremento de 36.17% respecto del año 2004.

Y en el año 2006 se da un crecimiento de 30.23%, lo cual implica un incremento importante en este rubro durante el primer mandato del presidente Álvaro Uribe; a partir del 2008 el crecimiento es menor, con incrementos en el gasto en sanidad de 3.87% y 2.28% en los años 2008 y 2009 respectivamente.

**3.2.4 Vivienda.** En vivienda los cambios son más volátiles en comparación a los otros rubros del estudio, dándose un pico de crecimiento de gasto en 2005 cuyo incremento fue de \$108.0 miles de millones, lo que implicó un crecimiento de 59.9% respecto al año 2004.

Adicionalmente, se denota una disminución importante en el gasto en el año 2008 con una desinversión de 28.07% respecto al 2007.

Los altos incrementos de este sector implican también un descuido por parte del Gobierno Nacional Central, que invertía en el año 2002 la cantidad de \$137.0 miles de millones y para el año 2009 paso a subir el gasto a \$481.1 miles de millones, generando una participación de 1.62% del gasto total en el 2002 a 2.74% en el 2009.

**3.2.5 Seguridad, asistencia, bienestar y otros servicios sociales.** En el rubro de seguridad, asistencia, bienestar y otros servicios sociales, se presentó una caída durante los dos primeros años del primer mandato de Álvaro Uribe, con caídas de 3.98% y 2.58%, lo cual implicó una desinversión de \$9.9 miles de millones y 6.1 miles de millones, en el 2001 y 2002 respectivamente.

El punto de mayor crecimiento del gasto en este rubro se dio en el 2009 con un aumento de 39.1% después de una caída de 6.4% del año 2008.

**3.2.6 Servicios económicos.** El gasto en servicios económicos se divide en electricidad, suministro de agua, carreteras, administración y otros; dentro de estos (otros) se encuentran otros servicios económicos como: programas laborales, servicios agropecuarios, minería, manufactura, gas y vapor, transportes, ferrocarriles, comunicaciones, comercio etc.

El total de la inversión en estos rubros presento su mayor crecimiento en el año 2005 con un aumento de 68.95% después de una caída de 15.85% que registró en el año 2004 respecto a lo gastado en el 2003.

El rubro que más ha tenido dinero a su disposición es la electricidad.

**3.2.7 Deuda pública.** El gasto en deuda pública cae en la mayoría de los años que se analizan en este estudio (ver anexo x), con una caída importante en el año 2005 que disminuyó 34.37% después de haber registrado la mayor alza del periodo, que fue de 49.1% en el año 2004.

Los únicos años que este rubro registró un valor positivo en el periodo de análisis fueron 2002, 2004, 2006 y 2008, con valores de \$1,18 miles de millones, \$1,49 miles de millones, \$1,15 miles de millones y \$1,25 miles de millones, respectivamente.

### **3.3 ANÁLISIS DEL GASTO SOCIAL EN SALUD EN COLOMBIA 2002-2014**

El gasto social en salud en Colombia, es un rubro que según los datos tiene relevancia en comparación con otros países de Latinoamérica.

En este capítulo se definirá el concepto de salud, el cual comprende todos los ámbitos de la vida de un individuo y no solo su estabilidad biológica.

Es preciso entender este concepto para luego así, poder entender que implica que el gobierno gaste presupuesto del país en pro del mejoramiento de la salud.

Seguidamente se define el concepto de gasto social en salud, y se explica que todo gasto social se da en busca del beneficio de la sociedad; cabe aclarar que en este trabajo se habla de gasto público en salud, y gasto social en salud, pero para efectos del estudio, estos dos conceptos se consideran lo mismo, puesto que dentro del país, no se encuentra una separación clara dentro de los rubros y/o conceptos.

Luego se desarrolla todo lo concerniente al gasto social en salud dentro del país, como ha sido su evolución y desenvolvimiento en el periodo de estudio que es del 2002 al 2014; algunos de los datos de 2014 no se encontraban disponibles.

Y por último, se compara a Colombia con otros países de la región y se enuncian los sistemas de salud de estos, todo con el propósito de analizar el desempeño del gasto social en salud, en el periodo objeto de este trabajo.

**3.3.1 Definición del concepto de gasto social en salud.** El gasto social está definido por la CEPAL, como un monto de recursos que son destinados al financiamiento de los planes, programas y proyectos que tienen por objetivo generar un impacto positivo en algún problema social<sup>86</sup>.

En concordancia con el anterior concepto, el gasto social en salud, corresponde a todos los recursos destinados por el gobierno de una nación, al financiamiento de todas las cuestiones concernientes al mejoramiento de la prestación, calidad y cobertura, entre otros, de la salud, con el objetivo de impactar positivamente a la sociedad y los problemas que esta contenga.

El gasto social en salud debe traducirse en mejoras de salud para la población, mayor número de servicios otorgados, así como a mayores recursos físicos y materiales destinados a este propósito.

El gasto social en salud, está compuesto por insumos, por actividades y por procesos, los cuales generan productos, y estos a su vez generan efectos e impactos, que por su carácter social, son redistributivos y con beneficios económicos y morales para la sociedad, es decir que los resultados que ofrece el

---

<sup>86</sup> CEPAL. (2011). "El gasto social en América Latina y el Caribe". En línea: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=15456&Itemid=](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=15456&Itemid=)

gasto social en salud son tanto cuantitativos como cualitativos, porque mejoran la calidad de vida y su apreciación ante esta.

En América latina cada país tiene diferentes metodologías para medir la cobertura de este rubro, el siguiente cuadro tomado de un informe de la CEPAL muestra como son en los países de la región.

Figura 1. Medición del gasto social en los países de América latina

País	Gobierno Central Presupuestario	Gobierno Central	Gobierno General	Gobierno Federal	Sector Público no Financiero	Consolidado	Sector Público
Argentina		x	x		x		
Bolivia (Est. Plurinac. de)		x <sup>1</sup>			x		
Brasil				x		x	
Chile		x					
Colombia					x		
Costa Rica							x
Cuba		x					
Ecuador		x					
El Salvador		x					
Guatemala		x					
Honduras		x					
Jamaica		x					
México	x						
Nicaragua	x						
Panamá		x			x <sup>1</sup>		
Paraguay	x						
Perú	x <sup>1</sup>						x
República Dominicana		x					
Trinidad y Tabago		x					
Uruguay		x	x <sup>1</sup>		x <sup>1</sup>		
Venezuela (Rep. Bol. de)		x <sup>2</sup>					

Fuente: CEPAL: El gasto social en América Latina y el Caribe (2011).

La anterior tabla denota que en la mayoría de países de Latinoamérica, el Gobierno Central es el encargado de departir los rubros destinados al gasto social en salud, pero en otros países como Argentina, no solo el Gobierno Central se encarga de ello sino también el Gobierno General y el sector público no Financiero.

En países como México, Nicaragua, Paraguay y Perú, el Gobierno Central Presupuestario define como utilizar el gasto social e salud.

Es decir, que dependiendo el tipo de gobierno que tenga el país y como sea desempeñándose como hacedor de política es como se distribuye el gasto social en salud.

**3.3.2 Gasto social en salud en Colombia.** Según la constitución política de Colombia “El objetivo de la inversión y el gasto social en la Constitución no es aumentar la producción de determinados bienes físicos –como si estos fueran valiosos por si mismos – sino mejorar el bienestar general y satisfacer las necesidades de las personas, en especial de aquellos sectores sociales discriminados (CP art. 13) que por no haber tenido una equitativa participación en los beneficios del desarrollo, presentan necesidades básicas insatisfechas”<sup>87</sup>.

La Salud Pública, entonces, corresponde a los recursos destinados a la ejecución de las acciones previstas en los planes de salud pública,

Estas actividades son las correspondientes a: actividades de promoción y prevención, las cuales están cubiertas con un porcentaje de la unidad por capitación (UPC) del régimen subsidiado; el fortalecimiento del programa ampliado de inmunizaciones (PAI) y del plan nacional de alimentación y nutrición, también, la implementación de las políticas de salud sexual y reproductiva y las políticas de salud mental;

Además, se encuentra en esta sección, la ejecución de los programas de prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores, la promoción de

---

<sup>87</sup> Ministerio De Hacienda Y Crédito Público. (2007). “Gasto Social En El Presupuesto General De La Nación Colombia”. Sentencia C-151. Pág. 7

estilos de vida saludables, las actividades de inspección, la vigilancia y el control de factores de riesgo, entre otras acciones de prevención.

En Colombia, el área de salud se encuentra focalizada y se relaciona con el concepto de enfoque de riesgo, el cual tiene como objetivo, dirigir las intervenciones a aquellas poblaciones que exhiben ciertas características o comportamientos que estadísticamente han sido asociados con un riesgo elevado de contraer una enfermedad o de morir<sup>88</sup>.

Desde la perspectiva económica, la focalización dictamina que es necesaria la identificación de individuos o grupos de individuos que sean sensibles a ser elegidos para recibir beneficios, y generalmente se toma la decisión con base en criterios del nivel de ingreso de la persona.

“La premisa fundamental de la focalización es que los recursos son escasos y que en épocas de restricciones presupuestales, el gasto público debe dirigirse a los más pobres seleccionándolos como los beneficiarios directos de los programas”<sup>89</sup>.

La Constitución Nacional de Colombia acoge la equidad como un criterio base para la focalización de los subsidios a la salud.

La equidad puede definirse como la igualdad que poseen los individuos frente a las oportunidades de acceso y utilización y calidad de los servicios de salud. No se trata de eliminar todas las diferencias en salud, sino de reducir aquellas que son consideradas como innecesarias, evitables e injustas<sup>90</sup>

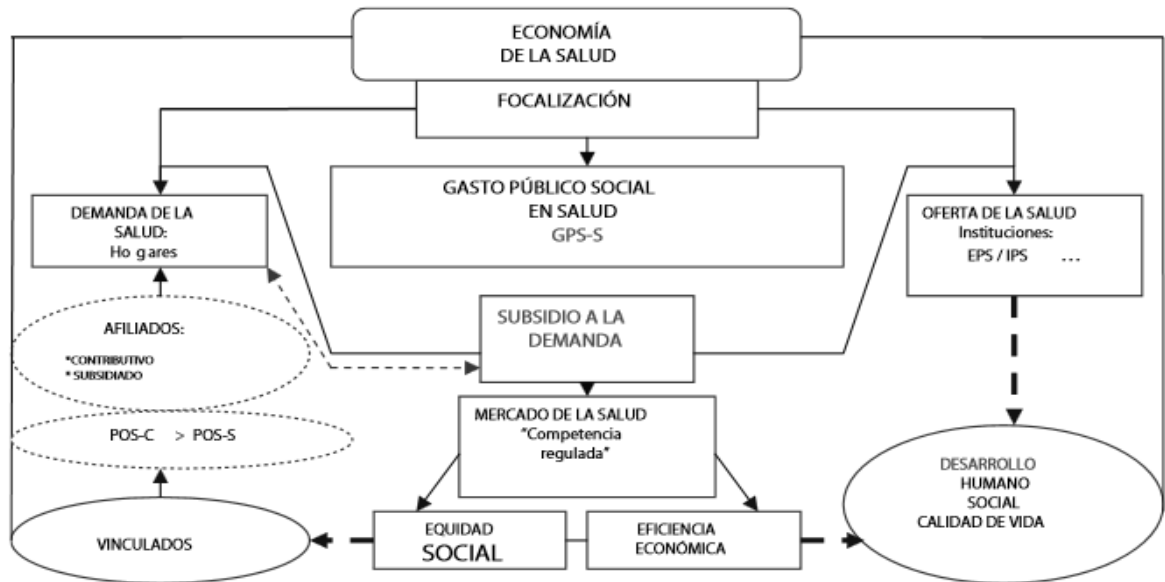
---

<sup>88</sup> GIL OSPINA, Armando Antonio. (2008). “Reforma Del Sistema De Salud En Colombia: Focalización Del Gasto Público Social En Salud”. Semestre Económico, volumen 11, No. 21, pp. 45-63 - ISSN 0120-6346. Pág. 14

<sup>89</sup> GIL OSPINA, Armando Antonio. (2008). “Reforma Del Sistema De Salud En Colombia: Focalización Del Gasto Público Social En Salud”. Óp. cit. Pág. 14

<sup>90</sup> *Ibíd.* Pág. 14

Figura 2. Estructura, valores y fines de la Reforma del Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia a partir de la ley 100 de 1993



Fuente: elaborado por Armando Antonio Gil Ospina, en "Reforma del sistema de salud en Colombia: focalización del gasto público social en salud".

En la gráfica anterior se muestran los aspectos más relevantes de la Reforma de la Seguridad Social que corresponde al sector de la salud, la cual fue llevada a cabo en Colombia a partir de la ley 60 de 1993 seguida de la ley 100 de 1993.

Las leyes anteriormente descritas, se hicieron con el propósito de menguar los flagelos de la pobreza y la desigualdad, y posibilitar el incremento de las oportunidades de las personas, todo con la intención de mejorar la calidad de vida y alcanzar importantes niveles de desarrollo.

A continuación, se presentan los datos del gasto público social en Colombia dentro del periodo de estudio que comprende los años entre el 2002 y el 2014.

La tabla contiene los datos del gasto público en salud (GPS) en miles de millones de pesos, la variación anual del gasto público en salud, el producto interno bruto

(PIB) en miles de millones de pesos, la variación anual del producto interno bruto, un ratio que corresponde al gasto total en salud (GTS) dividido el producto interno bruto, esto para cada año del análisis, y por ultimo un ratio que corresponde al gasto público en salud dividido el gasto total en salud.

Los datos se obtuvieron de la base de datos del Banco Mundial y de los informes del Banco de la República de Colombia.

Cuadro 1. Gasto total, gasto público en salud y PIB para Colombia 2002-2014

<b>Año</b>	<b>GPS en miles de millones de pesos</b>	<b>Variación anual del GPS</b>	<b>PIB en miles de millones de pesos</b>	<b>Variación anual del PIB</b>	<b>GTS/PIB</b>	<b>GTS en miles de millones de pesos</b>	<b>GPS/GTS</b>
<b>2002</b>	13584.33		296789.00		5.70%	16.916.973	80.3%
<b>2003</b>	15048.64	10.78%	308418.00	3.92%	5.90%	18.196.662	82.7%
<b>2004</b>	13332.50	-11.40%	324866.00	5.33%	5.40%	17.542.764	76.0%
<b>2005</b>	14638.95	9.80%	340156.00	4.71%	5.80%	19.729.048	74.2%
<b>2006</b>	16427.30	12.22%	362938.00	6.70%	6.10%	22.139.218	74.2%
<b>2007</b>	17745.57	8.02%	387983.00	6.90%	6.30%	24.442.929	72.6%
<b>2008</b>	18825.72	6.09%	401744.00	3.55%	6.60%	26.515.104	71.0%
<b>2009</b>	20982.51	11.46%	408379.00	1.65%	7.00%	28586.53	73.4%
<b>2010</b>	21250.33	1.28%	424599.00	3.97%	6.80%	28.872.732	73.6%
<b>2011</b>	22122.01	4.10%	452578.00	6.59%	6.50%	29417.57	75.2%
<b>2012</b>	24271.04	9.71%	470880.00	4.04%	6.80%	32019.84	75.8%
<b>2013</b>	25536.33	5.21%	494124.00	4.94%	6.80%	33.600.432	76.0%

Fuente: elaboración por la autora con datos del banco Mundial y del banco de la República.

Para hacer un análisis de la tabla anterior se toman los ratios del gasto total en salud (GTS) como porcentaje del PIB y del gasto público en salud (GPS) como porcentaje del gasto total en salud, provistos por el Banco Mundial, y se puede ver cómo evolucionó el gasto público en salud desde el año 2002 al año 2013.

Los valores que arroja la sexta columna de la tabla, denotan el crecimiento de este rubro, más o menos progresivo, y se puede decir que, el crecimiento anual del

gasto público en salud fue mayor que el crecimiento del PIB a excepción del año 2004, 2010 y 2011 lo que muestra una clara tendencia por parte del gobierno a impulsar el sistema.

Dada la suavidad con que se comporta el gasto público en salud como porcentaje del PIB cabe decir, que la variación se debe a las fluctuaciones de la economía.

La manera sutil con que el gasto público en salud se comporta bajo el análisis como porcentaje del PIB, corrobora la anterior afirmación, siendo que el periodo más bajo en 2004 fue con 5.4% y el periodo de mayor participación en el 2009 fue con 7%.

Un dato importante es el comportamiento del gasto público en salud como porcentaje del gasto total en salud, donde se puede observar que va disminuyendo; siendo su periodo más alto de participación en el 2002 con 80.3% y el más bajo en 2008 con 71%.

Se puede interpretar lo anterior como un crecimiento claro en el régimen contributivo que acompaña el crecimiento constante del PIB en el periodo de análisis, es decir que la salud incrementa su gasto conforme el producto se mueve, y a medida que pasan los años la dependencia del gasto público en salud va siendo cada vez más baja.

**3.3.3 Gasto social en salud de Colombia frente a otros países.** Ahora se analizará cómo se comporta Colombia con respecto al gasto público en salud en los países de la Alianza Pacifico que tienen un perfil económico similar.

Se adicionó a Brasil al análisis porque es una economía de relevancia en América Latina.

Cuadro 2. Gasto público en salud en países de América Latina 2002-2013

GPS/PIB	Años											
País	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Brasil	3,21%	3,11%	3,34%	3,49%	3,55%	3,54%	3,68%	3,95%	4,23%	4,36%	4,51%	4,68%
Chile	2,94%	2,69%	2,64%	2,52%	2,51%	2,66%	2,94%	3,46%	3,34%	3,36%	3,48%	3,65%
Colombia	4,58%	4,88%	4,10%	4,30%	4,53%	4,57%	4,69%	5,14%	5,00%	4,89%	5,15%	5,17%
México	2,45%	2,56%	2,71%	2,66%	2,58%	2,63%	2,73%	3,08%	3,09%	3,02%	3,16%	3,21%
Perú	2,86%	2,75%	2,61%	2,75%	2,41%	2,42%	2,44%	2,97%	2,81%	2,64%	3,35%	3,11%

Fuente: elaborado por la autora con datos del Banco Mundial

En la tabla anterior se denota como Colombia destaca en su participación del gasto público en salud respecto al PIB, seguida de Brasil, y por ultimo Perú y México que tienen una participación muy parecida.

Colombia muestra un crecimiento tendencial en este rubro, además es el país que en cuestión de porcentajes, más alto margen dispone.

En modo general, todos los países del estudio han mantenido una tendencia creciente, en el aumento del porcentaje destinado al gasto público social en salud.

A continuación se hablara de los sistemas de salud de los países del análisis.

En Brasil el Sistema Único de Salud (SUS) es de carácter público y cubre al 75% de la población, además se financia con impuestos generales y contribuciones que se recaudan en los diferentes niveles de organización gubernamental<sup>91</sup>.

Este sistema funciona descentralizadamente con establecimientos de salud propios y contratados con el sector privado, que funciona mediante un esquema

<sup>91</sup> ENS, trabajo decente. "Estudio de FESCOL sobre salud y seguridad social. Un comparativo de los sistemas de salud en Brasil, Chile, Costa Rica, México y Colombia. Óp. cit.

de aseguramiento llamado “Salud Complementaria”, la cual se financia con dineros de empresas y de familias.

La salud complementaria, cuenta con modalidades como la medicina de grupo, las cooperativas médicas, Planes Auto administrados, y los planes de seguros de salud individuales. La población de altos ingresos también recurre al SUS, pagando de su bolsillo, para cubrir sus necesidades en problemas de alto costo.”

En Chile El sistema público de salud cubre al 70% de la población y se denomina Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS).

Este sistema está compuesto por el Ministerio de Salud y sus organismos dependientes, el Instituto de Salud Pública, la Central de Abastecimiento, el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y la Superintendencia de Salud.

Esta sección cubre aproximadamente al 70% de la población, incluyendo a los pobres del campo y las ciudades, la clase media baja y los jubilados, así como los profesionales y técnicos con mejores ingresos que eligen sumarse a él.

Además, se financia con impuestos generales, contribuciones obligatorias y copagos a través del FONASA.

Aunque el sistema utiliza su propia red de Servicios de Salud Regionales y también, el Sistema Municipal de Atención Primaria, contrata con el sector privado, que a su vez se financia con contribuciones obligatorias mediante las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), cubriendo un poco más del 17% de la población de mayores ingresos<sup>92</sup>.

---

<sup>92</sup> Ibíd.

Por otro lado, los accidentes laborales y enfermedades profesionales son atendidos por mutuales para el 15% de la población.

Un 10% de la población está cubierta por los Servicios de Salud de las Fuerzas Armadas. Los trabajadores independientes pueden elegir afiliarse directamente al FONASA o alguna ISAPRE”.

En México el sistema de salud diferencia dos sectores: el público y el privado, que en conjunto ofrecen una cobertura al 90% de la población.

el sector público que es el que interesa en este trabajo, comprende la seguridad social que cubre a los trabajadores del sector formal de la economía a través de entidades como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), la Secretaría de Marina (SEMAR) y otros, y las instituciones que prestan servicios a la población sin seguridad social, como el Seguro SEMAR que es financiado por el gobierno mismo, además posee contribuciones de los empleados.

La Secretaría de Salud y los SESA se financian con recursos del gobierno federal y de los gobiernos estatales, además de las cuotas de recuperación, que en pequeñas cantidades pagan los usuarios al recibir la atención.

“El Gobierno Federal, los gobiernos estatales y cuotas familiares financian al SPS, al igual que compra servicios para los afiliados a la Secretaría de Salud y a los SESA”<sup>93</sup>.

---

<sup>93</sup> ENS, trabajo decente. “Estudio de FESCOL sobre salud y seguridad social. Un comparativo de los sistemas de salud en Brasil, Chile, Costa Rica, México y Colombia. Óp. cit.

“El sector privado se financia con venta de servicios y con las primas de los seguros médicos privados, ofrecidos en consultorios, clínicas y hospitales privados. (ASSAL)”<sup>94</sup>.

El sistema de salud del Perú tiene dos sectores, el público y el privado.

Con motivo de la prestación de servicios de salud, el sector público se divide en régimen subsidiado o contributivo indirecto y régimen contributivo directo, que es el que corresponde a la seguridad social<sup>95</sup>.

El gobierno peruano ofrece servicios de salud a la población no asegurada a cambio del pago de una cuota de recuperación de montos variables sujetos a la discrecionalidad de las organizaciones o a través del Seguro Integral de Salud (SIS)<sup>96</sup>.

La prestación de servicios tanto para el régimen subsidiado de población abierta como para la población afiliada al SIS se realiza a través de la red de establecimientos del Ministerio de Salud (MINSA), hospitales e institutos especializados que están ubicados en las regiones y en la capital de la república.

El sistema de seguridad social en salud tiene dos subsistemas: el seguro social con provisión tradicional (EsSalud) y la provisión privada (EPS)<sup>97</sup>.

EsSALUD ofrece servicios de salud a la población asalariada y sus familias en sus propias instalaciones o viviendas, pero desde la promulgación de la Ley de

---

<sup>94</sup> *Ibíd.*

<sup>95</sup> ALCALDE, Jacqueline. LAZO, Oswaldo. NIGEMDA, Gustavo. (2011). “Sistema de Salud de Perú”. *Salud Pública Méx* 2011; Vol. 53(2):243-254. En línea: [http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo\\_e4.php?id=002627](http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo_e4.php?id=002627)

<sup>96</sup> *Ibíd.*

<sup>97</sup> ALCALDE, Jacqueline. LAZO, Oswaldo. NIGEMDA, Gustavo. (2011). “Sistema de Salud de Perú”. *Óp. cit.*

Modernización de la Seguridad Social en 1997, el sector privado le ha vendido servicios personales a EsSALUD a través de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS)<sup>98</sup>.

Los militares, policías y sus familias tienen su propio subsistema de salud integrado por las Sanidades de las Fuerzas Armadas (FFAA) y la Policía Nacional del Perú (PNP).

En el sector privado se distingue el privado lucrativo y el privado no lucrativo. Los sistemas que forman parte del privado lucrativo las EPS son: las aseguradoras privadas, las clínicas privadas especializadas y no especializadas, los centros médicos y policlínicos, los consultorios médicos y odontológicos, los laboratorios, los servicios de diagnóstico por imágenes y los establecimientos de salud de empresas mineras, petroleras y azucareras. Como prestadores informales se encuentran los proveedores de medicina tradicional.

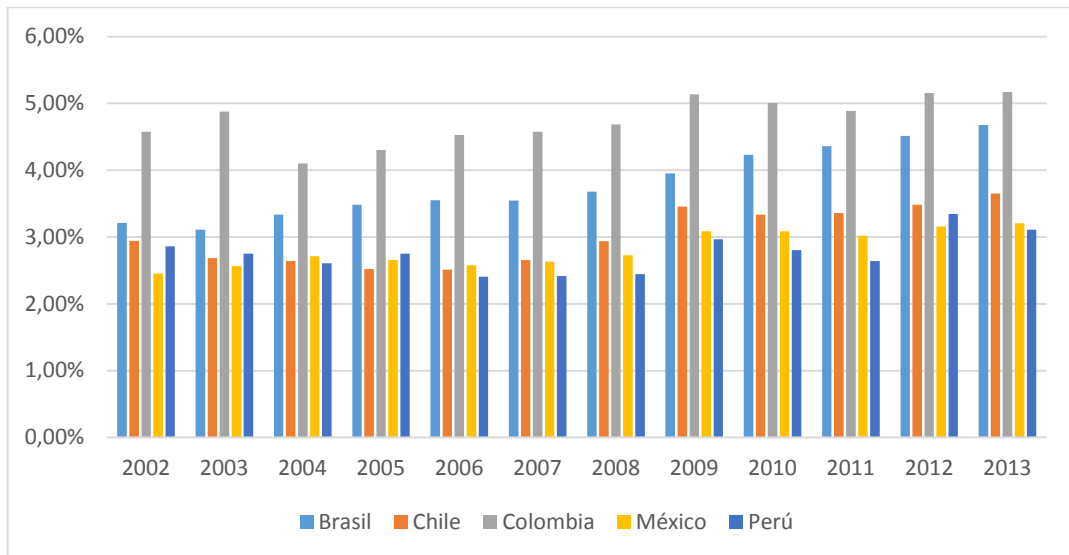
El sector privado no lucrativo está clásicamente representado por un conjunto variado de asociaciones civiles sin fines de lucro. La mayor parte de estos, presta servicios de primer nivel y frecuentemente reciben recursos financieros de cooperantes externos, donantes internos, gobierno y hogares.

Habiendo hecho un recorrido por los distintos sistemas de salud se puede ver que según los datos que se tiene en este trabajo hay un aumento generalizado en el gasto público en salud que se evidencia en menores tasas de mortalidad infantil y mayor cobertura de los servicios.

---

<sup>98</sup> *Ibíd.*

Grafica 1. Gasto público en salud como porcentaje del PIB



Fuente: elaborado por la autora con datos del Banco Mundial

Esta gráfica, muestra los valores expresados en la tabla anteriormente descrita, Colombia (color morado), resalta en comparación de los demás países del estudio, mostrando que el Gobierno ha destinado mayores rubros para el gasto público social en salud, que países como Perú que es el que menos dinero destina a este servicio, dentro de los cinco países analizados.

### 3.4 GASTO SOCIAL EN SALUD Y EQUIDAD

El concepto de equidad<sup>99</sup> intenta promover la igualdad, tratando de ir más allá de las diferencias en el sexo, la cultura, los sectores económicos a los que se pertenece, etc.

<sup>99</sup> La palabra equidad proviene del latín *aequitas*. Este término se encuentra asociado a los valores de igualdad y de justicia. Concepto.De. Concepto De Equidad. En línea: <http://concepto.de/equidad/>

Además, el concepto de equidad suele ser relacionado con la justicia social, ya que defiende las mismas condiciones y oportunidades para todas las personas, sin distinción, solo adaptándose en los casos particulares.

Es decir que para que la equidad sea real no puede ser aplicada la norma en general a todos los individuos, sino que deben ser acatadas ciertas excepciones para cada caso particular. Asimismo, cada persona debe ser capaz de hacer valer sus derechos, sin importar de donde provenga.

La equidad lucha contra la pobreza, la discriminación, el racismo, la xenofobia, la homofobia, entre otras cuestiones que fomenten la distancia entre los individuos. Cabe destacar, que la igualdad no es lo mismo que la equidad, dado que la igualdad busca que todos los individuos tengan lo mismo y sean catalogados como iguales, y la equidad, busca que cada individuo tenga lo que es justo y este en relación con sus capacidades y oportunidades.

Lo anterior se relaciona con el concepto de Sen de “haceres y estares” (anteriormente mencionado), que indica que los haceres son las cosas que alguien logra producir en la vida, y los estares el tipo de existencia que alguien logra llevar. En concordancia con los conceptos anteriores, el gasto social en salud, dado que es un servicio social, es decir, es un servicio que busca un bienestar para la sociedad, es un portador en sí mismo de equidad, debe ser impartido con justicia y bajo ciertas condiciones para cada individuo sin ser discriminado.

La discusión se encuentra en determinar si los gobiernos son buenos hacedores e impartidores de equidad, lo cual no es fácil de resolver, como se mencionó antes, lo que para alguien es justo para otro no, es decir que son medidas subjetivas. La equidad en cuanto a salud está determinada por si todos los individuos de una sociedad pueden acceder al servicio.

Indicadores como el Gini y la tasa de mortalidad infantil, reflejan equidad en el sentido que , el primero al reflejar el nivel de desigualdad en términos de riqueza, determina en el modelo de salud colombiano quienes si pueden acceder a los servicios de salud por sus costos y quienes no; y el segundo al reflejar la cantidad de niños que mueren antes de cumplir un año, muestra la calidad del servicio dirigida a esa población, es decir que, si mueren muchos niños en una año, el servicio no presenta una calidad y/o cobertura óptima.

A continuación se mostraran los índices anteriormente mencionados, que fueron escogidos para reflejar equidad en Colombia y en otros países, todo con el propósito de determinar la existencia o no de equidad, bajo ciertos parámetros.

**3.4.1 Índice de Gini.** El índice de Gini es una medida de la desigualdad, y fue ideada por el estadístico italiano Corrado Gini (1884-1965) y más tarde estudiado por reconocidos economistas.

Usualmente es utilizado para medir la desigualdad en los ingresos, dentro de un país, pero puede utilizarse para medir cualquier forma de distribución desigual. Es muy utilizado para representar la extensión de la desigualdad<sup>100</sup>.

Este indicador es una medida de concentración y permite calcular cualquier distribución de frecuencias.

Se utiliza para medir la igualdad o desigualdad referidas a la riqueza o renta de un país, lo que permite disponer de información útil en el estudio de los factores que conforman el grado de bienestar de una comunidad.

---

<sup>100</sup> Desenvolupament Sostenible. El Coeficiente De Gini. La Distribución De La Riqueza. En línea: [http://www.desenvolupamentsostenible.org/index.php?option=com\\_content&id=233&Itemid=266&lang=es](http://www.desenvolupamentsostenible.org/index.php?option=com_content&id=233&Itemid=266&lang=es)

El coeficiente de Gini, permite observar cómo una mala distribución está relacionada con un nivel de desarrollo inferior, concerniendo la desigualdad económica con el concepto de equidad.

Según lo anterior, existe cierta discusión en torno a la correlación entre una desigual distribución de la riqueza y fenómenos sociales negativos como baja esperanza de vida, peor estado de salud, mortalidad infantil, criminalidad, alcoholismo, analfabetismo, etc.<sup>101</sup>.

El índice de Gini mide hasta qué punto la distribución del ingreso (en algunos casos, el gasto de consumo) entre individuos u hogares dentro de una economía se aleja de una distribución perfectamente equitativa.

Una curva de Lorenz muestra los porcentajes acumulados de ingreso recibido total contra la cantidad acumulada de receptores, empezando a partir de la persona o el hogar más pobre.

El índice de Gini mide la superficie entre la curva de Lorenz y una línea hipotética de equidad absoluta, expresada como porcentaje de la superficie máxima debajo de la línea. Así, un índice de Gini de 0 representa una equidad perfecta, mientras que un índice de 1 representa una inequidad perfecta<sup>102</sup>.

En otras palabras, el coeficiente de Gini es un número entre 0 y 1, donde 0 representa la perfecta igualdad, es decir que todos tienen los mismos ingresos y el valor 1 corresponde con la perfecta desigualdad, es decir una persona tiene todos los ingresos y los demás ninguno.

---

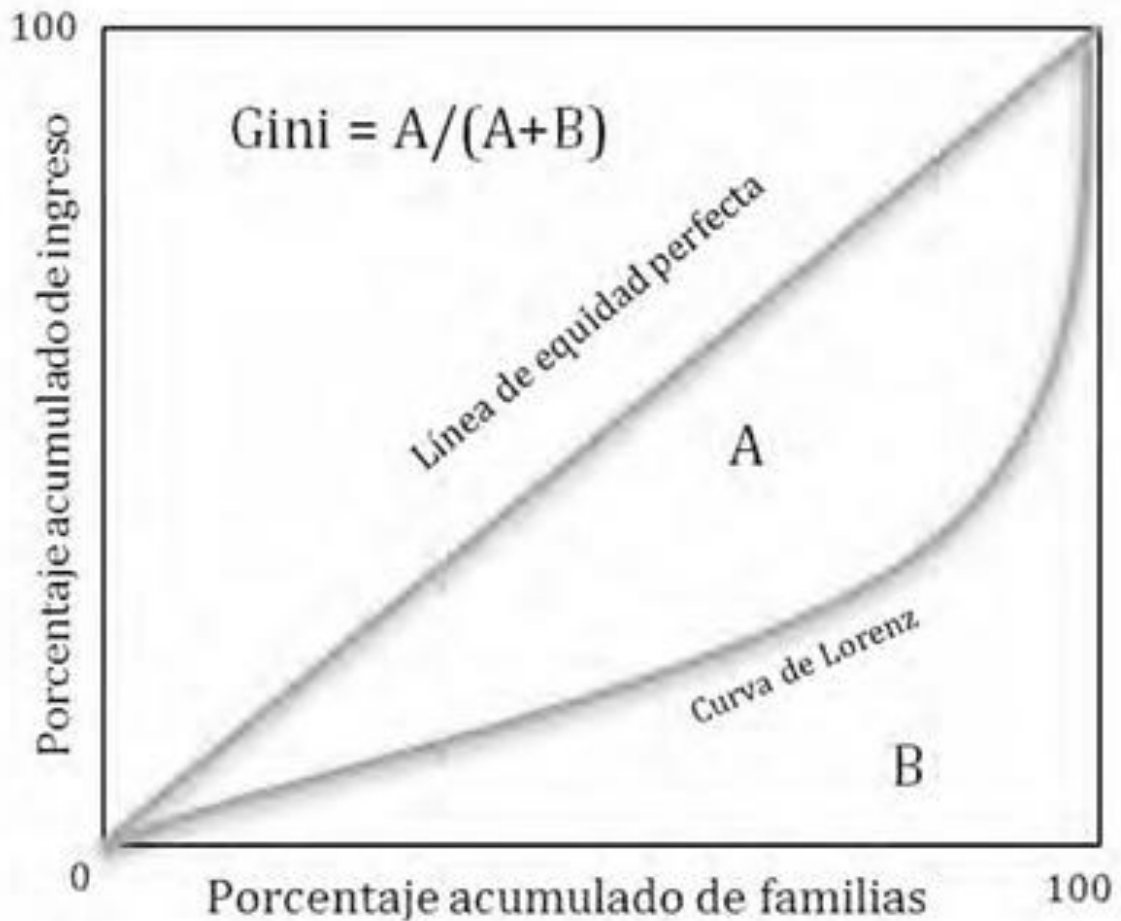
<sup>101</sup> Desenvolupament Sostenible. El Coeficiente De Gini. La Distribución De La Riqueza. Óp. cit.

<sup>102</sup> Banco Mundial. Índice De Gini. En línea:  
<http://datos.bancomundial.org/indicador/SI.POV.GINI>

Para calcular el índice de Gini se debe partir de la curva de Lorenz; el coeficiente de Gini mide la proporción del área entre la diagonal que representa la equidistribución y la curva de Lorenz (a), como proporción del área bajo la diagonal (a+b).

$$Gini = \left( \frac{a}{a+b} \right)$$

Figura 3. Curva de Lorenz: el índice de Gini disminuye en la medida que aumenta la equidad



### 3.4.1.1 Índice de Gini en Colombia 2000-2012

Cuadro 3. Gini en Colombia 2002-2012

<b>AÑO</b>	<b>GINI</b>
2000	0,587
2001	0,578
2002	0,575
2003	0,544
2004	0,561
2005	0,551
2006	0,587
2007	0,589
2008	0,561
2009	0,559
2010	0,555
2011	0,542
2012	0,535

Fuente: elaboración por la autora con datos del Banco Mundial

En Colombia el índice de Gini, evaluado para los años 2000 al 2012, arroja que se ha mantenido en valores cercanos al 0,5 en todo el periodo de análisis, lo cual significa que en términos de equidad, está en un nivel intermedio.

El desenvolvimiento de este indicador, denota que al transcurrir de los años, Colombia ha logrado mantener una disminución de la iniquidad, por ejemplo el año 2003 reportó un índice de Gini de 0,544%, comparado con el año anterior que registró un valor de 0,575%, se traduce en que el año 2003 bajó un 5,39% en términos de equidad.

Además, el año 2003 reporta la mayor baja del valor del índice de Gini dentro del periodo, lo que significa que es el año con mayor equidad del periodo.

También se presentaron años donde el índice de Gini, aumento su valor, acercándose más a 1, lo que significa que la iniquidad aumento. Estos años son el 2004, el 2006, que reporta la subida más importante de la serie, con un porcentaje de 6,53, y el 2007 con un aumento de 0,34%.

Entonces, según el índice de Gini, Colombia está catalogado como uno de los países menos inequitativos de América Latina.

En el Informe sobre la Salud en el Mundo 2000, de la OMS, Colombia ocupaba el primer lugar entre los 191 países estudiados en “equidad financiera” del sistema de salud<sup>103</sup>.

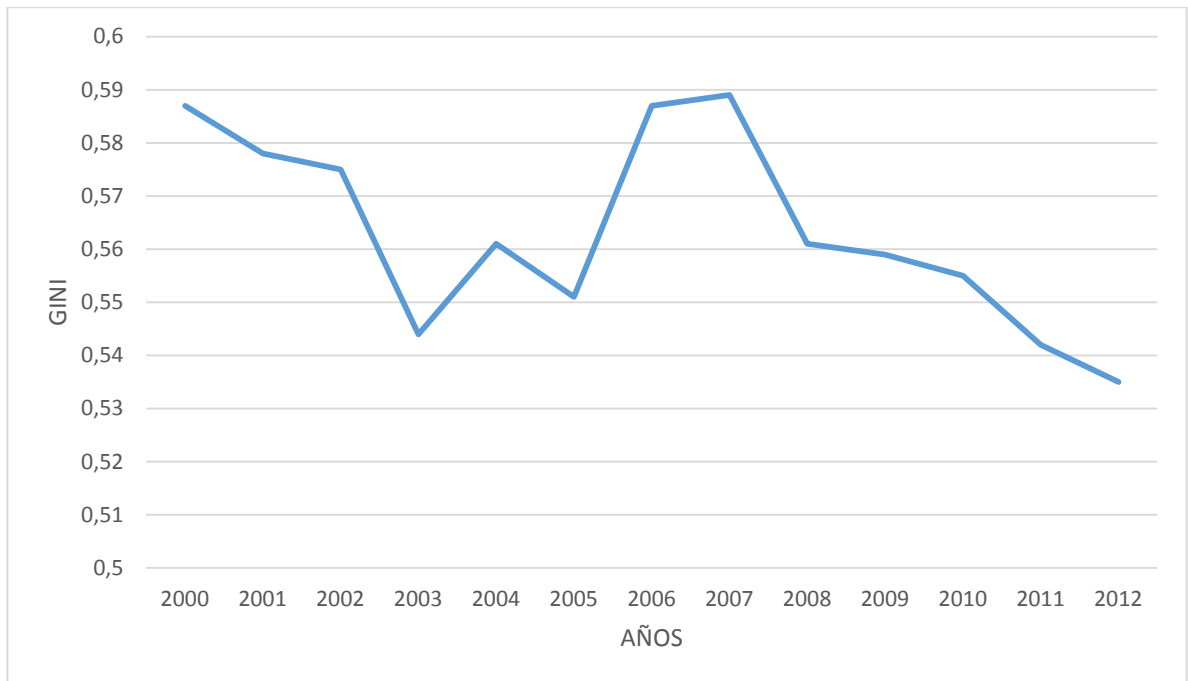
Pero muchos analistas discrepan de este resultado, dado que existe un incremento sostenido en la afiliación al sistema, especialmente en el régimen subsidiado y además, no se ha llegado a la cobertura universal a nivel nacional ni territorial. Porque la ampliación de la cobertura no implica tener acceso real y oportuno a los servicios<sup>104</sup>.

---

<sup>103</sup> Organización Panamericana De La Salud. (2009). Perfil De Los Sistemas De Salud En Colombia. ISBN: 978-92-75-33106-4 SPA- (Impreso), 978-92-75-13206-7 SPA- (Electrónico). Pág. 56.

<sup>104</sup> *Ibíd.*

Grafica 2. Gini total anual Colombia 2000-2012



Fuente: elaboración por la autora con datos del Banco Mundial

**3.4.1.2 Índice de Gini por departamentos de Colombia 2002-2012.** Para el análisis del índice de Gini por departamentos de Colombia, se tuvo en cuenta los datos de 23 departamentos y de la capital colombiana.

Estos departamentos y ciudad son: Antioquia, Atlántico, Bogotá D.C., Bolívar, Boyacá, Caldas, Caquetá, Cauca, Cesar, Chocó, Córdoba, Cundinamarca, Huila, La Guajira, Magdalena, Meta, Nariño, Norte de Santander, Quindío, Risaralda, Santander, Sucre, Tolima y Valle del Cauca.(Ver anexo 45)

Se realizó un análisis vertical y un análisis horizontal con los datos obtenidos del DANE; hay que anotar que los datos del año 2006 y 2007 no se obtuvieron, dado

que no fueron calculados por problemas de comparabilidad en las series de empleo y pobreza como resultado del cambio metodológico<sup>105</sup>.

En cuanto al análisis vertical, se comparó el desempeño de cada departamento en los años de estudio es decir del 2002 al 2012.

Se puede resaltar que la mayoría de departamentos de estudio han mantenido una tendencia a disminuir su grado de inequidad. Como es el caso de Atlántico, que durante el periodo de estudio solo aumento su nivel de inequidad en un 0,2% para el año 2010, del mismo modo, Bogotá, también aumento la inequidad en un solo año, este año fue el 2004, con un 2,01%.

Los departamentos con mayores grados de inequidad son Chocó, Tolima y Risaralda, que reportan las menores disminuciones en el índice de Gini a través de los años.

Chocó, por ejemplo reporta un índice de Gini de 0,619, el más alto de toda la serie, además hay más aumentos de inequidad que disminuciones en el periodo de 2002 a 2012.

Tolima y Risaralda, también reportan más aumentos de inequidad en comparación con los otros departamentos; Tolima en el 2003, 2004, 2008, 2009 y 2010, reporta aumentos de al menos 1% en los años anteriormente descritos. Risaralda reporta aumentos en su Gini en los años de 2004, 2005, 2008, 2010 y 2012.

Los valores de variación de Gini de mayor tamaño, comparados con toda la serie son se presentaron en el año 2008, con un aumento del 20% para Cesar, un

---

<sup>105</sup> DANE. (2013). Cifras Departamentales De Pobreza Monetaria Y Desigualdad. En línea: [https://www.dane.gov.co/.../anexos\\_pobreza\\_departamentos\\_2012.xls](https://www.dane.gov.co/.../anexos_pobreza_departamentos_2012.xls)

aumento del 24% para La Guajira, un aumento de 20,2% para Magdalena, y un aumento de 18,73% para Cauca.

El anterior fenómeno se explica en parte por ser estos departamentos, de menor interés para el gobierno, dado que éste se centra en su mayoría en las urbes como Bogotá y Medellín.

En cuanto al análisis horizontal, se comparan los valores que arrojaron los departamentos en cada año, respecto al promedio total nacional de cada año.

Para la serie de años del estudio, los departamentos más representativos, en cuanto su comparación con el total nacional son Antioquia con 11,29% y Bogotá con 8,81% y los menos representativos son Cauca con 0,7%, Santander con 1,2%, Tolima con 1,27% y Valle del Cauca con 0,7%.

**3.4.2 Tasa de mortalidad infantil.** La Mortalidad Infantil, es una variable demográfica que indica el número de niños menores de un año de edad fallecidos a lo largo de un periodo de tiempo determinado.

Por lo general, la mortalidad infantil es expresada como tasa o índice, y es aquella que da la proporción existente entre el número de niños menores de un año fallecidos en el curso de un año y el número de nacimientos vivos durante el mismo año. Se expresa en tanto por ciento o tanto por mil, y se agrupa por edad o meses de nacimiento, sexo, localidad o país, o grupo social.

La mortalidad infantil suele distinguirse por varias categorías: neonatal precoz, que abarca desde el nacimiento hasta la primera semana de vida; neonatal, hasta el primer mes de vida; y postneonatal, desde el nacimiento hasta un año de edad. Aunque la tasa de mortalidad infantil se mide sobre los niños menores de 1 año,

también se ha medido a veces en niños menores de 5 o 9 años, y esta categoría que abarca a niños mayores de un año, se llama infantil<sup>106</sup>.

Es importante destacar que la tasa de mortalidad infantil refleja mejor los efectos del nivel socio-económico de un país que la tasa de mortalidad general.

El primer año de vida es el más crítico en la vida de los seres humanos y combatir la mortalidad en ese año requiere de un nivel económico, político y social que los países más atrasados no tienen o al menos no está tan desarrollado.

La mortalidad infantil en los países más desarrollados generalmente es baja; en el año 2008, en Estados Unidos fue de 6,2% y en Alemania fue de 3,9%. En cambio los países subdesarrollados siguen presentando tasas bastante elevadas y aun poco alarmantes, como en los casos de Haití con 60%, de Bolivia con 45%, y de la mayoría de los países africanos, en donde supera los 100 por mil; un ejemplo es Níger con 116,6% y Angola con 180% (registrada como la peor del mundo)<sup>107</sup>.

Los factores que inciden en la tasa de mortalidad infantil son: la erradicación de enfermedades, los cuidados prenatales, las condiciones de higiene, así como el número de centros de salud y su equipamiento por número de habitantes.

El índice de mortalidad infantil se realiza a partir de los datos que centros de salud, hospitales y clínicas relevan sobre la muerte o deceso de niños menores de un año.

Para establecer un parámetro, el índice de mortalidad infantil se toma sobre un número de cada mil nacimientos, en proporción a cuántos de ellos no han llegado a sobrevivir al año de vida.

---

<sup>106</sup> PCP. Indicadores De Salud Infantil. Tasa De Mortalidad Infantil. En línea: <http://ccp.ucr.ac.cr/cursoweb/3411tmi.htm>

<sup>107</sup> OROZCO, David. Mortalidad Infantil. En línea: <http://conceptodefinicion.de/mortalidad-infantil>

Se considera que el tiempo estimado en un año es aquel en el que el niño o niña recién nacido se encuentra en mayor estado de fragilidad y puede sufrir más fuertemente cualquier tipo de condición de enfermedad.

Lo anterior se debe principalmente a que a lo largo del primer año de vida el niño o niña desarrolla en parte su organismo y los órganos vitales, y también desarrollan el sistema inmunológico, que es el que los protege de virus, bacterias y otras enfermedades.

La mortalidad infantil, a diferencia de otros índices demográficos, demuestra la calidad de vida de una población, dado que representa el escaso acceso a la salud y la buena alimentación y calidad de vida que los niños pueden tener.

También habla de importantes índices de pobreza y de ausencia de políticas de Estado pensadas para disminuir o solucionar problemas como los mencionados anteriormente.

Por lo general, las estadísticas de mortalidad infantil son muy bajas o nulas en los países del Primer Mundo mientras que los países en desarrollo las presentan como uno de sus indicadores más elevados<sup>108</sup>.

Aunque la tasa de mortalidad infantil ha sido reconocida por varios años como uno de los indicadores de salud más importantes, existen serios problemas en la recolección de la información requerida para su cálculo en algunos de los países menos desarrollados<sup>109</sup>.

Por lo general, la información no puede ser recogida a través de los sistemas de información de los servicios de salud.

---

<sup>108</sup> *Ibíd.*

<sup>109</sup> PCP. Indicadores De Salud Infantil. Tasa De Mortalidad Infantil. Óp. cit.

El registro civil de las defunciones a menudo es incompleto o inexistente, sobre todo en las áreas rurales, donde muchos de los niños que mueren durante la primera semana de vida ni siquiera habían sido registrados como nacidos.

Por lo anterior, las tasas usadas en algunos países<sup>110</sup> están sesgadas en favor de la población más privilegiada, es decir que las personas que si registran el nacimiento de un niño, son los que hacen parte de los estudios sobre mortalidad infantil.

Las tasas de mortalidad infantil a menudo pueden ser estimadas o recolectadas de encuestas de población tales como la DHS. Las encuestas por muestreo o el seguimiento y control demográfico hecho por las oficinas de censos de estadísticas permitirían la desagregación de la información para mostrar diferencias dentro de los países.

La tasa de mortalidad infantil refleja la magnitud de los problemas de salud directamente responsables de la muerte de los niños, como diarrea, infecciones respiratorias y malnutrición, junto con otras enfermedades infecciosas y condiciones perinatales, y también refleja el nivel de salud de las madres, la política de planificación familiar, las condiciones de salud ambiental y, en general, el desarrollo socioeconómico de una sociedad<sup>111</sup>.

Dentro de las sociedades se ha encontrado, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, que la tasa de mortalidad infantil muestra una correlación inversa con la condición socioeconómica del padre y/o madre, independientemente del criterio utilizado para determinar la condición socioeconómica<sup>112</sup>.

---

<sup>110</sup> basados en registros civiles o datos de hospitales y por lo tanto cubriendo la mayor parte de las áreas urbanas, lo cual representa menos del 10% de todas las defunciones infantiles

<sup>111</sup> PCP. Indicadores De Salud Infantil. Tasa De Mortalidad Infantil. Ibíd.

<sup>112</sup> Ibíd.

También se ha encontrado que este indicador refleja los cambios a través del tiempo de las condiciones de salud de un país. En países donde los datos sobre la TMI han sido calculados por largos períodos, se han notado reducciones constantes en esta tasa, junto a mejoras paralelas en los niveles de vida y en las condiciones sanitarias, así como un aumento en la disponibilidad y accesibilidad de los servicios de salud para la población<sup>113</sup>.

Para calcular la tasa de mortalidad infantil se debe tener la información del número de defunciones de los niños menores de un año es un determinado periodo de tiempo y el número de niños nacidos vivos registrados en hospitales y demás centros asistenciales.

$$TMI = \left( \frac{\text{número de defunciones de niños menores de un año en un periodo de tiempo}}{\text{número de nacidos vivos durante el mismo periodo de tiempo}} \right) * 100$$

**3.4.2.1 Tasa de mortalidad infantil en Colombia.** En Colombia, la disminución de la mortalidad infantil es uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio ODM. El país tiene como meta la reducción en dos terceras partes la tasa de mortalidad en niños menores de cinco años entre 1990 y 2015.

Para el seguimiento a este objetivo se cuenta con dos indicadores: La mortalidad infantil que se refiere a la mortalidad ocurrida antes de cumplir el primer año de vida, y la mortalidad en menores de cinco años.

Dentro de la mortalidad infantil, está la mortalidad neonatal, la cual representa aproximadamente el 63% de los casos<sup>114</sup>.

---

<sup>113</sup> *Ibidem*.

<sup>114</sup> Así Vamos En Salud. "Tasa de mortalidad infantil". En línea: <http://www.asivamosensalud.org/inidicadores/estado-de-salud/grafica.ver/7>

El mayor número de casos de mortalidad infantil se da en los primeros días de vida del recién nacido, y se ha encontrado que la probabilidad de que ocurra es mayor hasta el sexto día de vida, conocida también como neonatal precoz (44%). “En el año 2008, el 22% de las muertes fueron en niños y niñas de 1 a 6 días, el 17% entre los de 7 y 27 días, el 15% en los menores de un día y el 7% en menores de una hora. Es importante llamar la atención que la mortalidad pos neonatal (muertes en niños y niñas entre 1 mes y 1 año de vida) y la de niños y niñas de 28 y 29 días desde 2002 han mantenido constante su participación en el 37% y el 1% respectivamente.”<sup>115</sup>

Según los datos reportados al DANE en el 2012, los departamentos en los que se presenta mayor índice de mortalidad infantil son Vaupés, Guainía, Vichada y Chocó. Los cuales continúan con tasas de mortalidad infantil por encima de 20 muertes de menores de un año por 1.000 nacidos vivos<sup>116</sup>. (Ver anexos 46 y 47) “Para los departamentos que tienen las mayores tasas, la mitad más baja es similar al promedio de la tasa de mortalidad infantil en América Latina y el Caribe, que está en 22 por mil nacidos vivos según el informe del Estado Mundial de la Infancia 2007 y 2009”<sup>117</sup>

En el país, se viene desarrollando un marco de políticas públicas tendientes a fortalecer la vida sobre la población infantil, el entorno y los derechos de estos a partir de lo establecido en el Código de Infancia y Adolescencia bajo la Ley 1098 de 2006.

El compromiso político se evidencia en el desarrollo desde la mayoría de actores de planes de acción en favor de la infancia y en el caso particular del Ministerio de Protección Social en la inclusión de estrategias para la reducción de la mortalidad y morbilidad como las estrategias Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia

---

<sup>115</sup> *Ibíd.*

<sup>116</sup> *ibíd.*

<sup>117</sup> *Ibíd.*

(IAMI) y Atención a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) dentro de los planes de salud pública nacional y de los territoriales<sup>118</sup>.

**3.4.3 ¿Se debería aumentar la cantidad de recursos destinados al gasto social en salud? Y eso ¿Aumentaría la equidad?** Para resolver esta pregunta se planteó una regresión que contiene las siguientes variables: el Gini, el gasto público en salud como porcentaje del gasto total en salud, el gasto público como porcentaje del PIB y la tasa de mortalidad infantil.

Estos datos se obtuvieron de las bases de datos del Banco mundial y del Banco de la República de Colombia; los datos son desde el año 2002 al 2012.

Al analizar los datos, se encontró que un modelo lineal, con todas las anteriores variables no es significativo, es decir, que las variables independientes, que son el gasto público en salud como porcentaje del gasto total en salud, el gasto público como porcentaje del PIB y la tasa de mortalidad infantil, no explican a la variable independiente que es el Gini.

El Gini en este modelo de análisis se utiliza como variable determinante de la equidad, al igual que la tasa de mortalidad infantil como determinante de la calidad de los servicios de salud colombianos.

El gasto público en salud como porcentaje del PIB, denota la participación del primero, dentro del total nacional de rubros del producto interno bruto colombiano.

Y el gasto público en salud como porcentaje del gasto total en salud, denota la participación del gasto público en salud, menos el gasto privado en salud.

---

<sup>118</sup> Organización Panamericana De La Salud. (2009). "Perfil de los Sistemas de Salud en Colombia". Óp. cit. ISBN: 978-92-75-33106-4 SPA- (Impreso), 978-92-75-13206-7 SPA- (Electrónico). Pág. 56

Para modelar la ecuación, se optó como primera medida, generar un modelo logarítmico.

La siguiente es la ecuación del modelo:

$$\log(Gini) = \log\left(\frac{GPS}{GTS}\right) + \log\left(\frac{GPS}{PIB}\right) + \log(TMI)$$

Donde:

$\log(Gini)$ : El logaritmo del Gini es la variable dependiente

$\log\left(\frac{GPS}{GTS}\right)$ : El logaritmo del gasto público en salud como porcentaje del gasto total en salud es una variable independiente

$\log\left(\frac{GPS}{PIB}\right)$ : El logaritmo del gasto social en salud como porcentaje del producto interno bruto, es una variable independiente.

$\log(TMI)$ : El logaritmo de la tasa de mortalidad infantil es una variable independiente

Al correr este modelo, se encontró que la variable GPS/PIB no es significativa, así que se eliminó del modelo y se volvió a correr la regresión, con la siguiente ecuación:

$$\log(Gini) = \log\left(\frac{GPS}{GTS}\right) + \log(TMI)$$

Se obtuvo que esta ecuación tiene las dos variables independientes con alta significancia y que ambas explican al Gini.

La siguiente es la ecuación con los coeficientes explicativos:

$$\text{LOG(GINI)} = -0.482666811056 * \text{LOG(GPS\_GTS)} + 0.255439911674 * \text{LOG(TMI)} - 1.44582741062$$

Se encontró que en un modelo LOG-LOG, que explica porcentualmente las variables, al darse un incremento del 1% en el gasto público en salud como porcentaje del gasto total en salud, el Gini disminuye en un 48,26%; y también, se encontró que si la tasa de mortalidad infantil aumenta en 1%, el Gini aumenta en un 25, 54%.

Cuadro 4. Resultados del modelo gasto público en salud y equidad

Dependent Variable: LOG(GINI)  
 Method: Least Squares  
 Date: 10/05/15 Time: 20:49  
 Sample: 1 11  
 Included observations: 11

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
LOG(GPS_GTS)	-0.482667	0.214204	-2.253305	0.0543
LOG(TMI)	0.255440	0.097989	2.606834	0.0313
C	-1.445827	0.317052	-4.560222	0.0018
R-squared	0.492321	Mean dependent var	-0.580428	
Adjusted R-squared	0.365401	S.D. dependent var	0.031316	
S.E. of regression	0.024947	Akaike info criterion	-4.317128	
Sum squared resid	0.004979	Schwarz criterion	-4.208611	
Log likelihood	26.74421	Hannan-Quinn criter.	-4.385533	
F-statistic	3.878993	Durbin-Watson stat	2.026838	
Prob(F-statistic)	0.066429			

Fuente: elaboración por la autora con datos del Banco Mundial y del Banco de la República de Colombia.

Este modelo no presenta autocorrelación, ni heterocedasticidad.

El anterior modelo, muestra que las variables gasto social en salud y tasa de mortalidad infantil explican al Gini, es decir que cualquier cambio positivo en el gasto social en salud, como lo es el aumento en los recursos destinados al gasto social en salud, disminuye el porcentaje del Gini, lo acerca más a cero (0), lo que significa que aumenta la sensación de equidad en el país.

Y también que, cualquier aumento en la tasa de mortalidad infantil, es decir que crezca la cantidad de niños que mueren antes de cumplir un año de vida, por razones de mala calidad en los servicios de salud o enfermedades graves, entre otras, aumenta el porcentaje del Gini, es decir que lo acerca más a uno (1), y esto significa que la sensación y el nivel de equidad en el país disminuye.

En conclusión, sería apropiado aumentar los recursos destinados al gasto social en salud, así se aumentaría la cantidad de personas que puedan ingresar al servicio que no tengan los medios económicos para hacerlo y también con más recursos y claramente un manejo adecuado de estos, se podría lograr una mejoría en la calidad para evitar no solo la muerte de niños menores de un año, sino de toda la población colombiana. Lo ideal sería generar escenarios donde los países puedan ingresar a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos – OCDE con mayores niveles de inversión y mejor calidad en los servicios.

#### 4. CONCLUSIONES

La equidad es un elemento clave a la hora de pensar en el desarrollo humano, es aquella que hace que los individuos de una sociedad se planteen el objetivo de conseguir una sociedad más justa.

Según lo anterior, la equidad en salud es aquella que busca que todas las personas de una sociedad, tengan un servicio equitativo, es decir que tengan lo justo según sus capacidades y oportunidades.

La equidad no se puede ver como igualdad, dado que la igualdad, busca que todos tengan lo mismo, y eso no sería justo, al contrario, un fenómeno así, limitaría las oportunidades y capacidades de las personas para definir qué es lo mejor y que podría mejorar.

Amartya Sen asegura que la salud, debe tener un lugar importante en cualquier discusión sobre equidad, y que esta, está delimitada por la diversidad humana, la cual delimita la transformación que hacen los individuos de los recursos en bienestar.

Sen contrasta su teoría de “haceres y estares” con la equidad en salud; los haceres son los elementos o situaciones que un individuo logra producir en la vida, y los estares, son el tipo de existencia que el individuo logra llevar; esto, relacionado con la equidad, denota que cada persona tiene en la vida lo que sea capaz de producir.

En este sentido, las personas con menos recursos económicos o menos capacidades físicas y psicológicas, tienen mayores complicaciones a la hora de acceder a un adecuado servicio a la salud.

Lo que lleva a considerar que sería adecuado repensar la calidad de los servicios de salud de la mayoría de países, que ven este ámbito bajo un escenario de mercado, donde aquel que pueda pagar es quien se hace merecedor de los mejores servicios.

En Colombia, la salud también se delimita con un escenario de mercado, y se financia con contribuciones del gobierno, contribuciones de los trabajadores asalariados, contribuciones de los trabajadores independientes afiliados al sistema y también contribuciones de los empleadores; además se destinan fondos para la salud, de impuestos al trago y a los juegos de azar.

El actual sistema de salud, está regido por la ley 100 de 1993 que trajo consigo cambios fundamentales en la operatividad y en el esquema de “organización industrial” del sector salud en Colombia. Su principal objetivo era crear un sistema único de aseguramiento con cobertura universal, buena calidad de atención a los usuarios y todo con el menor costo posible.

La Ley 100 creó entonces un sistema único de aseguramiento, basado en la aplicación del principio de “subsídios cruzados” entre dos regímenes: el Régimen Contributivo y el Régimen Subsidiado.

El Régimen Subsidiado está reservado para individuos que no cuentan con recursos económicos suficientes para abordar las contribuciones en salud en su totalidad, por lo cual el Estado asume total o parcialmente este costo.

El Régimen Subsidiado venía operando bajo un esquema de aseguramiento parcial, es decir, un POS con menores servicios que el del Régimen Contributivo, hasta que la Corte Constitucional, a través de las sentencias C-463 y T-760 de 2008, ordenó la aceleración de la cobertura universal y la homologación de los

sistemas sanitarios, y además con estas sentencias ratificó la salud como un derecho fundamental.

El Régimen Contributivo reparte el costo de aseguramiento entre el empleador y el empleado. A este Régimen lo impulsan las Empresas Promotoras de Salud (EPS) que operan como las entidades aseguradoras del sistema, proveyendo un servicio “estandarizado”, conocido como el POS.

Por otra parte, el gasto total en salud es la suma del gasto público y privado en salud, además, abarca la prestación de servicios de salud tanto preventivos como curativos, las actividades de planificación familiar, las actividades de nutrición y la asistencia de emergencia designadas para la salud, pero no incluye el suministro de agua y servicios sanitarios.

Colombia dentro del periodo de estudio de este trabajo, en su balance fiscal ha reportado, la mayoría de los años, un grado de déficit, el cual ha tratado de financiar con deuda tanto interna como externa; en este sentido el país no está llevando a cabo un óptimo desempeño fiscal, porque gasta más de lo que tiene.

El Gasto Público Social es aquella parte del gasto público que cumple con dos condiciones: la primera se refiere a bienes y servicios en cuya distribución aplican los mecanismos de mercado y existe, por varios motivos, exclusión y rivalidad, y la segunda, tiene un efecto directo sobre el nivel de vida de los hogares.

La anterior definición excluye el gasto que pueda incurrir en bienes públicos puros de libre acceso, también a los que no se aplica el criterio de exclusión y bienes cuya limitación de acceso es su ubicación espacial.

Entonces, al evaluar la equidad en Colombia, se encuentra que aumentar los recursos para el gasto social en salud, si mejoraría la prestación, la calidad y la

cobertura del servicio, al igual que la disminución en la tasa de mortalidad infantil, que mejora los estándares de equidad; al tener un mejor servicio de salud, la probabilidad de niños que mueren antes de su primer año de vida, disminuye y aumenta la equidad.

Pero Colombia aún no está en un nivel óptimo de equidad, y aunque comparado con otros países de Latinoamérica, está bien posicionado, en términos reales, le falta mejorar el servicio en cuanto a estructura y la calidad del mismo.

## BIBLIOGRAFÍA

- ❖ AGUDELO, Carlos et al. (2011). “Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas”. En línea: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v16n6/20.pdf>.
- ❖ ALCALDE, Jacqueline. LAZO, Oswaldo. NIGEMDA, Gustavo. (2011). “Sistema de Salud de Perú”. Salud Pública Méx 2011; Vol. 53(2):243-254. En línea: [http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo\\_e4.php?id=002627](http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo_e4.php?id=002627)
- ❖ Así Vamos En Salud. “Tasa de mortalidad infantil”. En línea: <http://www.asivamosensalud.org/inidicadores/estado-de-salud/grafica.ver/7>
- ❖ AYALA GARCÍA, Jhorland; (2014); “La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso”; documentos de trabajo sobre economía regional; Banco De La República; ISSN 1692-3715.
- ❖ Banco Mundial. Índice De Gini. En línea: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SI.POV.GINI>
- ❖ BERNAL Óscar, GUTIÉRREZ Catalina; (2012); “La salud en Colombia: Logros, retos y recomendaciones”; Universidad De Los Andes; ISBN 978-958-695-774-8.
- ❖ CARDONA, Álvaro; (2009); ¿Para qué una emergencia social?. En: Publicaciones Semana. Disponible en: <http://www.semana.com/nacion/salud-seguridad-social/articulo/para-que-emergencia-social/111377-3>
- ❖ CEPAL. (2011). “El gasto social en América Latina y el Caribe”. En línea: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=15456&Itemid=](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=15456&Itemid=)
- ❖ CLAVIJO, Sergio et al; (2013); “Estructura fiscal de Colombia y ajustes requeridos (2012-2020)”; Premio a la Investigación “Germán Botero de los Ríos” Fedesarrollo; ANIF; ISBN: 978-958-57042-3-7.
- ❖ Concepto De “Concepto de Salud (según la OMS)”. En línea: <http://concepto.de/salud-segun-la-oms/>
- ❖ Concepto De Concepto De Equidad. En línea: <http://concepto.de/equidad/>

- ❖ CONFIS (2005), Cierre Fiscal 2004 Documento Asesores 02/2005, en línea:  
[http://www.minhacienda.gov.co/portal/page/portal/HomeMinhacienda/politicafiscal/CierreFiscal/Historico/DOC%20-%200002%20-%202005%20\(SPC%20-%20Cierre%20Fiscal%202004\).pdf](http://www.minhacienda.gov.co/portal/page/portal/HomeMinhacienda/politicafiscal/CierreFiscal/Historico/DOC%20-%200002%20-%202005%20(SPC%20-%20Cierre%20Fiscal%202004).pdf)
- ❖ CONFIS (2007), Cierre Fiscal 2006 Documento Asesores 04/2007, en línea:  
[http://www.minhacienda.gov.co/portal/page/portal/HomeMinhacienda/politicafiscal/CierreFiscal/Historico/DOC%20-%200004%20-%202007%20\(SPC%20-%20Cierre%20Fiscal%202006\).pdf](http://www.minhacienda.gov.co/portal/page/portal/HomeMinhacienda/politicafiscal/CierreFiscal/Historico/DOC%20-%200004%20-%202007%20(SPC%20-%20Cierre%20Fiscal%202006).pdf)
- ❖ CONFIS (2008), Cierre Fiscal 2007 Documento Asesores 05/2007, en línea:  
[http://www.minhacienda.gov.co/portal/page/portal/HomeMinhacienda/politicafiscal/CierreFiscal/Historico/DOC%20-%200005%20-%202008%20\(SPC%20-%20Cierre%20Fiscal%202007\).pdf](http://www.minhacienda.gov.co/portal/page/portal/HomeMinhacienda/politicafiscal/CierreFiscal/Historico/DOC%20-%200005%20-%202008%20(SPC%20-%20Cierre%20Fiscal%202007).pdf)
- ❖ CONFIS (2009), Cierre Fiscal 2008 Documento Asesores 005/2009, en línea:  
[http://www.minhacienda.gov.co/portal/page/portal/HomeMinhacienda/politicafiscal/CierreFiscal/Historico/DOC%20-%200005%20-%202009%20\(SPC%20-%20Cierre%20Fiscal%202008\).pdf](http://www.minhacienda.gov.co/portal/page/portal/HomeMinhacienda/politicafiscal/CierreFiscal/Historico/DOC%20-%200005%20-%202009%20(SPC%20-%20Cierre%20Fiscal%202008).pdf)
- ❖ CONFIS (2010), Cierre Fiscal 2009 Documento Asesores 005/2010, en línea:  
[http://www.minhacienda.gov.co/portal/page/portal/HomeMinhacienda/politicafiscal/CierreFiscal/Historico/DOC%20-%200005%20-%202010%20\(SPC%20-%20Cierre%20Fiscal%202009\).pdf](http://www.minhacienda.gov.co/portal/page/portal/HomeMinhacienda/politicafiscal/CierreFiscal/Historico/DOC%20-%200005%20-%202010%20(SPC%20-%20Cierre%20Fiscal%202009).pdf)
- ❖ CONFIS (2011), Cierre Fiscal 2010 Documento Asesores 005/2011, en línea:  
[http://www.minhacienda.gov.co/portal/page/portal/HomeMinhacienda/politicafiscal/CierreFiscal/Historico/DOC%20-%200005%20-%202011%20\(SPC%20-%20Cierre%20Fiscal%202010\).pdf](http://www.minhacienda.gov.co/portal/page/portal/HomeMinhacienda/politicafiscal/CierreFiscal/Historico/DOC%20-%200005%20-%202011%20(SPC%20-%20Cierre%20Fiscal%202010).pdf)
- ❖ CONFIS (2012), Cierre Fiscal 2011 Documento Asesores 003/2011, en línea:  
[http://www.minhacienda.gov.co/portal/page/portal/HomeMinhacienda/politicafiscal/CierreFiscal/2011/DOC%20-%200003%20-%202012%20\(SPC%20-%20Cierre%20Fiscal%202011\).pdf](http://www.minhacienda.gov.co/portal/page/portal/HomeMinhacienda/politicafiscal/CierreFiscal/2011/DOC%20-%200003%20-%202012%20(SPC%20-%20Cierre%20Fiscal%202011).pdf)

- ❖ CONFIS (2013), Cierre Fiscal 2012 Documento 004/2013, En Línea:  
<http://www.minhacienda.gov.co/portal/page/portal/HomeMinhacienda/politicafiscal/CierreFiscal/2012/SPC%20Cierre%20Fiscal%202012.pdf>
- ❖ CONFIS, (2003); Cierre Fiscal 2002, Documento Asesores 03/2003, en línea:  
[http://www.minhacienda.gov.co/portal/page/portal/HomeMinhacienda/politicafiscal/CierreFiscal/Historico/DOC%20-%200003%20-%202003%20\(SPC%20-%20Cierre%20Fiscal%202002\).pdf](http://www.minhacienda.gov.co/portal/page/portal/HomeMinhacienda/politicafiscal/CierreFiscal/Historico/DOC%20-%200003%20-%202003%20(SPC%20-%20Cierre%20Fiscal%202002).pdf)
- ❖ CONFIS, (2004), Cierre Fiscal 2003 Documento Asesores 02/2004, en línea:  
[http://www.minhacienda.gov.co/portal/page/portal/HomeMinhacienda/politicafiscal/CierreFiscal/Historico/DOC%20-%200002%20-%202004%20\(SPC%20-%20Cierre%20Fiscal%202003\).pdf](http://www.minhacienda.gov.co/portal/page/portal/HomeMinhacienda/politicafiscal/CierreFiscal/Historico/DOC%20-%200002%20-%202004%20(SPC%20-%20Cierre%20Fiscal%202003).pdf)
- ❖ CONFIS, (2006), Cierre Fiscal 2005 Documento Asesores 03/2006, en línea:  
[http://www.minhacienda.gov.co/portal/page/portal/HomeMinhacienda/politicafiscal/CierreFiscal/Historico/DOC%20-%200003%20-%202006%20\(SPC%20-%20Cierre%20Fiscal%202005\).pdf](http://www.minhacienda.gov.co/portal/page/portal/HomeMinhacienda/politicafiscal/CierreFiscal/Historico/DOC%20-%200003%20-%202006%20(SPC%20-%20Cierre%20Fiscal%202005).pdf)
- ❖ Congreso De La República. (2011). LEY 1473 DE 2011, Diario Oficial No. 48.121 de 5 de julio de 2011. En línea:  
[https://www.cancilleria.gov.co/sites/default/files/Normograma/docs/ley\\_1473\\_2011.htm](https://www.cancilleria.gov.co/sites/default/files/Normograma/docs/ley_1473_2011.htm)
- ❖ DANE. (2013). Cifras Departamentales De Pobreza Monetaria Y Desigualdad. En línea:  
[https://www.dane.gov.co/.../anexos\\_pobreza\\_departamentos\\_2012.xls](https://www.dane.gov.co/.../anexos_pobreza_departamentos_2012.xls)
- ❖ Desenvolupament Sostenible. El Coeficiente De Gini. La Distribución De La Riqueza. En línea:  
[http://www.desenvolupamentsostenible.org/index.php?option=com\\_content&id=233&Itemid=266&lang=es](http://www.desenvolupamentsostenible.org/index.php?option=com_content&id=233&Itemid=266&lang=es)
- ❖ DUQUE, María et al. (2009). “Análisis De Los Sistemas De Costos Utilizados En Las Entidades Del Sector Salud En Colombia Y Su Utilidad Para La Toma De Decisiones”. Universidad de Antioquia. Revista del Instituto Internacional de Costos, ISSN 1646-6896, nº 5.

- ❖ El Banco Mundial. Gasto en salud, sector público (% del gasto total en salud). En línea: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.PUBL>
- ❖ ENS, trabajo decente. “Estudio de FESCOL sobre salud y seguridad social. Un comparativo de los sistemas de salud en Brasil, Chile, Costa Rica, México y Colombia”. En línea: [http://ens.org.co/apc-aa-files/4e7bc24bf4203c2a12902f078ba45224/Estudio\\_Fescol.pdf](http://ens.org.co/apc-aa-files/4e7bc24bf4203c2a12902f078ba45224/Estudio_Fescol.pdf).
- ❖ GIL OSPINA, Armando Antonio. (2008). “Reforma Del Sistema De Salud En Colombia: Focalización Del Gasto Público Social En Salud”. Semestre Económico, volumen 11, No. 21, pp. 45-63 - ISSN 0120-6346.
- ❖ Govindaraj R, Chellaraj G, Murray CJ. Health expenditures in Latin America and the Caribbean. Soc Sci Med 1997;44:157–169.
- ❖ Grupo De Economia De La Salud. (2005).” Macroeconomía y Salud en Colombia”. Observatorio de la Seguridad Social. ISSN 1657 – 5415.
- ❖ GUZMÁN URREA, M. (2006). “Aportes de las teorías de la justicia de John Rawls y Amartya Sen en la interpretación de la justicia sanitaria”. En: Revista Colombiana de Filosofía de la Ciencia. ISSN: 0124-4620. Vol.: VII, número 14-15. UNIVERSIDAD EL BOSQUE.
- ❖ IREGUI, Ana et al. (2001). “análisis de la descentralización fiscal en Colombia”. Banco de la Republica.
- ❖ LORA, Eduardo, (2009). “La Vulnerabilidad Fiscal Del Gasto Social: ¿Es Diferente America Latina?”. Revista de análisis económico, vol. 24, N°1.
- ❖ MARTÍNEZ, Martha. (2006). “Equidad En Salud: Estudio De Caso En El Distrito Capital De Bogotá”. Universidad Nacional De Colombia. Facultad De Medicina- Maestría En Salud Pública.
- ❖ Ministerio De Hacienda Y Crédito Público Viceministerio Técnico – Dirección General de Política Macroeconómica (2014). Cierre Fiscal Sector Público Consolidado Cifras 2013 Documento 004/2014, en línea: <http://www.minhacienda.gov.co/portal/page/portal/HomeMinhacienda/politicafiscal/CierreFiscal/2013/2014-04-24%20Cierre%20Fiscal%20SPC%204T2013.pdf>

- ❖ Ministerio De Hacienda Y Crédito Público Viceministerio Técnico – Dirección General de Política Macroeconómica (2015). Cierre Fiscal Sector Público Consolidado Cifras 2014 Documento 004/2015, en línea:  
<http://www.minhacienda.gov.co/portal/page/portal/HomeMinhacienda/politicafiscal/CierreFiscal/2014/05192015-Cierre-Fiscal-SPC-4T2014-VF.pdf>
- ❖ Ministerio De Hacienda Y Crédito Público. (2007). “Gasto Social En El Presupuesto General De La Nacion Colombia”. Sentencia C-151.
- ❖ MOLINA, Raúl, et al. (2000); “Gasto y financiamiento en salud: situación y tendencias”, ISSN 1020-4989; en línea:  
[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892000000700010](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892000000700010)
- ❖ Observatorio De La Seguridad Social, Grupo De Economía De La Salud; (2011), “Evolución de la Seguridad Social en Salud en Colombia: avances, limitaciones y retos”. ISSN 1657 – 5415.
- ❖ OMS. “La salud es esencial para el desarrollo sostenible.”. En línea:  
[http://www.who.int/universal\\_health\\_coverage/un\\_resolution/es/](http://www.who.int/universal_health_coverage/un_resolution/es/)
- ❖ Organización Panamericana De La Salud. (2009). Perfil De Los Sistemas De Salud En Colombia. ISBN: 978-92-75-33106-4 SPA- (Impreso), 978-92-75-13206-7 SPA- (Electrónico).
- ❖ OROZCO, David. Mortalidad Infantil. En línea:  
<http://conceptodefinicion.de/mortalidad-infantil>
- ❖ PASCUAL, Marta; CANTARERO, David. (2013). “Entendiendo la Economía de la Salud: Una revisión de los estudios sobre eficiencia, equidad y desigualdades”. Estudios De Economía Aplicada VOL. 31-2.
- ❖ PCP. Indicadores De Salud Infantil. Tasa De Mortalidad Infantil. En línea:  
<http://ccp.ucr.ac.cr/cursoweb/3411tmi.htm>
- ❖ Procuraduría General De La Nación. “Financiamiento Del Sistema General De Seguridad Social en Salud Seguimiento y control preventivo a las políticas públicas”. ISBN 978-958-99991-5-8.

- ❖ RODRÍGUEZ, María, et al. (2006). “Conceptos básicos de economía de la salud para el médico general”. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2007; 45 (5): 523-532.
- ❖ SALINAS, Manuel. (2014). “Descentralización Fiscal Y Servicio De Salud. Un Estudio Para Los Departamentos De Colombia En La Última Década”. Universidad del Valle.
- ❖ SEN, Amartya; NUSSBAUM, Martha. (1993). “La calidad de vida”. Fondo de cultura económica. México.
- ❖ VARGAS, Gustavo. (2004), “¿Es Equitativo el Gasto Social en Salud?” (En línea), disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-47722004000200007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-47722004000200007&script=sci_arttext)

## ANEXOS

### Anexo A. Ingresos y gastos del gobierno nacional central año 2002

CONCEPTO	\$ Miles de Millones		% PIB		Crecim. % 2002/2001
	2001	2002	2001	2002	
<b>1. INGRESOS TOTALES</b>	<b>27.595</b>	<b>30.344</b>	<b>14,5</b>	<b>14,9</b>	<b>10</b>
1.1. Ingresos Corrientes	25.177	27.394	13,3	13,4	9
Ingresos Tributarios	24.802	27.087	13,1	13,3	9
<i>Ingresos Tributarios Sin IPSD *</i>	24.802	25.866	13,1	12,7	4
Ingresos No tributarios	375	307	0,2	0,2	-18
1.2. Fondos Especiales	240	316	0,1	0,2	31
1.3. Ingresos de Capital	2.071	2.524	1,1	1,2	22
1.4. Ingresos de Causación	106	111	0,1	0,1	5
<b>2. GASTOS TOTALES</b>	<b>38.369</b>	<b>43.192</b>	<b>20,2</b>	<b>21,1</b>	<b>13</b>
2.1. Pagos Totales	37.573	40.193	19,8	19,7	7
2.1.1. Intereses	7.497	7.902	3,9	3,9	5
2.1.2. Funcionamiento	27.172	29.336	14,3	14,4	8
Servicios Personales	5.280	5.720	2,8	2,8	8
Transferencias	20.118	21.634	10,6	10,6	8
Territoriales	10.685	11.185	5,6	5,5	5
Pensiones	4.539	5.256	2,4	2,6	16
Otras	4.894	5.193	2,6	2,5	6
Gastos Generales	1.774	1.982	0,9	1,0	12
2.1.3. Inversión	2.904	2.955	1,5	1,4	2
2.2. Préstamos Neto	1.471	1.259	0,8	0,6	-14
2.3. Gastos Causados	-674	1.740	-0,4	0,9	-358
<b>3. (DÉFICIT) /SUPERÁVIT TOTAL</b>	<b>-10.774</b>	<b>-12.848</b>	<b>-5,7</b>	<b>-6,3</b>	<b>19</b>

Fuente: Ministerio de Hacienda, CONFIS, cierre fiscal 2002, DOCUMENTO ASESORES 03/2003

### Anexo B. Ingresos totales del gobierno nacional central 2002

CONCEPTO	\$ Miles de Millones		% PIB		Crecim. % 2002/2001
	2001	2002	2001	2002	
<b>1. INGRESOS TOTALES</b>	<b>27.595</b>	<b>30.344</b>	<b>14,5</b>	<b>14,9</b>	<b>10</b>
<b>1.1. INGRESOS CORRIENTES DE LA NACION</b>	<b>25.177</b>	<b>27.394</b>	<b>13,3</b>	<b>13,4</b>	<b>9</b>
1.1.1. Ingresos Tributarios	24.802	27.087	13,1	13,3	9
Administrados por la DIAN Internos	18.375	19.433	9,7	9,5	6
Renta	10.023	10.626	5,3	5,2	6
IVA Interno	6.931	7.364	3,7	3,6	6
Gravamen Movimientos Financieros	1.421	1.443	0,7	0,7	2
Administrados por la DIAN Externos	5.230	5.348	2,8	2,6	2
Gravamen Arancelario	2.150	2.083	1,1	1,0	-3
IVA Externo	3.079	3.265	1,6	1,6	6
Impuesto a la Gasolina	1.106	977	0,6	0,5	-12
Impuesto para Preservar la Seguridad Democrática	0	1.221	0,0	0,6	0
Resto Tributarios	91	108	0,0	0,1	18
1.1.2. Ingresos no Tributarios	375	307	0,2	0,2	-18
Tasas multas y contribuciones	147	142	0,1	0,1	-3
Otros No Tributarios	228	165	0,1	0,1	-28
<b>1.2. FONDOS ESPECIALES</b>	<b>240</b>	<b>316</b>	<b>0,1</b>	<b>0,2</b>	<b>31</b>
<b>1.3. INGRESOS DE CAPITAL</b>	<b>2.071</b>	<b>2.524</b>	<b>1,1</b>	<b>1,2</b>	<b>22</b>
Rendimientos Financieros de Fondos Propios	247	354	0,1	0,2	44
Rendimientos Financieros de Fondos Administrados	325	200	0,2	0,1	-39
Excedentes Financieros	1.320	1.502	0,7	0,7	14
Otros ingresos de capital	180	468	0,1	0,2	160
<b>1.4. INGRESOS CAUSADOS</b>	<b>106</b>	<b>111</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>5</b>
Alicuota Concesión Telefonía Celular	35	39	0,0	0,0	13
Alicuota Concesión Larga Distancia	71	72	0,0	0,0	1

Fuente: Ministerio de Hacienda, CONFIS, cierre fiscal 2002, DOCUMENTO ASESORES 03/2003

Anexo C. Gastos totales del gobierno nacional central 2002

CONCEPTO	\$ Miles de Millones		% PIB		Crecim. %
	2001	2002	2001	2002	2002/2001
<b>2. GASTOS TOTALES</b>	<b>38.369</b>	<b>43.192</b>	<b>20,2</b>	<b>21,1</b>	<b>13</b>
<b>2.1. PAGOS TOTALES</b>	<b>37.573</b>	<b>40.193</b>	<b>19,8</b>	<b>19,7</b>	<b>7</b>
<b>2.1.1. PAGOS CORRIENTES</b>	<b>34.669</b>	<b>37.238</b>	<b>18,3</b>	<b>18,2</b>	<b>7</b>
<b>Intereses</b>	<b>7.497</b>	<b>7.902</b>	<b>3,9</b>	<b>3,9</b>	<b>5</b>
Intereses deuda externa	3.018	3.576	1,6	1,8	18
Intereses deuda interna	4.740	4.886	2,5	2,4	3
Ganancia/(Pérdida) por colocacion TES	-358	-605	-0,2	-0,3	69
Costo del endeudamiento externo	97	46	0,1	0,0	-53
<b>Funcionamiento</b>	<b>27.172</b>	<b>29.336</b>	<b>14,3</b>	<b>14,4</b>	<b>8</b>
Servicios Personales	5.280	5.720	2,8	2,8	8
Transferencias	20.118	21.634	10,6	10,6	8
Sistema General de Participaciones	10.685	11.185	5,6	5,5	5
Pensiones	4.539	5.256	2,4	2,6	16
Otras Transferencias	4.894	5.193	2,6	2,5	6
Gastos Generales	1.774	1.982	0,9	1,0	12
Equipo Militar	491	731	0,3	0,4	49
Resto	1.283	1.252	0,7	0,6	-2
<b>2.1.2. INVERSIÓN</b>	<b>2.904</b>	<b>2.955</b>	<b>1,5</b>	<b>1,4</b>	<b>2</b>
Formación bruta de capital	2.904	2.955	1,5	1,4	2
<b>2.2. PRÉSTAMO NETO</b>	<b>1.471</b>	<b>1.259</b>	<b>0,8</b>	<b>0,6</b>	<b>-14</b>
Préstamos de Inversión	521	500	0,3	0,2	-4
Préstamo CEDE	607	524	0,3	0,3	-14
Menos Recuperación de Cartera SPNF (Amortizaciones)	20	114	0,0	0,1	457
Deuda Garantizada	357	349	0,2	0,2	-2
Capitalizaciones	5	0	0,0	0,0	-100
<b>2.3. GASTOS CAUSADOS</b>	<b>-674</b>	<b>1.740</b>	<b>-0,4</b>	<b>0,9</b>	<b>-358</b>
Deuda Flotante	-941	1.320	-0,5	0,6	-240
Indexación TES B denominados en UVR	266	421	0,1	0,2	58
<b>3. (DÉFICIT) / SUPERÁVIT TOTAL</b>	<b>-10.774</b>	<b>-12.848</b>	<b>-5,7</b>	<b>-6,3</b>	<b>19</b>

Fuente: Ministerio de Hacienda, CONFIS, cierre fiscal 2002, DOCUMENTO ASESORES 03/2003

## Anexo D. Ingresos y gastos 2003

CONCEPTO	Miles de Millones		% PIB		Crecim % 2003/2002
	2002	2003	2002	2003	
<b>1. INGRESOS TOTALES</b>	<b>30.344</b>	<b>34.445</b>	<b>15,2</b>	<b>15,5</b>	<b>13,5</b>
1.1. Ingresos Corrientes	27.394	31.579	13,7	14,2	15,3
Ingresos Tributarios	27.087	31.373	13,6	14,1	15,8
<i>Ingresos Tributarios Sin IPSD*</i>	25.866	30.142	13,0	13,6	16,5
Ingresos no Tributarios	307	206	0,2	0,1	-32,9
1.2. Fondos Especiales	316	321	0,2	0,1	1,6
1.3. Ingresos de Capital	2.524	2.419	1,3	1,1	-4,1
1.4. Ingresos de Causacion	111	127	0,1	0,1	14,3
<b>2. GASTOS TOTALES</b>	<b>42.779</b>	<b>46.596</b>	<b>21,5</b>	<b>20,9</b>	<b>8,9</b>
2.1. PAGOS TOTALES	40.194	45.104	20,2	20,3	12,2
2.1.1 Intereses	7.902	9.656	4,0	4,3	22,2
2.1.2 Funcionamiento	29.337	32.568	14,7	14,6	11,0
Servicios Personales	5.720	6.130	2,9	2,8	7,2
Transferencias	21.635	24.275	10,9	10,9	12,2
Sistema General de Participaciones	11.159	12.027	5,6	5,4	7,8
Pensiones	5.661	6.086	2,8	2,7	7,5
Otras Transferencias	4.816	6.162	2,4	2,8	28,0
Gastos Generales	1.982	2.163	1,0	1,0	9,1
2.1.2 INVERSIÓN	2.955	2.880	1,5	1,3	-2,5
2.2 PRESTAMO NETO	1.259	865	0,6	0,4	-31,3
2.3 GASTOS CAUSADOS	1.326	627	0,7	0,3	-52,7
Deuda Flotante	905	65	0,5	0,0	-92,8
Indexación TES B denominados en UVR	421	562	0,2	0,3	33,6
<b>3. (DÉFICIT) / SUPERAVIT TOTAL</b>	<b>-12.435</b>	<b>-12.151</b>	<b>-6,2</b>	<b>-5,5</b>	<b>-2,3</b>

Fuente: Ministerio de Hacienda, CONFIS

## Anexo E. Gastos totales 2003

CONCEPTO	Miles de Millones		% PIB		Crecim % 2003/2002
	2002	2003	2002	2003	
<b>2. PAGOS TOTALES</b>	<b>42.779</b>	<b>46.596</b>	<b>21,5</b>	<b>20,9</b>	<b>8,9</b>
2.1. PAGOS CORRIENTES	37.239	42.224	18,7	19,0	13,4
Intereses	7.902	9.656	4,0	4,3	22,2
Intereses deuda externa	3.576	4.355	1,8	2,0	21,8
Intereses deuda interna	4.886	5.881	2,5	2,6	20,4
(Ganancia)/Perdida por colocación TES	-605	-575	-0,3	-0,3	-4,9
Costo del endeudamiento externo	46	-6	0,0	0,0	
Funcionamiento	29.337	32.568	14,7	14,6	11,0
Servicios Personales	5.720	6.130	2,9	2,8	7,2
Transferencias	21.635	24.275	10,9	10,9	12,2
Sistema General de Participaciones	11.159	12.536	5,6	5,6	12,3
Pensiones	5.661	6.086	2,8	2,7	7,5
Otras Transferencias	4.816	5.653	2,4	2,5	17,4
Gastos Generales	1.982	2.163	1,0	1,0	9,1
Equipo Militar	730	673	0,4	0,3	-7,8
Resto	1.252	1.490	0,6	0,7	18,9
2.2 INVERSIÓN	2.955	2.880	1,5	1,3	-2,5
Formación bruta de capital	2.955	2.880	1,5	1,3	-2,5
2.3 PRESTAMO NETO	1.259	865	0,6	0,4	-31,3
Préstamos de Inversión	500	0	0,3	0,0	-100,0
Préstamo CEDE	524	456	0,3	0,2	-12,9
Menos Recuperación de Cartera SPNF (Amortizaciones)	114	141	0,1	0,1	23,9
Deuda Garantizada	349	549	0,2	0,2	57,6
Capitalizaciones	0	0	0,0	0,0	
2.3 PAGOS CAUSADOS	1.326	627	0,7	0,3	-52,7
Deuda Flotante	905	65	0,5	0,0	-92,8
Indexación TES B denominados en UVR	421	562	0,2	0,3	33,6
<b>5. (DÉFICIT) / SUPERAVIT TOTAL</b>	<b>-12.435</b>	<b>-12.151</b>	<b>-6,2</b>	<b>-5,5</b>	<b>-2,3</b>

Fuente: Ministerio de Hacienda, CONFIS

## Anexo F. Balance fiscal 2004

CONCEPTO	\$ Miles de millones		% PIB		Crec. % 2004/2003
	2003	2004	2003	2004	
<b>Ingresos Totales</b>	<b>34.445</b>	<b>39.952</b>	<b>15,1</b>	<b>16,0</b>	<b>16,0</b>
Tributarios	31.373	36.735	13,8	14,7	17,1
No Tributarios	206	202	0,1	0,1	-2,0
Fondos Especiales	321	381	0,1	0,2	18,7
Recursos de Capital	2.419	2.508	1,1	1,0	3,7
Alicuotas sector comunicaciones	127	125	0,1	0,1	-1,3
<b>Gastos totales</b>	<b>45.974</b>	<b>53.934</b>	<b>20,2</b>	<b>21,6</b>	<b>17,3</b>
Intereses	10.218	10.882	4,5	4,4	6,5
Pensiones*	7.059	9.204	3,1	3,7	30,4
Funcionamiento	25.078	29.340	11,0	11,8	17,0
Servicios personales	6.130	6.581	2,7	2,6	7,4
Transferencias	17.215	19.896	7,6	8,0	15,6
Gastos Generales	2.163	2.227	0,9	0,9	3,0
Deuda Flotante	-430	635	-0,2	0,3	-247,7
Inversión*	2.755	4.210	1,2	1,7	52,8
Préstamo neto	865	298	0,4	0,1	-65,5
<b>Déficit</b>	<b>-11.528</b>	<b>-13.982</b>	<b>-5,1</b>	<b>-5,6</b>	<b>21,3</b>
Costos de la Reestructuración Financiera	941	920	0,4	0,4	-2,3
<b>Déficit a financiar</b>	<b>-12.469</b>	<b>-14.902</b>	<b>-5,5</b>	<b>-6,0</b>	<b>19,5</b>

Fuente: Ministerio de Hacienda, CONFIS

## Anexo G. Ingresos totales 2004

CONCEPTO	Miles de millones		% PIB		Crec. % 2004/2003
	2003	2004	2003	2004	
<b>1. Ingresos totales</b>	<b>34.445</b>	<b>39.952</b>	<b>15,1</b>	<b>16,0</b>	<b>16,0</b>
<b>1.1 Ingresos corrientes de la Nación</b>	<b>31.579</b>	<b>36.937</b>	<b>13,9</b>	<b>14,8</b>	<b>17,0</b>
<b>1.1.1 Ingresos Tributarios</b>	<b>31.373</b>	<b>36.735</b>	<b>13,8</b>	<b>14,7</b>	<b>17,1</b>
<b>Administrados DIAN Internos</b>	<b>23.959</b>	<b>28.516</b>	<b>10,5</b>	<b>11,4</b>	<b>19,0</b>
Renta	11.730	15.182	5,2	6,1	29,4
Cuotas	3.938	6.272	1,7	2,5	59,3
Retenciones	7.792	8.910	3,4	3,6	14,4
Timbre	489	572	0,2	0,2	17,0
IVA interno	8.888	10.074	3,9	4,0	13,3
Gravamen a las Transacciones Financieras	1.621	2.238	0,7	0,9	38,0
Impuesto al Patrimonio*	1.231	452	0,5	0,2	-63,3
<b>Administrados DIAN Externos</b>	<b>6.342</b>	<b>7.115</b>	<b>2,8</b>	<b>2,9</b>	<b>12,2</b>
IVA externo	4.184	4.882	1,8	2,0	16,7
Arancel	2.159	2.233	0,9	0,9	3,4
Gasolina	1.025	1.057	0,5	0,4	3,2
Otros tributarios	47	47	0,0	0,0	-0,4
<b>1.1.2 Ingresos no Tributarios</b>	<b>206</b>	<b>202</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>-2,0</b>
Contribuciones de hidrocarburos	1	1	0,0	0,0	107,8
Concesiones Portuarias	38	6	0,0	0,0	-84,3
Otros no tributarios	168	195	0,1	0,1	16,1
<b>1.2 Fondos Especiales</b>	<b>321</b>	<b>381</b>	<b>0,1</b>	<b>0,2</b>	<b>18,7</b>
<b>1.3 Recursos de Capital</b>	<b>2.419</b>	<b>2.508</b>	<b>1,1</b>	<b>1,0</b>	<b>3,7</b>
<b>Rendimientos Financieros Totales</b>	<b>535</b>	<b>490</b>	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>	<b>-8,4</b>
<b>Excedentes Financieros</b>	<b>1.674</b>	<b>1.845</b>	<b>0,7</b>	<b>0,7</b>	<b>10,2</b>
Ecopetrol	1.081	1.158	0,5	0,5	7,1
ISA	14	79	0,0	0,0	475,0
Bancoldex	58	1	0,0	0,0	-97,6
Estapúblicos	222	214	0,1	0,1	-3,5
Resto de Empresas	300	393	0,1	0,2	31,1
<b>Recuperación de Cartera</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>-7,0</b>
<b>Reintegros y recursos no apropiados</b>	<b>202</b>	<b>142</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>-29,6</b>
Otros	0	24	0,0	0,0	
<b>1.4 Ingresos Causados</b>	<b>127</b>	<b>125</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>-1,3</b>
Alicuotas	127	125	0,1	0,1	-1,3

Fuente: Ministerio de Hacienda, CONFIS

## Anexo H. Gastos totales 2004

Concepto	Miles de millones		% PIB		Crec % 2004/2003
	2003	2004	2003	2004	
<b>2. Gastos Totales</b>	<b>45.974</b>	<b>53.934</b>	<b>20,2</b>	<b>21,6</b>	<b>17,3</b>
<b>Total Intereses + Pensiones (Incluido FONPET)</b>	<b>17.277</b>	<b>20.086</b>	<b>7,6</b>	<b>8,1</b>	<b>16,3</b>
Intereses	10.218	10.882	4,5	4,4	6,5
Externos	4.349	4.320	1,9	1,7	-0,7
Internos	5.868	6.562	2,6	2,6	11,8
Servicio de deuda diferente a Index. TES B	5.306	5.946	2,3	2,4	12,1
Indexación TES B denominados en UVR	562	615	0,2	0,2	9,5
Pensiones	7.059	9.204	3,1	3,7	30,4
Mesadas pensionales	6.096	7.917	2,7	3,2	29,9
Ahorro en el FONPET	778	809	0,3	0,3	3,9
Deuda Flotante	185	479	0,1	0,2	158,9
<b>Total Funcionamiento+Inversión</b>	<b>27.832</b>	<b>33.550</b>	<b>12,2</b>	<b>13,5</b>	<b>20,5</b>
Funcionamiento	25.078	29.340	11,0	11,8	17,0
Servicios Personales	6.130	6.581	2,7	2,6	7,4
Transferencias	17.400	19.896	7,6	8,0	14,3
Sistema General de Participaciones	12.536	13.592	5,5	5,5	8,4
Otras	4.864	6.304	2,1	2,5	29,6
Gastos Generales	2.163	2.227	0,9	0,9	3,0
Deuda Flotante	-615	635	(0,3)	0,3	-203,3
Inversión	2.755	4.210	1,2	1,7	52,8
Caja	2.883	3.126	1,3	1,3	8,5
Deuda Flotante	-128	1.084	(0,1)	0,4	-946,6
<b>Préstamo neto</b>	<b>865</b>	<b>298</b>	<b>0,4</b>	<b>0,1</b>	<b>-65,5</b>
<b>3. Déficit</b>	<b>-11.528</b>	<b>-13.983</b>	<b>(5,1)</b>	<b>(5,6)</b>	<b>21,3</b>

Fuente: Ministerio de Hacienda, CONFIS

## Anexo I. Balance fiscal 2005

CONCEPTO	\$ Miles de millones		% PIB		Crec % 2005 / 2004
	2004	2005	2004	2005	
<b>Ingresos Totales</b>	<b>39,952</b>	<b>45,876</b>	<b>15.7</b>	<b>16.2</b>	<b>14.8</b>
Tributarios	36,735	42,288	14.4	14.9	15.1
No Tributarios	202	482	0.1	0.2	139.1
Fondos Especiales	381	472	0.1	0.2	23.9
Recursos de Capital	2,508	2,511	1.0	0.9	0.1
Alicuotas sector comunicaciones	125	123	0.0	0.0	-2.1
<b>Gastos totales</b>	<b>53,937</b>	<b>59,474</b>	<b>21.1</b>	<b>20.9</b>	<b>10.3</b>
Intereses	10,879	10,492	4.3	3.7	-3.6
Pensiones*	8,438	11,583	3.3	4.1	37.3
Funcionamiento*	30,112	32,843	11.8	11.6	9.1
Servicios personales	6,704	7,077	2.6	2.5	5.6
Transferencias	20,823	22,886	8.2	8.1	9.9
Gastos Generales	2,584	2,880	1.0	1.0	11.5
Inversión*	4,210	4,232	1.7	1.5	0.5
Préstamo neto	298	324	0.1	0.1	8.6
<b>Déficit</b>	<b>-13,985</b>	<b>-13,598</b>	<b>-5.5</b>	<b>-4.8</b>	<b>-2.8</b>
CRSF	1,383	1,233	0.5	0.4	-10.8
<b>Déficit a financiar</b>	<b>-15,368</b>	<b>-14,832</b>	<b>-6.0</b>	<b>-5.2</b>	<b>-3.5</b>

Fuente: Ministerio de Hacienda, CONFIS

## Anexo J. Ingresos 2005

CONCEPTO	\$ Miles de millones		% PIB		Crec % 2005 / 2004
	2004	2005	2004	2005	
<b>1. INGRESOS TOTALES</b>	<b>39,952</b>	<b>45,876</b>	<b>15.7</b>	<b>16.2</b>	<b>14.8</b>
<b>1.1. INGRESOS CORRIENTES</b>	<b>36,937</b>	<b>42,771</b>	<b>14.5</b>	<b>15.1</b>	<b>15.8</b>
Ingresos Tributarios*	36,735	42,288	14.4	14.9	15.1
Administrados por la DIAN Internos	28,516	32,258	11.2	11.4	13.1
Renta	15,182	17,349	6.0	6.1	14.3
IVA Interno	10,074	11,412	3.9	4.0	13.3
GMF	2,238	2,401	0.9	0.8	7.3
Timbre	572	634	0.2	0.2	10.8
Patrimonio	452	463	0.2	0.2	2.4
Administrados por la DIAN Externos	7,115	8,839	2.8	3.1	24.2
Gravamen Arancelario	2,233	2,823	0.9	1.0	26.4
IVA Externo	4,882	6,016	1.9	2.1	23.2
Impuesto a la Gasolina	1,057	1,143	0.4	0.4	8.1
Otros	47	48	0.0	0.0	3.9
Ingresos no Tributarios	202	482	0.1	0.2	139.1
<b>1.2. FONDOS ESPECIALES</b>	<b>381</b>	<b>472</b>	<b>0.1</b>	<b>0.2</b>	<b>23.9</b>
<b>1.3. INGRESOS DE CAPITAL</b>	<b>2,508</b>	<b>2,511</b>	<b>1.0</b>	<b>0.9</b>	<b>0.1</b>
Rendimientos Financieros	382	440	0.1	0.2	15.3
Fondos Propios	76	184	0.0	0.1	141.3
Fondos Administrados	305	256	0.1	0.1	-16.2
Recuperación Cartera SPNF	108	105	0.0	0.0	-3.2
Excedentes Financieros	1,845	1,773	0.7	0.6	-3.9
Otros ingresos de capital	173	193	0.1	0.1	11.6
<b>1.4 INGRESOS CAUSADOS</b>	<b>125</b>	<b>123</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>-2.1</b>

Fuente: Ministerio de Hacienda, CONFIS

## Anexo K. Gastos 2005

CONCEPTO	\$ Miles de millones		% PIB		Crec % 2005 / 2004
	2004	2005	2004	2005	
<b>2. GASTOS TOTALES</b>	<b>53,937</b>	<b>59,474</b>	<b>21.1</b>	<b>20.9</b>	<b>10.3</b>
<b>2.1. GASTOS CORRIENTES</b>	<b>48,813</b>	<b>54,283</b>	<b>19.1</b>	<b>19.1</b>	<b>11.2</b>
Intereses	10,264	9,857	4.0	3.5	(4.0)
Intereses deuda externa	4,222	4,469	1.7	1.6	5.8
Intereses deuda interna	7,088	8,517	2.8	3.0	20.2
(Ganancia)/Perdida por colocacion TES	(1,144)	(2,928)	(0.4)	(1.0)	156.1
Costo del endeudamiento externo	98	(201)	0.0	(0.1)	(306.4)
Funcionamiento *	38,549	44,427	15.1	15.6	15.2
Servicios Personales	6,704	7,077	2.6	2.5	5.6
Transferencias	29,260	34,469	11.5	12.1	17.8
SGP	13,601	14,622	5.3	5.2	7.5
Pensiones	8,438	11,583	3.3	4.1	37.3
Otras transferencias	7,222	8,264	2.8	2.9	14.4
Gastos Generales	2,584	2,880	1.0	1.0	11.5
<b>2.2. INVERSIÓN *</b>	<b>4,210</b>	<b>4,232</b>	<b>1.7</b>	<b>1.5</b>	<b>0.5</b>
<b>2.3 PRESTAMO NETO</b>	<b>298</b>	<b>324</b>	<b>0.1</b>	<b>0.1</b>	<b>8.6</b>
<b>2.3 PAGOS CAUSADOS</b>	<b>615</b>	<b>636</b>	<b>0.2</b>	<b>0.2</b>	<b>3.3</b>
<b>3. (DÉFICIT) / SUPERAVIT TOTAL</b>	<b>(13,985)</b>	<b>(13,598)</b>	<b>(5.5)</b>	<b>(4.8)</b>	<b>(2.8)</b>

Fuente: Ministerio de Hacienda, CONFIS

## Anexo L. Balance fiscal 2006

CONCEPTO	Enero - Diciembre (\$MM)		Ene - Dic (% PIB)		Crec (%)
	2005	2006*	2005	2006*	2006 / 2005
<b>Ingresos Totales</b>	<b>45.924</b>	<b>56.347</b>	<b>16,1</b>	<b>17,6</b>	<b>22,7</b>
Tributarios**	42.288	51.221	14,8	16,0	21,1
No Tributarios	229	254	0,1	0,1	10,5
Fondos Especiales	472	577	0,2	0,2	22,3
Recursos de Capital	2.812	4.232	1,0	1,3	50,5
Ingresos Causados	123	63	0,0	0,0	-48,7
<b>Gastos totales</b>	<b>59.653</b>	<b>69.374</b>	<b>20,9</b>	<b>21,6</b>	<b>16,3</b>
Intereses	9.857	13.330	3,5	4,2	35,2
Funcionamiento***	44.515	49.097	15,6	15,3	10,3
Inversión***	4.274	5.898	1,5	1,8	38,0
Préstamo neto	372	412	0,1	0,1	10,8
Pagos causados	636	637	0,2	0,2	0,2
<b>Déficit</b>	<b>-13.729</b>	<b>-13.027</b>	<b>-4,8</b>	<b>-4,1</b>	<b>-5,1</b>
<b>CRSF</b>	<b>1.233</b>	<b>1.113</b>	<b>0,4</b>	<b>0,3</b>	<b>-9,8</b>
<b>Déficit a financiar</b>	<b>14.962</b>	<b>14.141</b>	<b>5,2</b>	<b>4,4</b>	<b>-5,5</b>

Fuente: Ministerio de Hacienda, CONFIS

## Anexo M. Ingresos 2006

CONCEPTO	Enero - Diciembre (\$MM)		Enero - Diciembre (% PIB)		2006 / 2005
	2005	2006*	2005	2006*	Ene-Dic (%)
<b>1. INGRESOS TOTALES</b>	<b>45.924</b>	<b>56.347</b>	<b>16,1</b>	<b>17,6</b>	<b>22,7</b>
<b>1.1 INGRESOS CORRIENTES</b>	<b>42.518</b>	<b>51.474</b>	<b>14,9</b>	<b>16,0</b>	<b>21,1</b>
Ingresos Tributarios **	42.288	51.221	14,8	16,0	21,1
Administrados por la DIAN Internos	32.258	38.139	11,3	11,9	18,2
Renta	17.349	21.354	6,1	6,7	23,1
IVA Interno	11.412	12.876	4,0	4,0	12,8
GMF	2.401	2.672	0,8	0,8	11,3
Timbre	634	714	0,2	0,2	12,7
Patrimonio	463	523	0,2	0,2	13,0
Administrados por la DIAN Externos	8.839	11.831	3,1	3,7	33,9
Gravamen Arancelario	2.823	3.651	1,0	1,1	29,4
IVA Externo	6.016	8.180	2,1	2,6	36,0
Impuesto a la Gasolina	1.143	1.187	0,4	0,4	3,8
Resto Tributarios	48	64	0,0	0,0	32,6
Ingresos no Tributarios	229	254	0,1	0,1	10,5
Contribución Hidrocarburos	1	1	0,0	0,0	0,0
Tasas multas y contribuciones	229	253	0,1	0,1	10,4
Otros No Tributarios	0	0	0,0	0,0	-
<b>1.2 FONDOS ESPECIALES</b>	<b>472</b>	<b>577</b>	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>	<b>22,3</b>
<b>1.3 INGRESOS DE CAPITAL</b>	<b>2.812</b>	<b>4.232</b>	<b>1,0</b>	<b>1,3</b>	<b>50,5</b>
Rendimientos Financieros de Fondos Propios	184	476	0,1	0,1	158,6
Rendimientos Financieros de Fondos Administrados	256	361	0,1	0,1	41,0
Recuperación Cartera SPNF(intereses)	153	140	0,1	0,0	-8,2
Excedentes Financieros	1.773	3.066	0,6	1,0	72,9
Otros ingresos de capital	446	189	0,2	0,1	-57,5
<b>1.4 INGRESOS CAUSADOS</b>	<b>123</b>	<b>63</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>-48,7</b>

Fuente: Ministerio de Hacienda, CONFIS

## Anexo N. Gastos totales 2006

CONCEPTO	Enero - Diciembre (\$MM)		Ene - Dic (% PIB)		2006 / 2005	Ejecución (%) ***	
	2005	2006*	2005	2006*	Ene - Dic (%)	2005	2006*
<b>2. GASTOS TOTALES</b>	<b>59.653</b>	<b>69.374</b>	<b>20,9</b>	<b>21,6</b>	<b>16,3</b>	<b>100,1</b>	<b>100,9</b>
<b>2.1 GASTOS CORRIENTES</b>	<b>54.372</b>	<b>62.427</b>	<b>19,1</b>	<b>19,5</b>	<b>14,8</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
Intereses	9.857	13.330	3,5	4,2	35,2	100,0	101,0
Intereses deuda externa	4.268	3.974	1,5	1,2	-6,9	100,0	98,8
Intereses deuda interna	5.589	9.357	2,0	2,9	67,4	100,0	102,0
Funcionamiento **	44.515	49.097	15,6	15,3	10,3	100,0	99,8
Servicios Personales	7.077	8.046	2,5	2,5	13,7	98,9	98,4
Transferencias	34.557	37.591	12,1	11,7	8,8	100,3	99,7
SGP	14.622	15.640	5,1	4,9	7,0	100,0	100,0
Pensiones	11.583	13.169	4,1	4,1	13,7	102,3	100,0
Otras transferencias	8.352	8.782	2,9	2,7	5,2	98,2	98,7
Gastos Generales	2.880	3.460	1,0	1,1	20,1	99,1	104,2
<b>2.2 INVERSIÓN **</b>	<b>4.274</b>	<b>5.898</b>	<b>1,5</b>	<b>1,8</b>	<b>38,0</b>	<b>100,0</b>	<b>110,9</b>
<b>2.3 PRESTAMO NETO</b>	<b>372</b>	<b>412</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>10,8</b>	<b>114,8</b>	<b>97,6</b>
<b>2.3 PAGOS CAUSADOS</b>	<b>636</b>	<b>637</b>	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>	<b>100,0</b>	<b>97,0</b>
<b>3. (DÉFICIT) / SUPERAVIT TOTAL</b>	<b>-13.729</b>	<b>-13.027</b>	<b>-4,8</b>	<b>-4,1</b>	<b>-5,1</b>	<b>100,0</b>	<b>107,8</b>

Fuente: Ministerio de Hacienda, CONFIS

## Anexo O. Balance fiscal 2007

SECTORES	Ene-Dic (\$MM)		Ene-Dic (% PIB)		Crec. %
	2006	2007*	2006	2007*	2007/2006
<b>Ingresos Totales</b>	<b>56.350</b>	<b>64.705</b>	<b>17,6</b>	<b>18,1</b>	<b>14,8</b>
Tributarios	51.278	57.866	16,0	16,2	12,8
No Tributarios	254	383	0,1	0,1	51,0
Fondos Especiales	577	637	0,2	0,2	10,4
Recursos de Capital	4.178	5.781	1,3	1,6	38,4
Alicutoas	63	38	0,0	0,0	-39,5
<b>Gastos Totales</b>	<b>69.419</b>	<b>76.210</b>	<b>21,7</b>	<b>21,3</b>	<b>9,8</b>
Intereses	13.964	15.908	4,4	4,5	13,9
Funcionamiento**	49.125	52.133	15,3	14,6	6,1
Servicios personales	8.046	8.650	2,5	2,4	7,5
Transferencias	37.620	39.987	11,7	11,2	6,3
Gastos Generales	3.460	3.495	1,1	1,0	1,0
Inversión**	5.917	7.913	1,8	2,2	33,7
Préstamo neto	412	257	0,1	0,1	-37,8
<b>Déficit</b>	<b>-13.069</b>	<b>-11.505</b>	<b>-4,1</b>	<b>-3,2</b>	<b>-12,0</b>
<b>CRSF</b>	<b>1.113</b>	<b>1.161</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>	<b>4,3</b>
<b>Déficit a financiar</b>	<b>-14.182</b>	<b>-12.666</b>	<b>-4,4</b>	<b>-3,5</b>	<b>-10,7</b>

Fuente: Ministerio de Hacienda, CONFIS

## Anexo 1. Ingresos totales 2007

CONCEPTO	Ene-Dic (\$MM)		Ene-Dic (% PIB)		Crec. % 2007/2006
	2006	2007*	2006	2007*	
<b>1. INGRESOS TOTALES</b>	<b>56.350</b>	<b>64.705</b>	<b>17,6</b>	<b>18,1</b>	<b>14,8</b>
<b>1.1 INGRESOS CORRIENTES</b>	<b>51.532</b>	<b>58.249</b>	<b>16,1</b>	<b>16,3</b>	<b>13,0</b>
<b>Ingresos Tributarios</b>	<b>51.278</b>	<b>57.866</b>	<b>16,0</b>	<b>16,2</b>	<b>12,8</b>
<b>Administrados por la DIAN Internos</b>	<b>38.259</b>	<b>43.828</b>	<b>11,9</b>	<b>12,3</b>	<b>14,6</b>
Renta	21.025	24.010	6,6	6,7	14,2
IVA Interno	13.288	14.897	4,1	4,2	12,1
GMF	2.672	2.990	0,8	0,8	11,9
Timbre	751	760	0,2	0,2	1,1
Patrimonio	523	1.171	0,2	0,3	124,0
<b>Administrados por la DIAN Externos</b>	<b>11.768</b>	<b>12.740</b>	<b>3,7</b>	<b>3,6</b>	<b>8,3</b>
Gravamen Arancelario	3.493	4.260	1,1	1,2	22,0
IVA Externo	8.275	8.481	2,6	2,4	2,5
Impuesto a la Gasolina	1.187	1.212	0,4	0,3	2,1
Resto Tributarios	64	86	0,0	0,0	34,2
<b>Ingresos no Tributarios</b>	<b>254</b>	<b>383</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>51,0</b>
<b>1.2 FONDOS ESPECIALES</b>	<b>577</b>	<b>637</b>	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>	<b>10,4</b>
<b>1.3 INGRESOS DE CAPITAL</b>	<b>4.178</b>	<b>5.781</b>	<b>1,3</b>	<b>1,6</b>	<b>38,4</b>
Rendimientos Financieros de Fondos Propios	476	351	0,1	0,1	-26,4
Rendimientos Financieros de Fondos Administrados	361	276	0,1	0,1	-23,5
Recuperación Cartera SPNF(intereses)	140	139	0,0	0,0	-1,0
Excedentes Financieros	3.066	4.565	1,0	1,3	48,9
Otros ingresos de capital	135	450	0,0	0,1	233,0
<b>1.4 INGRESOS CAUSADOS</b>	<b>63</b>	<b>38</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>-39,5</b>

Fuente: Ministerio de Hacienda, CONFIS

## Anexo Q. Gastos 2007

CONCEPTO	Ene-Dic (\$MM)		Ene-Dic (%PIB)		Crec % 2007/2006	Ejecución (%) ***	
	2006	2007*	2006	2007*		2006	2007*
<b>2. GASTOS TOTALES</b>	<b>69.419</b>	<b>76.210</b>	<b>21,7</b>	<b>21,3</b>	<b>9,8</b>	<b>100,0</b>	<b>99,9</b>
<b>2.1 GASTOS CORRIENTES</b>	<b>63.090</b>	<b>68.041</b>	<b>19,7</b>	<b>19,0</b>	<b>7,8</b>	<b>100,0</b>	<b>98,3</b>
<b>Intereses</b>	<b>13.964</b>	<b>15.908</b>	<b>4,4</b>	<b>4,5</b>	<b>13,9</b>	<b>100,0</b>	<b>105,7</b>
Intereses deuda externa	3.875	3.859	1,2	1,1	-0,4	100,0	96,8
Intereses deuda interna	9.452	11.158	3,0	3,1	18,0	100,0	111,8
Indexación TES B	637	892	0,2	0,2	40,0	100,0	82,4
<b>Funcionamiento **</b>	<b>49.125</b>	<b>52.133</b>	<b>15,3</b>	<b>14,6</b>	<b>6,1</b>	<b>100,0</b>	<b>96,2</b>
Servicios Personales	8.046	8.650	2,5	2,4	7,5	100,0	95,3
Transferencias	37.620	39.987	11,7	11,2	6,3	100,0	96,0
SGP	15.640	17.065	4,9	4,8	9,1	100,0	101,2
Pensiones	13.024	14.325	4,1	4,0	10,0	100,0	97,6
Otras transferencias	8.955	8.597	2,8	2,4	-4,0	100,0	85,0
Gastos Generales	3.460	3.495	1,1	1,0	1,0	100,0	101,2
<b>2.2 INVERSIÓN **</b>	<b>5.917</b>	<b>7.913</b>	<b>1,8</b>	<b>2,2</b>	<b>33,7</b>	<b>100,0</b>	<b>120,8</b>
<b>2.3 PRESTAMO NETO</b>	<b>412</b>	<b>257</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>-37,8</b>	<b>100,0</b>	<b>51,6</b>
<b>3. (DÉFICIT) / SUPERAVIT TOTAL</b>	<b>-13.069</b>	<b>-11.505</b>	<b>-4,1</b>	<b>-3,2</b>	<b>-12,0</b>	<b>100,0</b>	<b>98,5</b>

Fuente: Ministerio de Hacienda, CONFIS

## Anexo R. Balance fiscal 2008

CONCEPTO	2008* (\$MM)		2008* (% PIB)	
	MFMP	Cierre*	MFMP	Cierre*
<b>1. INGRESOS TOTALES</b>	<b>74.689</b>	<b>75.064</b>	<b>15,7</b>	<b>15,7</b>
Ingresos Tributarios	66.608	64.349	14,0	13,5
Ingresos no Tributarios	247	649	0,1	0,1
Fondos Especiales	774	894	0,2	0,2
Recursos de Capital	7.044	9.154	1,5	1,9
Ingresos Causados	17	17	0,0	0,0
<b>2. GASTOS TOTALES</b>	<b>86.986</b>	<b>86.131</b>	<b>18,2</b>	<b>18,1</b>
Intereses	15.224	15.371	3,2	3,2
Funcionamiento **	61.711	59.861	12,9	12,6
Servicios personales	9.882	9.687	2,1	2,0
Transferencias	48.218	46.444	10,1	9,7
Gastos Generales	3.611	3.730	0,8	0,8
Inversión**	9.725	10.734	2,0	2,3
Préstamo Neto	326	165	0,1	0,0
<b>Déficit</b>	<b>-12.297</b>	<b>-11.067</b>	<b>-2,6</b>	<b>-2,3</b>
<b>CRSF</b>	<b>1.259</b>	<b>1.270</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>
<b>Déficit a financiar</b>	<b>-13.556</b>	<b>-12.337</b>	<b>-2,8</b>	<b>-2,6</b>
<b>Balance primario</b>	<b>2.927</b>	<b>4.304</b>	<b>0,6</b>	<b>0,9</b>

Fuente: Ministerio de Hacienda, CONFIS

## Anexo S. Ingresos 2008

CONCEPTO	2008 (\$MM)		2008 (% PIB)	
	MFMP	Cierre*	MFMP	Cierre*
<b>1. INGRESOS TOTALES</b>	<b>74.689</b>	<b>75.064</b>	<b>15,7</b>	<b>15,7</b>
<b>1.1 INGRESOS CORRIENTES</b>	<b>66.855</b>	<b>64.998</b>	<b>14,0</b>	<b>13,6</b>
<b>Ingresos Tributarios</b>	<b>66.608</b>	<b>64.349</b>	<b>14,0</b>	<b>13,5</b>
<b>Administrados por la DIAN Internos</b>	<b>50.997</b>	<b>49.267</b>	<b>10,7</b>	<b>10,3</b>
Renta	24.411	24.448	5,1	5,1
IVA Interno	19.533	17.650	4,1	3,7
GMF	3.373	3.200	0,7	0,7
Timbre	635	769	0,1	0,2
Patrimonio	3.045	3.200	0,6	0,7
<b>Administrados por la DIAN Externos</b>	<b>14.286</b>	<b>13.705</b>	<b>3,0</b>	<b>2,9</b>
Gravamen Arancelario	4.557	4.292	1,0	0,9
IVA Externo	9.729	9.414	2,0	2,0
Impuesto a la Gasolina	1.255	1.288	0,3	0,3
Resto Tributarios	70	89	0,0	0,0
<b>Ingresos no Tributarios</b>	<b>247</b>	<b>649</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>
<b>1.2 FONDOS ESPECIALES</b>	<b>774</b>	<b>894</b>	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>
<b>1.3 INGRESOS DE CAPITAL</b>	<b>7.044</b>	<b>9.154</b>	<b>1,5</b>	<b>1,9</b>
Propios	85	426	0,0	0,1
Administrados	538	426	0,1	0,1
Recuperación Cartera SPNF(intereses)	89	139	0,0	0,0
Excedentes Financieros	5.058	5.398	1,1	1,1
Otros ingresos de capital	1.274	2.766	0,3	0,6
<b>1.4 INGRESOS CAUSADOS</b>	<b>17</b>	<b>17</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>

\*Figuras preliminares

Fuente: Ministerio de Hacienda, CONFIS

## Anexo T. Gastos 2008

CONCEPTO	2008 (\$MM)		2008 (% PIB)	
	MFMP	Cierre*	MFMP	Cierre*
<b>2. GASTOS TOTALES</b>	<b>86.986</b>	<b>86.131</b>	<b>18,2</b>	<b>18,1</b>
<b>2.1 GASTOS CORRIENTES</b>	<b>76.935</b>	<b>75.232</b>	<b>16,1</b>	<b>15,8</b>
<b>Intereses</b>	<b>15.224</b>	<b>15.371</b>	<b>3,2</b>	<b>3,2</b>
Intereses deuda externa	3.697	3.662	0,8	0,8
Intereses deuda interna	10.097	10.266	2,1	2,2
Indexación TES B denominados en UVR	1.430	1.442	0,3	0,3
<b>Funcionamiento **</b>	<b>61.711</b>	<b>59.861</b>	<b>12,9</b>	<b>12,6</b>
Servicios Personales	9.882	9.687	2,1	2,0
Transferencias	48.218	46.444	10,1	9,7
SGP	18.626	18.749	3,9	3,9
Pensiones	17.183	16.827	3,6	3,5
Otras transferencias	12.409	10.869	2,6	2,3
Gastos Generales	3.611	3.730	0,8	0,8
<b>2.2 INVERSIÓN **</b>	<b>9.725</b>	<b>10.734</b>	<b>2,0</b>	<b>2,3</b>
<b>2.3 PRESTAMO NETO</b>	<b>326</b>	<b>165</b>	<b>0,1</b>	<b>0,0</b>
<b>3. (DÉFICIT) / SUPERAVIT TOTAL</b>	<b>-12.297</b>	<b>-11.067</b>	<b>-2,58</b>	<b>-2,32</b>

Fuente: Ministerio de Hacienda, CONFIS

## Anexo 2. Balance fiscal 2009

CONCEPTO	\$ Miles de Millones		% PIB		Cto. 2009/2008
	2008	2009*	2008	2009*	
<b>Ingresos Totales</b>	<b>75.059</b>	<b>77.156</b>	<b>15,7</b>	<b>15,5</b>	<b>2,8</b>
Tributarios	64.349	65.196	13,5	13,1	1,3
No Tributarios	649	463	0,1	0,1	-28,7
Fondos Especiales	894	1.061	0,2	0,2	18,7
Recursos de Capital	9.150	10.418	1,9	2,1	13,9
Alicutoas	17	17	0,0	0,0	0,0
<b>Gastos Totales</b>	<b>86.126</b>	<b>97.871</b>	<b>18,0</b>	<b>19,7</b>	<b>13,6</b>
Intereses	15.366	15.149	3,2	3,0	-1,4
Funcionamiento**	59.861	71.010	12,5	14,3	18,6
Inversión**	10.734	11.536	2,2	2,3	7,5
Préstamo neto	166	176	0,0	0,0	5,9
<b>DÉFICIT</b>	<b>-11.067</b>	<b>-20.715</b>	<b>-2,3</b>	<b>-4,2</b>	<b>-</b>
<b>CRSF</b>	<b>1.270</b>	<b>1.117</b>	<b>0,3</b>	<b>0,2</b>	<b>-12,0</b>
<b>DÉFICIT A FINANCIAR</b>	<b>-12.338</b>	<b>-21.832</b>	<b>-2,6</b>	<b>-4,4</b>	<b>-</b>
<b>Balance Primario</b>	<b>4.298</b>	<b>-5.566</b>	<b>0,9</b>	<b>-1,1</b>	<b>-</b>

Fuente: Ministerio de Hacienda, CONFIS

## Anexo V. Ingresos 2009

CONCEPTO	\$ Miles de Millones		% PIB		Cto.
	2008	2009*	2008	2009*	2009/2008
<b>INGRESOS TOTALES</b>	<b>75.059</b>	<b>77.156</b>	<b>15,7</b>	<b>15,5</b>	<b>2,8</b>
<b>Ingresos Corrientes</b>	<b>64.998</b>	<b>65.659</b>	<b>13,6</b>	<b>13,2</b>	<b>1,0</b>
<b>Ingresos Tributarios</b>	<b>64.349</b>	<b>65.196</b>	<b>13,5</b>	<b>13,1</b>	<b>1,3</b>
<b>Administrados por la DIAN Internos</b>	<b>49.267</b>	<b>51.482</b>	<b>10,3</b>	<b>10,3</b>	<b>4,5</b>
Renta	24.448	28.117	5,1	5,6	15,0
IVA Interno	17.650	17.609	3,7	3,5	-0,2
GMF	3.200	3.121	0,7	0,6	-2,4
Timbre	769	612	0,2	0,1	-20,4
Patrimonio	3.200	2.023	0,7	0,4	-36,8
<b>Administrados por la DIAN Externos</b>	<b>13.705</b>	<b>12.302</b>	<b>2,9</b>	<b>2,5</b>	<b>-10,2</b>
Gravamen Arancelario	4.292	4.001	0,9	0,8	-6,8
IVA Externo	9.414	8.301	2,0	1,7	-11,8
<b>Gasolina</b>	<b>1.288</b>	<b>1.291</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>
<b>Resto</b>	<b>89</b>	<b>121</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>36,0</b>
<b>Ingresos no Tributarios</b>	<b>649</b>	<b>463</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>-28,7</b>
<b>Fondos Especiales</b>	<b>894</b>	<b>1.061</b>	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>	<b>18,7</b>
<b>Ingresos de Capital</b>	<b>9.150</b>	<b>10.418</b>	<b>1,9</b>	<b>2,1</b>	<b>13,9</b>
Rend. Financieros de Fondos Propios	426	325	0,1	0,1	-23,6
Rend. Financieros de Fondos Administrados	426	299	0,1	0,1	-29,8
Recuperación Cartera SPNF(intereses)	135	134	0,0	0,0	-0,5
Excedentes Financieros	5.398	8.568	1,1	1,7	58,7
Otros ingresos de capital	2.766	1.092	0,6	0,2	-60,5
<b>Ingresos Causados</b>	<b>17</b>	<b>17</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>

Fuente: Ministerio de Hacienda, CONFIS

## Anexo W. Gastos 2009

CONCEPTO	\$ Miles de Millones		% PIB		Cto.
	2008	2009*	2008	2009*	2009/2008
<b>GASTOS TOTALES</b>	<b>86.126</b>	<b>97.871</b>	<b>18,0</b>	<b>19,7</b>	<b>13,6</b>
<b>Gastos Corrientes</b>	<b>75.227</b>	<b>86.159</b>	<b>15,7</b>	<b>17,3</b>	<b>14,5</b>
<b>Intereses</b>	<b>15.366</b>	<b>15.149</b>	<b>3,2</b>	<b>3,0</b>	<b>-1,4</b>
Intereses deuda externa	3.662	3.846	0,8	0,8	5,0
Intereses deuda interna	10.261	10.737	2,1	2,2	4,6
Indexación TES B (UVR)	1.442	567	0,3	0,1	-60,7
<b>Funcionamiento**</b>	<b>59.861</b>	<b>71.010</b>	<b>12,5</b>	<b>14,3</b>	<b>18,6</b>
<b>Servicios Personales</b>	<b>9.687</b>	<b>10.862</b>	<b>2,0</b>	<b>2,2</b>	<b>12,1</b>
<b>Transferencias</b>	<b>46.444</b>	<b>56.247</b>	<b>9,7</b>	<b>11,3</b>	<b>21,1</b>
SGP	18.749	21.541	3,9	4,3	14,9
Pensiones	16.827	18.644	3,5	3,7	10,8
Otras transferencias	10.869	16.062	2,3	3,2	47,8
<b>Gastos Generales</b>	<b>3.730</b>	<b>3.901</b>	<b>0,8</b>	<b>0,8</b>	<b>4,6</b>
<b>Inversión</b>	<b>10.734</b>	<b>11.536</b>	<b>2,2</b>	<b>2,3</b>	<b>7,5</b>
<b>Préstamo Neto</b>	<b>166</b>	<b>176</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>5,9</b>
<b>DÉFICIT TOTAL</b>	<b>-11.067</b>	<b>-20.715</b>	<b>-2,3</b>	<b>-4,2</b>	<b>-</b>

Fuente: Ministerio de Hacienda, CONFIS

## Anexo X. Balance fiscal 2010

CONCEPTO	SMM		% PIB		Crec (%)
	2009	2010*	2009	2010*	2010*/2009
<b>Ingresos Totales</b>	<b>77.156</b>	<b>74.957</b>	<b>15,2</b>	<b>13,7</b>	<b>-2,8</b>
Tributarios	65.196	66.781	12,8	12,2	2,4
No Tributarios	463	627	0,1	0,1	35,4
Fondos Especiales	1.061	1.010	0,2	0,2	-4,8
Recursos de Capital	10.435	6.539	2,1	1,2	-37,3
<b>Gastos Totales</b>	<b>97.871</b>	<b>95.128</b>	<b>19,2</b>	<b>17,4</b>	<b>-2,8</b>
Intereses	15.149	14.847	3,0	2,7	-2,0
Funcionamiento **	71.010	69.594	14,0	12,7	-2,0
Inversión**	11.536	10.473	2,3	1,9	-9,2
Préstamo Neto	176	214	0,0	0,0	21,6
<b>Déficit/superávit</b>	<b>-20.715</b>	<b>-20.171</b>	<b>-4,1</b>	<b>-3,7</b>	<b>-</b>
<b>Emergencia inercial</b>	<b>0</b>	<b>848</b>	<b>0,0</b>	<b>0,2</b>	<b>-</b>
<b>Balance total mas emergencia</b>	<b>-20.715</b>	<b>-21.019</b>	<b>-4,1</b>	<b>-3,8</b>	<b>-</b>
<b>CRSF</b>	<b>1.117</b>	<b>392</b>	<b>0,2</b>	<b>0,1</b>	<b>-64,9</b>
<b>Necesidades de financiamiento</b>	<b>-21.832</b>	<b>-21.411</b>	<b>-4,3</b>	<b>-3,9</b>	<b>-</b>

Fuente: Ministerio de Hacienda, CONFIS

## Anexo Y. Ingresos 2010

CONCEPTO	SMM		% PIB		Crec (%)
	2009	2010*	2009	2010*	2010*/2009
<b>INGRESOS TOTALES</b>	<b>77.156</b>	<b>74.957</b>	<b>15,2</b>	<b>13,7</b>	<b>-2,8</b>
<b>Ingresos Corrientes</b>	<b>65.659</b>	<b>67.408</b>	<b>12,9</b>	<b>12,3</b>	<b>2,7</b>
<b>Ingresos Tributarios</b>	<b>65.196</b>	<b>66.781</b>	<b>12,8</b>	<b>12,2</b>	<b>2,4</b>
Administrados por la DIAN Internos	51.482	51.365	10,1	9,4	-0,2
Administrados por la DIAN Externos	12.302	13.871	2,4	2,5	12,8
Resto tributarios	1.412	1.545	0,3	0,3	9,4
<b>Ingresos no Tributarios</b>	<b>463</b>	<b>627</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>35,4</b>
<b>Fondos Especiales</b>	<b>1.061</b>	<b>1.010</b>	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>	<b>-4,8</b>
<b>Ingresos de Capital</b>	<b>10.435</b>	<b>6.539</b>	<b>2,1</b>	<b>1,2</b>	<b>-37,3</b>
Rendimientos financieros	758	498	0	0	-34,3
Excedentes Financieros	8.568	5.242	1,7	1,0	-38,8
Otros ingresos de capital	1.109	799	0,2	0,1	-28,0

Fuente: Ministerio de Hacienda, CONFIS

## Anexo Z. Gastos 2010

CONCEPTO	SMM		% PIB		Crec (%)
	2009	2010*	2009	2010*	2010*/2009
<b>GASTOS TOTALES</b>	<b>97.871</b>	<b>95.128</b>	<b>19,2</b>	<b>17,4</b>	<b>-2,8</b>
<b>Gastos Corrientes</b>	<b>86.159</b>	<b>84.441</b>	<b>16,9</b>	<b>15,4</b>	<b>-2,0</b>
<b>Intereses</b>	<b>15.149</b>	<b>14.847</b>	<b>3,0</b>	<b>2,7</b>	<b>-2,0</b>
Intereses deuda externa	3.846	3.652	0,8	0,7	-5,1
Intereses deuda interna	10.737	10.561	2,1	1,9	-1,6
Indexacion TES B (UVR)	567	634	0,1	0,1	12,0
<b>Funcionamiento**</b>	<b>71.010</b>	<b>69.594</b>	<b>14,0</b>	<b>12,7</b>	<b>-2,0</b>
Servicios Personales	10.862	11.649	2,1	2,1	7,2
Transferencias	56.247	53.641	11,1	9,8	-4,6
SGP	21.541	22.933	4,2	4,2	6,5
Pensiones	18.644	19.235	3,7	3,5	3,2
Otras transferencias	16.062	11.473	3,2	2,1	-28,6
Gastos Generales	3.901	4.303	0,8	0,8	10,3
<b>Inversión</b>	<b>11.536</b>	<b>10.473</b>	<b>2,3</b>	<b>1,9</b>	<b>-9,2</b>
<b>Préstamo Neto</b>	<b>176</b>	<b>214</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>21,6</b>
<b>Déficit/superávit</b>	<b>-20.715</b>	<b>-20.171</b>	<b>-4,1</b>	<b>-3,7</b>	<b>-</b>
<b>Emergencia invernal</b>	<b>0</b>	<b>848</b>	<b>0,0</b>	<b>0,2</b>	<b>-</b>
<b>Balance total mas emergencia</b>	<b>-20.715</b>	<b>-21.019</b>	<b>-4,1</b>	<b>-3,8</b>	<b>-</b>
<b>CRSF</b>	<b>1.117</b>	<b>392</b>	<b>0,2</b>	<b>0,1</b>	<b>-64,9</b>
<b>Necesidades de financiamiento</b>	<b>-21.832</b>	<b>-21.411</b>	<b>-4,3</b>	<b>-3,9</b>	<b>-</b>

Fuente: Ministerio de Hacienda, CONFIS

## Anexo 1. Balance fiscal 2011

CONCEPTO	(\$MM)		(% PIB)		Crec (%)
	2010	2011*	2010	2011*	2011*/2010
<b>Ingresos Totales</b>	<b>74.957</b>	<b>94.247</b>	<b>13,8</b>	<b>15,3</b>	<b>25,7</b>
Tributarios	66.781	83.808	12,3	13,6	25,5
No Tributarios	627	570	0,1	0,1	-9,1
Fondos Especiales	1.010	1.305	0,2	0,2	29,2
Recursos de Capital	6.539	8.564	1,2	1,4	31,0
<b>Gastos Totales</b>	<b>95.976</b>	<b>111.754</b>	<b>17,7</b>	<b>18,1</b>	<b>16,4</b>
Intereses	14.847	16.798	2,7	2,7	13,1
Funcionamiento**	70.442	77.105	13,0	12,5	9,5
Inversión**	10.473	17.668	1,9	2,9	68,7
Préstamo neto	214	183	0,0	0,0	-14,5
<b>(DÉFICIT) / SUPERÁVIT</b>	<b>-21.019</b>	<b>-17.507</b>	<b>-3,9</b>	<b>-2,8</b>	<b>-</b>
<b>Balance Primario</b>	<b>-6.172</b>	<b>-708</b>	<b>-1,1</b>	<b>-0,1</b>	<b>-</b>
<b>CRSF</b>	<b>392</b>	<b>279</b>	<b>0,1</b>	<b>0,0</b>	<b>-28,8</b>
<b>Necesidades de financiamien</b>	<b>-21.411</b>	<b>-17.785</b>	<b>-3,9</b>	<b>-2,9</b>	<b>-</b>

Fuente: Ministerio de Hacienda, CONFIS

## Anexo 2. Ingresos 2011

CONCEPTO	(\$MM)		(% PIB)		Crec (%)
	2010	2011*	2010	2011*	2011*/2010
<b>INGRESOS TOTALES</b>	<b>74.957</b>	<b>94.247</b>	<b>13,8</b>	<b>15,3</b>	<b>25,7</b>
<b>Ingresos Corrientes</b>	<b>67.408</b>	<b>84.378</b>	<b>12,4</b>	<b>13,7</b>	<b>25,2</b>
Ingresos Tributarios	66.781	83.808	12,3	13,6	25,5
Administrados por la DIAN Internos	51.351	66.106	9,4	10,7	28,7
Administrados por la DIAN Externos	13.885	15.953	2,6	2,6	14,9
Resto tributarios	1.545	1.747	0,3	0,3	13,0
Ingresos no Tributarios	627	570	0,1	0,1	-9,1
<b>Fondos Especiales</b>	<b>1.010</b>	<b>1.305</b>	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>	<b>29,2</b>
<b>Ingresos de Capital</b>	<b>6.539</b>	<b>8.564</b>	<b>1,2</b>	<b>1,4</b>	<b>31,0</b>
Rendimientos financieros	498	916	0,1	0,1	83,9
Excedentes Financieros	5.179	6.572	1,0	1,1	26,9
Otros ingresos de capital	862	1.077	0,2	0,2	25,0

Fuente: Ministerio de Hacienda, CONFIS

## Anexo 3. Gastos 2011

CONCEPTO	(\$MM)		(% PIB)		Crec (%)
	2010	2011*	2010	2011*	2011*/2010
<b>GASTOS TOTALES</b>	<b>95.976</b>	<b>111.754</b>	<b>17,7</b>	<b>18,1</b>	<b>16,4</b>
<b>Gastos Corrientes</b>	<b>85.289</b>	<b>93.904</b>	<b>15,7</b>	<b>15,2</b>	<b>10,1</b>
<b>Intereses</b>	<b>14.847</b>	<b>16.798</b>	<b>2,7</b>	<b>2,7</b>	<b>13,1</b>
Intereses Deuda Externa	3.652	3.568	0,7	0,6	-2,3
Intereses Deuda Interna	10.561	12.069	1,9	2,0	14,3
Indexacion TES B (UVR)	634	1.161	0,1	0,2	83,1
<b>Funcionamiento**</b>	<b>70.442</b>	<b>77.105</b>	<b>13,0</b>	<b>12,5</b>	<b>9,5</b>
Servicios Personales	11.649	12.413	2,1	2,0	6,6
Transferencias	54.489	59.978	10,0	9,7	10,1
SGP	22.933	24.710	4,2	4,0	7,8
Pensiones	19.235	20.623	3,5	3,3	7,2
Otras transferencias	12.321	14.644	2,3	2,4	18,9
del cual, para Emerg. Invernal	0	1.376	0,0	0,2	-
Gastos Generales	4.303	4.715	0,8	0,8	9,6
<b>Inversión</b>	<b>10.473</b>	<b>17.668</b>	<b>1,9</b>	<b>2,9</b>	<b>68,7</b>
del cual, para Emerg. Invernal	848	4.037	0,2	0,7	-
<b>Préstamo Neto</b>	<b>214</b>	<b>183</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>-14,5</b>
<b>Déficit Total</b>	<b>-21.019</b>	<b>-17.507</b>	<b>-3,9</b>	<b>-2,8</b>	<b>-</b>
<b>CRSF</b>	<b>392</b>	<b>279</b>	<b>0,1</b>	<b>0,0</b>	<b>-28,8</b>
<b>Necesidades de financiamiento</b>	<b>-21.411</b>	<b>-17.785</b>	<b>-3,9</b>	<b>-2,9</b>	<b>-</b>

Fuente: Ministerio de Hacienda, CONFIS

#### Anexo 4. Balance fiscal 2012

CONCEPTO	(\$MM)		(% PIB)		Crec. (%)
	2011	2012*	2011	2012*	2012*/2011
<b>Ingresos Totales</b>	<b>94.247</b>	<b>107.067</b>	<b>15,2</b>	<b>16,1</b>	<b>13,6</b>
Tributarios	83.808	95.140	13,5	14,3	13,5
No Tributarios	570	1.195	0,1	0,2	-
Fondos Especiales	1.305	1.505	0,2	0,2	15,3
Recursos de Capital	8.564	9.227	1,4	1,4	7,7
<b>Gastos Totales</b>	<b>111.754</b>	<b>122.507</b>	<b>18,0</b>	<b>18,4</b>	<b>9,6</b>
Intereses	16.798	17.052	2,7	2,6	1,5
Funcionamiento **	77.105	85.562	12,4	12,9	11,0
Inversión**	17.668	19.832	2,8	3,0	12,3
Préstamo Neto	183	61	0,0	0,0	-
<b>Déficit/superávit</b>	<b>(17.507)</b>	<b>(15.440)</b>	<b>-2,8</b>	<b>-2,3</b>	<b>-</b>

Fuente: Ministerio de Hacienda, CONFIS

#### Anexo 5. Ingresos totales 2012

CONCEPTO	(\$MM)		(% PIB)		Crec. (%)
	2011	2012*	2011	2012*	2012*/2011
<b>INGRESOS TOTALES</b>	<b>94.247</b>	<b>107.067</b>	<b>15,2</b>	<b>16,1</b>	<b>13,6</b>
<b>Ingresos Corrientes</b>	<b>84.378</b>	<b>96.335</b>	<b>13,6</b>	<b>14,5</b>	<b>14,2</b>
Ingresos Tributarios	83.808	95.140	13,5	14,3	13,5
Ingresos no Tributarios	570	1.195	0,1	0,2	109,7
<b>Fondos Especiales</b>	<b>1.305</b>	<b>1.505</b>	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>	<b>15,3</b>
<b>Ingresos de Capital</b>	<b>8.564</b>	<b>9.227</b>	<b>1,4</b>	<b>1,4</b>	<b>7,7</b>
Rendimientos financieros	916	1.027	0,1	0,2	12,2
Excedentes Financieros	6.797	7.991	1,1	1,2	17,6
Otros ingresos de capital	852	209	0,1	0,0	-75,5

Fuente: Ministerio de Hacienda, CONFIS

## Anexo 6. Gastos totales 2012

CONCEPTO	(\$MM)		(% PIB)		Crec. (%)
	2011	2012*	2011	2012*	2012*/2011
<b>GASTOS TOTALES</b>	<b>111.754</b>	<b>122.507</b>	<b>18,0</b>	<b>18,4</b>	<b>9,6</b>
<b>Gastos Corrientes</b>	<b>93.904</b>	<b>102.614</b>	<b>15,1</b>	<b>15,4</b>	<b>9,3</b>
<b>Intereses</b>	<b>16.798</b>	<b>17.052</b>	<b>2,7</b>	<b>2,6</b>	<b>1,5</b>
Intereses deuda externa	3.568	3.538	0,6	0,5	-0,8
Intereses deuda interna	12.069	12.538	1,9	1,9	3,9
Indexación TES B (UVR)	1.161	976	0,2	0,1	-15,9
<b>Funcionamiento**</b>	<b>77.105</b>	<b>85.562</b>	<b>12,4</b>	<b>12,9</b>	<b>11,0</b>
Servicios Personales	12.413	13.988	2,0	2,1	12,7
Transferencias	60.064	66.169	9,7	10,0	10,2
SGP	24.710	25.943	4,0	3,9	5,0
Pensiones	20.623	23.841	3,3	3,6	15,6
Otras transferencias	14.731	16.386	2,4	2,5	11,2
Gastos Generales	4.629	5.404	0,7	0,8	16,8
<b>Inversión**</b>	<b>17.668</b>	<b>19.832</b>	<b>2,8</b>	<b>3,0</b>	<b>12,3</b>
<b>Préstamo Neto</b>	<b>183</b>	<b>61</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>-</b>

Fuente: Ministerio de Hacienda, CONFIS

## Anexo 7. Balance fiscal 2013

CONCEPTO	(\$ MM)		(% PIB)		Crec. (%)
	2012	2013*	2012	2013*	2013*/2012
<b>Ingresos Totales</b>	<b>107.067</b>	<b>119.744</b>	<b>16,09</b>	<b>16,94</b>	<b>11,8</b>
Tributarios	95.140	100.780	14,30	14,26	5,9
No Tributarios	1.195	983	0,18	0,14	-17,7
Fondos Especiales	1.505	1.268	0,23	0,18	-15,7
Recursos de Capital	9.227	16.713	1,39	2,36	81,1
<b>Gastos Totales</b>	<b>122.507</b>	<b>136.390</b>	<b>18,41</b>	<b>19,30</b>	<b>11,3</b>
Intereses	17.052	16.363	2,56	2,32	-4,0
Funcionamiento **	85.562	96.603	12,86	13,67	12,9
Inversión**	19.832	23.425	2,98	3,31	18,1
Préstamo Neto	61	(2)	0,01	0,00	-
<b>Balance Observado</b>	<b>(15.440)</b>	<b>(16.645)</b>	<b>-2,32</b>	<b>-2,36</b>	<b>7,8</b>
<b>Balance Estructural</b>	<b>(16.177)</b>	<b>(16.644)</b>	<b>-2,43</b>	<b>-2,36</b>	<b>2,9</b>
<b>Balance Cíclico</b>	<b>737</b>	<b>(2)</b>	<b>0,11</b>	<b>0,00</b>	<b>-100,3</b>

Fuente: Ministerio de Hacienda, CONFIS

## Anexo 8. Ingresos totales 2013

CONCEPTO	(\$ MM)		(% PIB)		Crec. (%) 2013*/2012
	2012	2013*	2012	2013*	
<b>Ingresos Totales</b>	<b>107.067</b>	<b>119.744</b>	<b>16,1</b>	<b>16,9</b>	<b>11,8</b>
<b>Ingresos Corrientes</b>	<b>96.335</b>	<b>101.763</b>	<b>14,5</b>	<b>14,4</b>	<b>5,6</b>
Ingresos Tributarios	95.140	100.780	14,3	14,3	5,9
Ingresos no Tributarios	1.195	983	0,2	0,1	-17,7
<b>Fondos Especiales</b>	<b>1.505</b>	<b>1.268</b>	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>	<b>-15,7</b>
<b>Ingresos de Capital</b>	<b>9.227</b>	<b>16.713</b>	<b>1,4</b>	<b>2,4</b>	<b>81,1</b>
Rendimientos financieros	1.027	674	0,2	0,1	-34,3
Excedentes Financieros	7.991	14.204	1,2	2,0	77,7
Otros ingresos de capital	209	1.835	0,0	0,3	778,5

Fuente: Ministerio de Hacienda, CONFIS

## Anexo 9. Gastos totales 2013

CONCEPTO	(\$ MM)		(% PIB)		Crec. (%) 2013*/2012
	2012	2013*	2012	2013*	
<b>Gastos Totales</b>	<b>122.507</b>	<b>136.390</b>	<b>18,4</b>	<b>19,3</b>	<b>11,3</b>
<b>Gastos Corrientes</b>	<b>102.614</b>	<b>112.967</b>	<b>15,4</b>	<b>16,0</b>	<b>10,1</b>
<b>Intereses</b>	<b>17.052</b>	<b>16.363</b>	<b>2,6</b>	<b>2,3</b>	<b>-4,0</b>
Intereses deuda externa	3.538	3.539	0,5	0,5	0,0
Intereses deuda interna	12.538	12.265	1,9	1,7	-2,2
Indexacion TES B (UVR)	976	559	0,1	0,1	-42,7
<b>Funcionamiento**</b>	<b>85.562</b>	<b>96.603</b>	<b>12,9</b>	<b>13,7</b>	<b>12,9</b>
Servicios Personales	13.988	15.223	2,1	2,2	8,8
Transferencias	66.169	75.331	9,9	10,7	13,8
SGP	25.943	28.193	3,9	4,0	8,7
Pensiones	23.616	24.296	3,5	3,4	2,9
CREE	0	5.263			
Otras transferencias	16.611	17.579	2,5	2,5	5,8
Gastos Generales	5.404	6.049	0,8	0,9	11,9
<b>Inversión**</b>	<b>19.832</b>	<b>23.425</b>	<b>3,0</b>	<b>3,3</b>	<b>18,1</b>
<b>Préstamo Neto</b>	<b>61</b>	<b>-2</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>-</b>

Fuente: Ministerio de Hacienda, CONFIS

## Anexo 10. Balance fiscal 2014

CONCEPTO	(\$MM)		(% PIB)		Crec (%) 2014*/2013
	2013	2014*	2013	2014*	
<b>Ingresos Totales</b>	<b>119.744</b>	<b>125.904</b>	<b>16,9</b>	<b>16,7</b>	<b>5,1</b>
Tributarios	100.780	108.342	14,2	14,3	7,5
No Tributarios	983	616	0,1	0,1	-37,4
Fondos Especiales	1.268	1.569	0,2	0,2	23,7
Recursos de Capital	16.713	15.377	2,4	2,0	-8,0
<b>Gastos Totales</b>	<b>136.390</b>	<b>144.260</b>	<b>19,2</b>	<b>19,1</b>	<b>5,8</b>
Intereses	16.363	16.979	2,3	2,2	3,8
Funcionamiento **	96.603	104.969	13,6	13,9	8,7
Inversión**	23.425	22.323	3,3	3,0	-4,7
Préstamo Neto	-2	-11	0,0	0,0	-
<b>Déficit/superávit</b>	<b>-16.645</b>	<b>-18.356</b>	<b>-2,3</b>	<b>-2,4</b>	<b>-</b>

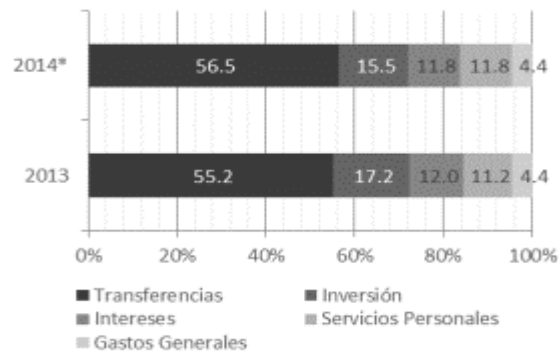
Fuente: Ministerio de Hacienda, CONFIS

Anexo 11. Ingresos totales 2014; Evolución de los Ingresos del GNC - (% del PIB)



Fuente: Ministerio de Hacienda, CONFIS

Anexo 12. Gastos totales 2014; Composición del Gasto del GNC (% participación)



Fuente: Ministerio de Hacienda, CONFIS

## Anexo 13. Gastos públicos sociales

### Análisis vertical

Años	Administración general <sup>2</sup>	Educación	Sanidad	Vivienda	Seguridad, asistencia, bienestar y	SERVICIOS ECONOMICOS				Deuda pública <sup>4</sup>
						Electricidad	Suministro de agua	Carreteras	Administración	
2000-01	18%	14%	11%	-9%	-6%	9%	56%	-26%	29%	-18%
2001-02	15%	6%	10%	51%	56%	62%	242%	21%	11%	18%
2002-03	3%	-4%	23%	6%	-4%	-34%	85%	15%	-49%	-7%
2003-04	13%	15%	9%	24%	-3%	-62%	-3%	-34%	20%	49%
2004-05	6%	12%	36%	60%	28%	101%	55%	106%	65%	-34%
2005-06	6%	8%	30%	34%	34%	9%	20%	25%	-77%	15%
2006-07	18%	14%	13%	24%	25%	110%	62%	41%	131%	-15%
2007-08	1%	3%	4%	-28%	-6%	-51%	-7%	-21%	41%	25%
2008-09	9%	20%	2%	40%	39%	160%	28%	29%	-33%	-25%

Fuente: elaborado por la autora con datos del Banco de la República de Colombia

## Anexo 14. Gastos públicos sociales

### Análisis horizontal

Años	Administración general <sup>2</sup>	Educación	Sanidad	Vivienda	Seguridad, asistencia, bienestar y otros	SERVICIOS ECONOMICOS				Deuda pública <sup>4</sup>
						Electricidad	Suministro de agua	Carreteras	Administración	
2000	17%	48%	12%	1%	2%	1%	0%	7%	0%	8%
2001	19%	51%	12%	1%	2%	1%	0%	5%	1%	6%
2002	19%	48%	12%	2%	3%	1%	1%	5%	1%	7%
2003	19%	44%	14%	2%	3%	1%	2%	5%	0%	6%
2004	19%	45%	14%	2%	2%	0%	2%	3%	0%	8%
2005	18%	43%	16%	3%	3%	0%	3%	6%	0%	4%
2006	16%	41%	18%	3%	3%	0%	3%	6%	0%	4%
2007	16%	40%	17%	3%	3%	1%	4%	7%	0%	3%
2008	17%	41%	18%	2%	3%	0%	3%	6%	0%	4%
2009	16%	43%	16%	3%	4%	1%	4%	7%	0%	3%

Fuente: elaborado por la autora con datos del Banco de la República de Colombia

## Anexo 15. Gastos sociales de países de Latinoamérica

Pais	Educación	Salud	Seguridad social, trabajo y asistencia social	Vivienda y otros <sup>a</sup>
Argentina	Educación, cultura, ciencia y tecnología	Salud	Previsión social, trabajo, asistencia y promoción social	Vivienda y urbanismo, agua alcantarillado y otros servicios urbanos
Bolivia (Estado Plurinacional de)	Educación	Salud	Protección social	Vivienda y otros servicios básicos y otros programas sociales
Brasil	Educación, cultura, deporte y ciencia y tecnología	Salud y saneamiento	Previsión social, trabajo y asistencia social	Vivienda y urbanismo
Colombia	Educación	Salud	Protección social	Vivienda y otros
Chile	Educación y actividades recreativas, cultura y religión	Salud	Protección social	Vivienda y servicios comunitarios
Costa Rica	Educación y actividades recreativas, cultura y religión	Salud	Protección social	Vivienda y servicios comunitarios
Cuba	Educación	Salud y nutrición	Seguridad, asistencia social y trabajo	Vivienda, agua y saneamiento
Ecuador	Educación	Salud	Bienestar social y trabajo	Desarrollo urbano y vivienda
El Salvador	Educación	Salud	Trabajo, previsión y asistencia social	Obras públicas, agua, saneamiento y vivienda
Guatemala	Educación, cultura, deporte, ciencia y tecnología	Salud y asistencia social	Trabajo y previsión social	Vivienda, agua y alcantarillado, otros servicios urbanos desarrollo urbanos y rural, medio ambiente y otros
Honduras	Educación	Salud	Protección social	Programa FHIS de agua y saneamiento
Jamaica	Educación	Salud	Seguridad social	Vivienda
México	Educación	Salud	Seguridad social y asistencia social	Urbanización, Vivienda y desarrollo regional
Nicaragua	Educación	Salud		Vivienda, asistencia social y otros
Panamá	Educación	Salud	Trabajo y seguridad social	Vivienda y otros (servicios comunales)
Paraguay	Educación, cultura, deporte, recreación, ciencia, tecnología y difusión	Salud	Seguridad social, promoción y acción social	Vivienda y servicios comunales y otros servicios sociales
Perú	Educación y cultura	Salud y saneamiento	Protección y Previsión social y trabajo	Vivienda y desarrollo urbano
República Dominicana	Educación, deportes, recreación, cultura y religión	Salud	Seguridad social y asistencia social	Vivienda y urbanismo, agua y alcantarillado y otros (servicios municipales)
Trinidad y Tobago	Educación	Salud	Seguridad social y bienestar	Vivienda y servicios sociales y comunales
Uruguay	Educación	Salud	Seguridad Social y asistencia social	Vivienda
Venezuela (República Bolivariana de)	Educación, cultura y comunicación, ciencia y tecnología	Salud	Seguridad social, desarrollo social y participación	Vivienda

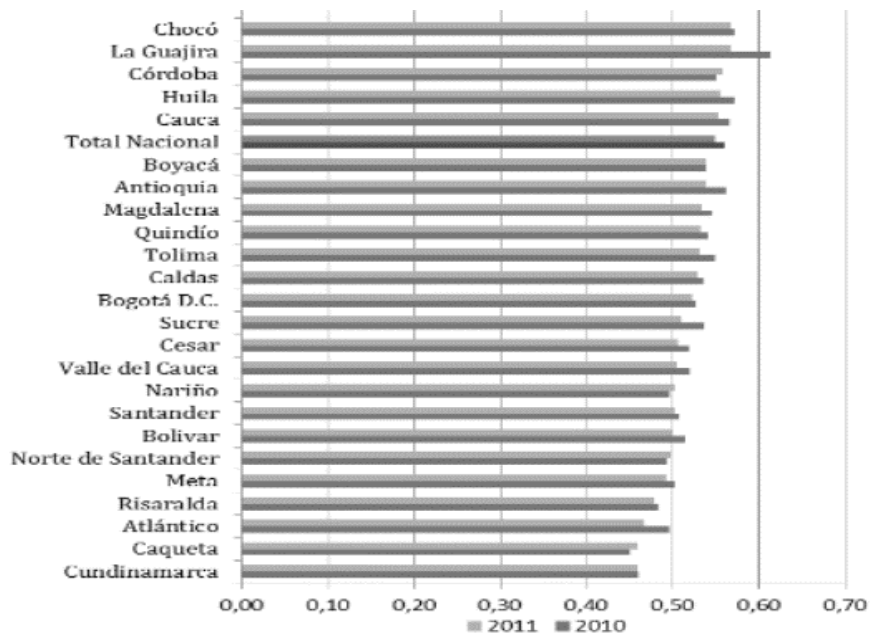
Fuente: CEPAL: El gasto social en América Latina y el Caribe (2011).

Anexo 16. Crecimiento del Gini en Colombia 2000-2012

AÑO	CRECIMIENTO DEL GINI
2000-2001	-1,53%
2001-2002	-0,52%
2002-2003	-5,39%
2003-2004	3,13%
2004-2005	-1,78%
2005-2006	6,53%
2006-2007	0,34%
2007-2008	-4,75%
2008-2009	-0,36%
2009-2010	-0,72%
2010-2011	-2,34%
2011-2012	-1,29%

Fuente: elaboración por la autora con datos del Banco Mundial

Anexo 17. Coeficiente del gini por departamentos 2010-2011



Fuente: elaboración por la autora con datos del DANE

Anexo 18. Coeficiente del Gini por departamentos

Departamento	2002	2003	2004	2005	2008	2009	2010	2011
Chocó	0,572	0,562	0,562	0,582	0,619	0,571	0,571	0,567
La Guajira	0,484	0,503	0,485	0,474	0,592	0,569	0,613	0,567
Córdoba	0,552	0,554	0,529	0,540	0,524	0,558	0,550	0,556
Huila	0,544	0,525	0,509	0,512	0,579	0,583	0,571	0,555
Cauca	0,522	0,474	0,525	0,502	0,596	0,589	0,565	0,554
<b>Total Nacional</b>	<b>0,572</b>	<b>0,554</b>	<b>0,558</b>	<b>0,557</b>	<b>0,567</b>	<b>0,557</b>	<b>0,560</b>	<b>0,548</b>
Boyacá	0,597	0,600	0,555	0,561	0,579	0,538	0,538	0,538
Antioquia	0,585	0,589	0,574	0,555	0,580	0,560	0,561	0,537
Magdalena	0,498	0,450	0,455	0,465	0,559	0,527	0,544	0,533
Quindío	0,496	0,504	0,536	0,517	0,564	0,545	0,541	0,532
Tolima	0,519	0,523	0,523	0,493	0,515	0,541	0,549	0,531
Caldas	0,507	0,522	0,521	0,505	0,547	0,541	0,535	0,528
Bogotá D.C.	0,572	0,547	0,558	0,557	0,533	0,527	0,526	0,522
Sucre	0,500	0,490	0,485	0,476	0,536	0,519	0,536	0,510
Cesar	0,464	0,439	0,480	0,453	0,545	0,553	0,518	0,506
Valle del Cauca	0,522	0,519	0,517	0,535	0,522	0,516	0,520	0,505
Nariño	0,570	0,531	0,508	0,514	0,523	0,513	0,496	0,501
Santander	0,532	0,529	0,497	0,526	0,491	0,506	0,507	0,501
Bolívar	0,533	0,476	0,478	0,482	0,543	0,533	0,514	0,500
Norte de Santander	0,489	0,511	0,521	0,488	0,502	0,522	0,493	0,498
Meta	0,502	0,497	0,471	0,489	0,499	0,493	0,502	0,492
Risaralda	0,514	0,499	0,501	0,501	0,510	0,484	0,484	0,478
Atlántico	0,530	0,526	0,524	0,507	0,498	0,495	0,496	0,467
Caqueta	0,528	0,508	0,491	0,526	0,487	0,485	0,450	0,459
Cundinamarca	0,484	0,458	0,478	0,493	0,464	0,458	0,460	0,458

Fuente: Cálculos DANE - Equipo de Pobreza, con base en Encuesta Continua de Hogares (ECH) y GRAN Encuesta Integrada de Hogares (GEIH).

## Anexo 19. Análisis vertical y horizontal del Gini por departamentos 2002-2012

	Departamento																								
	Antioquia	Atlántico	Bogotá D.C.	Bolívar	Boyacá	Caldas	Caquetá	Cauca	Cesar	Chocó	Córdoba	Cundina- marca	Huila	La Guajira	Magdale- na	Meta	Nariño	Norte de Santander	Quindío	Risaralda	Santander	Sucre	Tolima	Valle del Cauca	PromNa- cional
2002	0,585	0,53	0,572	0,533	0,597	0,507	0,528	0,522	0,464	0,572	0,552	0,484	0,544	0,484	0,498	0,502	0,57	0,489	0,496	0,514	0,532	0,5	0,519	0,522	0,526
2003	0,589	0,526	0,547	0,476	0,6	0,522	0,508	0,474	0,439	0,562	0,554	0,458	0,525	0,503	0,45	0,497	0,531	0,511	0,504	0,499	0,529	0,49	0,523	0,519	0,514
2004	0,574	0,524	0,558	0,478	0,555	0,521	0,491	0,525	0,48	0,562	0,529	0,478	0,509	0,485	0,455	0,471	0,508	0,521	0,536	0,501	0,497	0,485	0,523	0,517	0,512
2005	0,555	0,507	0,557	0,482	0,561	0,505	0,526	0,502	0,453	0,582	0,54	0,493	0,512	0,474	0,465	0,489	0,514	0,488	0,517	0,501	0,526	0,476	0,493	0,535	0,511
2008	0,58	0,498	0,533	0,543	0,579	0,547	0,487	0,596	0,545	0,619	0,524	0,464	0,579	0,592	0,559	0,499	0,523	0,502	0,564	0,51	0,491	0,536	0,515	0,522	0,538
2009	0,56	0,495	0,527	0,533	0,538	0,541	0,485	0,589	0,553	0,571	0,558	0,458	0,583	0,569	0,527	0,493	0,513	0,522	0,545	0,484	0,506	0,519	0,541	0,516	0,53
2010	0,561	0,496	0,526	0,514	0,538	0,535	0,45	0,565	0,518	0,571	0,55	0,46	0,571	0,613	0,544	0,502	0,496	0,493	0,541	0,484	0,507	0,536	0,549	0,52	0,527
2011	0,537	0,467	0,522	0,5	0,538	0,528	0,459	0,554	0,506	0,567	0,556	0,458	0,555	0,567	0,533	0,492	0,501	0,498	0,532	0,478	0,501	0,51	0,531	0,505	0,516
2012	0,529	0,464	0,497	0,507	0,532	0,522	0,479	0,565	0,518	0,616	0,542	0,463	0,559	0,556	0,51	0,505	0,502	0,485	0,525	0,487	0,487	0,483	0,523	0,518	0,516
AV	Departamento																								
AÑO	Antioquia	Atlántico	Bogotá D.C.	Bolívar	Boyacá	Caldas	Caquetá	Cauca	Cesar	Chocó	Córdoba	Cundina- marca	Huila	La Guajira	Magdale- na	Meta	Nariño	Norte de Santander	Quindío	Risaralda	Santander	Sucre	Tolima	Valle del Cauca	Total
	2002-2003	0,68%	-0,75%	-4,37%	-10,69%	0,50%	2,96%	-3,79%	-9,20%	-5,39%	-1,75%	0,36%	-5,37%	-3,49%	3,93%	-9,64%	-1,00%	-6,84%	4,50%	1,61%	-2,92%	-0,56%	-2,00%	0,77%	-0,57%
2003-2004	-2,55%	-0,38%	2,01%	0,42%	-7,50%	-0,19%	-3,35%	10,76%	9,34%	0,00%	-4,51%	4,37%	-3,05%	-3,58%	1,11%	-5,23%	-4,33%	1,96%	6,35%	0,40%	-6,05%	-1,02%	0,00%	-0,39%	-0,43%
2004-2005	-3,31%	-3,24%	-0,18%	0,84%	1,08%	-3,07%	7,13%	-4,38%	-5,62%	3,56%	2,08%	3,14%	0,59%	-2,27%	2,20%	3,82%	1,18%	-6,33%	-3,54%	0,00%	5,84%	-1,86%	-5,74%	3,48%	-0,24%
2005-2008	4,50%	-1,78%	-4,31%	12,66%	3,21%	8,32%	-7,41%	18,73%	20,31%	6,36%	-2,96%	-5,88%	13,09%	24,89%	20,22%	2,04%	1,75%	2,87%	9,09%	1,80%	-6,65%	12,61%	4,46%	-2,43%	5,34%
2008-2009	-3,45%	-0,60%	-1,13%	-1,84%	-7,08%	-1,10%	-0,41%	-1,17%	1,47%	-7,75%	6,49%	-1,29%	0,69%	-3,89%	-5,72%	-1,20%	-1,91%	3,98%	-3,37%	-5,10%	3,05%	-3,17%	5,05%	-1,15%	-1,40%
2009-2010	0,18%	0,20%	-0,19%	-3,56%	0,00%	-1,11%	-7,22%	-4,07%	-6,33%	0,00%	-1,43%	0,44%	-2,06%	7,73%	3,23%	1,83%	-3,31%	-5,56%	-0,73%	0,00%	0,20%	3,28%	1,48%	0,78%	-0,68%
2010-2011	-4,28%	-5,85%	-0,76%	-2,72%	0,00%	-1,31%	2,00%	-1,95%	-2,32%	-0,70%	1,09%	-0,43%	-2,80%	-7,50%	-2,02%	-1,99%	1,01%	1,01%	-1,66%	-1,24%	-1,18%	-4,85%	-3,28%	-2,88%	-1,94%
2011-2012	-1,49%	-0,64%	-4,79%	1,40%	-1,12%	-1,14%	4,36%	1,99%	2,37%	8,64%	-2,52%	1,09%	0,72%	-1,94%	-4,32%	2,64%	0,20%	-2,61%	-1,32%	1,88%	-2,79%	-5,29%	-1,51%	2,57%	-0,17%
AH	Departamento																								
AÑO	Antioquia	Atlántico	Bogotá D.C.	Bolívar	Boyacá	Caldas	Caquetá	Cauca	Cesar	Chocó	Córdoba	Cundina- marca	Huila	La Guajira	Magdale- na	Meta	Nariño	Norte de Santander	Quindío	Risaralda	Santander	Sucre	Tolima	Valle del Cauca	Total
	2002-2003	11,29%	0,82%	8,81%	1,40%	13,57%	-3,55%	0,44%	-0,70%	-11,73%	8,81%	5,01%	-7,93%	3,49%	-7,93%	-5,26%	-4,50%	8,43%	-6,98%	-5,64%	-2,22%	1,20%	-4,88%	-1,27%	-0,70%
2003-2004	14,59%	2,33%	6,42%	-7,39%	16,73%	1,56%	-1,17%	-7,78%	-14,59%	9,34%	7,78%	-10,89%	2,14%	-2,14%	-12,45%	-3,31%	3,31%	-0,58%	-1,95%	-2,92%	2,92%	-4,67%	1,75%	0,97%	0,00%
2004-2005	12,16%	2,39%	9,03%	-6,60%	8,44%	1,80%	-4,06%	2,58%	-6,21%	9,81%	3,36%	-6,60%	-0,55%	-5,23%	-11,10%	-7,97%	-0,74%	1,80%	4,73%	-2,11%	-2,89%	-5,23%	2,19%	1,02%	0,00%
2005-2008	8,71%	-0,63%	9,10%	-5,53%	9,88%	-1,09%	3,03%	-1,67%	-11,27%	14,00%	5,77%	-3,44%	0,29%	-7,16%	-8,92%	-4,22%	0,68%	-4,42%	1,26%	-1,87%	3,03%	-6,77%	-3,44%	4,79%	0,00%
2008-2009	7,85%	-7,40%	-0,89%	0,97%	7,66%	1,71%	-9,44%	10,82%	1,34%	15,10%	-2,56%	-13,72%	7,66%	10,08%	3,94%	-7,21%	-2,75%	-6,66%	4,87%	-5,17%	-8,70%	-0,33%	-4,24%	-2,94%	0,00%
2009-2010	5,61%	-6,65%	-0,61%	0,52%	1,46%	2,03%	-8,53%	11,08%	4,29%	7,69%	5,23%	-13,63%	9,95%	7,31%	-0,61%	-7,02%	-3,25%	-1,56%	2,78%	-8,72%	-4,57%	-2,12%	2,03%	-2,69%	0,00%
2010-2011	6,52%	-5,82%	-0,13%	-2,41%	2,15%	1,58%	-14,56%	7,28%	-1,65%	8,42%	4,43%	-12,66%	8,42%	16,39%	3,29%	-4,68%	-5,82%	-6,39%	2,72%	-8,10%	-3,73%	1,77%	4,24%	-1,27%	0,00%
2011-2012	3,98%	-9,58%	1,07%	-3,19%	4,17%	2,23%	-11,13%	7,27%	-2,03%	9,79%	7,66%	-11,32%	7,46%	9,79%	3,20%	-4,74%	-2,99%	-3,57%	3,01%	-7,45%	-2,99%	-1,25%	2,82%	-2,22%	0,00%

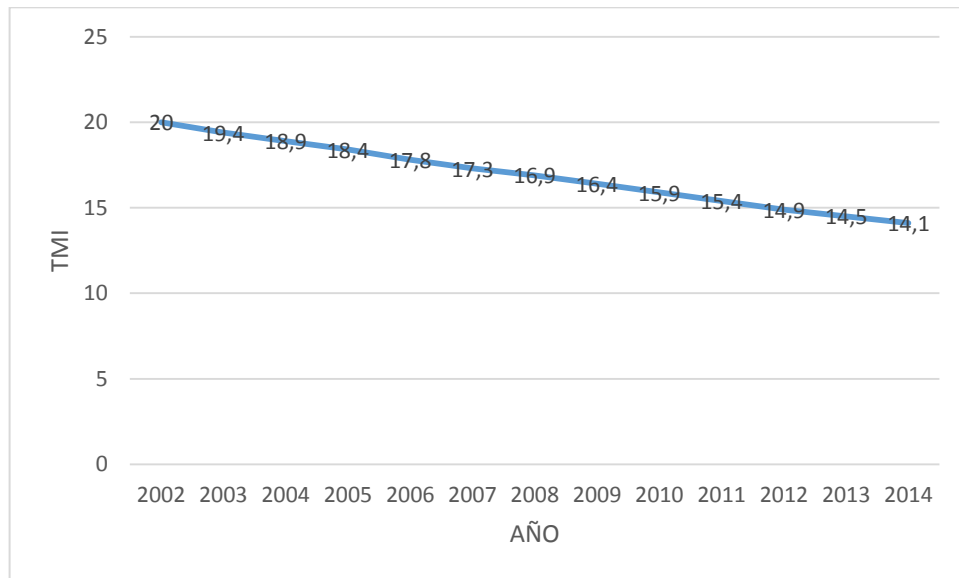
Fuente: elaboración por la autora con datos del Banco Mundial

## Anexo 20. Tasa de mortalidad infantil Colombia

Colombia	
AÑO	TMI
2002	20
2003	19,4
2004	18,9
2005	18,4
2006	17,8
2007	17,3
2008	16,9
2009	16,4
2010	15,9
2011	15,4
2012	14,9
2013	14,5
2014	14,1

Fuente: elaborado por la autora con datos del DANE

## Anexo 21. Tasa de mortalidad infantil en Colombia 2002-2014



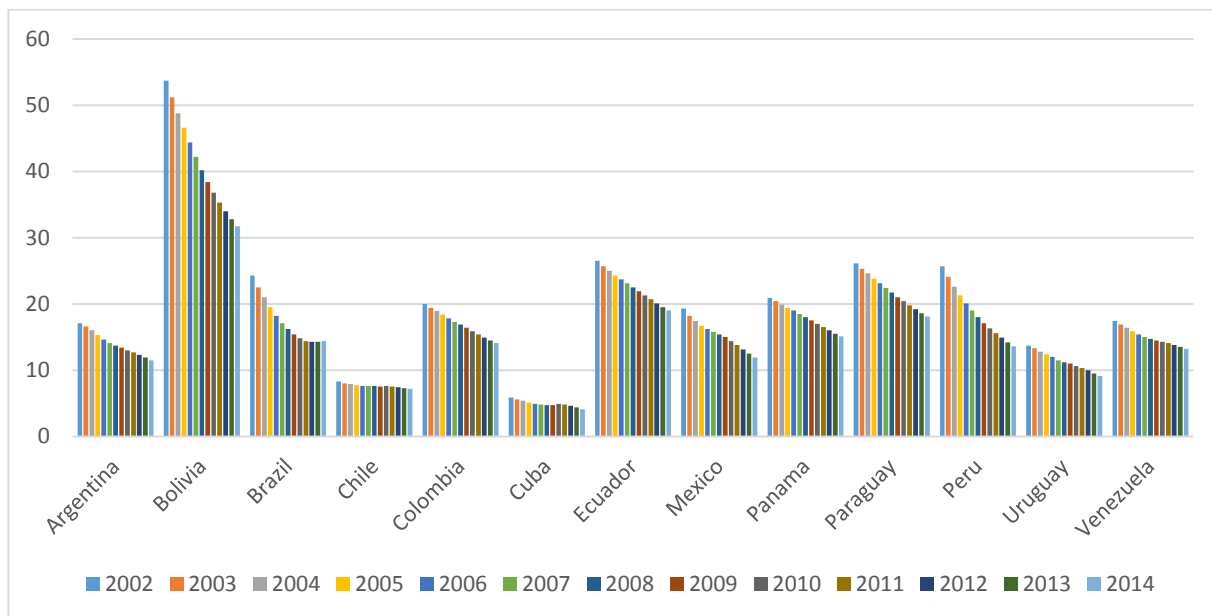
Fuente: elaborado por la autora con datos del DANE

## Anexo 22. Índice de mortalidad infantil por países 2002-2014

PAÍS/AÑO	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Argentina	17,1	16,6	16	15,3	14,6	14,1	13,7	13,4	13	12,7	12,3	11,9	11,5
Bolivia	53,7	51,2	48,8	46,6	44,4	42,2	40,2	38,4	36,8	35,3	34	32,8	31,7
Brasil	24,3	22,5	21	19,5	18,2	17,1	16,2	15,4	14,8	14,4	14,3	14,3	14,4
Chile	8,3	8	7,9	7,7	7,6	7,6	7,6	7,5	7,6	7,5	7,4	7,3	7,2
Colombia	20	19,4	18,9	18,4	17,8	17,3	16,9	16,4	15,9	15,4	14,9	14,5	14,1
Cuba	5,9	5,6	5,4	5,1	4,9	4,8	4,7	4,7	4,9	4,8	4,6	4,4	4,1
Ecuador	26,5	25,7	25	24,3	23,7	23,1	22,5	21,9	21,3	20,7	20,1	19,5	19
México	19,3	18,2	17,4	16,7	16,2	15,8	15,4	15	14,4	13,8	13,1	12,5	11,9
Panamá	20,9	20,4	19,9	19,4	19	18,5	18	17,5	17	16,5	16	15,5	15,1
Paraguay	26,1	25,3	24,6	23,8	23,1	22,4	21,7	21	20,4	19,8	19,2	18,6	18,1
Perú	25,7	24,1	22,6	21,3	20,1	19	18	17,1	16,3	15,6	14,9	14,2	13,6
Uruguay	13,7	13,3	12,8	12,4	12	11,5	11,2	11	10,6	10,3	10	9,5	9,1
Venezuela	17,4	16,9	16,4	15,9	15,4	15	14,7	14,5	14,3	14,1	13,8	13,5	13,2

Fuente: elaborado por la autora con datos del Banco Mundial

## Anexo 23. Índice de mortalidad infantil por países 2002-2014



Fuente: elaborado por la autora con datos del Banco Mundial

## Anexo 24. Definición del concepto de salud

Según la Organización Mundial de la Salud, el concepto de Salud tiene una definición concreta, esta es que la salud es el estado completo de bienestar físico y social que todo individuo posee.

Pero la anterior definición ha sido el resultado de una evolución conceptual, dado que surgió como el reemplazo de la definición previa, donde la salud era simplemente la ausencia de enfermedades biológicas<sup>119</sup>.

“A partir de la década de los cincuenta, la OMS revisó esa definición y finalmente la reemplazó por esta nueva, en la que la noción de bienestar humano trasciende lo meramente físico”<sup>120</sup>.

Según el doctor Floreal Ferrara<sup>121</sup>, la salud está asociada a tres áreas distintas: la primera es la salud física, que corresponde a la capacidad de un individuo de mantener el intercambio y resolver las propuestas que se plantea en la vida.

Lo anterior se explica por la historia de adaptación al medio que ha tenido el hombre desde el comienzo de los tiempos, por lo que sus estados de salud o enfermedad no pueden estar al margen de esa interacción<sup>122</sup>.

La segunda es la salud mental, que corresponde al rendimiento óptimo dentro de las capacidades que posee un individuo y que se encuentran relacionadas con el ámbito que la rodea. La salud mental radica en el equilibrio de la persona con su

---

<sup>119</sup> Concepto De “Concepto de Salud (según la OMS)”. En línea: <http://concepto.de/salud-segun-la-oms/>

<sup>120</sup> *Ibíd.*

<sup>121</sup> Fue un cardiólogo argentino, especializado en medicina social, autor de varios libros y ministro de Salud en la Provincia de Buenos Aires durante las gobernaciones de Oscar Bidegain (1973) y Antonio Cafiero (1987).

<sup>122</sup> Concepto De. “Concepto de Salud (según la OMS)”. *óp. cit.*

entorno, y de ese modo, lo que le implica una posibilidad de resolución de los conflictos que le puedan aparecer en el transcurrir de la vida<sup>123</sup>.

La tercer área es la salud social, la cual representa una combinación de las dos áreas anteriores, es decir que, en la medida en que un individuo pueda convivir con un equilibrio psicodinámico, con la satisfacción de sus necesidades y también con sus aspiraciones, tiene de salud social<sup>124</sup>.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), luego de caracterizar el concepto de salud, también estableció unos componentes que integran y complementan el concepto; estos componentes son: el estado de adaptación al medio que puede ser biológico y sociocultural, el estado fisiológico de equilibrio, el equilibrio entre la forma y la función del organismo que corresponde a la alimentación de la persona, y la perspectiva biológica y social que son las relaciones familiares y los hábitos<sup>125</sup>. Otro aspecto en el que se ha centrado la caracterización de la Organización Mundial de la Salud es la organización de la salud pública.

La salud pública, hace referencia a todas las medidas que puedan tomarse desde los organismos gestionados por el Estado para la prevención de dolencias y discapacidades, también, para la prolongación de la vida y para la educación de los individuos en lo que respecta a la higiene personal<sup>126</sup>.

“Afirma la OMS que “la salud es parte de la responsabilidad de los gobiernos”. En este sentido es mucho lo que se puede hacer, incluyendo la mejora de los hospitales públicos, el fomento a la iniciativa privada (que contemple que la salud es un derecho de todos los individuos) y la protección del medio ambiente”<sup>127</sup>.

---

<sup>123</sup> Ibíd.

<sup>124</sup> Ibídem.

<sup>125</sup> ibídem.

<sup>126</sup> Concepto De “Concepto de Salud (según la OMS)”. óp. cit.

<sup>127</sup> Ibíd.