

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

Por: Karelys Guzmán Finol

Núm. 175  
Noviembre, 2012



Documentos de trabajo sobre  
**ECONOMÍA REGIONAL**



BANCO DE LA REPÚBLICA

CENTRO DE ESTUDIOS ECONÓMICOS REGIONALES (CEER) - CARTAGENA

ISSN 1692 - 3715

La serie **Documentos de Trabajo Sobre Economía Regional** es una publicación del Banco de la República - Sucursal Cartagena-. Los trabajos son de carácter provisional. Las opiniones y posibles errores son de responsabilidad exclusiva de los autores y no comprometen al Banco de la República ni a su Junta Directiva.

## **Los subsidios de oferta y el régimen subsidiado de salud en Colombia.\***

**Karelys Katina Guzmán Finol<sup>♥</sup>**

---

\*Juan Santos Ochoa y Simón Chaves realizaron un excelente trabajo como asistentes de investigación. Se agradecen los aportes y comentarios de Adolfo Meisel, María Aguilera, Karina Acosta, Andrea Otero, Javier Pérez, Andrés Sánchez y Luis Galvis. Igualmente se agradece a Nancy Londoño, Mauricio Iregui, Carlos Díaz y Paul Rodríguez.

<sup>♥</sup>La autora es economista del Centro de Estudios Económicos Regionales – CEER- del Banco de la República. Comentarios y sugerencias a esta versión del documento pueden ser enviados a [kguzmafi@banrep.gov.co](mailto:kguzmafi@banrep.gov.co).

## **Los subsidios de oferta y el régimen subsidiado de salud en Colombia.**

**Karelys Katina Guzmán Finol**

**Resumen:** La Ley 715 de 2001 cambió las implicaciones asociadas a la certificación en el sector de la salud en Colombia. Desde su implementación, los municipios certificados pueden ejecutar los recursos adicionales, derivados de su certificación, solo en la atención de la población pobre no asegurada (subsidios de oferta). Antes podían invertirse también en salud pública y en el régimen subsidiado. Además, estas transferencias extras han disminuido progresivamente. Aquí se evalúan, de forma preliminar, los efectos de estos cambios en la cobertura del régimen subsidiado, entre 1998 y 2004, usando la metodología diferencia en diferencias. Los resultados indican que los municipios certificados incrementaron su cobertura, en comparación con los municipios no certificados, en 11.6 puntos porcentuales (p.p.) en 2002; en 13.5 p.p. entre 2002 y 2003; y en 28.2 p.p. entre 2003 y 2004.

**Palabras clave:** descentralización fiscal, cobertura, régimen subsidiado, certificación, municipio.

*Clasificación JEL:* H41, H55, H77, I1, E6.

**Abstract:** Law 715 of 2001 changed the implications associated to the certification within the Colombian health sector. Since its implementation, certified municipalities can only spend their additional resources in the care of the uninsured poor (supply subsidies). Before, said resources could also be invested in public health and the subsidized regime. Moreover, said transfers have decreased progressively. This study develops a preliminary evaluation of the effects of these changes on the subsidized coverage, between 1998 and 2004, using the difference in differences methodology. Results indicate that certified municipalities increased coverage, compared to the uncertified ones, by 11.6 percentage points (p.p.) in 2002, 13.5 p.p. between 2002 and 2003, and 28.2 p.p. between 2003 and 2004.

**Key words:** decentralization, coverage subsidize regime, certification, municipality.

*JEL-Classification:* H41, H55, H77, I1, E6.

## 1. Introducción

El logro de la cobertura universal es un objetivo explícito en el artículo 157 de la Ley 100 de 1993, según el cual en el año 2000 todo colombiano debía estar afiliado en el régimen contributivo o en el subsidiado. Las autoridades municipales son las encargadas de conseguir que todas las personas que, por su capacidad económica, no hacen parte del régimen contributivo estén cubiertas en el régimen subsidiado. La principal fuente de recursos con la que cuentan para este fin son las transferencias del Gobierno Central. Estas fueron organizadas por la Ley 60 de ese mismo año. Dicha ley permitía que los municipios que cumplieran ciertos requisitos se certificaran y recibieran recursos adicionales de parte de las autoridades departamentales, que debían invertirse en el régimen subsidiado (subsidios a la demanda), la salud pública y la población pobre no asegurada (subsidios a la oferta). Esta población debía ser afiliada al régimen subsidiado paulatinamente, es decir los subsidios de oferta debían ser reemplazados completamente por los de demanda.

Gaviria *et al.* (2006) discute las dificultades de la transformación de subsidios de oferta a subsidios de demanda propuesta por la Ley 60 de 1993. Argumenta que si bien con la reforma aumentó la cobertura del régimen, lo hizo menos de lo pronosticado y esto se debió a que crecieron los recursos para el régimen subsidiado pero no disminuyeron los de prestación de servicios (a la población no asegurada), lo que generó duplicación de costos.

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

Jaramillo y Poveda (2007) confrontaron la forma de funcionamiento de los municipios certificados y los no certificados. Los primeros fueron considerados más autónomos porque los contratos de aseguramiento se realizan sólo entre ellos y las ARS (Administradoras de Régimen Subsidiado). En los municipios no certificados estos contratos eran tripartitos ya que incluían a los departamentos. Encontraron que este último modelo de contratación era más ineficiente que el otro: con deudas y moras más altas. Además, estas entidades territoriales presentaban un mayor desvío de sus participaciones municipales, asignando menos recursos per cápita en el sector.

Bossert (2000) fue el primero en considerar la certificación como una medida del grado de autonomía o descentralización de los municipios en el sector de la salud<sup>1</sup>. Encontró que esta tiene una relación negativa con el gasto per cápita en salud y la pereza fiscal entre 1994-1997. Por su parte, Pinto *et al.* (2005) cuestionaron la validez de la certificación como indicador de la descentralización, a partir de los resultados de una encuesta que indaga por el cumplimiento de los requisitos de la certificación entre 2002 y 2004. Los resultados mostraron que aunque los municipios certificados cumplían con más criterios que los no certificados, son muy pocos los que llenaban todos. Por lo tanto, la certificación podría estar señalando si el municipio tenía la posibilidad de acceder a los recursos del situado fiscal, no si efectivamente cumplió con las condiciones para estar certificado. Finalmente, Sánchez y Faguet (2009) construyeron un panel de datos a nivel municipal para conocer los determinantes del cambio porcentual de la proporción de pobres cubiertos con seguro de salud. Concluyen que el efecto de la certificación es ambiguo y le restan importancia como indicador de la independencia de un municipio.

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

---

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

transferencias del Gobierno Central, o si por el contrario estas entidades territoriales financian una mayor proporción del gasto en salud con sus recursos propios.

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

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

Para llevar a cabo dicha evaluación se usa la metodología diferencia en diferencias. Los datos utilizados provienen del Ministerio de la Protección Social y el Departamento Nacional de Planeación -DNP-. Los resultados obtenidos sugieren que los municipios certificados incrementaron su cobertura en 11.7 puntos porcentuales (p.p) en 2002, en 13.5 p.p entre 2002 y 2003, y en 27.9 p.p entre 2003 y 2004, más que los municipios no certificados.

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

## **2. La certificación de los municipios.**

En el sector de la salud la descentralización se materializó con la Ley 60 de 1993, que determinó cuáles serían las responsabilidades de cada nivel de gobierno y la forma como se asignarían los recursos para su cumplimiento<sup>2</sup>. Había dos formas de transferencias: el situado fiscal y las participaciones de los municipios en los ingresos corrientes de la Nación. El situado fiscal era un porcentaje de los ingresos corrientes de la Nación cedido a los departamentos, el distrito capital y los distritos especiales de Cartagena, Barranquilla y Santa Marta<sup>3</sup>. La Nación repartía el 15% de estos recursos por partes iguales entre ellos, y el restante de acuerdo a los gastos de atención de los usuarios actuales y la población por atender en salud y educación; además de un indicador de la eficiencia fiscal. Del total que le correspondía a cada departamento, estos debían destinar el 60% para educación, el 20% para salud y el 20% restante a salud o educación de acuerdo al cumplimiento de sus metas en cobertura. De ese 20% destinado a salud, los departamentos debían dirigir al menos un 50% para el primer nivel de atención y transferirlo a los municipios que estuviesen certificados para ello.

La certificación era otorgada en ese entonces por el Ministerio de Salud, de acuerdo al cumplimiento algunos requisitos (detallados en el Apéndice A). Una vez el municipio estaba certificado, el departamento procedía a transferirle su parte del situado fiscal. Aunque el artículo 13 de la Ley 60 de 1993 indica cuáles son los criterios mínimos que deben seguir los departamentos para distribuir entre los municipios al menos el 50% del situado, no es conocido qué porcentaje repartió exactamente, ni cuánto le correspondió a cada municipio, ni cuánto le llegó a los que estaban certificados.

De acuerdo a la Ley 60, los municipios debían invertir al menos cinco puntos porcentuales del situado en la prevención de las enfermedades y fomento de la salud.

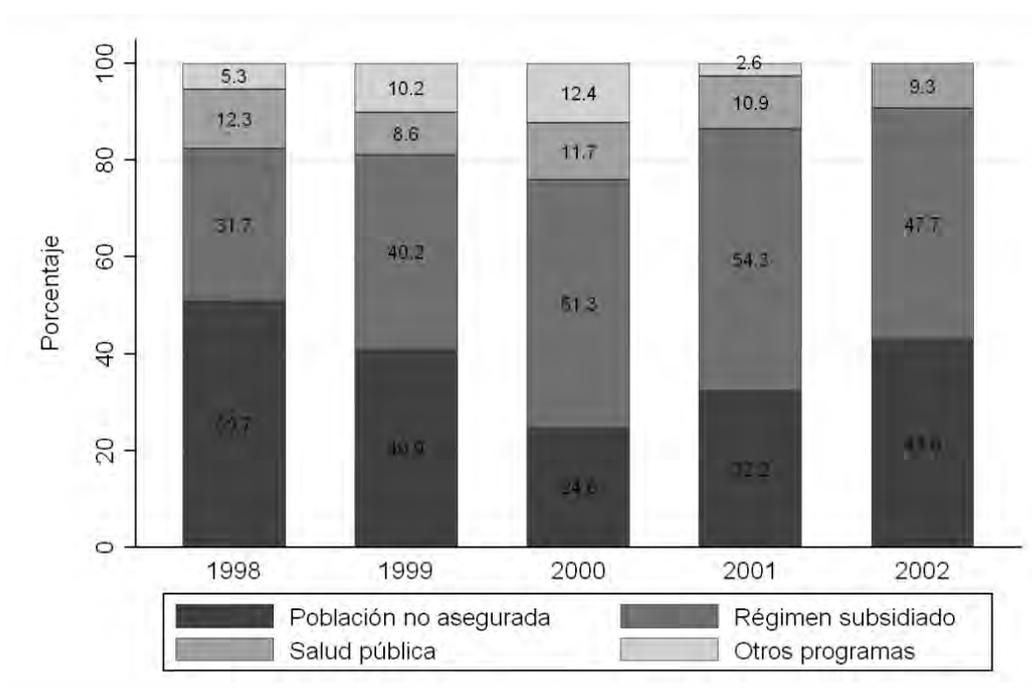
---

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

<sup>3</sup> Debía alcanzar el 24.5% de los ingresos corrientes de la Nación en 2006, según la Ley 60 de 1993.

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

**Gráfica 1. Inversión del situado fiscal en los municipios certificados 1998-2002**



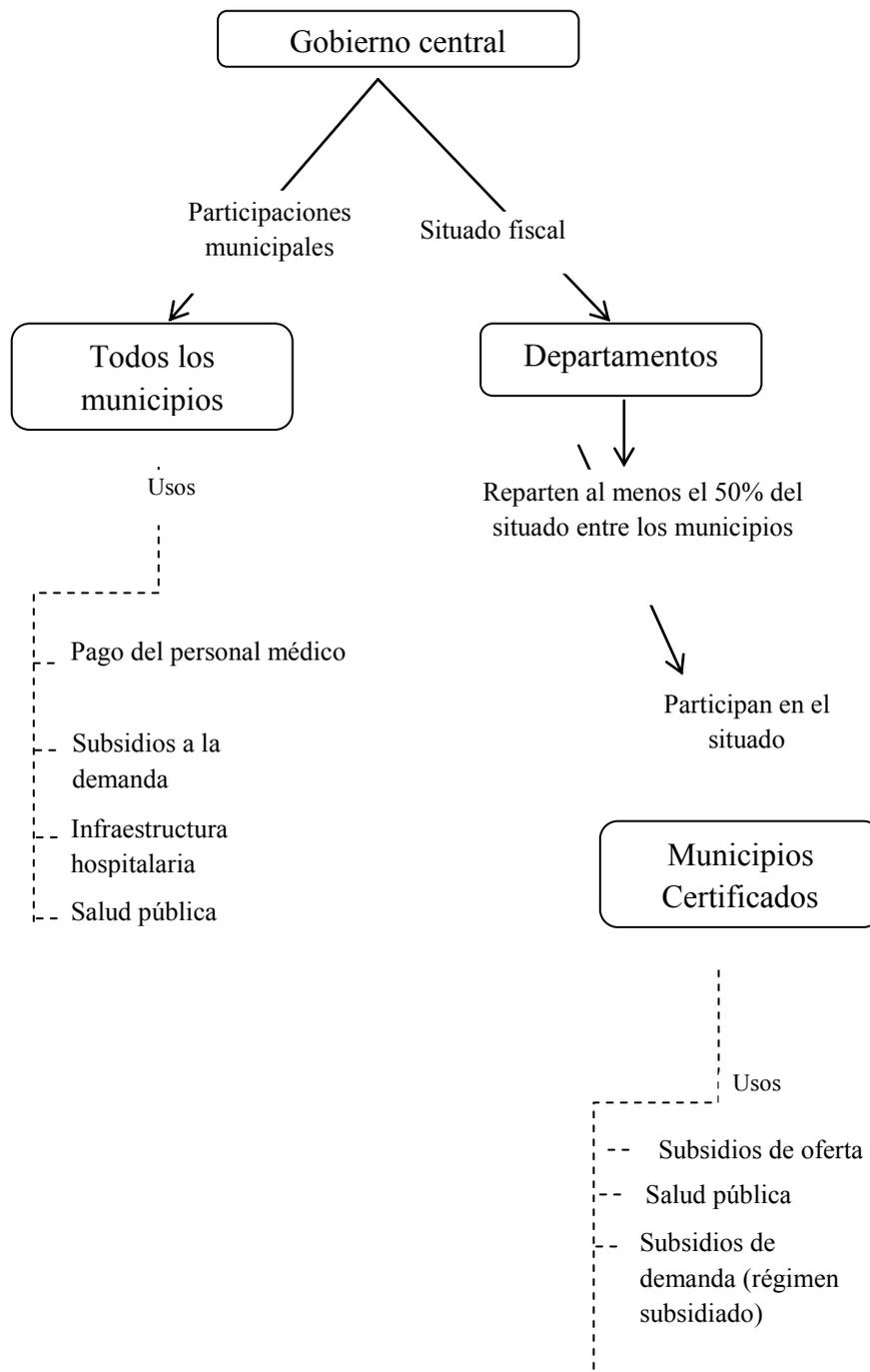
Fuente: Cálculos de la autora con base en información del DNP.

En conclusión, hasta cuando se promulgó la Ley 715 en el año 2001, la diferencia entre los municipios certificados y los no certificados era que los primeros recibían la parte del situado fiscal, que debía ser destinada a salud pública, subsidios a la demanda y a la atención de los usuarios no asegurados en el primer nivel de complejidad. La Gráfica 2 sintetiza cómo se distribuían las transferencias bajo la Ley 60 de 1993.

Con el establecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud propuesto por la Ley 100 de 1993, se pueden diferenciar tres tipos de participantes: los afiliados

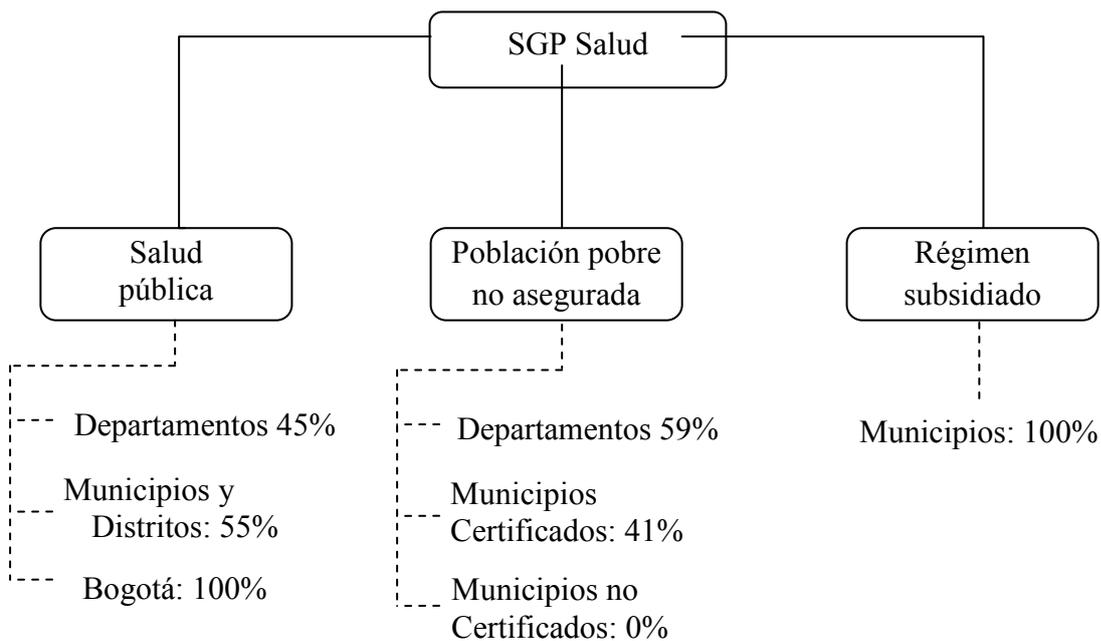
al régimen contributivo, los afiliados al régimen subsidiado y las personas vinculadas al sistema, es decir, aquellas personas que por incapacidad de pago y mientras logran ser beneficiarias del régimen subsidiado, tienen derecho a la atención en salud que prestan las instituciones públicas y privadas que tienen contrato con el Estado.

**Gráfica 2. Distribución de las transferencias para el sector de la salud durante la vigencia de la ley 60 de 1993.**



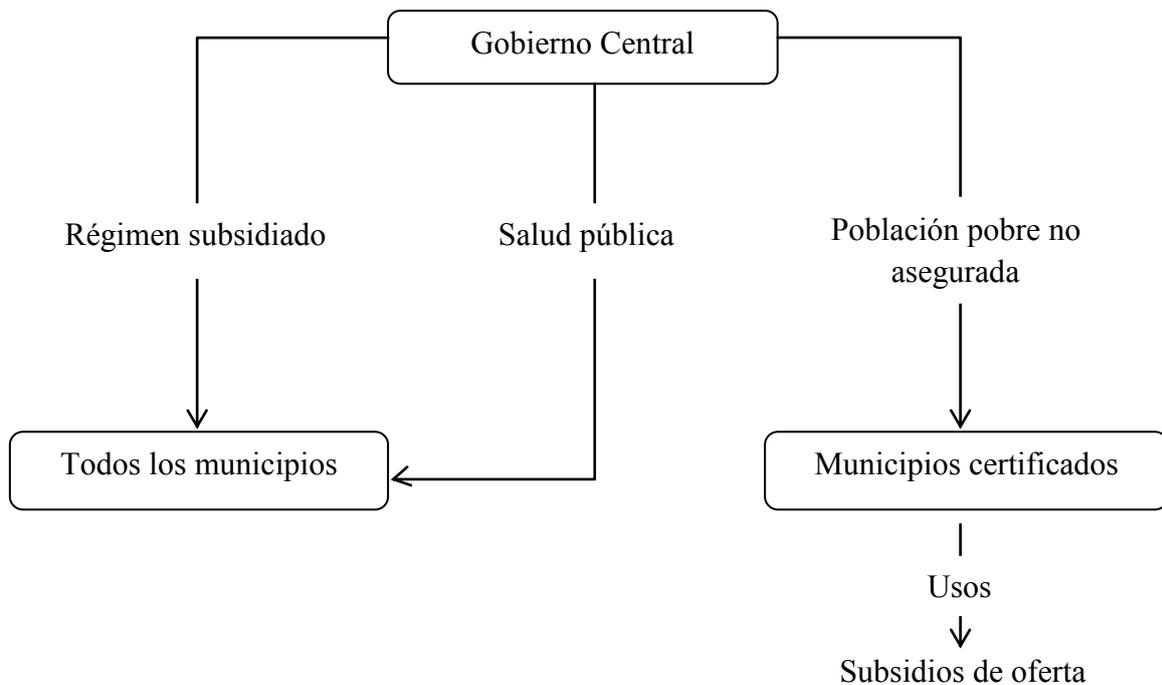
La Ley 715 de 2001 que introdujo el Sistema General de Participaciones –SGP- establece que del total de transferencias que llega al municipio, este debe destinar un 58.5% a educación, un 17% a propósitos generales y un 24.5% a salud. Este último porcentaje debía financiar tres componentes: financiación o cofinanciación de subsidios a la demanda, es decir, el régimen subsidiado; la prestación de servicio a la población pobre en lo no cubierto o subsidios a la oferta y las acciones de salud pública.<sup>4</sup> Es de particular importancia que al distribuir los recursos para salud pública y el régimen subsidiado todos los municipios se tratan de la misma forma, pero en cuanto a los recursos para subsidios a la oferta no es así (Gráfica 3). A cada departamento le corresponde el 59% del monto destinado por el Gobierno Central a tal fin, el 41% restante financia la atención en el primer nivel de complejidad de cada uno de los municipios y corregimientos de los respectivos departamentos. Si el municipio está certificado, este 41% le llega directamente. Si no lo está, el departamento administra dichos recursos (Gráfica 4).

**Gráfica3. Porcentajes en los que se asigna el SGP de salud después de la Ley 715 de 2001.**



<sup>4</sup>En Apéndice B se muestra cómo se calculaban los recursos para cubrir cada uno de los tres rubros.

**Gráfica 4. Distribución de las transferencias para el sector salud durante la vigencia de la ley 715 de 2001. Privilegio de los municipios certificados.**



La certificación de los municipios tenía implicaciones distintas antes y después de la Ley 715 (véase Gráficas 2 y 4). De ahora en adelante, en este trabajo se llamará premio, al dinero adicional que recibían los municipios al estar certificados. Antes de 2002, este era determinado por el departamento al que pertenece la entidad territorial, es decir, era una transferencia indirecta. Es difícil conocer su monto con exactitud. Mientras que a partir del 2002, el premio proviene directamente del Gobierno Central al municipio y su monto sí es conocido. Además, antes de 2002 el premio tenía varios usos, con la Ley 715 solo tiene uno.

Es importante aproximarse al monto transferido por los departamentos a los municipios certificados antes de 2002, ya que esto permitiría analizar la evolución del premio antes y después de la Ley 715 y sus implicaciones. Esto es posible, al menos, de dos formas: la primera, es distribuyendo una parte del situado fiscal entre los municipios e identificando cuánto le hubiese llegado, hipotéticamente, a los

municipios certificados y la segunda, teniendo en cuenta las inversiones de los municipios financiadas con recursos del situado fiscal.

El primer ejercicio mencionado se realizó aplicando la siguiente fórmula:

$$\text{Participación en el situado del municipio}_{i,t} = (0.5 * \text{situado del departamento}_{j,t}) * \frac{(\text{cupos contratados por el municipio}_{i,t-1})}{(\text{total de cupos contratados en el departamento}_{j,t-1})}$$

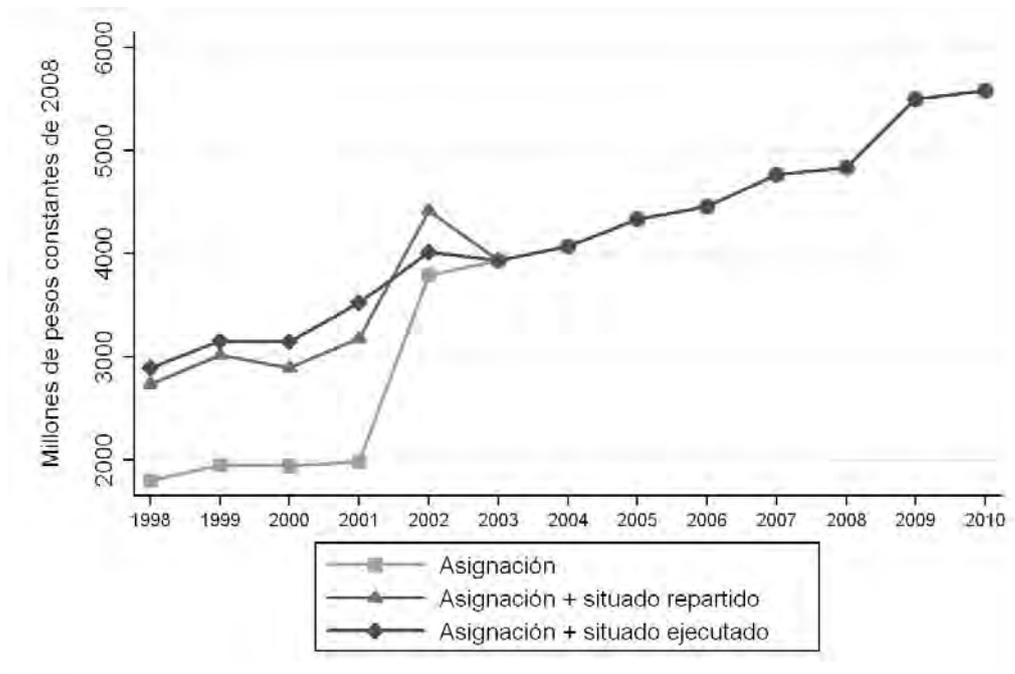
Se reparte el 50% del situado fiscal entre los municipios de cada departamento porque, como se dijo, el departamento debía distribuir al menos dicho porcentaje. Las capitales de Cundinamarca, Bolívar, Magdalena y el Atlántico no se incluyen en el denominador del segundo término de la derecha, ya que al ser distritos reciben directamente todas las transferencias. El criterio utilizado para esta distribución fue la participación de los cupos de subsidios contratados por el municipio en el total de cupos contratados en el departamento (con un periodo de rezago). Esto se hace bajo el supuesto de que desde el departamento se asignarían más recursos en el año t a las entidades territoriales cuyos cupos de subsidios contratados en el año t-1 sea mayor, para así garantizar la continuidad del aseguramiento. El monto que le correspondería a las entidades territoriales certificadas se suma a las transferencias directas. Lo opuesto sucede en el caso de los municipios no certificados, ya que este dinero lo administra el departamento.

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

Para calcular la asignación total recursos para la salud transferida los municipios certificados, basta con sumar sus transferencias directas más la parte que le corresponde del situado fiscal departamental (determinada por alguna de las dos

formas anteriormente explicadas).<sup>5</sup> La Gráfica 5 permite observar que si no se realiza esta suma, el cambio en el promedio de las transferencias entre 2001 y 2002 es más pronunciado. En otras palabras, se sobreestimaría el cambio en los recursos con los que cuentan los municipios certificados al entrar en vigencia la Ley 715. De hecho, gracias a esta aumentaron las transferencias de todos los municipios, solo que las otorgadas a los certificados lo hacen en una mayor proporción (Gráfica6).

**Gráfica5. Promedio de transferencias de salud de los municipios certificados.**



Fuente: Cálculos de la autora con base en información del DNP.

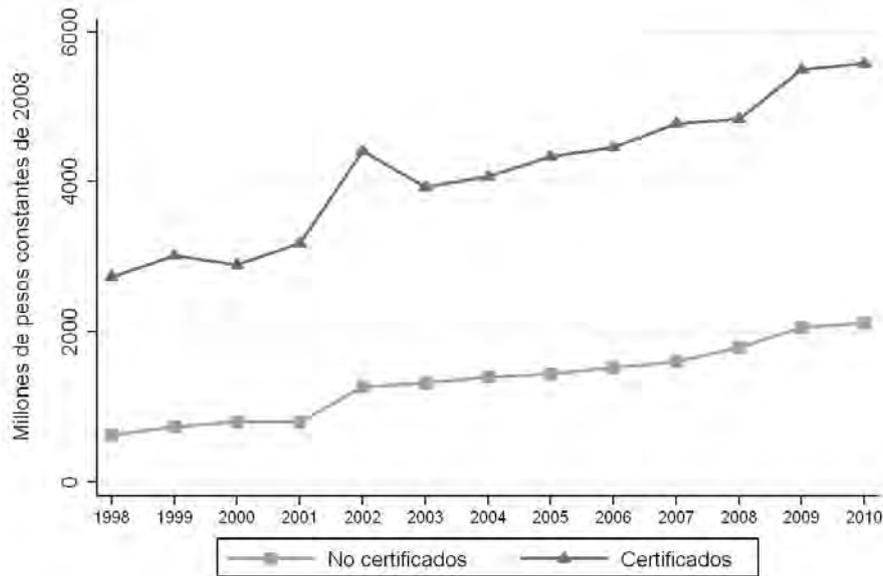
Nota: La serie Asignación corresponde solo a las transferencias directas.

Si se observan solo los recursos adicionales que han recibido los municipios certificados, se nota que entre 1998 y 2002 adquieren un valor distinto según sea su forma de cálculo. En particular, entre 2001 y 2002 si el premio de la certificación es equivalente al gasto en salud ejecutado con el situado, estos ingresos extras disminuyen (Gráfica 7); mientras que si se toma como el situado repartido por los departamentos, aumentan (Gráfica 8). Cuando la Ley 715 entra en vigencia los

<sup>5</sup>Las transferencias directas corresponden a las participaciones municipales hasta 2001 y desde 2002 Sistema General de Participaciones –SGP-.

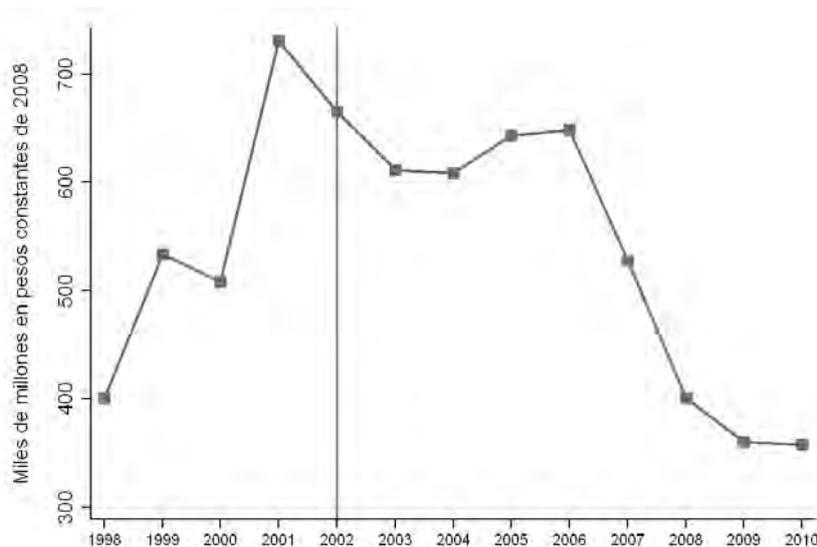
recursos adicionales que recibía un municipio por estar certificado disminuyen en casi todo el periodo, más rápidamente a partir de 2006.

**Gráfica6. Promedio de las transferencias de salud (asignación más situado repartido).**



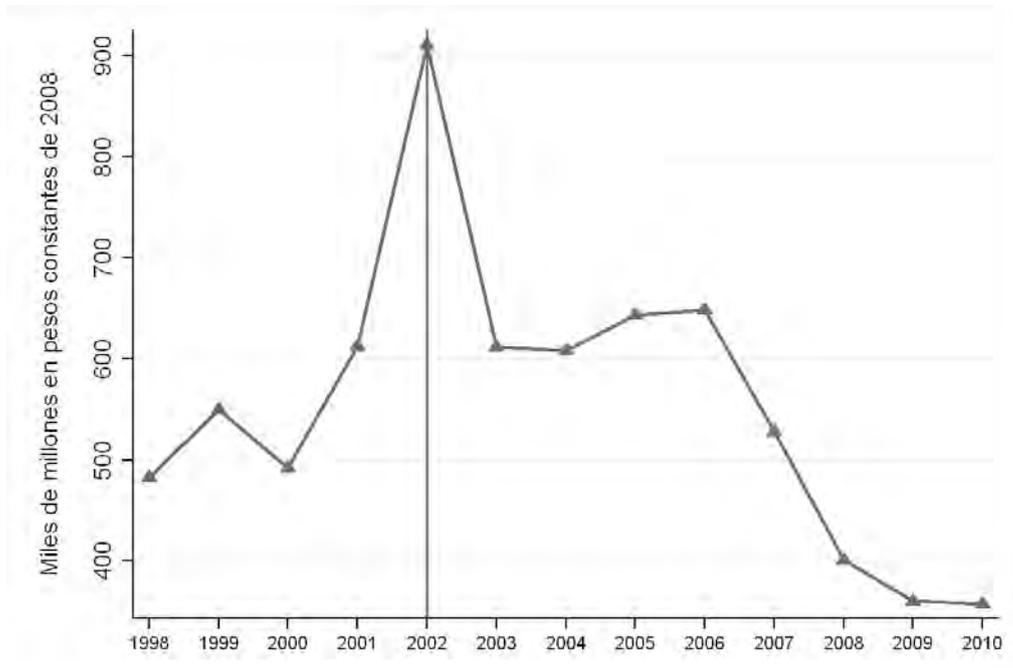
Fuente: Cálculos de la autora con base en información del DNP.

**Gráfica7. Recursos adicionales que reciben los municipios certificados (calculados a partir del situado ejecutado entre 1998 y 2002)**



Fuente: Cálculos de la autora con base en información del DNP.

**Gráfica8. Recursos adicionales que recibieron los municipios certificados (calculados a partir del situado repartido entre 1998 y 2002)**



Fuente: Cálculos de la autora con base en información del DNP.

### 3. Finanzas públicas de la salud

En esta sección se van a describir las ejecuciones presupuestarias de los municipios incluidos en la muestra en el sector de la salud. Estas permiten discriminar sus inversiones por fuente de financiamiento. Conocer cómo han evolucionado las cuentas en las que se han puesto los recursos es una manera de aproximarse a los objetivos del sector, la implementación del marco normativo y los incentivos que se podrían tener a nivel municipal cuando varían las características de las transferencias que reciben. De especial atención en las gráficas es: 1) lo que pasa antes y después de la Ley 715 de 2001 y 2) la comparación de la situación en los municipios certificados y no certificados.

#### 3.1 ¿Con qué se financia la salud en Colombia?

En este apartado se explicará cuáles son las fuentes de financiamiento de la inversión total en salud, haciendo énfasis en las del régimen subsidiado y en las de la prestación de servicios a la población pobre no asegurada. Las fuentes fueron

agrupadas en siete categorías: inversión forzosa, situado fiscal, recursos propios, recursos del crédito, cofinanciación, regalías y otros recursos.<sup>6</sup>

La inversión en salud en Colombia entre 1998 y 2010 ha sido realizada principalmente con recursos de inversión forzosa transferidos a los municipios (Gráficas 9 y 10). Dicha fuente de recursos financió, en promedio, para los municipios certificados el 51.3% de sus gastos y para los no certificados el 68.6%, mostrando la esperada dependencia de las entidades territoriales a las transferencias, que es más pronunciada en los municipios no certificados. La segunda fuente, en términos de su participación promedio en la inversión total en salud, es la cofinanciación, la cual financió en los municipios certificados el 17.46% y en los no certificados el 22.85%. A pesar de que el porcentaje es mayor en las entidades territoriales no certificadas, en valores absolutos el promedio de la cofinanciación fue menor en estas que en las certificadas: \$1,106,492 de las primeras, contra \$1,446,692 en las segundas (miles de millones de pesos constantes de 2008). Esto es coherente con la prioridad, que de acuerdo al artículo 17 de la Ley 60, tenían los municipios certificados en el Fondo de Inversión Social –FIS- y en los demás programas de carácter nacional que expidiese el Gobierno Central.

Por otro lado, la tercera fuente de financiación para los certificados son los recursos propios, con el 12.6% de participación promedio; mientras que en los no certificados lo son otros recursos con un 3.2%. El hecho de que el porcentaje del gasto que financian los recursos propios sea mayor en los municipios certificados que en los no certificados podría desvirtuar la hipótesis de pereza fiscal, es decir, de acuerdo a estas gráficas, aunque los primeros reciben más transferencias hacen en todo el periodo un mayor esfuerzo que los segundos. Sin embargo, ante la expedición de la Ley 715, en ambos tipos de municipios disminuyó la proporción de la inversión total financiada con recursos propios.

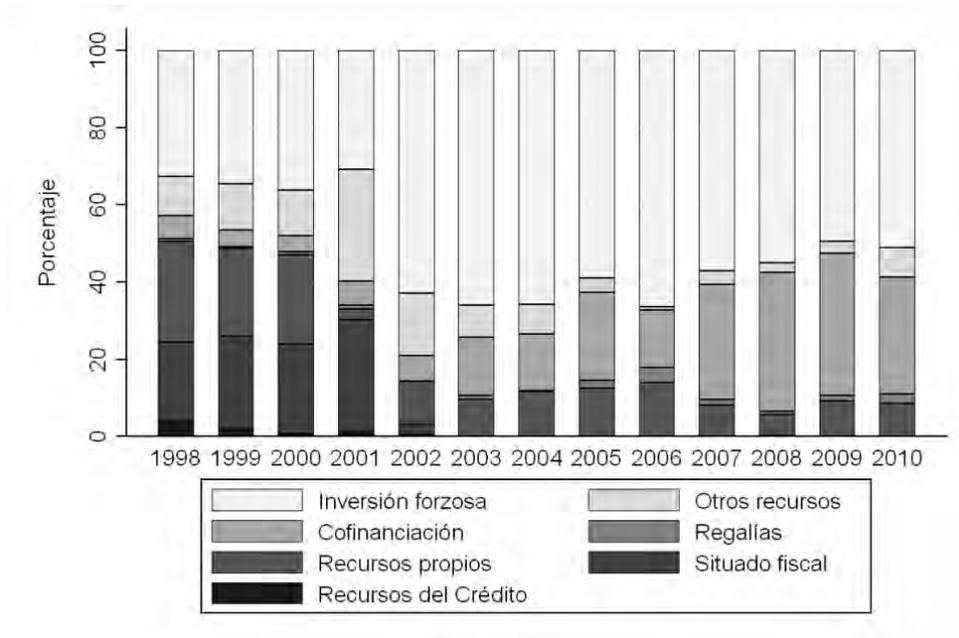
El situado fiscal, mientras fue transferido desde los departamentos a los municipios certificados, participó aproximadamente con el 20% de los gastos entre 1998 y 2002. Por ser de destinación específica, el situado podría sumarse con la categoría forzosa,

---

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

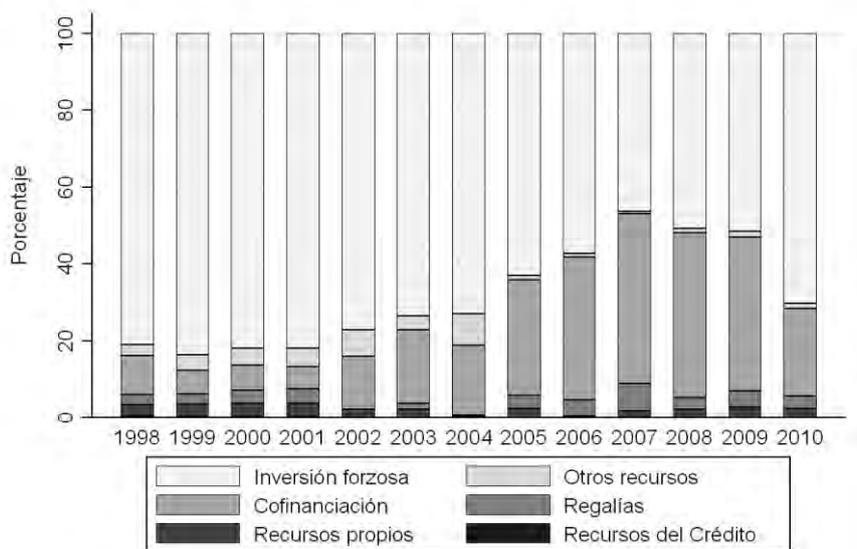
pero aun así, los municipios no certificados seguirían siendo los más dependientes de las transferencias.

**Gráfica9. Inversión en salud por fuentes de financiación en municipios certificados.**



Fuente: Cálculos de la autora con base en información del DNP.

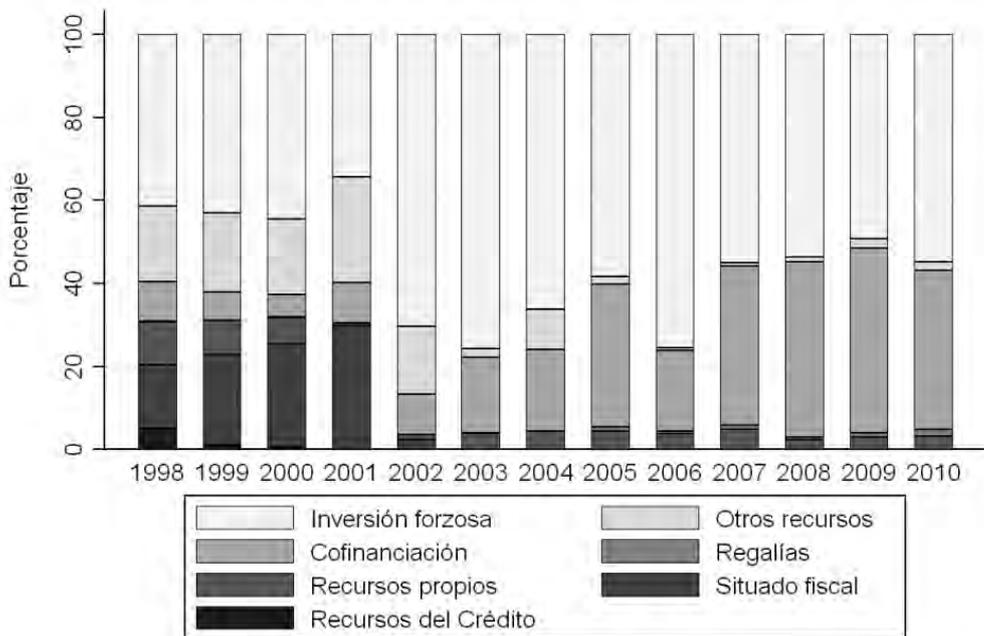
**Gráfica 10. Inversión en salud por fuentes de financiación en municipios no certificados.**



Fuente: Cálculos de la autora con base en información del DNP.

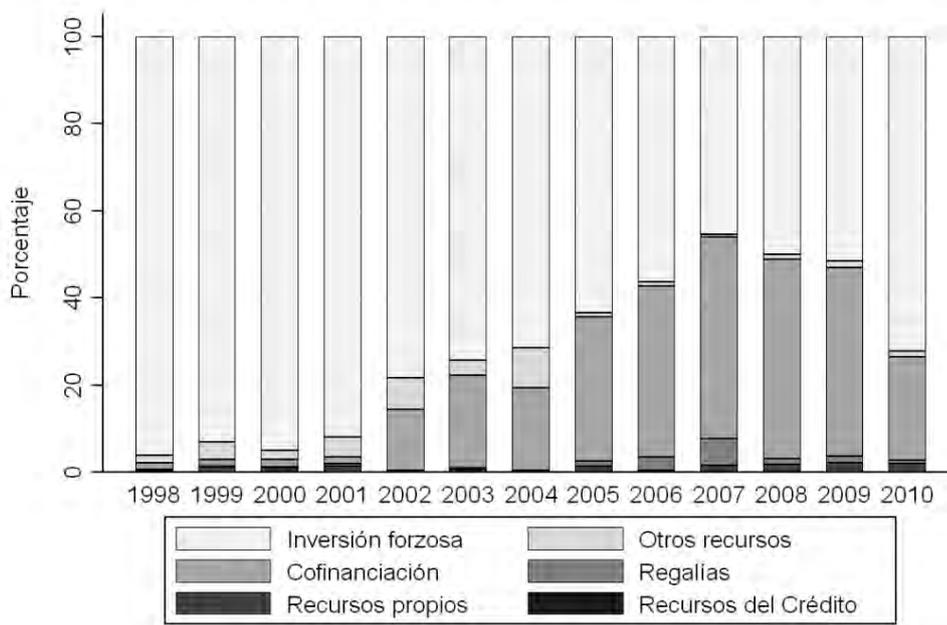
En ambos tipos de municipios el orden de importancia de las categorías en cuanto a su participación promedio en la financiación del régimen subsidiado es el mismo (Gráficas 11 y 12). Las tres principales son: forzosa con 58%, cofinanciación con un 23% y otros recursos con 8%. Entre 1998 y 2002 el situado fiscal financió el 16% de la inversión en el régimen. Las otras categorías tienen un porcentaje muy pequeño de participación. Luego de la Ley 715, en los municipios certificados la participación de los recursos propios en promedio disminuyó, (de 6% entre 1998 y 2001 a 3% entre 2002 y 2010) mientras que para los no certificados aumentó ligeramente (de 1% entre 1998 y 2001 a 1.2% entre 2002 y 2010). Esto podría implicar que la implementación de la Ley 715 está asociada a mayores niveles de pereza fiscal en los municipios certificados.

**Gráfica11. Financiamiento del régimen subsidiado en municipios certificados.**



Fuente: Cálculos de la autora con base en información del DNP.

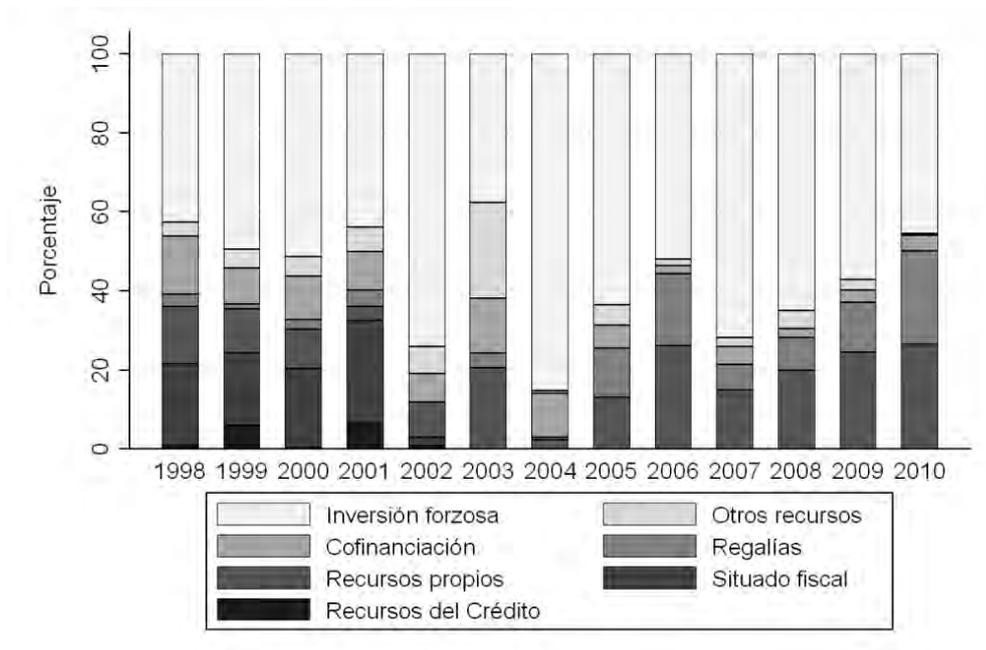
**Gráfica12. Financiamiento del régimen subsidiado en municipios no certificados.**



Fuente: Cálculos de la autora con base en información del DNP.

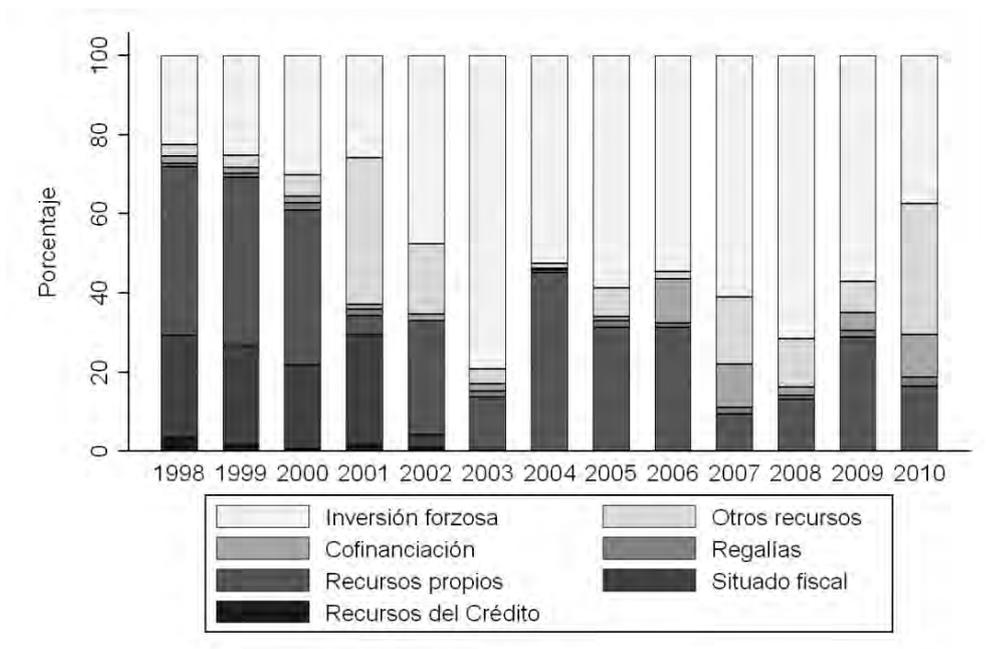
Finalmente, los servicios a la población pobre no asegurada se han financiado principalmente con las transferencias (del Gobierno Central y las departamentales) y los recursos propios. Hasta el 2001, año en el que se expide la Ley 715, eran más dependientes de las transferencias los municipios no certificados. A partir del 2002, pasan a ser los certificados. Además, aunque en todo el periodo los recursos propios financian una mayor proporción de este rubro en las entidades territoriales certificadas, en el periodo 2002-2010 (cuando estas reciben directamente los recursos con ese fin) la diferencia en el promedio de la participación de esta fuente disminuye. Esto se debe a que los municipios no certificados se esfuerzan más en la atención de los no asegurados cuando no reciben los recursos directamente. (Gráficas 13, 14 y 15).

**Gráfica13. Financiamiento de los servicios prestados a la población pobre no asegurada en el total de municipios.**



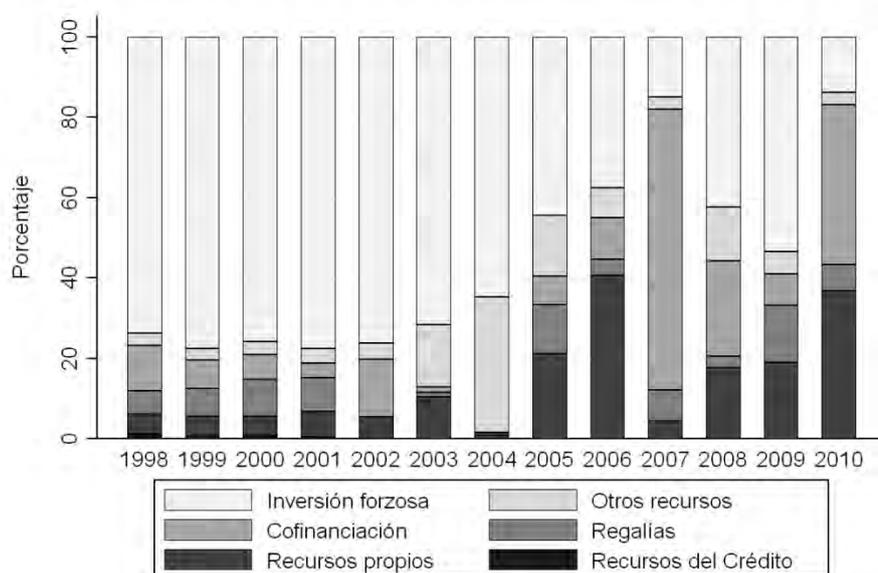
Fuente: Cálculos de la autora con base en información del DNP.

**Gráfica14. Financiamiento de los servicios prestados a la población pobre no asegurada en municipios certificados.**



Fuente: Cálculos de la autora con base en información del DNP.

**Gráfica15. Financiamiento de los servicios prestados a la población pobre no asegurada en municipios no certificados.**



Fuente: Cálculos de la autora con base en información del DNP.

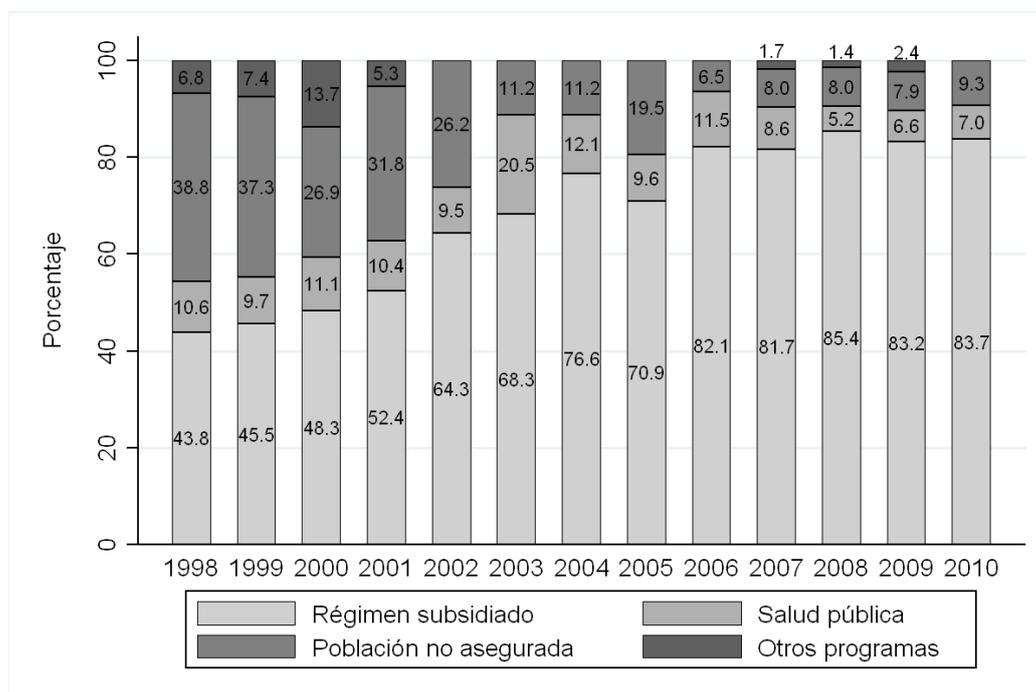
### 3.2 ¿Cómo se invierten los recursos al interior del sector?

La organización al interior del sistema de salud cambió a partir del 2002 y por supuesto, esto se ve reflejado en la ejecución del gasto. En las ejecuciones presupuestales se pueden distinguir a partir de este año, explícitamente los tres usos de los recursos establecidos por la Ley 715: régimen subsidiado, salud pública y prestación de servicios a la población pobre no asegurada. Antes de 2001 no era así. Por esta razón, parte del trabajo consistió en agrupar las cuentas de tal forma que estos tres usos pudiesen distinguirse desde 1998.

Según la Gráfica16, a nivel agregado la mayor parte de los recursos del sector se han invertido en el régimen subsidiado, independientemente si el municipio está o no certificado y esto es coherente con el propósito del Sistema General de Seguridad de Salud –SGSSS- de lograr la cobertura universal. La segunda proporción más grande se invierte en los servicios de la población pobre no asegurada. Es visible que desde el momento en que el Gobierno Central direcciona el gasto con la Ley 715, es decir, le dice a los municipios cómo distribuir las transferencias, en promedio esta

proporción no cambia mucho para los municipios certificados (pasa de 33.5% en 2001 a 34.7% en 2002) pero sí para los no certificados (cuyo porcentaje pasó de 23.1% en 2001 a 3.1% en 2002), siendo casi imperceptible desde 2006 (Gráficas 17 y 18). Esto no es sorprendente, ya que con dicha Ley, lo que el Estado transfiere a los municipios no certificados para este fin es administrado por los departamentos.

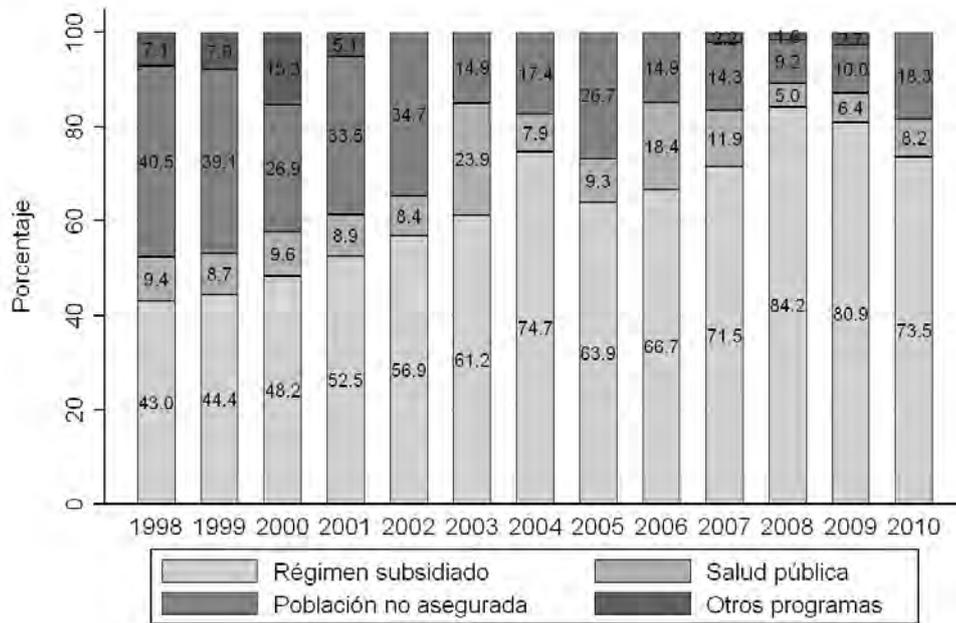
**Gráfica16. Promedio de la inversión en salud por tipo de gasto en el total de municipios.**



Fuente: Cálculos de la autora con base en información del DNP.

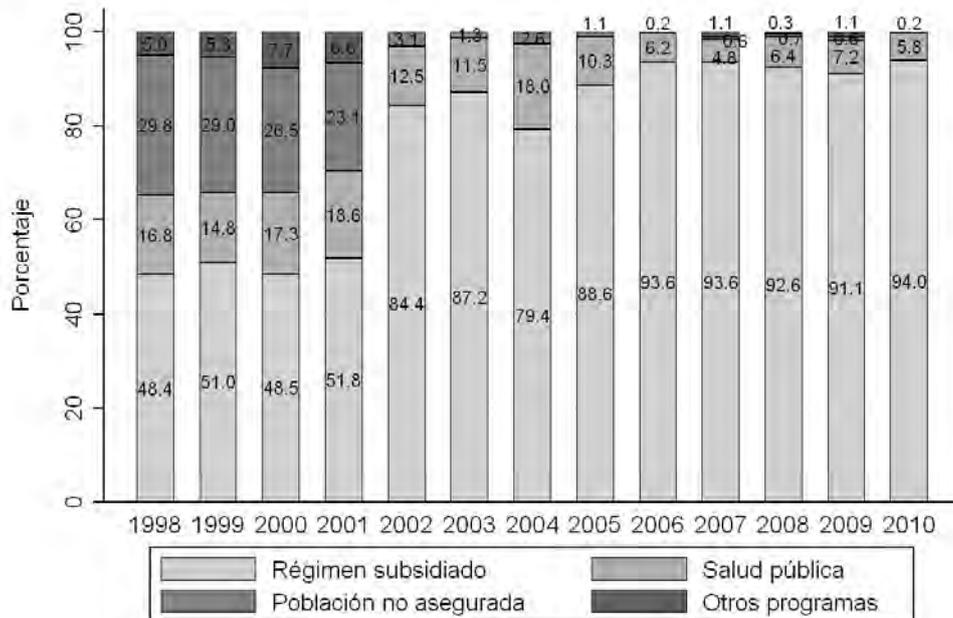
La inversión en salud pública se realiza en salud infantil, salud sexual y reproductiva, salud oral, salud mental y lesiones violentas evitables, las enfermedades transmisibles y la zoonosis, enfermedades crónicas no transmisibles, nutrición, seguridad sanitaria y del ambiente, gestión operativa y funcional,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

**Gráfica17. Promedio de la inversión en salud por tipo de gasto en los municipios certificados.**



Fuente: Cálculos de la autora con base en información del DNP.

**Gráfica 18. Promedio de la inversión en salud por tipo de gasto en los municipios no certificados.**

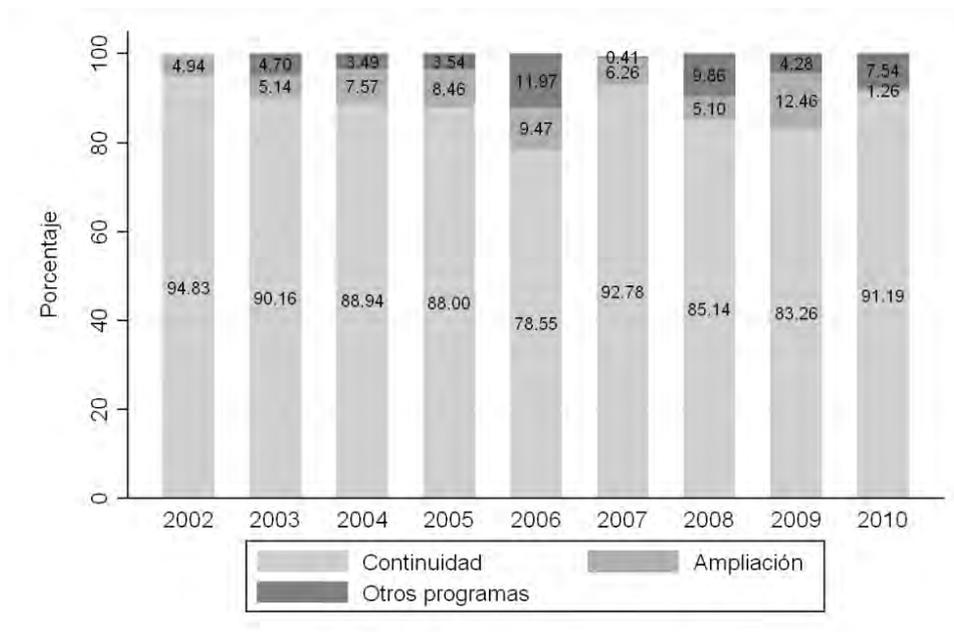


Fuente: Cálculos de la autora con base en información del DNP.

Con base en las ejecuciones presupuestales, antes de 2002 no es posible saber qué tipo de inversiones se realizaron bajo el nombre de otros programas. A partir de ese año se identifican como parte de este rubro cuentas como: la investigación en salud, el pago del pasivo prestacional, la reorganización de redes de prestadores de servicios de salud, la inversión en la infraestructura de la red pública y el pago de deudas que no se originaron en la prestación de servicios, el régimen subsidiado o en infraestructura.

La inversión en el régimen subsidiado tampoco está desagregada antes de 2002. A partir de esta fecha se pueden identificar tres subcuentas: continuidad, ampliación y otros programas. En otros programas se registran giros a acciones de salud pública en el régimen, interventoría y focalización y a la Superintendencia de Salud, entre otros. (Gráfica 19). Como se esperaba, la mayor parte de recursos se invierten en continuidad.

**Gráfica 19. Inversión en el régimen subsidiado.**



Fuente: Cálculos de la autora con base en información del DNP.

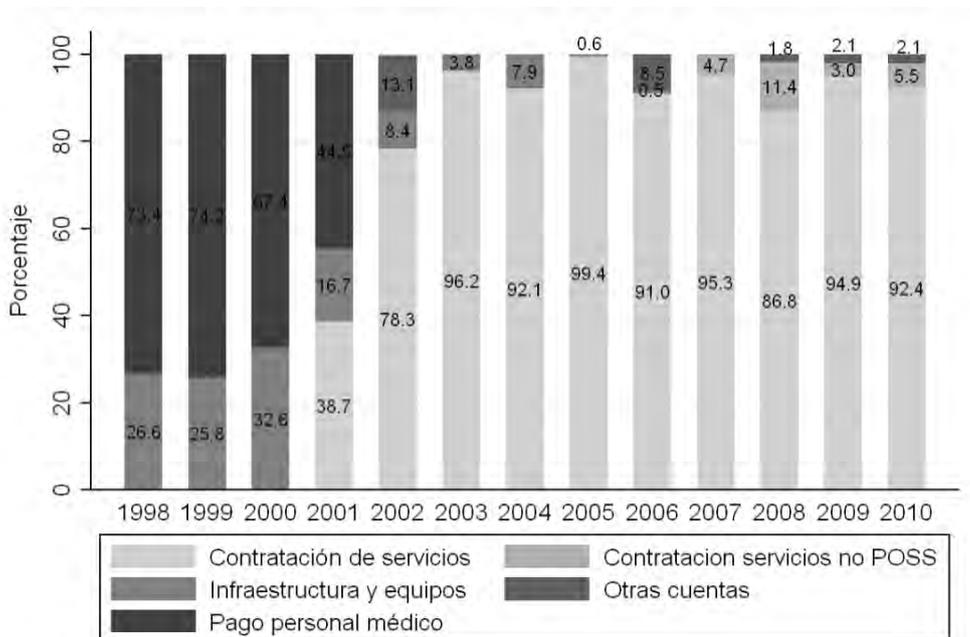
La Gráfica 20 permite visualizar de forma general algunos cambios en la organización del sistema de salud. Entre 1998 y 2001 la inversión en la prestación de servicios a la población pobre no asegurada se hacía en el personal médico, la infraestructura y equipos. Esto se debe a que en ese periodo los municipios se

encargaban de atender a las personas vinculadas o no aseguradas en ninguno de los dos regímenes a través de sus propios hospitales y, por lo tanto, eran los responsables de la construcción, adecuación y puesta en funcionamiento de los mismos. Además, el artículo 191 de la Ley 100 había declarado como prioridad el fortalecimiento de la dotación básica de equipo y personal y, por esto los municipios debían dirigir la asignación de los recursos a este fin.

2001 es un año de transición ya que las entidades territoriales dejan de hacer esto y en su lugar contratan con Empresas Sociales del Estado –ESE- e Instituciones Prestadoras de Salud privadas o mixtas para atender a estas personas. Por eso desde 2002 los municipios no le pagan al personal médico.

A partir de 2007 hace parte de la inversión en la prestación de servicios a la población pobre no asegurada, la prestación de servicios no incluidos en el POS-S (Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado), cuya participación nunca ha sido mayor al 11.4%.<sup>7</sup>

**Gráfica20. Inversión en la prestación de servicios a la población pobre no asegurada.**



Fuente: Cálculos de la autora con base en información del DNP.

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

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

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

Desde 1998 la cobertura del régimen subsidiado se ha determinado en el Ministerio de Protección Social, con base en los cupos de subsidios totales contratados por las entidades territoriales con las Administradoras del Régimen Subsidiado –ARS-. Durante el periodo 2004-2007 el cálculo incluía cupos contratados por subsidios totales y parciales. A partir del año 2008 solo se tiene en cuenta los cupos totales. Para calcularla se usa la siguiente fórmula:

$$cobertura_{it} = \frac{cupos\ contratados_{it}}{población\ objetivo_{it}}$$

Donde i hace referencia al municipio y, t al año. La población objetivo cambió dos veces entre 1998 y 2010:

- Entre 1998 y 2004 fue calculada como:

$$población\ objetivo_{it} = población\ NBI_{it}$$

Donde NBI se refiere al índice de Necesidades Básicas Insatisfechas.

- Entre 2005 y 2006:

$$población\ objetivo_{it} = (población\ SISBÉN\ 1, 2, 3_{it}) + (población\ indígena_{it}) - (población\ SISBÉN\ 1, 2, 3\ en\ el\ régimen\ contributivo_{it})$$

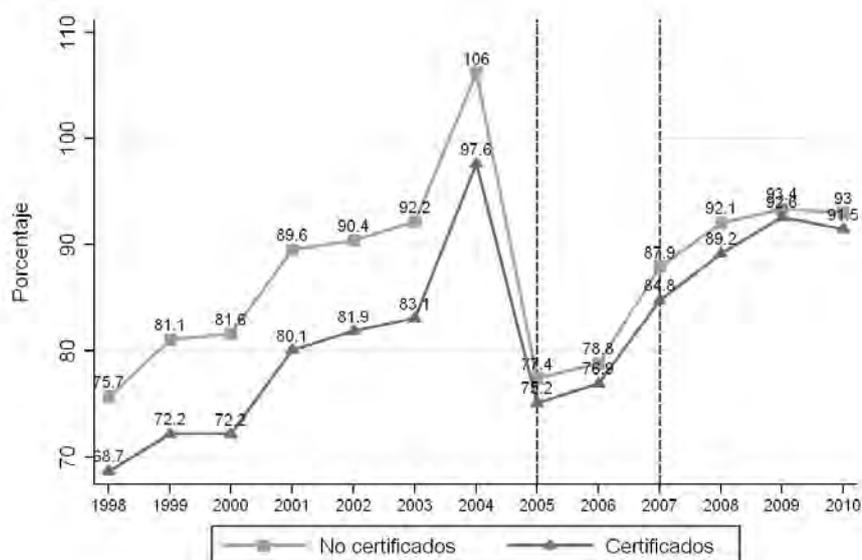
- Entre 2007 y 2010:

$$\text{población objetivo}_{it} = (\text{población SISBÉN 1 y 2}_{it}) + (\text{población indígena}_{it}) - (\text{población SISBÉN 1 y 2 en el régimen contributivo}_{it})$$

La Gráfica 21 permite observar la cobertura del régimen subsidiado para los municipios certificados y no certificados. Las líneas punteadas indican los años en que cambió la metodología. Se destacan dos hechos: El primero es que entre 1998 y 2010 los municipios certificados tienen una menor cobertura, sin importar la forma de cálculo utilizada. El segundo, es que la brecha en cobertura entre los municipios certificados y no certificados en cada subperiodo de metodología uniforme va disminuyendo.

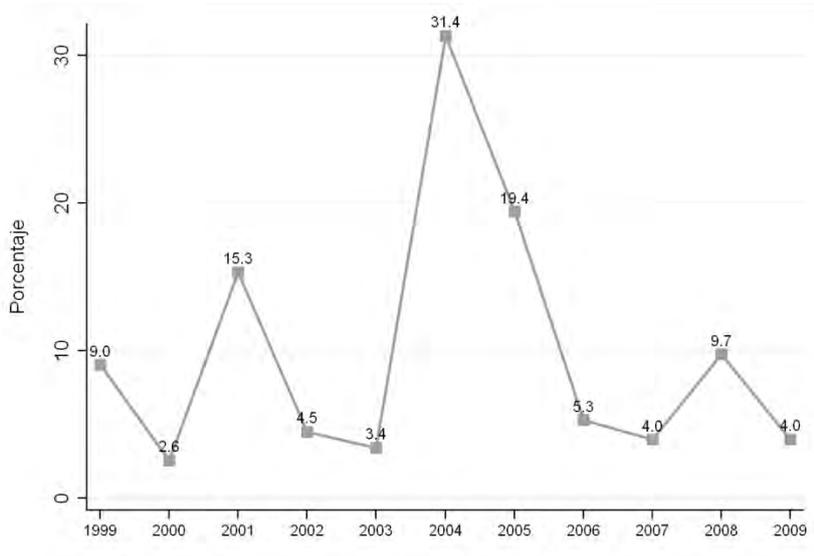
La caída en la cobertura para ambos grupos de municipios en 2005 se debe a que la población SISBÉN 1, 2, y 3 no cubierta de 2005 es mucho mayor que la población con necesidades básicas insatisfechas del 2004: a pesar de que el crecimiento de los cupos de subsidios fue de 19.4% el crecimiento de la población objetivo fue del 60.5% (Gráficas 22 y 23). Por su parte, en 2007 se redujo la población objetivo en 10% y los cupos contratados aumentaron en casi un 4%. Esto causó un aumento en la cobertura. Es así como los cambios en su metodología de cálculo, afectan la interpretación de la evolución de la cobertura del régimen subsidiado.

**Gráfica 21. Promedio de la cobertura del régimen subsidiado (1998-2004)**



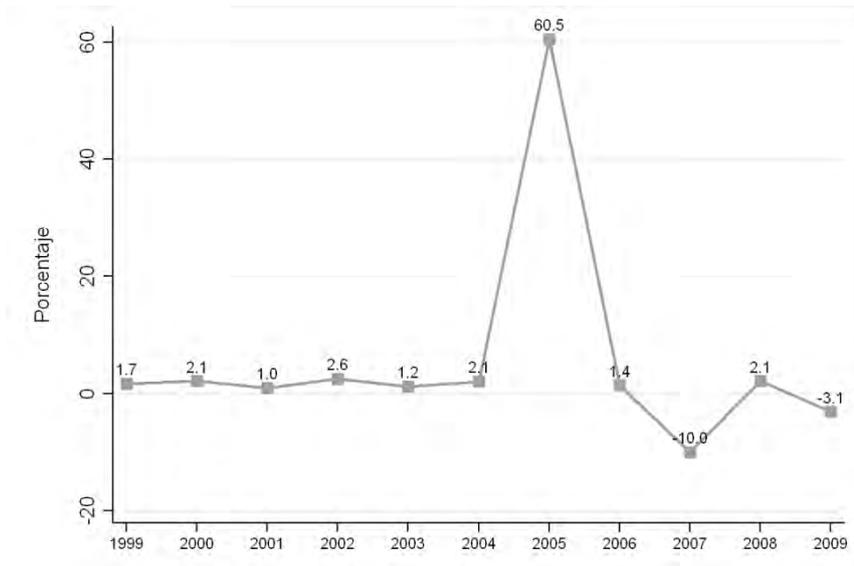
Fuente: Ministerio de la Protección Social.

**Gráfica22. Tasa de crecimiento de los cupos de subsidios.**



Fuente: Cálculos de la autora con base en información del Ministerio de Salud y Protección Social.

**Gráfica23. Tasa de crecimiento de la población objetivo del régimen subsidiado.**



Fuente: Cálculos de la autora con base en información del Ministerio de Salud y Protección Social.

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

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

Para evaluar si existe un efecto de la implementación de esta ley en la cobertura del régimen subsidiado se usará la metodología diferencia en diferencias<sup>8</sup>. Este modelo es utilizado para medir el impacto de un programa sobre una variable de resultado en un conjunto de individuos, cuando este no es asignado aleatoriamente, si no de acuerdo con características observables y no observables del individuo. Esto hace que no sea apropiada la simple comparación de medias de la variable de resultado, entre el grupo de tratamiento y el de control en el periodo post política, para determinar el efecto del programa, ya que no podría determinarse si esta diferencia se debe al tratamiento evaluado o estaban presentes antes de su implementación.

El tratamiento, definido a nivel municipal, consiste en recibir directamente (sin la mediación del departamento) los recursos para atender la población pobre no asegurada, a partir de la implementación de la Ley 715 de 2001. Esto quiere decir que este inicia en 2002. El grupo de tratamiento lo conforman los municipios certificados. El periodo de evaluación es 1998-2004, ya que por los cambios de

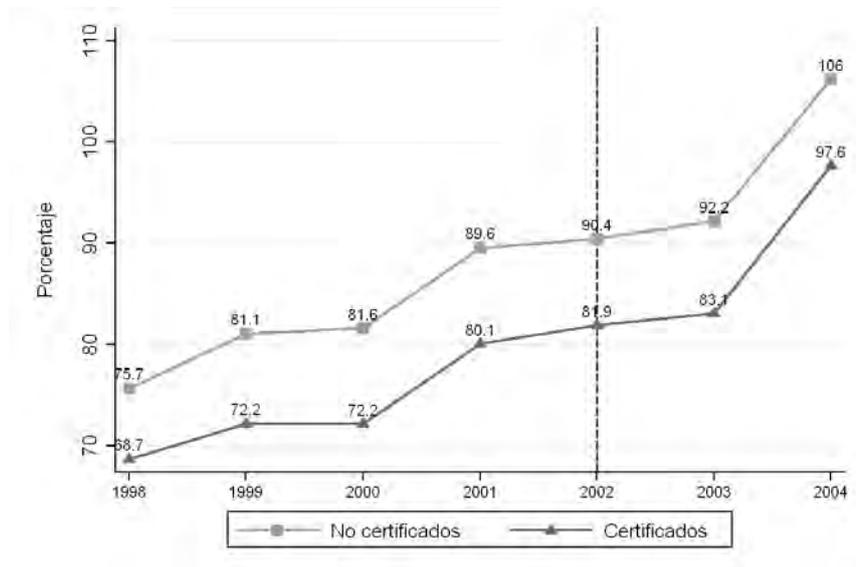
---

<sup>8</sup>En Angrist y Pischke (2009) y Bernal y Peña (2011) se explica ampliamente esta metodología.

metodología, la información de la cobertura del régimen subsidiado no es comparable en el periodo 1998-2010.

Para escoger un grupo de control apropiado se debe considerar el siguiente contrafactual: ¿Cuánto habría aumentado la cobertura del régimen subsidiado en el municipio *i* si no se hubiese implementado esta ley? Los municipios no certificados suministran una aproximación empírica a esta idea ya que se cumple el supuesto de tendencias paralelas (Gráfica 24). Este significa que la variable de resultado, que en este caso es la cobertura del régimen subsidiado, evoluciona de manera natural en el tiempo de la misma forma en los dos grupos antes del tratamiento. Es decir, si no se hubiese implementado la Ley 715, el comportamiento de dicha variable en ambos tipos de municipios debería ser el mismo. Como el supuesto se cumple, el conjunto de municipios no certificados es un grupo de control apropiado. La línea punteada hace referencia al año en el que se empezó a implementar el SGP o inició el tratamiento.

**Gráfica 24. Promedio de la cobertura del régimen subsidiado (1998-2004)**



Nota: la línea punteada en 2002 marca el inicio del tratamiento.

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

Aunque la Ley 60 de 1993 permitió a todos los municipios que se certificaran, solo algunos reunieron los requisitos para poder hacerlo, y por lo tanto, es posible que

antes de 2002 diferencias preexistentes entre el grupo tratamiento y el grupo control, que justifican el uso de diferencia en diferencias. Esta metodología corrige la diferencia preexistente entre los dos grupos. Para verificar si dicha diferencia existe se realizó un contraste entre los promedios de algunas variables de interés entre los municipios certificados y los no certificados en el año 2001, justo antes del inicio del tratamiento (Tabla 1). La hipótesis nula es que la diferencia en los promedios de las variables es igual a cero. En todos los casos esta se rechaza. En particular, se observa una diferencia significativa del 10% en la cobertura del régimen subsidiado a favor de los municipios no certificados.

**Tabla 1. Diferencias existentes entre los municipios certificados y no certificados en 2001.**

Variable	Certificado	No Certificado	T	
Cobertura Régimen Subsidiado	80%	90%	3.87	***
Crecimiento de la cobertura Régimen Subsidiado.	15%	18.8%	14,992	*
<b>Características del municipio</b>				
Población Total	57,528	19,163	-2.82	*
Área (Kilómetros cuadrados)	539,509	1,148	3.42	*
Ingresos Tributarios (miles de pesos constantes de 2008)	8,311,040	1,144,045	-2.03	**
<b>Variables presupuestales</b>				
Transferencias para salud (miles de pesos constantes de 2008)	1,984,205	808	-2.23	**
Transferencias para salud, sumándole el situado repartido a los certificados (miles de pesos constantes de 2008)	3,180,081	808	-4.30	*
Gasto total en salud (miles de pesos constantes de 2008)	5,125,071	868.113	-2.99	*
Gasto total en salud per cápita (miles de pesos constantes de 2008)	131.20	76.34	-12.32	*
Inversión en régimen subsidiado como proporción de la inversión total en salud.	59%	50%	-8.56	*
Inversión en prestación de servicios a la población pobre no asegurada como proporción de la inversión total en salud.	23%	25%	2.08	**

\*Se rechaza al 1%, \*\*Se rechaza al 5%, \*\*\*Se rechaza al 10%

Fuente: Cálculos de la autora con base en información del DNP y el Ministerio de Protección Social.

Es importante resaltar que en 2001, los municipios certificados tenían en promedio una mayor población, siete veces más ingresos tributarios, recibían casi cuatro veces más transferencias para la salud y realizaban casi seis veces el gasto en salud de las entidades territoriales no certificadas. Esto confirma que antes de implementarse la Ley 715 existían diferencias sistemáticas en los grupos de tratamiento y control.

La especificación del modelo es<sup>9</sup>:

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

La variable dependiente es la cobertura del régimen subsidiado del municipio  $i$  en el año  $t$ ,  $cert_{ist}$  es una variable dummy igual a uno si el municipio  $i$  está certificado cuando  $t=s$  ( $s=2002, 2003, 2004$ ),  $\delta_t$  es un efecto anual,  $\beta_i$  es un efecto municipal. El vector  $X_{it}$  incluye controles. Estos no son afectados por el tratamiento y por lo tanto no introducirán sesgo en el parámetro de interés, que indica el efecto de la descentralización. Los controles incluidos fueron:

- ❖ Una variable dummy que indica si al interior del municipio hay al menos un resguardo indígena.
- ❖ El número de desplazados recibidos en el municipio.

Ambas variables indican la presencia de mayor población vulnerable en el municipio y por lo tanto amplían la población objetivo del régimen subsidiado.

- ❖ Una variable dummy que indica si el municipio está certificado para prestar el servicio de educación. Este es un indicador del grado de organización, iniciativa y otras variables inobservables de los gobernantes de la entidad territorial que afectarían también el logro de la cobertura universal.<sup>10</sup>

<sup>9</sup>Siguiendo a Angrist y Kugler (2008).

<sup>10</sup>Según el artículo 20 de la Ley 715 de 2001, los municipios con menos de cien mil habitantes que demostraran capacidad técnica, administrativa y financiera podían solicitar ante el departamento la certificación. Por su parte, las entidades territoriales con más de cien mil habitantes aunque quedaban certificadas automáticamente por la ley, debían demostrar ante el Gobierno central en el momento en que este lo ordenara tales capacidades. De lo contrario, perderían la certificación.

- ❖ La categoría del municipio. Las entidades territoriales se clasifican de uno a seis y categoría especial, de acuerdo con su número de habitantes e ingresos corrientes de libre de destinación. A mayor categoría menor población y menores ingresos.<sup>11</sup>
- ❖ La inversión en régimen subsidiado como proporción de la inversión total en salud. Se espera que a mayor inversión mayor cobertura.

En vez de un parámetro de interés, son varios, correspondientes a los coeficientes  $\varphi_s$ . La idea de esta especificación es explorar cómo la política afectó la cobertura año tras año, ya que la ley propició cambios paulatinos en la asignación destinada a cubrir la atención de la población pobre no asegurada, que se espera tengan un efecto creciente en la variable de interés.

La variable  $cert_{ist}$  fue construida a partir de la base de datos administrada por el Departamento Nacional de Planeación –DNP– de las transferencias municipales para el componente de prestación de servicios a la población pobre no asegurada. Se le asignó un 1 a los municipios que recibían recursos para este rubro y 0 a los que no. Además, se eliminaron los municipios cuya condición de certificación cambió entre 1998 y 2010 y los que no tuviesen información sobre la cobertura del régimen subsidiado. De esta manera se obtuvo una muestra de 1097 municipios, 579 (53%) de ellos no certificados y 518 certificados (47%), distribuidos en el territorio nacional como se observa en el mapa del Apéndice D. Las variables presupuestales como las asignaciones municipales (las transferencias) y las ejecuciones (lo que efectivamente se gastó) fueron obtenidas en el DNP. Estas últimas se homologaron, equiparando las cuentas y construyendo el panel de datos teniendo en cuenta las características del sector y el marco legal. El histórico de la cobertura del régimen subsidiado se tomó de la información dispuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social. La fuente del resto de variables se presenta en el Apéndice E.

---

<sup>11</sup> Para mantener el orden ascendente de la variable, hemos asignado cero a la categoría especial, ya que a esta pertenecen los cuatro distritos y el área metropolitana de Medellín. Estos municipios tienen mayor población e ingresos corrientes de libre destinación que los demás. Así se preserva el sentido de las categorías.

## Resultados

La tabla dos contiene los resultados de las estimaciones realizadas. Las que se presentan en las columnas uno y dos se realizaron con mínimos cuadrados ordinarios. En la columna uno se incluye además de las interacciones, solo los efectos fijos anuales. En la columna dos, se agregan controles adicionales. En la columna tres se muestra la estimación del panel de datos que incluye los controles y los efectos fijos anuales y municipales. Los resultados sugieren que la Ley 715, que implicaba que los municipios certificados recibiesen recursos adicionales para atender a la población pobre no asegurada, tuvo un efecto positivo y creciente en la cobertura. Tomando la columna tres como referencia, por incluir los efectos mencionados, los municipios certificados incrementaron su cobertura en 11.7 puntos porcentuales (p.p) 2002; en 13.5 p.p entre 2002 y 2003; y en 27.9 p.p entre 2003 y 2004, por encima de los no certificados.<sup>12</sup>

Se realizaron dos ejercicios adicionales, con el fin de determinar qué tan robustos son los resultados. Primero, se calcula la cobertura del régimen subsidiado dividiendo el número de afiliados por la población con NBI del municipio. Para calcular esta última, se usó hasta 2004 el NBI de 1993, y desde 2005 el NBI de ese mismo año. Segundo, se calcula la cobertura dividiendo el número de afiliados por la población NBI del municipio solo usando índice de 1993. Se usó como denominador la población NBI ya que, como se advirtió, esta era la población objetivo antes de 2005. El periodo de evaluación fue 1998-2007. Los resultados se muestran en los Apéndices G y H. En todos los casos los signos del parámetro de interés son positivos, significativos y crecientes con cada año, lo que indica que los resultados son robustos al ampliar el periodo y usar otras formas del cálculo de la cobertura.

---

<sup>12</sup> Al incluir los efectos fijos de individuo, (...) se pretende controlar por características individuales no observadas que afectan la variable de resultado. Por otra parte, los efectos de tiempo, controlan por las diferencias entre un periodo y el siguiente que afectan dicha variable, independientemente de si el individuo recibe tratamiento o no. Estos efectos generalmente corresponden a cambios en el ambiente macroeconómico que afectan el desempeño de los individuos, por ejemplo, el crecimiento económico, la inflación y el desempleo, entre otros. (Bernal y Peña., 2011).

**Tabla 2. Efectos de la Ley 715 en la cobertura del régimen subsidiado 1998-2004**

Variable dependiente: cobertura del régimen subsidiado.			
Términos de interacción	(1)	(2)	(3)
interacción 2002	0.140*** (0.0175)	0.0985*** (0.0190)	0.117*** (0.00588)
interacción 2003	0.155*** (0.0176)	0.101*** (0.0191)	0.135*** (0.00643)
interacción 2004	0.299*** (0.0181)	0.245*** (0.0200)	0.279*** (0.00777)
constante	0.724*** (0.0125)	0.660*** (0.0315)	0.969*** (0.0832)
controles	no	si	si
efectos fijos de municipio	no	no	si
efectos fijos anuales	si	si	si
observaciones	7,662	7,081	7,081
R cuadrado	0.046	0.081	0.443
Número de municipios			1,097

\*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.1

Nota: La cobertura del régimen subsidiado fue calculada por el Ministerio de Protección Social. Errores estándar robustos en paréntesis.

#### 4.2. Exploración de posibles mecanismos.

Los resultados podrían explicarse de la siguiente forma: cuando estaba vigente la Ley 60 de 1993 el hecho de que las autoridades municipales se encargaran de la construcción y dotación de los hospitales públicos y el pago del personal médico para atender a los no asegurados, les permitía usar sus redes con fines clientelistas<sup>13</sup>. Esto se facilitaba gracias a que los alcaldes tenían la potestad de nombrar a los directores de estas entidades públicas y hasta en algunas ocasiones ellos mismos

<sup>13</sup>No se puede afirmar con absoluta seguridad que la selección de los beneficiarios del régimen subsidiado vía SISBÉN ha estado exenta del clientelismo. De hecho, Gaviria *et al.* (2006) mencionan lo contrario.

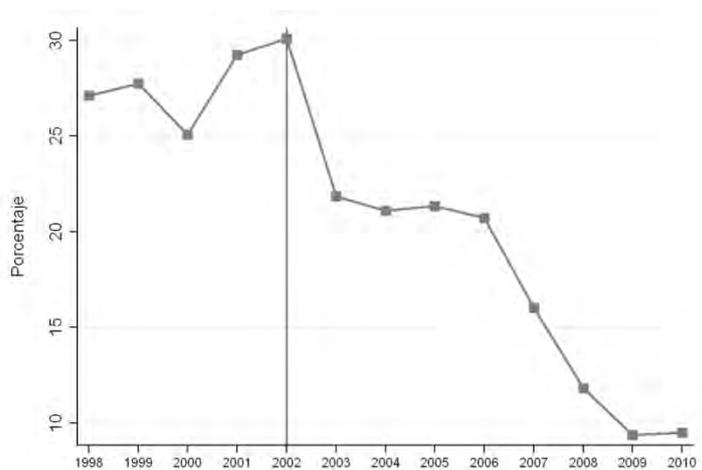
presidían sus juntas directivas (Jaramillo, 2002)<sup>14</sup>. De acuerdo con Gaviria *et al.* (2006) y Santa María *et al.* (2007) en este periodo hubo una fuerte presión política por no desmontar el giro de recursos para prestación de servicios. Esto generaba un círculo vicioso que no ayudó a conseguir la sustitución total de subsidios de oferta por los de demanda: “a medida que se le asigna más dinero a los hospitales públicos, hay menos plata para ampliar cobertura. Con menos plata para ampliar cobertura hay que enviar más plata a los hospitales. Esto lleva no solo a que el proceso de universalización de cobertura se alargue, sino también al desperdicio prolongado de los recursos” (Santa María *et al.*, 2007).

A partir de 2002, con la Ley 715 se limitó el uso del premio que recibían los municipios certificados y, como se observa en la Gráfica 25, la participación de este en las transferencias totales del municipio para salud disminuye en casi todo el periodo, en especial desde 2006. Las autoridades municipales al ver deteriorados sus recursos para satisfacer las necesidades en atención de los no asegurados, empezaron a afiliarse más rápidamente a las personas porque así sus gastos médicos serían cubiertos por las EPS, no por otras fuentes como los recursos propios del municipio.

### **Gráfica 25. Participación del premio en las transferencias totales de salud.**

---

<sup>14</sup> En entrevista con algunos funcionarios del Ministerio de Protección Social, estos comentaron que: algunos ciudadanos no asegurados podrían percibir que era más fácil pedirle al alcalde el favor de que les diesen una autorización para ser atendidos en el hospital, que llenar los requisitos para afiliarse al régimen subsidiado. Si ya lo estaban, es probable que para ellos fuera más rápido obtener una cita y los medicamentos a través de este medio y no siguiendo el procedimiento regular. Esto representaría la posibilidad de ganar el favor de los votantes para el gobierno de turno y una oportunidad para los no asegurados de obtener atención médica oportuna.



Fuente: Cálculos de la autora con base en información del Ministerio de Salud y Protección Social.

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

## 5. Reflexiones finales

Explorando las diferencias entre los municipios certificados y los no certificados entre 1998 y 2010, se observó que a pesar de que los primeros recibieron la mayor cantidad de transferencias, presentaron una cobertura del régimen subsidiado más baja que los segundos. Sin embargo, aproximadamente desde 2002 la brecha entre ellos fue disminuyendo. En este trabajo se demostró que una de las razones por las cuáles esto se dio es la implementación de la Ley 715 de 2001. Esta ley hizo que paulatinamente se redujeran los recursos destinados a la prestación de servicios de la

población pobre no asegurada que recibían directamente de parte del Gobierno Central los municipios certificados.

Para hallar el efecto de estar certificado y recibir esos recursos adicionales sobre la cobertura del régimen subsidiado, entre 1998 y 2004, se implementó la metodología de diferencias en diferencias usando variables sociales y presupuestales como controles. Los resultados indican que los municipios certificados incrementaron su cobertura en un 11.6 puntos porcentuales (p.p.) en 2002; en un 13.5 p.p. entre 2002 y 2003; y en un 28.2 p.p. entre 2003 y 2004, más que los municipios no certificados.

Si bien pudiera pensarse que el tratamiento analizado no afecta directamente a la cobertura del régimen subsidiado, sí lo hace indirectamente, a través del cambio en los incentivos de las autoridades municipales. Estas guardaban una estrecha relación con el director del hospital público de su municipio, lo cual les facilitaría usar su posición con fines clientelistas. De esta forma, se demoraba la transformación de subsidios de oferta en subsidios a la demanda. Al implementarse la Ley 715 con la consecuente disminución del premio de los municipios certificados, estos aceleran el aseguramiento de las personas pobres para así no tener que cubrir con otros recursos sus necesidades de atención.

Si bien en la actualidad los subsidios de oferta están en vía de extinción, la evaluación de esta política deja algunas lecciones valiosas a los diseñadores de las reglas del sistema de salud. Una de ellas es la necesidad de facilitar a los usuarios del sistema el acceso a los subsidios y establecer mecanismos de control para que estos no se conviertan en herramientas del clientelismo. Por otro lado, el recordar el hecho de que el gobierno central delegue funciones y entregue recursos para ello, convierte su vínculo con los departamentos y municipios en una relación principal-agente, en la cual es importante intentar prever los incentivos que se forman y que pueden profundizar las ineficiencias del sistema.

## **Bibliografía**

Angrist, Joshua; Kugler, Adriana (2008). “Rural windfall or a new resource curse? Coca, income, and civil conflict in Colombia”. *The Review of Economics and Statistics*. Vol. XC. No. 2.

Angrist, Joshua; Pischke, Jörn-Steffen (2009). “Mostly harmless econometrics: an empiricist companion”. Princeton University Press.

Bernal, Raquel; Peña Ximena (2011). “Guía práctica para la evaluación de impacto”. Ediciones Uniandes. Primera edición.

Bossert, Thomas (2000). “Decentralization of Health Systems in Latin America: A Comparative Study of Chile, Colombia, and Bolivia Health Sector Reform Initiative.” Harvard School of Public Health.

Gaviria, Alejandro; Medina, Carlos; Mejía, C; McKenzie, D. & Soares, R. (2006). “Assesing health reform in Colombia: from theory to practice”. Brooking Institution Press. Vol 7.No 1, pp 29-72.

Jaramillo, Iván (2002). “Evaluación de la descentralización municipal en Colombia: balance de una década” pp 89-134.

Jaramillo, Iván; Poveda, Aura. (2007) “Obstáculos en la financiación del régimen subsidiado”. Parte de: ¿Ha mejorado el acceso en salud? Evaluación de los procesos del régimen subsidiado pp 229-270.

Karl, Claudio (2000). “Incidencia del gasto público en salud 1990-1999. Sector Salud.” Boletines de Divulgación Económica. Unidad de Análisis macroeconómico. Departamento Nacional de Planeación.

Molina, Gloria; Spurgeon, Peter (2007). “La descentralización del sector salud en Colombia. Parte de: Gestión y Política Pública”. Volumen XVI. Número 1. I Semestre.

Pinto, Diana; Carrasquilla, Gabriel; Gil, F.; Collazos, C. & Rincón, J. (2005). “La certificación como indicador de descentralización en salud”. Revista Gerencia y Políticas de Salud.

Sánchez, Fabio; Faguet, Jean-Paul. (2009). “Decentralization and access to social services in Colombia”, Class working papers, No. 26.

Santa María, Mauricio; García, Fabián; Rozo, S; & Uribe, M. (2007). “Un diagnóstico general del sector salud en Colombia. Evolución, contexto y principales retos de un sistema en transformación”. FEDESARROLLO pp 20-41.

### **Normas citadas**

Ley 10 de Enero 10 de 1990.

Ley 60 de Agosto 12 de 1993.

Ley 100 de Diciembre 23 de 1993.

Ley 344 de Diciembre 27 de 1996.

Ley 715 de Diciembre 21 de 2001.

Acuerdo 244 de 2003.

# APÉNDICE

**Apéndice A.** Requisitos para la certificación: los municipios debían cumplir hasta el inciso ix, mientras que los departamentos y distritos tenían que llenarlos todos.<sup>15</sup>

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

---

<sup>15</sup>Los diez primeros son establecidos por la Ley 10 de 1990 y ratificados por la Ley 60 de 1993, que introduce los demás.

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

<b>Población pobre no asegurada</b>	<b>Salud pública</b>	<b>Régimen subsidiado</b>
<p>Se tomará el total de los recursos del SGP para salud en la respectiva vigencia y se le restarán los recursos liquidados para garantizar la financiación de los subsidios a la demanda y las acciones de salud pública.</p> <p>La suma resultante se dividirá por la población pobre por atender nacional ajustada por dispersión poblacional y por un factor de ajuste que pondere los servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado. Este valor per cápita se multiplicará por la población pobre por atender de cada municipio, corregimiento departamental o distrito ajustado por dispersión poblacional y por un factor de ajuste que pondere los servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado.</p>	<p>La participación en los recursos totales para salud pública se establece de acuerdo al monto asignado para tal fin durante la vigencia anterior, incrementado en la inflación causada. Se reparten entre los municipios, distritos y corregimientos. Los departamentos reciben el 45% de los recursos destinados a este componente y el 100% de los asignados a los corregimientos departamentales. Los municipios y distritos reciben el 55% de los recursos asignados a este componente, con excepción del distrito capital que recibe el 100%.</p>	<p>Los recursos para este componente serán los asignados con ese propósito en la vigencia inmediatamente anterior, incrementados en la inflación causada y en el crecimiento real de los recursos del SGP para salud. Estos recursos se dividirán por el total de la población pobre atendida en el país mediante subsidios a la demanda en la vigencia anterior. El valor per cápita resultante se multiplicará por la población pobre atendida mediante subsidios a la demanda en la vigencia anterior, en cada ente territorial. La ampliación de la cobertura se hace con el crecimiento real del SGP para salud<sup>16</sup>, con recursos propios y del Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA-.</p>

Fuente: Artículos 48, 49 y 52 de la Ley 715 de 2001.

<sup>16</sup>Siempre que los recursos destinados a la prestación de los servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, mantengan por lo menos el mismo monto de la vigencia anterior incrementado en la inflación.

### **Apéndice C.** Construcción de las categorías de las fuentes de financiamiento.<sup>17</sup>

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

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

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

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

**Cofinanciación:** recursos de cofinanciación; cofinanciación municipal; cofinanciación nacional; aportes, transferencias y cofinanciación departamentales; FOSYGA y ETESA.

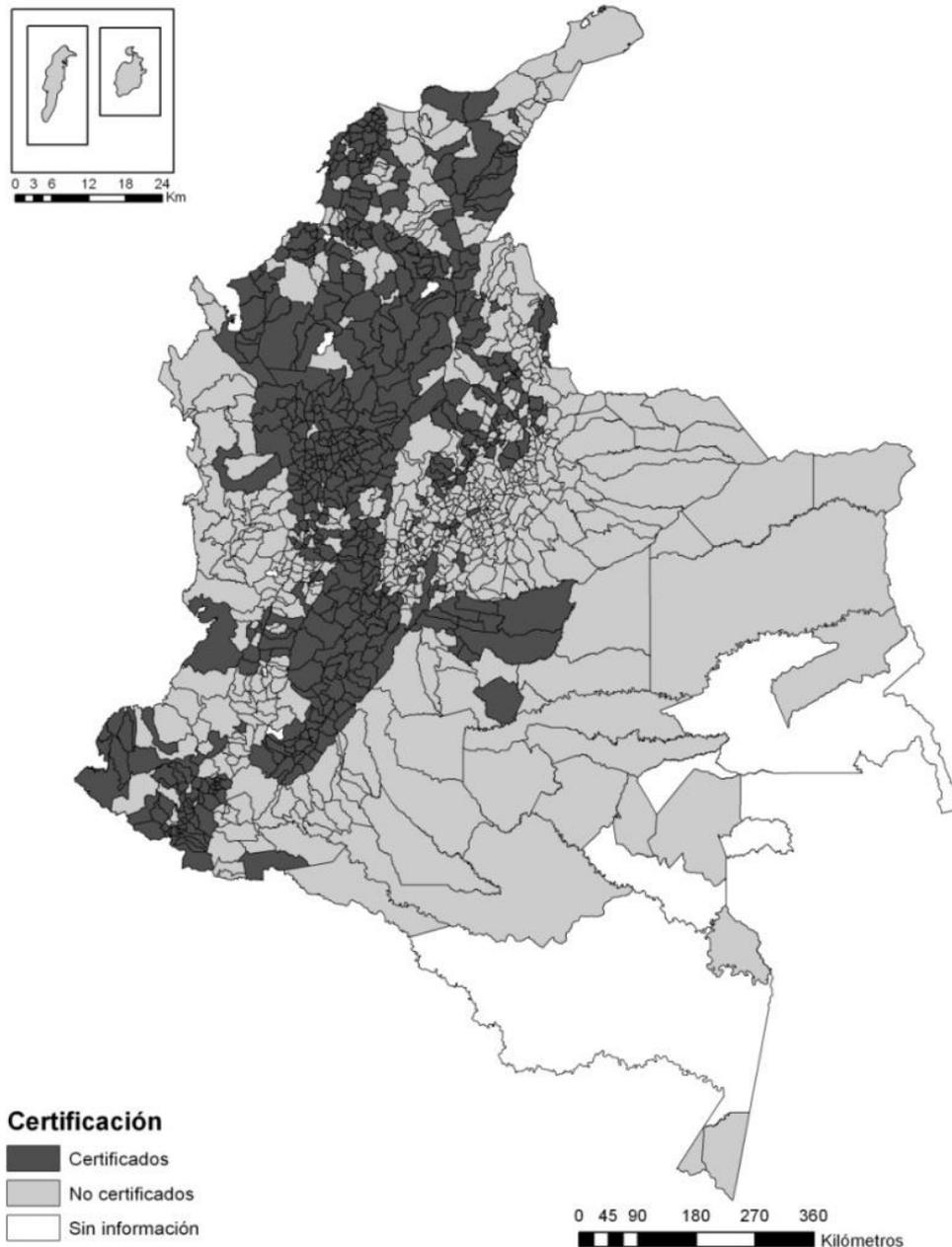
**Crédito:** recursos de crédito externo e interno.

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

---

<sup>17</sup>Para realizar la agrupación de fuentes se contó con la asesoría de Mauricio Iregui del Departamento de Desarrollo Territorial del DNP y Lina Camero del Ministerio de Protección Social.

**Apéndice D.** Municipios incluidos en la muestra.



Fuente: Variable construida a partir de información proveniente del DNP.

Nota: los municipios de color blanco cuya leyenda es *sin información* son los excluidos de la muestra

**Apéndice E.** Fuente de las variables sociales utilizadas

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

**Apéndice F.** Homologación de las cuentas en las ejecuciones presupuestales.<sup>18</sup>

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

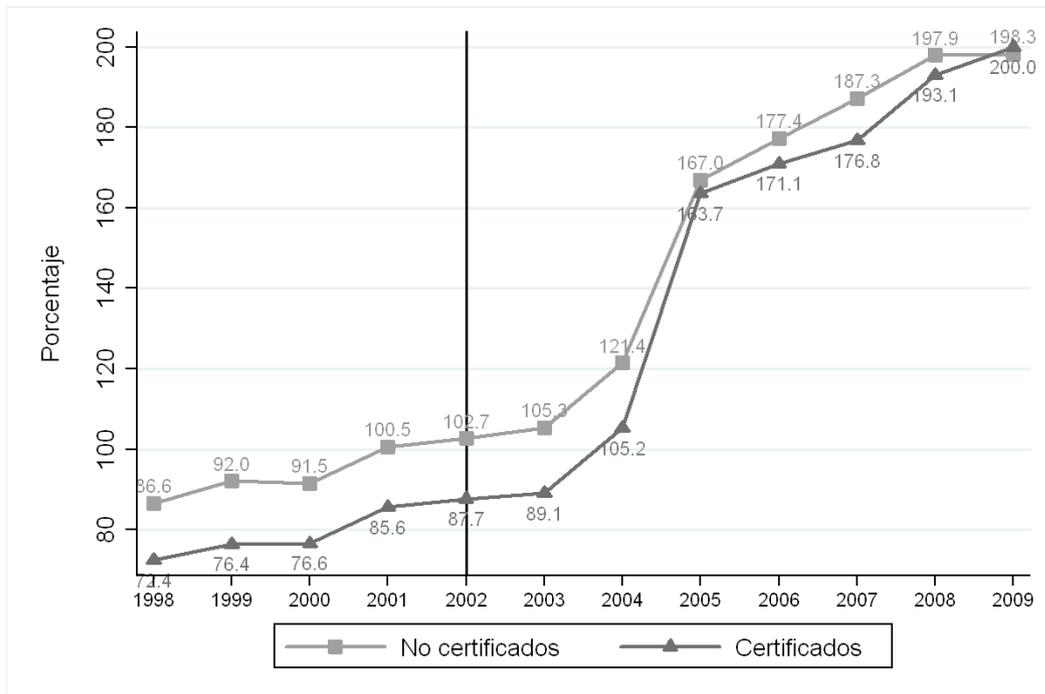
- Salud Pública: corresponde a la suma de programas nutricionales para la población vulnerable y para la tercera edad, programa de atención básica –PAB- (pago del personal médico y sus aportes de seguridad social y contratos para la ejecución del programa).
- Población pobre no asegurada: corresponde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

<sup>18</sup>Para hacer la homologación se contó con la asesoría de Mauricio Iregui y Carlos Díaz del Departamento de Desarrollo Territorial del DNP.

- Régimen subsidiado: corresponde a la cuenta llamada régimen subsidiado de seguridad social.

**Apéndice G.** Ejercicio de robustez de los efectos de la Ley 715 de 2001 sobre la cobertura del régimen subsidiado (variación en el cálculo de la cobertura del régimen subsidiado).

**G1.** Cobertura del régimen subsidiado a partir del NBI de 1993 y 2005.



Fuente: Cálculos de la autora con información del DNP y el Ministerio de la Protección Social. Nota: promedio por tipo de municipio.

En esta gráfica se puede observar que se cumple el supuesto de tendencias paralelas en la cobertura del régimen subsidiado para los municipios certificados y los no certificados, antes del inicio de la política (1998-2001).

Hasta 2004 los niveles de cobertura superiores al 100% se pueden explicar porque, en algunos municipios, el número de cupos contratados por sus autoridades era mayor a la población objetivo usada en el cálculo de aquella variable. Dicha población no era otra cosa que una proyección de la población con NBI estimada a partir del censo de 1993.

Entre 2005 y 2010, cuando la población objetivo se obtuvo a partir del SISBÉN y los censos de la población indígena elaborados por sus autoridades legítimas, la identificación de potenciales beneficiarios del régimen subsidiado en algunas poblaciones especiales, no se hace a partir del SISBÉN. Este es el caso de la niñez abandonada, los indigentes, los desplazados, los desmovilizados, los núcleos familiares de las madres comunitarias, las personas de la tercera edad en protección de ancianos y la población rural migratoria, a los cuales no se les aplica la encuesta SISBÉN. Otras entidades son las encargadas de identificarlos para que puedan ser cubiertos por el Estado (Acuerdo 244 de 2003, artículo 4).

Por tal motivo, en la población objetivo que aparece como denominador en la fórmula para calcular la cobertura estas personas están incluidas. Es posible que los alcaldes o sus designados en las secretarías de salud municipales, como conocen más de cerca las características de la población, sí las tengan en cuenta al momento de proyectar cuántos cupos contratarán con las EPS del régimen subsidiado.

**G2. Efectos de la Ley 715 en la cobertura del régimen subsidiado 1998-2007.**

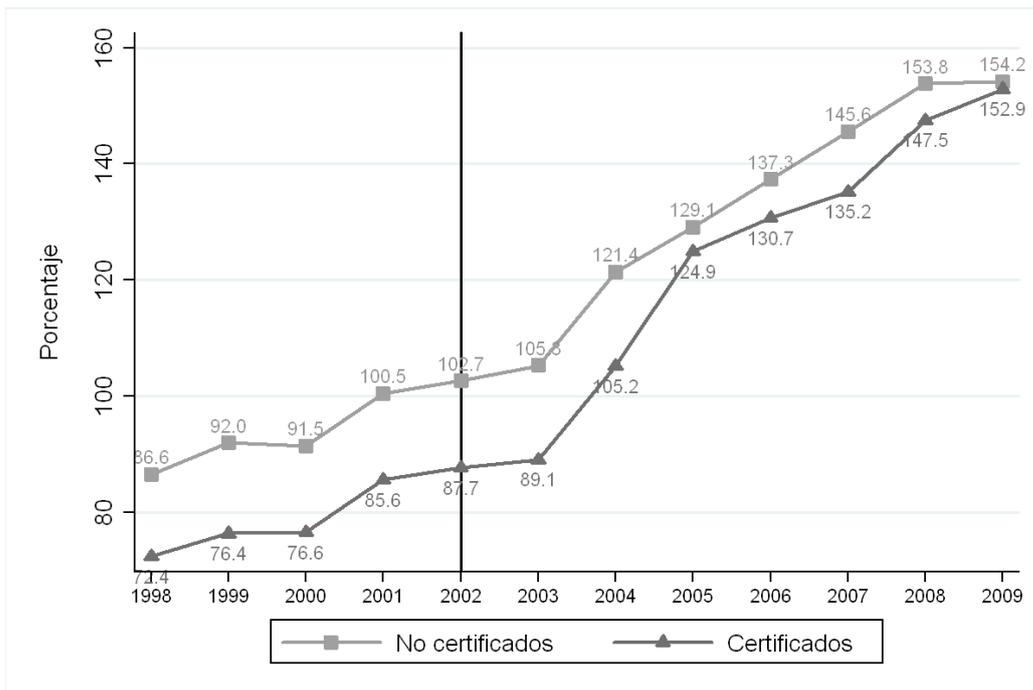
Variable dependiente: cobertura del régimen subsidiado.			
Términos de interacción	(1)	(2)	(3)
interacción 2002	0.158*** (0.0188)	0.0767*** (0.0213)	0.151*** (0.0104)
interacción 2003	0.178*** (0.0190)	0.0810*** (0.0213)	0.174*** (0.0108)
interacción 2004	0.342*** (0.0193)	0.221*** (0.0217)	0.348*** (0.0123)
interacción 2005	0.858*** (0.0256)	0.750*** (0.0275)	0.875*** (0.0190)
interacción 2006	0.948*** (0.0270)	0.835*** (0.0289)	0.965*** (0.0206)
interacción 2007	1.029*** (0.0259)	0.920*** (0.0278)	1.049*** (0.0201)
constante	0.797*** (0.0131)	0.729*** (0.0417)	0.963*** (0.186)
controles	no	si	si
efectos fijos de municipio	no	no	si
efectos fijos anuales	si	si	si
observaciones	10,690	9,867	9,867
R cuadrado	0.329	0.355	0.674
Número de municipios	1,093		

\*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.1

Nota: La cobertura fue calculada por la autora. Errores estándar robustos en paréntesis.

**Apéndice H.** Ejercicio de robustez de los efectos de la Ley 715 de 2001 sobre la cobertura del régimen subsidiado (variación en el cálculo de la cobertura del régimen subsidiado).

**H1.** Cobertura del régimen subsidiado a partir del NBI de 1993.



Fuente: Cálculos de la autora con información del DNP y el Ministerio de la Protección Social. Nota: promedio municipal.

En H1 se presenta la gráfica en donde se observa que antes de la política se satisface el supuesto de tendencias paralelas en las coberturas del régimen subsidiado de los municipios certificados y no certificados. Debido a que se tiene una serie más larga de esta variable, es visible que poco a poco se va reduciendo la brecha entre ambos municipios, llegando a ser aproximadamente de un punto porcentual en 2009.

**H2. Efectos de la Ley 715 en la cobertura del régimen subsidiado 1998-2007.**

Variable dependiente: cobertura del régimen subsidiado.

Términos de interacción	(1)	(2)	(3)
interacción 2002	0.158*** (0.0188)	0.0806*** (0.0205)	
interacción 2003	0.178*** (0.0190)	0.0848*** (0.0205)	0.164*** (0.00847)
interacción 2004	0.342*** (0.0193)	0.224*** (0.0208)	0.332*** (0.00974)
interacción 2005	0.475*** (0.0195)	0.364*** (0.0212)	0.474*** (0.0108)
interacción 2006	0.546*** (0.0204)	0.430*** (0.0221)	0.545*** (0.0122)
interacción 2007	0.612*** (0.0198)	0.498*** (0.0217)	0.612*** (0.0122)
constante	0.797*** (0.0131)	0.556*** (0.0319)	0.856*** (0.0946)
controles	no	si	si
efectos fijos de municipio	no	no	si
efectos fijos anuales	si	si	si
observaciones	10,642	9,819	9,819
R cuadrado	0.177	0.218	0.620
Número de municipios			1,077

\*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.1

Nota: La cobertura fue calculada por la autora. Errores estándar robustos en paréntesis.

## ÍNDICE "DOCUMENTOS DE TRABAJO SOBRE ECONOMÍA REGIONAL"

<u>No.</u>	<u>Autor</u>	<u>Título</u>	<u>Fecha</u>
1	Joaquín Viloría de la Hoz	Café Caribe: la economía cafetera en la Sierra Nevada de Santa Marta	Noviembre, 1997
2	María M. Aguilera Díaz	Los cultivos de camarones en la costa Caribe colombiana	Abril, 1998
3	Jaime Bonet Morón	Las exportaciones de algodón del Caribe colombiano	Mayo, 1998
4	Joaquín Viloría de la Hoz	La economía del carbón en el Caribe colombiano	Mayo, 1998
5	Jaime Bonet Morón	El ganado costeño en la feria de Medellín, 1950 – 1997	Octubre, 1998
6	María M. Aguilera Díaz Joaquín Viloría de la Hoz	Radiografía socio-económica del Caribe Colombiano	Octubre, 1998
7	Adolfo Meisel Roca	¿Por qué perdió la Costa Caribe el siglo XX?	Enero, 1999
8	Jaime Bonet Morón Adolfo Meisel Roca	La convergencia regional en Colombia: una visión de largo plazo, 1926 – 1995	Febrero, 1999
9	Luis Armando Galvis A. María M. Aguilera Díaz	Determinantes de la demanda por turismo hacia Cartagena, 1987-1998	Marzo, 1999
10	Jaime Bonet Morón	El crecimiento regional en Colombia, 1980-1996: Una aproximación con el método <i>Shift-Share</i>	Junio, 1999
11	Luis Armando Galvis A.	El empleo industrial urbano en Colombia, 1974-1996	Agosto, 1999
12	Jaime Bonet Morón	La agricultura del Caribe Colombiano, 1990-1998	Diciembre, 1999
13	Luis Armando Galvis A.	La demanda de carnes en Colombia: un análisis econométrico	Enero, 2000
14	Jaime Bonet Morón	Las exportaciones colombianas de banano, 1950 – 1998	Abril, 2000
15	Jaime Bonet Morón	La matriz insumo-producto del Caribe colombiano	Mayo, 2000
16	Joaquín Viloría de la Hoz	De Colpuertos a las sociedades portuarias: los puertos del Caribe colombiano	Octubre, 2000
17	María M. Aguilera Díaz Jorge Luis Alvis Arrieta	Perfil socioeconómico de Barranquilla, Cartagena y Santa Marta (1990-2000)	Noviembre, 2000
18	Luis Armando Galvis A. Adolfo Meisel Roca	El crecimiento económico de las ciudades colombianas y sus determinantes, 1973-1998	Noviembre, 2000
19	Luis Armando Galvis A.	¿Qué determina la productividad agrícola departamental en Colombia?	Marzo, 2001
20	Joaquín Viloría de la Hoz	Descentralización en el Caribe colombiano: Las finanzas departamentales en los noventas	Abril, 2001
21	María M. Aguilera Díaz	Comercio de Colombia con el Caribe insular, 1990-1999.	Mayo, 2001
22	Luis Armando Galvis A.	La topografía económica de Colombia	Octubre, 2001
23	Juan David Barón R.	Las regiones económicas de Colombia: Un análisis de <i>clusters</i>	Enero, 2002
24	María M. Aguilera Díaz	Magangué: Puerto fluvial bolivarense	Enero, 2002
25	Igor Esteban Zuccardi H.	Los ciclos económicos regionales en Colombia, 1986-2000	Enero, 2002
26	Joaquín Viloría de la Hoz	Cereté: Municipio agrícola del Sinú	Febrero, 2002
27	Luis Armando Galvis A.	Integración regional de los mercados laborales en Colombia, 1984-2000	Febrero, 2002

28	Joaquín Viloría de la Hoz	Riqueza y despilfarro: La paradoja de las regalías en Barrancas y Tolú	Junio, 2002
29	Luis Armando Galvis A.	Determinantes de la migración interdepartamental en Colombia, 1988-1993	Junio, 2002
30	María M. Aguilera Díaz	Palma africana en la Costa Caribe: Un semillero de empresas solidarias	Julio, 2002
31	Juan David Barón R.	La inflación en las ciudades de Colombia: Una evaluación de la paridad del poder adquisitivo	Julio, 2002
32	Igor Esteban Zuccardi H.	Efectos regionales de la política monetaria	Julio, 2002
33	Joaquín Viloría de la Hoz	Educación primaria en Cartagena: análisis de cobertura, costos y eficiencia	Octubre, 2002
34	Juan David Barón R.	Perfil socioeconómico de Tubará: Población dormitorio y destino turístico del Atlántico	Octubre, 2002
35	María M. Aguilera Díaz	Salinas de Manaure: La tradición wayuu y la modernización	Mayo, 2003
36	Juan David Barón R. Adolfo Meisel Roca	La descentralización y las disparidades económicas regionales en Colombia en la década de 1990	Julio, 2003
37	Adolfo Meisel Roca	La continentalización de la Isla de San Andrés, Colombia: Panyas, raizales y turismo, 1953 – 2003	Agosto, 2003
38	Juan David Barón R.	¿Qué sucedió con las disparidades económicas regionales en Colombia entre 1980 y el 2000?	Septiembre, 2003
39	Gerson Javier Pérez V.	La tasa de cambio real regional y departamental en Colombia, 1980-2002	Septiembre, 2003
40	Joaquín Viloría de la Hoz	Ganadería bovina en las Llanuras del Caribe colombiano	Octubre, 2003
41	Jorge García García	¿Por qué la descentralización fiscal? Mecanismos para hacerla efectiva	Enero, 2004
42	María M. Aguilera Díaz	Aguachica: Centro Agroindustrial del Cesar	Enero, 2004
43	Joaquín Viloría de la Hoz	La economía ganadera en el departamento de Córdoba	Marzo, 2004
44	Jorge García García	El cultivo de algodón en Colombia entre 1953 y 1978: una evaluación de las políticas gubernamentales	Abril, 2004
45	Adolfo Meisel R. Margarita Vega A.	La estatura de los colombianos: un ensayo de antropometría histórica, 1910-2002	Mayo, 2004
46	Gerson Javier Pérez V.	Los ciclos ganaderos en Colombia, 1950-2001	Junio, 2004
47	Gerson Javier Pérez V. Peter Rowland	Políticas económicas regionales: cuatro estudios de caso	Agosto, 2004
48	María M. Aguilera Díaz	La Mojana: Riqueza natural y potencial económico	Octubre, 2004
49	Jaime Bonet	Descentralización fiscal y disparidades en el ingreso regional: experiencia colombiana	Noviembre, 2004
50	Adolfo Meisel Roca	La economía de Ciénaga después del banano	Noviembre, 2004
51	Joaquín Viloría de la Hoz	La economía del departamento de Córdoba: ganadería y minería como sectores clave	Diciembre, 2004
52	Juan David Barón Gerson Javier Pérez V Peter Rowland.	Consideraciones para una política económica regional en Colombia	Diciembre, 2004
53	José R. Gamarra V.	Eficiencia Técnica Relativa de la ganadería doble propósito en la Costa Caribe	Diciembre, 2004
54	Gerson Javier Pérez V.	Dimensión espacial de la pobreza en Colombia	Enero, 2005
55	José R. Gamarra V.	¿Se comportan igual las tasas de desempleo de las siete principales ciudades colombianas?	Febrero, 2005

56	Jaime Bonet	Inequidad espacial en la dotación educativa regional en Colombia	Febrero, 2005
57	Julio Romero P.	¿Cuánto cuesta vivir en las principales ciudades colombianas? Índice de Costo de Vida Comparativo	Junio, 2005
58	Gerson Javier Pérez V.	Bolívar: industrial, agropecuario y turístico	Julio, 2005
59	José R. Gamarra V.	La economía del Cesar después del algodón	Julio, 2005
60	Jaime Bonet	Desindustrialización y terciarización espuria en el departamento del Atlántico, 1990 - 2005	Julio, 2005
61	Joaquín Viloria De La Hoz	Sierra Nevada de Santa Marta: Economía de sus recursos naturales	Julio, 2005
62	Jaime Bonet	Cambio estructural regional en Colombia: una aproximación con matrices insumo-producto	Julio, 2005
63	María M. Aguilera Díaz	La economía del Departamento de Sucre: ganadería y sector público	Agosto, 2005
64	Gerson Javier Pérez V.	La infraestructura del transporte vial y la movilización de carga en Colombia	Octubre, 2005
65	Joaquín Viloria De La Hoz	Salud pública y situación hospitalaria en Cartagena	Noviembre, 2005
66	José R. Gamarra V.	Desfalcos y regiones: un análisis de los procesos de responsabilidad fiscal en Colombia	Noviembre, 2005
67	Julio Romero P.	Diferencias sociales y regionales en el ingreso laboral de las principales ciudades colombianas, 2001-2004	Enero, 2006
68	Jaime Bonet	La terciarización de las estructuras económicas regionales en Colombia	Enero, 2006
69	Joaquín Viloria de la Hoz	Educación superior en el Caribe Colombiano: análisis de cobertura y calidad.	Marzo, 2006
70	José R. Gamarra V.	Pobreza, corrupción y participación política: una revisión para el caso colombiano	Marzo, 2006
71	Gerson Javier Pérez V.	Población y ley de Zipf en Colombia y la Costa Caribe, 1912-1993	Abril, 2006
72	María M. Aguilera Díaz	El Canal del Dique y su sub región: una economía basada en su riqueza hídrica	Mayo, 2006
73	Adolfo Meisel R. Gerson Javier Pérez V.	Geografía física y poblamiento en la Costa Caribe colombiana	Junio, 2006
74	Julio Romero P.	Movilidad social, educación y empleo: los retos de la política económica en el departamento del Magdalena	Junio, 2006
75	Jaime Bonet Adolfo Meisel Roca	El legado colonial como determinante del ingreso per cápita departamental en Colombia, 1975-2000	Julio, 2006
76	Jaime Bonet Adolfo Meisel Roca	Polarización del ingreso per cápita departamental en Colombia	Julio, 2006
77	Jaime Bonet	Desequilibrios regionales en la política de descentralización en Colombia	Octubre, 2006
78	Gerson Javier Pérez V.	Dinámica demográfica y desarrollo regional en Colombia	Octubre, 2006
79	María M. Aguilera Díaz Camila Bernal Mattos Paola Quintero Puentes	Turismo y desarrollo en el Caribe colombiano	Noviembre, 2006
80	Joaquín Viloria de la Hoz	Ciudades portuarias del Caribe colombiano: propuestas para competir en una economía globalizada	Noviembre, 2006
81	Joaquín Viloria de la Hoz	Propuestas para transformar el capital humano en el Caribe colombiano	Noviembre, 2006
82	Jose R. Gamarra Vergara	Agenda anticorrupción en Colombia: reformas, logros y recomendaciones	Noviembre, 2006
83	Adolfo Meisel Roca Julio Romero P	Igualdad de oportunidades para todas las regiones	Enero, 2007
84	Centro de Estudios Económicos Regionales CEER	Bases para reducir las disparidades regionales en Colombia Documento para discusión	Enero, 2007

85	Jaime Bonet	Minería y desarrollo económico en El Cesar	Enero, 2007
86	Adolfo Meisel Roca	La Guajira y el mito de las regalías redentoras	Febrero, 2007
87	Joaquín Viloría de la Hoz	Economía del Departamento de Nariño: ruralidad y aislamiento geográfico	Marzo, 2007
88	Gerson Javier Pérez V.	El Caribe antioqueño: entre los retos de la geografía y el espíritu paisa	Abril, 2007
89	Jose R. Gamarra Vergara	Pobreza rural y transferencia de tecnología en la Costa Caribe	Abril, 2007
90	Jaime Bonet	¿Porqué es pobre el Chocó?	Abril, 2007
91	Gerson Javier Pérez V.	Historia, geografía y puerto como determinantes de la situación social de Buenaventura	Abril, 2007
92	Jaime Bonet	Regalías y finanzas públicas en el Departamento del Cesar	Agosto, 2007
93	Joaquín Viloría de la Hoz	Nutrición en el Caribe Colombiano y su relación con el capital humano	Agosto, 2007
94	Gerson Javier Pérez V. Irene Salazar Mejía	La pobreza en Cartagena: Un análisis por barrios	Agosto, 2007
95	Jose R. Gamarra Vergara	La economía del departamento del Cauca: concentración de tierras y pobreza	Octubre, 2007
96	Joaquín Viloría de la Hoz	Educación, nutrición y salud: retos para el Caribe colombiano	Noviembre, 2007
97	Jaime Bonet Jorge Alvis	Bases para un fondo de compensación regional en Colombia	Diciembre, 2007
98	Julio Romero P.	¿Discriminación o capital humano? Determinantes del ingreso laboral de los afrocartageneros	Diciembre, 2007
99	Julio Romero P.	Inflación, costo de vida y las diferencias en el nivel general de precios de las principales ciudades colombianas.	Diciembre, 2007
100	Adolfo Meisel Roca	¿Por qué se necesita una política económica regional en Colombia?	Diciembre, 2007
101	Jaime Bonet	Las finanzas públicas de Cartagena, 2000 – 2007	Junio, 2008
102	Irene Salazar Mejía	Lugar encantados de las aguas: aspectos económicos de la Ciénega Grande del Bajo Sinú	Junio, 2008
103	Joaquín Viloría de la Hoz	Economía extractiva y pobreza en la ciénaga de Zapatosa	Junio, 2008
104	Eduardo A. Haddad Jaime Bonet Geofrey J.D. Hewings Fernando Perobelli	Efectos regionales de una mayor liberación comercial en Colombia: Una estimación con el Modelo CEER	Agosto, 2008
105	Joaquín Viloría de la Hoz	Banano y revaluación en el Departamento del Magdalena, 1997-2007	Septiembre, 2008
106	Adolfo Meisel Roca	Albert O. Hirschman y los desequilibrios económicos regionales: De la economía a la política, pasando por la antropología y la historia	Septiembre, 2008
107	Julio Romero P.	Transmisión regional de la política monetaria en Colombia	Octubre, 2008
108	Leonardo Bonilla Mejía	Diferencias regionales en la distribución del ingreso en Colombia	Diciembre, 2008
109	María Aguilera Díaz Adolfo Meisel Roca	¿La isla que se repite? Cartagena en el censo de población de 2005	Enero, 2009
110	Joaquín Viloría De la Hoz	Economía y conflicto en el Cono Sur del Departamento de Bolívar	Febrero, 2009
111	Leonardo Bonilla Mejía	Causas de las diferencias regionales en la distribución del ingreso en Colombia, un ejercicio de micro-descomposición	Marzo, 2009
112	María M. Aguilera Díaz	Ciénaga de Ayapel: riqueza en biodiversidad y recursos hídricos	Junio, 2009

113	Joaquín Viloría De la Hoz	Geografía económica de la Orinoquia	Junio, 2009
114	Leonardo Bonilla Mejía	Revisión de la literatura económica reciente sobre las causas de la violencia homicida en Colombia	Julio, 2009
115	Juan D. Barón	El homicidio en los tiempos del Plan Colombia	Julio, 2009
116	Julio Romero P.	Geografía económica del Pacífico colombiano	Octubre, 2009
117	Joaquín Viloría De la Hoz	El ferroníquel de Cerro Matoso: aspectos económicos de Montelibano y el Alto San Jorge	Octubre, 2009
118	Leonardo Bonilla Mejía	Demografía, juventud y homicidios en Colombia, 1979-2006	Octubre, 2009
119	Luis Armando Galvis A.	Geografía económica del Caribe Continental	Diciembre, 2009
120	Luis Armando Galvis A Adolfo Meisel Roca.	Persistencia de las desigualdades regionales en Colombia: Un análisis espacial	Enero, 2010
121	Irene Salazar Mejía	Geografía económica de la región Andina Oriental	Enero, 2010
122	Luis Armando Galvis A Adolfo Meisel Roca.	Fondo de Compensación Regional: Igualdad de oportunidades para la periferia colombiana	Enero, 2010
123	Juan D. Barón	Geografía económica de los Andes Occidentales de Colombia	Marzo, 2010
124	Julio Romero	Educación, calidad de vida y otras desventajas económicas de los indígenas en Colombia	Marzo, 2010
125	Laura Cepeda Emiliani	El Caribe chocoano: riqueza ecológica y pobreza de oportunidades	Mayo, 2010
126	Joaquín Viloría de la Hoz	Finanzas y gobierno de las corporaciones autónomas regionales del Caribe colombiano	Mayo, 2010
127	Luis Armando Galvis	Comportamiento de los salarios reales en Colombia: Un análisis de convergencia condicional, 1984-2009	Mayo, 2010
128	Juan D. Barón	La violencia de pareja en Colombia y sus regiones	Junio, 2010
129	Julio Romero	El éxito económico de los costeños en Bogotá: migración interna y capital humano	Agosto, 2010
130	Leonardo Bonilla Mejía	Movilidad inter-generacional en educación en las ciudades y regiones de Colombia	Agosto, 2010
131	Luis Armando Galvis	Diferenciales salariales por género y región en Colombia: Una aproximación con regresión por cuantiles	Septiembre, 2010
132	Juan David Barón	Primeras experiencias laborales de los profesionales colombianos: Probabilidad de empleo formal y salarios	Octubre, 2010
133	María Aguilera Díaz	Geografía económica del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	Diciembre, 2010
134	Andrea Otero	Superando la crisis: Las finanzas públicas de Barranquilla, 2000-2009	Diciembre, 2010
135	Laura Cepeda Emiliani	¿Por qué le va bien a la economía de Santander?	Diciembre, 2010
136	Leonardo Bonilla Mejía	El sector industrial de Barranquilla en el siglo XXI: ¿Cambian finalmente las tendencias?	Diciembre, 2010
137	Juan David Barón	La brecha de rendimiento académico de Barranquilla	Diciembre, 2010
138	Luis Armando Galvis	Geografía del déficit de vivienda urbano: Los casos de Barranquilla y Soledad	Febrero, 2011
139	Andrea Otero	Combatiendo la mortalidad en la niñez: ¿Son las reformas a los servicios básicos una buena estrategia?	Marzo, 2011
140	Andrés Sánchez Jabba	La economía del mototaxismo: el caso de Sincelejo	Marzo, 2011
141	Andrea Otero	El puerto de Barranquilla: retos y recomendaciones	Abril, 2011

142	Laura Cepeda Emiliani	Los sures de Barranquilla: La distribución espacial de la pobreza	Abril, 2011
143	Leonardo Bonilla Mejía	Doble jornada escolar y la calidad de la educación en Colombia	Abril, 2011
144	María Aguilera Díaz	Habitantes del agua: El complejo lagunar de la Ciénaga Grande de Santa Marta	Mayo, 2011
145	Andrés Sánchez Jabba	El gas de La Guajira y sus efectos económicos sobre el departamento	Mayo, 2011
146	Javier Yabrudy Vega	Raizales y continentales: un análisis del mercado laboral en la isla de San Andrés	Junio, 2011
147	Andrés Sánchez Jabba	Reformas fiscales verdes y la hipótesis del doble dividendo: un ejercicio aplicado a la economía colombiana	Junio, 2011
148	Joaquín Vilorio de la Hoz	La economía anfibia de la isla de Mompo	Julio, 2011
149	Juan David Barón	Sensibilidad de la oferta de migrantes internos a las condiciones del mercado laboral en las principales ciudades de Colombia	Julio, 2011
150	Andrés Sánchez Jabba	Después de la inundación	Agosto, 2011
151	Luis Armando Galvis Leonardo Bonilla Mejía	Desigualdades regionales en la dotación de docentes calificados en Colombia	Agosto, 2011
152	Juan David Barón Leonardo Bonilla Mejía	La calidad de los maestros en Colombia: Desempeño en el examen de Estado del ICFES y la probabilidad de graduarse en el área de educación	Agosto, 2011
153	Laura Cepeda Emiliani	La economía de Risaralda después del café: ¿Hacia dónde va?	Agosto, 2011
154	Leonardo Bonilla Mejía Luis Armando Galvis	Profesionalización docente y la calidad de la educación en Colombia	Septiembre, 2011
155	Adolfo Meisel Roca	El sueño de los radicales y las desigualdades regionales en Colombia: La educación de calidad para todos como política de desarrollo territorial	Septiembre, 2011
156	Andrés Sánchez Jabba	Etnia y rendimiento académico en Colombia	Octubre, 2011
157	Andrea Otero	Educación para la primera infancia: Situación en el Caribe Colombiano	Noviembre, 2011
158	María Aguilera Díaz	La yuca en el Caribe colombiano: De cultivo ancestral a agroindustrial	Enero, 2012
159	Andrés Sánchez Jabba	El bilingüismo en los bachilleres colombianos	Enero, 2012
160	Karina Acosta Ordoñez	La desnutrición en los primeros años de vida: Un análisis regional para Colombia	Enero, 2012
161	Javier Yabrudy Vega	Treinta años de finanzas públicas en San Andrés Islas: De la autosuficiencia a la dependencia fiscal.	Enero, 2012
162	Laura Cepeda Emiliani Juan David Barón	Segregación educativa y la brecha salarial por género entre los recién graduados universitarios en Colombia	Febrero, 2012
163	Andrea Otero	La infraestructura aeroportuaria del Caribe colombiano	Febrero, 2012
164	Luis Armando Galvis	Informalidad laboral en las áreas urbanas de Colombia	Febrero, 2012

165	Gerson Javier Pérez Valbuena	Primera versión de la Política de Seguridad Democrática: ¿Se cumplieron los objetivos?	Marzo, 2012
166	Karina Acosta Adolfo Meisel Roca	Diferencias étnicas en Colombia: Una mirada antropométrica	Abril, 2012
167	Laura Cepeda Emiliani	¿Fuga interregional de cerebros? El caso colombiano	Abril, 2012
168	Yuri C. Reina Aranza	El cultivo de ñame en el Caribe colombiano	Junio, 2012
169	Andrés Sánchez Jabba Ana María Díaz Alejandro Peláez et al.	Evolución geográfica del homicidio en Colombia	Junio, 2012
170	Karina Acosta	La obesidad y su concentración según nivel socioeconómico en Colombia	Julio, 2012
171	Javier Yabrudy Vega	El aguacate en Colombia: Estudio de caso de los Montes de María, en el Caribe colombiano.	Agosto, 2012
172	Andrea Otero	Cali y las consecuencias económicas del narcotráfico	Agosto, 2012
173	Luis Armando Galvis Bladimir Carrillo	Un índice de precios espacial para la vivienda urbana en Colombia: Una aplicación con métodos de emparejamiento.	Septiembre, 2012
174	Andrés Sánchez Jabba	La reinención de Medellín.	Octubre, 2012
175	Karelys Katina Guzmán	Los subsidios de oferta y el régimen subsidiado de salud en Colombia.	Noviembre, 2012