



GOBIERNO
DE COLOMBIA



MINSALUD

PAPELES EN SALUD

Edición No. 17

Noviembre de 2018

Bogotá D.C.

Estructura del gasto en Salud Pública en Colombia



MINSALUD

JUAN PABLO URIBE RESTREPO
Ministro de Salud y Protección Social

IVÁN DARÍO GONZÁLES ORTIZ
Viceministro de Salud Pública y Prestación de
Servicios

DIANA ISABEL CARDENAS GAMBOA
Viceministra de Protección Social

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

WILSON FERNANDO MELO VELANDIA
Jefe Oficina Asesora de Planeación y
Estudios Sectoriales



Estructura del gasto en Salud Pública en Colombia

© Ministerio de Salud y Protección Social

Documento elaborado por

JAIR ALBERTO ARCINIEGAS BARRERA

Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales – Grupo de Estudios y de Evaluación de Políticas Públicas

DAVID EDUARDO GÓMEZ LIZARAZÚ

Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales – Grupo de Estudios y de Evaluación de Políticas Públicas

LINA YAHAIRA SUÁREZ ARIZA

Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales – Grupo de Estudios y de Evaluación de Políticas Públicas

MARIO FERNANDO CRUZ VARGAS

Jefe Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales Minsalud 2015-2017

**OFICINA ASESORA DE PLANEACION Y ESTUDIOS SECTORIALES
GRUPO DE ESTUDIOS SECTORIALES Y DE EVALUACIÓN DE POLÍTICA
PÚBLICA
GRUPO DE COMUNICACIONES**

La serie PAPELES EN SALUD es un medio de divulgación y discusión del Ministerio de Salud y Protección Social. Los artículos no han sido evaluados por pares ni sujetos a ningún tipo de evaluación formal por parte del Ministerio de Salud y Protección Social. Estos documentos son de carácter provisional, de responsabilidad exclusiva de sus autores y sus contenidos no comprometen a la institución.

ISSN: 2500-8366 (en línea)
Documento de trabajo No: 17



Contenido

RESUMEN 5

Introducción 6

Marco conceptual para el análisis del gasto en salud pública 7

 Las funciones de financiamiento de los sistemas de salud y el
 gasto en salud pública..... 10

 La cadena de valor del gasto en salud pública 12

Metodología y datos 15

Sistema de Cuentas Nacionales en Salud 16

 Fuentes de información utilizadas 16

Resultados 20

 Generalidades del gasto en salud pública..... 20

 1.1.1. Gasto en salud pública del nivel central..... 21

 1.1.2. Gasto en salud pública del nivel territorial 23

Conclusiones 36

Bibliografía 38

Anexos 40



RESUMEN

El objetivo de este trabajo es presentar la estructura del gasto y un cálculo del monto de recursos que destina actualmente el SGSSS para realizar las actividades de salud pública. Para realizar el análisis del gasto en salud pública en Colombia se utiliza como marco conceptual el trabajo de Kutzin (2013) y Morra y Rist (2009); el primero de ellos permite entender las actividades esenciales que, en general, realizan los sistemas de salud para garantizar el acceso a un plan de beneficios a sus ciudadanos y el segundo, da una guía conceptual para aproximarse a la cadena de valor de las intervenciones de política pública. Los aportes de este trabajo van en dos direcciones: en primer lugar, se identifica y calcula el gasto en Salud Pública dentro del universo de prestaciones del SGSSS en Colombia. En segundo lugar, se describe y analiza de manera cualitativa y cuantitativa la estructura del gasto siguiendo el detalle del anexo técnico de la Resolución 518 de 2015 haciendo uso de la información recogida de los Planes Territoriales de Salud,

Palabras clave: Gasto salud pública Colombia, plan de intervenciones colectivas, acciones de gestión de la salud pública, fuentes salud pública, funciones esenciales sistema de salud.

Códigos JEL: H51, H75, I18



Introducción

La Ilustración 1 presenta el ámbito del trabajo desarrollado en este artículo. En él aparece el universo de prestaciones de servicios reconocidas por el Sistema de Salud en Colombia. La figura evidencia que la mayor parte de los servicios de salud son prestados y reconocidos a través Plan de Beneficios en Salud. Este Plan de Beneficios se financia con recursos fiscales y parafiscales que son administrados por una entidad del orden nacional denominada Administradora de Recursos del Sistema general de Seguridad Social en Salud (ADRES).

Para financiar los servicios reconocidos en el Plan de beneficios, el Estado reconoce una prima de aseguramiento denominada Unidad de Pago por Capitación (UPC) a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), que actúan como aseguradoras del riesgo de salud dentro del sistema. Los recursos también pueden girarse de manera directa a Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) e incluso a algunos proveedores de tecnologías de salud haciendo uso del mecanismo del giro directo.

Para el año 2016 el monto de los recursos que se gestionaron a través del Plan de Beneficios ascendió a 39 billones de pesos, cifra cercana a un 4.8% del PIB del país y equivalente a un 75% del gasto total en salud según el Ministerio de Salud y Protección Social (2018)

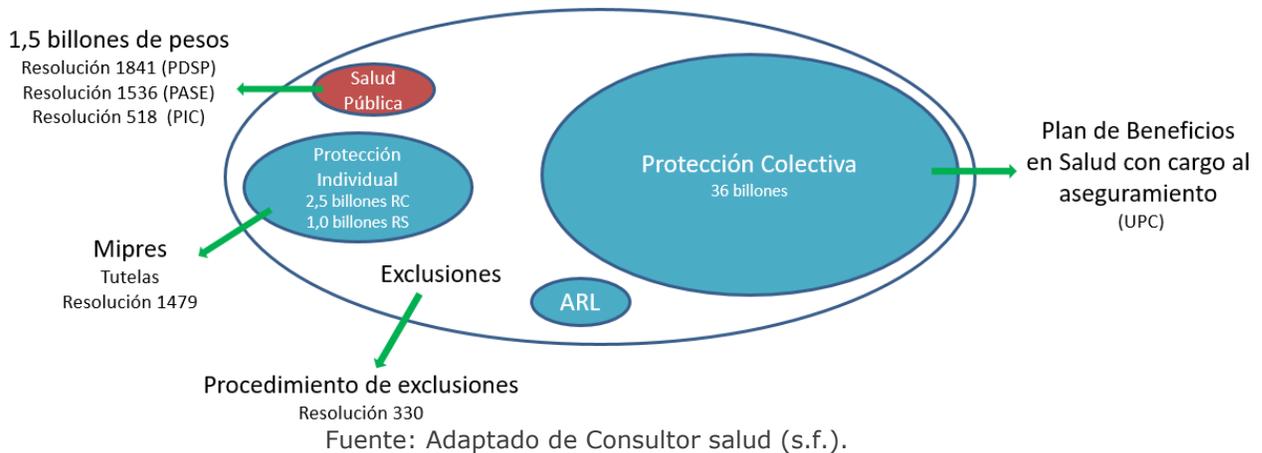
El segundo conjunto de prestaciones más importante en el SGSSS es el relacionado con la Protección Individual del derecho a la salud, que para el año 2016 ascendió a un monto cercano a los 3.5 billones de pesos. Este conjunto de prestaciones, que en el pasado fueron denominadas Servicios NO POS, se refieren a un conjunto de tecnologías y servicios en salud que no se encuentran incluidas en el Plan de Beneficios, pero que se han reconocido por profesionales en salud y jueces cuando la situación de salud de una persona en particular así lo demanda.

Existen así mismo dos subsistemas adicionales que reconocen prestaciones adicionales en salud a víctimas de accidentes de tránsito (SOAT) y a personas que sufren enfermedades o accidentes de tipo laboral (ARL). En el caso del SOAT, los recursos para 2017 ascendían a cerca 3.4 billones, procedentes de las primas pagadas por los propietarios de vehículos automotores de los cuales 2/3 partes son administradas por aseguradoras y 1/3 parte transferida el sistema general de salud.

En el caso del Sistema de Riesgos Laborales, los recursos ascendieron a 3.1 billones para el año 2016. Estos recursos son administrados casi en su totalidad por compañías aseguradoras de riesgos laborales y se destinan al pago de prestaciones en formas de servicios, como es el caso de la salud o de prestaciones tipo económico como lo son las incapacidades o pensiones de invalidez o sobrevivencia de origen laboral.

Finalmente tenemos el gasto en salud pública que es el objeto principal de este documento. Incluye las acciones contenidas en el Plan Decenal de Salud Pública y en el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC). El PIC es un plan de beneficios compuesto por intervenciones de promoción de la salud e intervenciones comunitarias que buscan impactar positivamente los determinantes sociales de la salud en los territorios mientras el Plan Decenal define los objetivos, estrategias y políticas que debían guiar la actuación en materia de salud pública para el periodo 2011-2021. Las estimaciones realizadas dan cuenta de un gasto cercano 1.54 billones de pesos para 2016, financiados en su totalidad por recursos fiscales. El presente trabajo se divide en cuatro secciones, la primera la constituye esta introducción, en la segunda se muestra el marco conceptual que guía el análisis del gasto en salud pública, en la tercera sección se muestra la metodología y fuentes de información utilizadas, principalmente el seguimiento a los Planes Territoriales de Salud y Formato Único Territorial, la cuarta presenta los resultados del trabajo, el monto estimado de recursos que se destinan a salud pública, su ubicación respecto al universo de prestaciones en salud que provee el SGSSS y la estructura del gasto. La última sección presenta las conclusiones del trabajo.

Ilustración 1. Universo de prestaciones en salud en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, 2016



Marco conceptual para el análisis del gasto en salud pública

El marco conceptual que guía el nacimiento del SGSSS, conocido como el Pluralismo Estructurado (Londoño & Frenk, 1997), contemplaba desde un



comienzo la separación entre las actividades de Salud Pública de aquellas que llamaron de Servicios Personales; siguiendo a Londoño y Frenk (1997) las actividades de salud pública se refieren a:

“las acciones que se dirigen ya sea a las colectividades [i.e., educación masiva en salud], o a los componentes no humanos del ambiente [i.e., saneamiento básico] La salud pública rebasa el ámbito de las acciones que caen dentro del dominio del sector salud definido de manera estrecha, para incluir también la interacción con todos los demás sectores que tienen una influencia en la salud de las poblaciones.” (Londoño & Frenk, 1997)

La manera en la que este marco conceptual se adaptó a la normatividad nacional se puede seguir a través de un vasto conjunto de jurisprudencia relacionada. La Ilustración 2 muestra el Plan de Intervenciones Colectivas en el marco de los instrumentos de planeación territorial. En primer lugar, la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo, Ley 152 de 1994 en su Artículo 41, insta a las Entidades Territorial a elaborar los respectivos Planes de Desarrollo Territorial. Los mismos deben contener un Plan de Acción en los sectores financiados con transferencias, Salud y Educación.

Siguiendo estos preceptos legales, la Resolución 1536 de 2015 crea los Planes Territoriales de Salud (PTS) los cuales se definen como “el instrumento estratégico e indicativo de política pública en salud, que permite a las Entidades Territoriales contribuir con el logro de las metas estratégicas del Plan Decenal de Salud Pública” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015). Adicionalmente, esta misma Resolución –1536 de 2015—establece que el PTS debe estar armonizado con los demás instrumentos de planeación con los que cuentan las Entidades Territoriales, en especial el Plan de Desarrollo, el Plan Plurianual de Inversiones y el Marco Fiscal de Mediano Plazo.

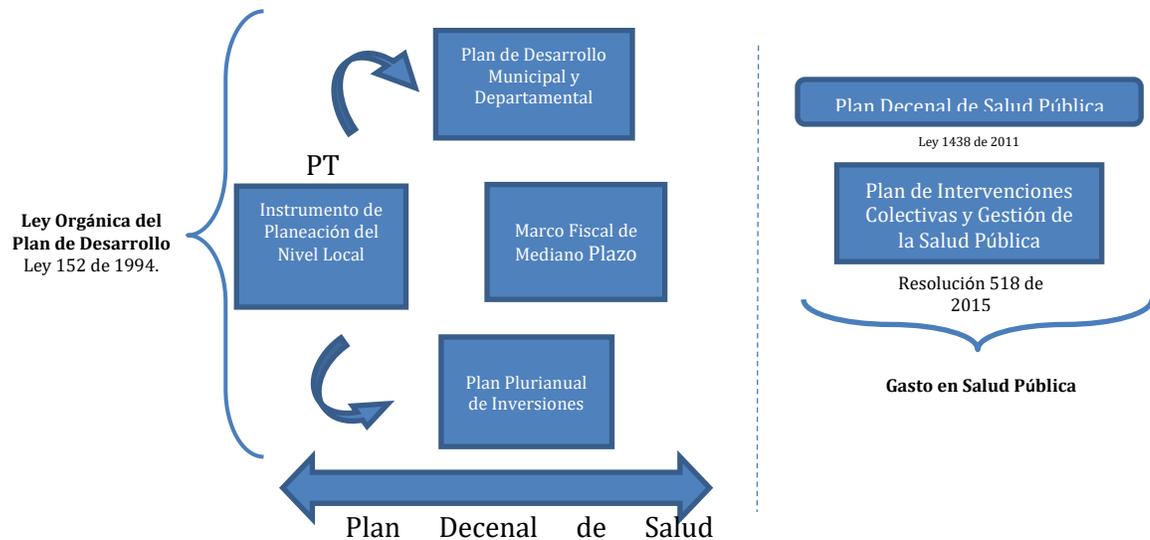
Se subraya la importancia del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 como eje articulador de las políticas del sector salud y los demás sectores de la administración pública. El PDSP se define como “un pacto social y un mandato ciudadano que define la actuación articulada entre actores y sectores públicos, privados y comunitarios para crear condiciones que garanticen el bienestar integral y la calidad de vida en Colombia” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013); como se observa en la definición anterior el ámbito de aplicación del PDSP va más allá del sector salud propiamente dicho, e involucra la participación de todos los demás sectores del gobierno y la sociedad.

La Ilustración 2 muestra, por último, el contexto en el que nace el sistema de Monitoreo de la Gestión Integral en Salud¹. El PDSP es el instrumento de

¹ Reglamentado mediante el Artículo 4 de la (Resolución 1841. Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud 2012-2021, 2013) y Título VI de la (Resolución 1536. Por

planeación de mediano plazo en salud que articula los Planes Territoriales de Salud de los Departamentos, Distritos y Municipios del país entorno a un conjunto de dimensiones transversales y específicas cuyo objetivo es mejorar el estado de salud de la población. Los PTS hacen parte integral de los Planes de Desarrollo Territoriales y en esa medida se articulan con lo dispuesto en la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo.

Ilustración 2. Plan de Intervenciones Colectivas en el marco de los instrumentos de planeación territorial en salud.



Fuente: Elaboración propia.

Este es un insumo novedoso que se utiliza para realizar el cálculo del monto de recursos destinados a la salud pública en Colombia. Este sistema de información realiza un seguimiento trimestral y anual de las actividades programadas en los Planes de Acción en Salud, haciendo especial énfasis en la identificación de las intervenciones contenidas en el PIC y la Gestión de la Salud Pública. Particularmente la Resolución 518 de 2015 en su anexo técnico presenta el Plan de Intervenciones Colectivas como una lista explícita de intervenciones, procedimientos, actividades e insumos, a la manera de cómo se presentaba el antiguo Plan Obligatorio de Salud. Debido a que se les pide a las ET reportar la información de seguimiento de los PTS con el detalle de esta Resolución, esta base de datos es la que nos permite determinar la estructura del gasto.

El Plan de Acción en Salud es

el cual se establecen disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud, 2015).



“el instrumento utilizado para programar las actividades que van a desarrollar las diferentes dependencias de la administración territorial, según la estrategia diseñada para ejecutar el presupuesto asignado y garantizar el cumplimiento del Plan Operativo Anual de Inversiones, el Plan de Desarrollo y el Plan Territorial de Salud” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

Las funciones de financiamiento de los sistemas de salud y el gasto en salud pública

La Ilustración 3 muestra de manera esquemática la relación existente entre las funciones del sistema de salud, los objetivos intermedios de la política de financiamiento y los objetivos finales, según es presentado por Kutzin (2013). En el primer recuadro se observan las cuatro funciones principales de los sistemas de salud: la rectoría o gobernanza, la generación de los recursos necesarios para financiar las actividades propias de los sistemas de salud, el financiamiento y la prestación de servicios.

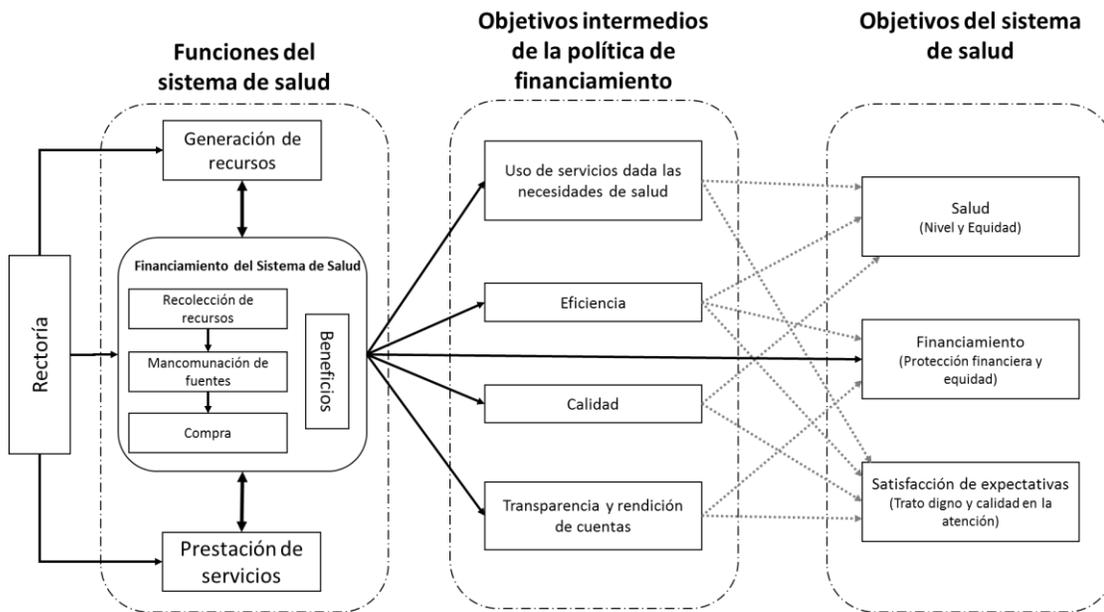
Así mismo, el esquema detalla tres funciones de financiamiento de los sistemas de salud: i) la recolección de recursos donde, en general, las sociedades utilizan una combinación de impuestos generales y otros asociados a las actividades laborales, ii) un proceso de mancomunación de las diversas fuentes, donde se conforman bolsas comunes y se determinan un conjunto de subsidios cruzados y iii) un proceso de compra de servicios de salud que implica especializar a algún agente para que, de manera eficiente, se adquieran los servicios de salud.

Por último, es valioso anotar cómo el financiamiento del sector salud impacta los fines últimos de los sistemas a través de un uso de servicios acorde a las necesidades de la población, promoviendo la eficiencia, la calidad, la transparencia y la rendición de cuentas.

Desde el punto de vista de la recolección de recursos, la principal fuente para salud pública en Colombia la constituyen las transferencias nacionales a las Entidades Territoriales conocidas como el Sistema General de Participaciones; estas son transferencias que realiza el Gobierno Nacional Central (GNC) a las Entidades Territoriales (ET) en el marco de los Artículos 356 y 357 de la Constitución Política de Colombia (Bonet, Pérez, & Ayala, 2014). Estos recursos, según la Ley 715 de 2001 deben estar dirigidos, en lo que respecta a salud pública, a financiar las intervenciones colectivas², los laboratorios de salud pública, vigilancia y control de medicamentos y alimentos, control de factores de riesgo derivados del ambiente, entre otras, de acuerdo con las competencias diferenciales por nivel de administración.

² En el lenguaje de la Ley 715 de 2001 Plan de Atención Básica.

Ilustración 3. Objetivos del sistema de salud y del sistema de financiamiento de la salud.



Fuente: Tomado de Kutzin (2013)

Para el año 2016 estos recursos ascienden a \$780 mil millones de pesos y constituyen el 10% de la bolsa para salud del Sistema General de Participaciones. El anexo 1 presenta la evolución de esta fuente de recursos y los criterios de distribución utilizados para asignarlos a las ET según la normatividad vigente; el 55% de la bolsa se dirige a los departamentos mientras que el 45% se destina a los municipios. Los criterios de distribución se dividen en tres grupos: población, equidad y eficiencia. Este proceso, mediante el cual se asignan los recursos a las ET, se asocia a la mancomunidad de fuentes asimilándolo a lo expuesto por Kutzin (2013). Adicionalmente, las ET utilizan estos recursos para financiar actividades colectivas según lo establecido en la Resolución 518 de 2015.

Por último, el proceso de compra de bienes y servicios en salud pública lo realizan las ET en el marco del Plan Territorial de Salud, el cual define los objetivos y metas a alcanzar siguiendo una metodología de planeación elaborada por el Ministerio de Salud denominado PASE a la equidad.

Dentro de este proceso la Entidad Territorial realiza un diagnóstico de su situación en salud utilizando como principal insumo el Análisis de Situación en Salud, que es otra herramienta de carácter técnico elaborada en conjunto por la Dirección de Epidemiología del Minsalud y los territorios.

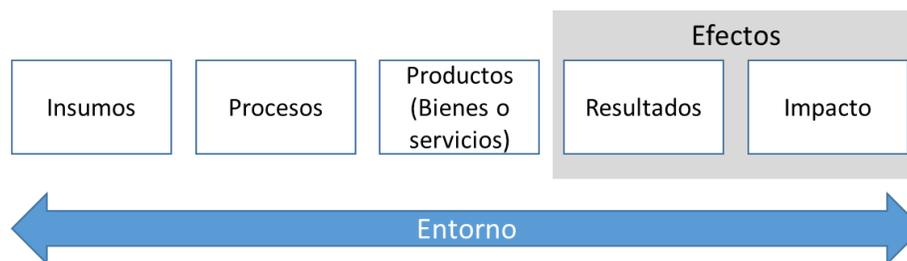
Una vez culminado el proceso de diagnóstico, la ET prioriza el conjunto de tensiones que requieren una intervención activa por parte de la autoridad local. Con la priorización elaborada, se asignan los recursos que servirán para

financiar un paquete de intervenciones, que deben estar contenidas en la resolución que regula el Plan de Intervenciones Colectivas.

Por último, se realiza el seguimiento, la evaluación y la rendición de cuentas en nivel territorial. De esta manera se da la compra de servicios de salud, proceso final del financiamiento del gasto en salud pública, en términos de lo establecido en Kutzin (2013).

La cadena de valor del gasto en salud pública

Ilustración 4. Cadena de valor de las intervenciones de política pública.



Fuente: Adaptado de Morra & Rist (2009)

La cadena de valor teórica presentada en la Ilustración 4 nos permite entender el gasto en salud pública en Colombia como una intervención de política, en donde subyace una teoría del cambio alrededor de “cómo se espera que una iniciativa alcance los resultados” (Morra & Rist, 2009) de corto, mediano y largo plazo, y la manera en la que se articulan los diferentes elementos internos y externos (entorno) en cuanto al cumplimiento de los objetivos. De esta manera la cadena de valor presenta de manera secuencial los diferentes procesos que explican los efectos de las intervenciones, esto es, la teoría del cambio producido por la intervención. En la figura citada anteriormente se observan cinco eslabones que componen la cadena de valor de las intervenciones de política pública.

El primer eslabón lo integran los insumos de la intervención donde se incluyen todos los recursos que son necesarios para la implementación tales como los recursos financieros, el talento humano, normas, materiales, equipos, entre otros. El segundo lugar de la cadena de valor lo componen los procesos o actividades que se llevan a cabo utilizando los insumos identificados anteriormente, aquí se responde la pregunta ¿qué se hace con los insumos?

En tercer lugar, se encuentran los productos de la intervención, estos son los bienes y servicios producidos como resultado de las actividades. El cuarto eslabón de la cadena lo componen los resultados y el quinto los impactos; estos dos últimos eslabones pueden ser entendidos como los efectos de la política implementada.

Entender cuál es la teoría del cambio que subyace al esquema institucional creado para financiar el gasto en salud pública en Colombia es fundamental



para este trabajo por cuanto permite comprender las asignaciones de recursos en un contexto amplio, el proceso que se lleva a cabo para financiarlo, los procesos asociados a la asignación de recursos y hace explícito cuales son los objetivos esperados de la intervención.

La Ilustración 5 presenta la versión resumida de la cadena de valor construida para el gasto en salud pública en Colombia (ver Anexo 2). El primer eslabón de la cadena presentada, el de los insumos enumera el conjunto de recursos que son necesarios para llevar a cabo el gasto en salud pública; se incluyen los recursos normativos, principalmente la Ley 715 de 2001 la cual define el mecanismo de distribución de recursos que de manera importante financia este gasto. Los recursos institucionales donde aparecen todos los actores involucrados en este proceso destacándose la participación de las Entidades Territoriales principalmente las Direcciones Territoriales de Salud y el Ministerio de Salud y Protección Social. Los recursos financieros, compuestos por el Sistema General de Participaciones y los recursos de las Entidades Territoriales. Por último, los sistemas de información que nutren los diferentes procesos y permiten realizar el monitoreo, el seguimiento y la evaluación de este gasto.

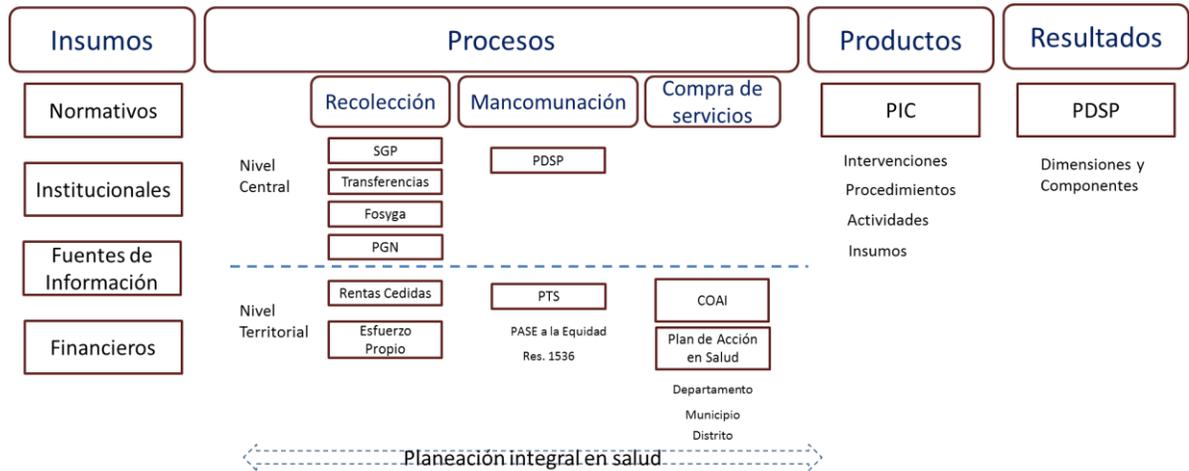
Una vez establecidos los insumos de la intervención, la Ilustración 5 presenta el proceso de financiamiento de la salud pública en Colombia en el marco de lo establecido en la sección anterior. La base conceptual de los procesos se encuentra en las tres actividades esenciales de financiamiento de los paquetes de beneficios que incluyen la recolección de fondos, la mancomunación de recursos y la compra de los bienes y servicios en salud. El proceso de recolección incluye una mezcla de fuentes de orden nacional y territorial; la principal fuente de recursos que financian el gasto en salud pública es el SGP.

El proceso de mancomunación es dirigido por los instrumentos de planeación del sector salud, donde se definen los criterios de priorización de las necesidades en salud pública de la población que se caracterizan por tener en cuenta la eficiencia y equidad de las intervenciones programadas; el Plan Decenal de Salud Pública y los Planes Territoriales de Salud son fundamentales en este proceso pues definen la estrategia de intervención una vez surtida la etapa de diagnóstico que realiza cada territorio, en el marco de la Estrategia PASE a la equidad en salud. Por último, el proceso de compra de bienes y servicios de salud pública lo realizan las Entidades Territoriales armonizado con el Plan de Desarrollo Territorial y utilizando dos instrumentos de presupuestación, el Componente Operativo Anual de Inversiones (COAI) y el Plan de Acción en Salud (PAS), en donde se definen las intervenciones puntuales que permiten afectar positivamente las tensiones en salud identificadas por la Entidad Territorial y priorizadas según lo establecido en el Plan Territorial de Salud.

El eslabón de los productos incluye las intervenciones, procedimientos, actividades e insumos programados por la Entidad Territorial; este conjunto de bienes y servicios adquiridos por los departamentos, distritos y municipios

constituyen los bienes y servicios de la intervención materializados en el Plan de Acción en Salud; se espera que la entrega de estos bienes y servicios afecte positivamente las condiciones de salud de los colombianos, disminuyan la carga de la enfermedad y propendan por la garantía del derecho a la salud de los colombianos, estos últimos son los resultados esperados del PDSP.

Ilustración 5 Cadena de valor resumida del gasto en salud pública en Colombia.



Fuente: Construcción propia



Metodología y datos

La metodología que se siguió para el desarrollo de este trabajo fue una revisión sistemática y una integración de las fuentes de información que dan cuenta de la distribución, asignación y ejecución de recursos en salud pública en Colombia, para lo cual se hizo una recolección de información secundaria de las bases de datos cuantitativas disponibles, así como de algunas cualitativas.

Para calcular el gasto total en salud pública que realiza la nación se utiliza información del Formulario Único Territorial, al cual reportan departamentos y municipios, y la información de distribución del SGP como medio de validación y contraste. Una vez calculado el gasto total examinamos su composición. Esta información es reportada por las Entidades Territoriales haciendo uso de la plataforma de seguimiento de los Planes Territoriales de Salud según lo establecido en el anexo técnico de la Resolución 518 de 2015.

Por último, se describe el flujo de los recursos de caja de los recursos de salud pública siguiendo el movimiento en las cuentas maestras de las Entidades Territoriales. Se realiza un ejercicio similar para determinar la estructura del gasto en salud pública del Ministerio de Salud y Protección Social analizando las partidas de la ejecución presupuestal a la luz de la estructura de la Resolución 518. Este ejercicio permite ver la complementariedad de las acciones que realiza el nivel central y los gobiernos territoriales.

Uno de los aspectos novedosos de este documento tiene que ver con la vinculación y cruce de varias fuentes de información. En este sentido, se utilizó información remitida por las Entidades Territoriales al Ministerio de Salud en el marco del seguimiento a los PTS. Esta información se contrastó con la información financiera contenida en el Formulario Único Territorial (FUT), con las Cuentas Maestras de Salud Pública que describen el flujo de caja de los recursos una vez ingresan a la Entidad Territorial y con información proveniente del SICODIS que registra la distribución del Sistema General de Participaciones a cargo Departamento Nacional de Planeación (DNP).

Si bien esta metodología realiza un rastreo de los recursos (track funds) que se utilizan para financiar el gasto en salud pública, la misma no puede hacerse sin dar contexto a la forma oficial de llevar el registro del gasto en salud en el país. De allí que sea importante referimos brevemente a la metodología de Cuentas Nacionales en Salud adoptada por Colombia y publicada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), quien las presenta como Cuenta Satélite de Salud.



Sistema de Cuentas Nacionales en Salud

El sistema de Cuentas Nacionales en Salud (System of Health Accounts) en su versión 2011 “provee un estándar para clasificar los gastos en salud de acuerdo a los tres ejes de consumo, provisión y financiamiento” (OECD, Eurostat, Organización Mundial de la Salud, 2017).

El corazón del sistema es el consumo de bienes y servicios de los residentes del país por dos razones: primero porque los ejes de análisis de las cuentas en salud se derivan de su relación con el consumo; de esta manera la lógica que se sigue es que todo bien o servicio consumido por un residente del país tuvo que ser provisto y, este sentido, tuvo también que ser financiado. Segundo, el consumo permite delimitar el ámbito de medición de las Cuentas Nacionales en Salud pues se limita al conjunto de bienes y servicios consumidos “cuyo objetivo primario es mejorar la salud” (OECD, Eurostat, Organización Mundial de la Salud, 2017).

El (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2018) presenta la implementación de la metodología de Cuentas Nacionales en Salud para Colombia con los resultados preliminares para los años 2016 y 2017. En el financiamiento del sistema de salud se tienen en cuenta los recursos que recauda la Administradora de Recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud (ADRES), particularmente los de la cuenta FS.1 -Transferencias de los ingresos internos del gobierno para salud- y FS.3 -Contribuciones a la seguridad social – salud, las cuales son las dos principales fuentes de financiamiento del esquema de aseguramiento en salud del Régimen Contributivo. Otros ingresos de origen nacional administrados desde el nivel central y que financian el aseguramiento subsidiado son clasificados en la cuenta FS.6.

Dado lo anterior se puede observar que este esquema de análisis no incorpora los recursos del Sistema General de Participaciones que financian las intervenciones colectivas y que son objeto de análisis de este documento.

El objetivo de las Cuentas Nacionales de Salud es hacer comparables las distintas cifras que reportan los países alrededor del gasto en salud y como lo dice (OECD, Eurostat, Organización Mundial de la Salud, 2017) “los sistemas de salud son mucho más amplios que la aproximación del CNS, en particular con relación a los límites del gasto en salud”.

Fuentes de información utilizadas

Para cuantificar el gasto en salud realizado por los diferentes niveles de gobierno se empleó lo reportado en: 1) el Sistema de Información y Consulta de Distribuciones de recursos territoriales (SICODIS), 2) el Formulario Único Territorial (FUT), 3) las cuentas maestras de salud pública de las entidades territoriales, 4) el Portal web de gestión del Plan Decenal de Salud Pública, 5)



los reportes de ejecución presupuestal del Ministerio de Salud y Protección Social y 6) la plataforma de Seguimiento de Proyectos de Inversión (SPI).

- 1) SICODIS. Este sistema operado por el DNP recopila la información de los recursos territoriales distribuidos por esta entidad, de allí se extrajo la información de lo distribuido por el Sistema General de Participaciones (SGP) a cada entidad territorial para los años en análisis (Departamento Nacional de Planeación, s.f.).
- 2) FUT³. Es un registro administrativo contenido en el Consolidador de Hacienda e Información Pública (CHIP) que da cuenta de los ingresos y gastos de las entidades territoriales. Este registro se empleó como insumo principal para analizar la composición y distribución de los recursos gastados en salud pública en las entidades territoriales. Concretamente se tomó la cuenta de salud pública y los valores registrados en compromisos, con las cuentas al nivel más desagregado y se depuró teniendo en cuenta los siguientes criterios:
 - a. Concordancia con lo reportado en SICODIS para la distribución del SGP Salud Pública. En aquellos casos en donde la información de FUT difería se tomaron como ciertos, dado su mayor rigor, los valores del reporte de SICODIS, manteniendo la distribución al interior de la subcuenta según lo reportado por las entidades territoriales.
 - b. Topes de gasto en salud pública municipales. Se identificaron aquellos municipios en donde los gastos en salud pública superaban a los de las ciudades capitales (excluyendo distritos), con el fin de corregir errores de digitación⁴. Se mantuvieron aquellos municipios que según su asignación por SGP ya tuvieran montos superiores a los distribuidos a las capitales.

Es importante notar que, dado que la estructura de la subcuenta de salud pública cambió en 2016, con el fin de adaptarse a las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública (en los años anteriores el reporte se encontraba en sintonía con el Plan Nacional de Salud Pública), se utilizó una tabla de correlativas⁵ entre la estructura de

³ Si bien en el presente análisis se traen cifras de los años 2011 y 2012, es importante notar que estos datos no atravesaron el proceso de depuración que los años 2013 a 2016, en razón a que la información de FUT disponible no se encontraba con una estructura homogénea que diera cuenta de las fuentes de los recursos.

⁴ Para los años anteriores a 2016, la información se reportaba en miles, por lo que uno de los errores más frecuentes se asocia con que algunos valores se encuentren en pesos en estos periodos.

⁵ Esta tabla fue suministrada por la Dirección de Promoción y Prevención del MSPS.



cuentas de los periodos en estudio, con el fin de homologar la información a una única estructura.

- 3) Cuentas maestras de salud pública. Hace referencia a los estados de las cuentas bancarias en donde las entidades territoriales guardan los recursos de este concepto. De allí se tomó la información de ingresos y egresos reportada por departamentos y municipios a diciembre de 2016. Esta información es recopilada, consolidada y actualizada por la Dirección de Financiamiento Sectorial del Ministerio de Salud y Protección Social.
- 4) Portal web de gestión del Plan Decenal de Salud Pública⁶: Para revisar las actividades que realizan las entidades territoriales se utilizó lo consignado en el aplicativo web de seguimiento a los Planes Territoriales de Salud dispuesto por el Ministerio⁷.

Del universo de información que recoge el aplicativo web, este trabajo se centra en el análisis de la información cargada por las Entidades Territoriales relacionada con el Plan de Acción en Salud, esto es, el tercer proceso de gestión operativa, momento uno de programar, paso dos elaboraciones Plan de Acción en Salud y actividad 5 elaboración y consolidación del Plan de Acción en Salud. El PAS es el instrumento fundamental para el análisis de la asignación de recursos de la entidad territorial pues allí se registran todas las actividades que realizarán en la vigencia siguiente. La información extraída remite al año 2016 y se hizo con corte a 30 de junio de 2017. Debido al volumen de información de esta base de datos se optó por examinar la información de departamentos y distritos utilizando dos criterios: completitud y calidad del reporte y relevancia a nivel de recursos. En esta base de datos se excluyó el gasto que no correspondía a los usos de salud pública, teniendo en cuenta lo mencionado en la resolución 518 de 2015.

- 5) Reportes de ejecución presupuestal: Remite a los informes que anualmente el Ministerio de Salud y Protección Social publica en su página

⁶ Este sistema de información es actualmente administrado por la Dirección de Epidemiología y Demografía. La estructura de la información disponible sigue la secuencia lógica de la planeación integral en salud que realizan las Entidades Territoriales según el lineamiento de la estrategia PASE a la equidad en salud. El Anexo 3 presenta el detalle de la información que cargan los distritos, departamentos y municipios; la secuencia lógica se divide en cinco procesos: alistamiento institucional, ruta lógica para la formulación de planes territoriales de salud, gestión operativa, monitoreo y evaluación y, por último, rendición de cuentas.

⁷ Ver: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/epidemiologia/Paginas/cargue-planes-territoriales-de-salud.aspx>



web, detallando por funcionamiento e inversión los diferentes proyectos que ejecuta.

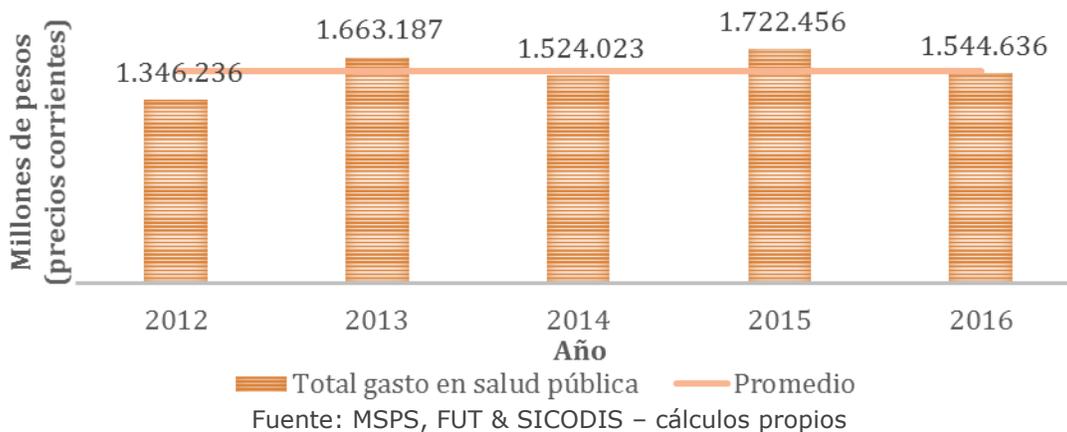
- 6) SPI: Esta plataforma dispuesta por el DNP permitió contrastar los reportes de ejecución presupuestal del MSPS y conocer el detalle de los diferentes rubros mencionados en dichos reportes, con el fin de clasificar los diferentes conceptos en las categorías definidas en el anexo técnico de la resolución 518 de 2015.

Resultados

Generalidades del gasto en salud pública

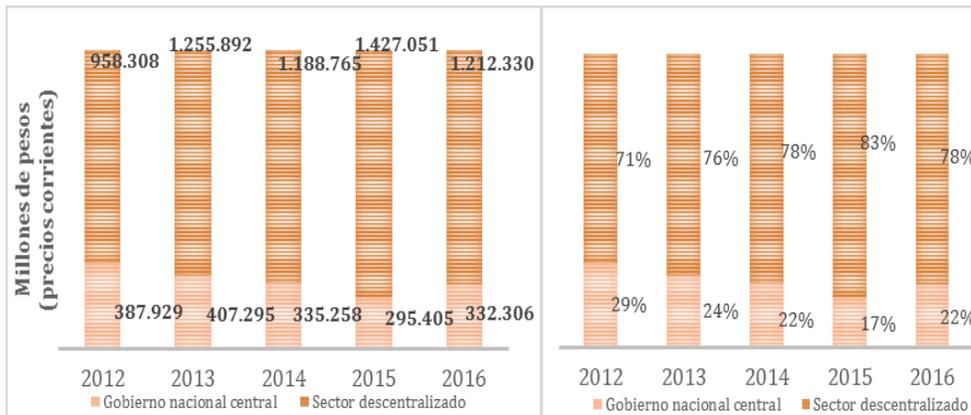
En primer lugar, lo reportado en las diferentes fuentes de estudio, indica que en promedio, entre 2012-2016, los recursos destinados por la nación y los territorios a la Salud Pública ascendieron a 1,5 billones de pesos. Variando entre 1,3 billones (2012) y 1,7 billones (2015) (ver Ilustración 6). Como se mencionó previamente, estos resultados difieren a los hallazgos de otros estudios en tanto agrupan todas las fuentes que ejecutan recursos en este ámbito que usualmente no se contabilizan bajo este concepto y se utilizan técnicas de depuración diferentes (Orozco-Gallo, 2015; Ministerio de salud y protección social, 2017).

Ilustración 6. Gasto Total en Salud Pública, 2012-2016



Al revisar cómo se distribuye este rubro entre los diferentes niveles de gobierno se observa que quienes más gastan por este concepto son las entidades territoriales. Entre 2012 y 2016 dichos actores concentraron en promedio el 77% de lo gastado, es decir, cerca de 1,1 billones de pesos anuales. Análogamente, para este periodo de tiempo el gobierno central invirtió cerca de 350 mil millones de pesos, en promedio, que equivalen al 23% del total del gasto (ver Ilustración 7). En este horizonte temporal, el sector descentralizado logró su máximo gasto en 2015 con 1,4 billones de pesos y el nivel nacional llegó a este pico en 2013 con 407 mil millones de pesos.

Ilustración 7. Gasto por niveles de gobierno en Salud Pública, 2012-2016

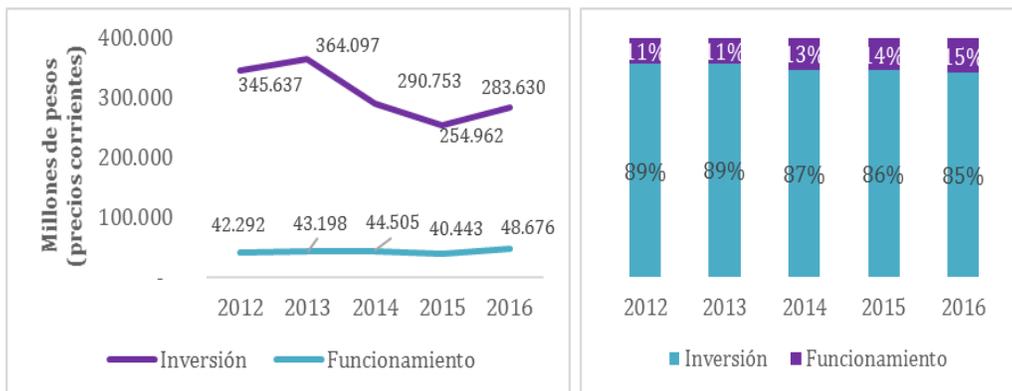


Fuente: MSPS, FUT & SICODIS – cálculos propios

1.1.1. Gasto en salud pública del nivel central

Un énfasis en las ejecuciones presupuestales del Ministerio de Salud y Protección social señala que los recursos corrientes -destinados al concepto en análisis- presentaron una tendencia decreciente en el periodo 2013-2015 (ver Ilustración 8), entre 2012 y 2016 tuvieron una variación negativa del 18% aproximadamente. Por su parte, los recursos de funcionamiento presentaron un comportamiento constante entre 2012 y 2016, con un crecimiento del 15%.

Ilustración 8. Gasto en Salud Pública del gobierno nacional central (Ministerio de Salud y Protección Social), 2012-2016



Fuente: MSPS, SPI- cálculos propios

En términos relativos, la distribución de estos recursos es consistente en los periodos de análisis, los de inversión oscilaron entre el 85% y el 89%, mientras que los de funcionamiento representaron el 11% y el 15% de esta bolsa.

Un acercamiento al año 2016 indica que 25 proyectos se dirigen a temas asociados a salud pública, en donde 13 de estos concentran el 98% de los



recursos, siendo vacunación (o Programa Ampliado de Inmunizaciones –PAI– como se le conocía antes) el principal proyecto del nivel central (ver Tabla 1).

Tabla 1. Top 13 de los proyectos del Ministerio de Salud y Protección Social destinados a Salud Pública

Tipología Gasto	Descripción	2.016 (miles de millones de pesos corrientes)	%
I	Incremento de la vacunación en la población objeto en todo el territorio nacional	141	42%
I	Implementación de las estrategias de promoción salud y prevención enfermedad nacional	43	13%
F	Aportes a programas de prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores	38	11%
I	Capacitación del recurso humano del sector salud, becas crédito.	31	9%
I	Actualización y mantenimiento del sistema de información del ministerio de salud y protección social a nivel nacional	24	7%
I	Fortalecimiento de las capacidades de planeación en salud, vigilancia y respuesta en salud pública y gestión del conocimiento nacional	18	6%
F	Campana y control anti-tuberculosis	7	2%
I	Fortalecimiento institucional y comunitario para la atención psicosocial y salud integral a víctimas del conflicto armado	7	2%
I	Diseño e implementación de una estrategia de comunicación de salud en Colombia	5	2%
I	Implantación de proyectos para población en condiciones especiales a nivel nacional-atención a la población desplazada -APD	4	1%
I	Asistencia y promoción social por la inclusión y la equidad nacional	4	1%
I	Implementación de estudios e investigaciones del instituto de evaluación de tecnología en salud a nivel nacional	2	1%
F	Campañas control lepra	2	0%
Total		325	97,9%

Fuente: MSPS, SPI– cálculos propios.
En tipo de gasto I: Inversión y F: Funcionamiento

Al revisar el comportamiento de los 4 proyectos de la nación que superan los 30 mil millones de pesos⁸, es evidente que lo relacionado con el PAI ha venido decreciendo constantemente desde 2013⁹, mientras que los asociados a transferencias nacionales, el programa de implementación de la promoción y la prevención y las becas crédito para profesionales de la salud han crecido de manera modesta (ver Ilustración 9).

Ilustración 9. Principales proyectos MSPS



Fuente: MSPS, SPI- cálculos propios

1.1.2. Gasto en salud pública del nivel territorial

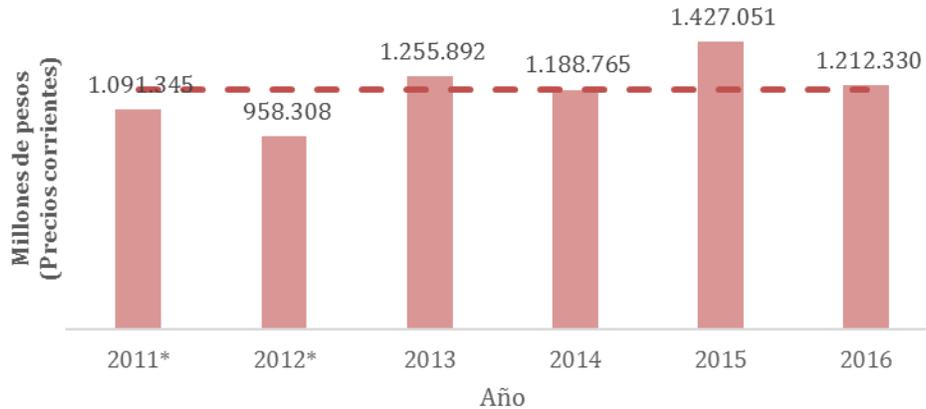
En contraparte, el análisis del sector descentralizado señala que, en promedio entre los años 2011*¹⁰ y 2016, la cuenta de Salud Pública de las ET recibió 1,1 billones de pesos. Variando entre 958 mil millones (2012) y 1,4 billones (2015), como se puede apreciar en la Ilustración 10.

⁸ El proyecto de implementación de promoción y prevención inicia en 2015, por lo cual aparece en la gráfica hasta ese año.

⁹ Entre 2012 y 2016 decreció un 29%.

¹⁰* Como se mencionó previamente la información de las subcuentas de salud pública para los años de 2011 y 2012, no sufrió ningún proceso de depuración dada la composición del registro administrativo para estos años.

Ilustración 10. Gasto en salud pública del nivel territorial, 2011*-2016

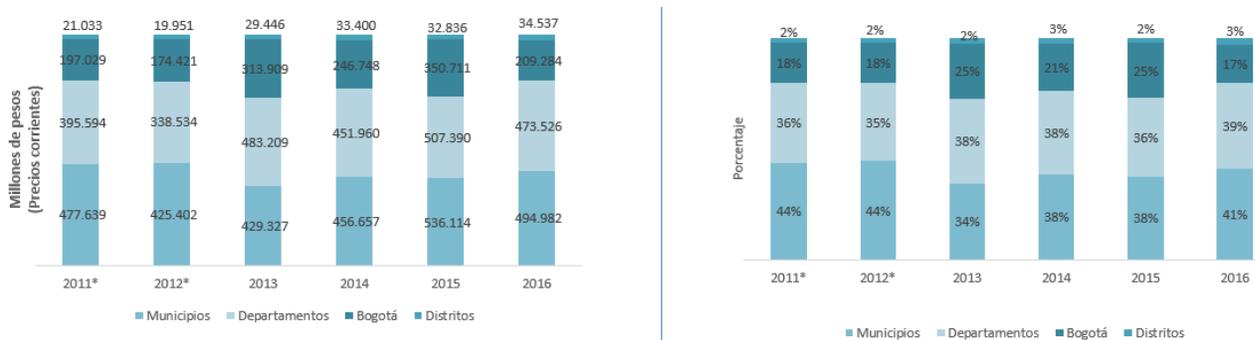


Fuente: MSPS, SPI- cálculos propios

Particularmente, al analizar cómo se distribuye este gasto entre departamentos, municipios, distritos¹¹ y Bogotá (que por el volumen de recursos que maneja se presenta de manera aislada), se nota que, consistentemente a la estructura de distribución de recursos del SGP (ver ¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.) los municipios son quienes más gastan en salud pública.

En promedio para los años 2011 y 2016 estos actores acumulan el 40% de los recursos, aproximadamente 440 mil millones de pesos. En este mismo sentido, los departamentos aglomeran el 37%, Bogotá el 21% y los distritos restantes el 2% del total de lo invertido en salud pública (ver Ilustración 11).

Ilustración 11. Distribución del gasto territorial según tipo de entidad, 2011-2016



Fuente: FUT, SICODIS – cálculos propios

Distribución del gasto territorial

Los recursos de las entidades territoriales de salud pública se concentran en las subcuentas gestión de la salud pública¹² y vida saludable y enfermedades

¹¹ Se tienen en cuenta los distritos Cartagena, Barranquilla y Santa Marta.
¹² Para los años anteriores a 2016, esta categoría se llamaba *Gestión para el desarrollo operativo y funcional del PNSP*.



transmisibles, en donde la primera se asocia los recursos destinados al proceso que realizan las DTS para facilitar la implementación de políticas, planes, programas y proyectos en salud pública en el territorio, que específicamente se relaciona con la dimensión transversal del PDSP “Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la gestión de la salud”¹³. Mientras que la segunda se relaciona con los recursos destinados a mitigar enfermedades emergentes, re-emergentes, desatendidas, inmunoprevenibles y condiciones y situaciones endo-epidémicas, tal como lo señala su dimensión homónima en el PDSP¹⁴.

Es importante notar que esta distribución se encuentra influenciada por la legislación al respecto (Cf. Resolución 518 de 2015), la cual facilita que las entidades territoriales de mayor presupuesto puedan invertir los recursos provenientes del SGP en procesos de gestión¹⁵ (como se mostrará más adelante, estos recursos son los más relevantes a nivel territorial).

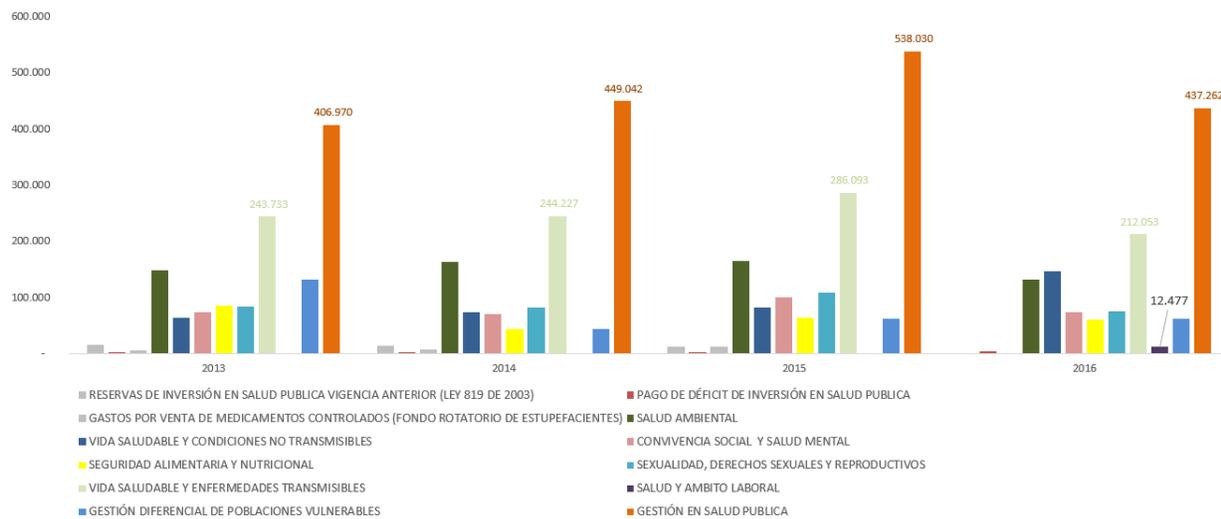
Por otro lado, se destaca que tan solo hasta 2016 se hacen visibles los rubros asignados a la dimensión de salud y ámbito laboral, pues para los años anteriores la división de las cuentas no contenía ninguna que pudiera asociarse a este concepto (ver Ilustración 12).

¹³ Esta dimensión se enfoca en un “conjunto de acciones sectoriales y comunitarias encaminadas a recuperar las capacidades básicas de la autoridad sanitaria en la nación y territorios para actuar como planificadores e integradores de las acciones relacionadas con la producción social de la salud dentro y fuera del sector salud, y de la respuesta propia del sector” (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f., párr. 1).

¹⁴ La dimensión Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles se define como el “conjunto de políticas y acciones transectoriales, sectoriales y comunitarias que permiten materializar el derecho a vivir libre de enfermedades transmisibles en todos los ciclos de la vida y entornos donde viven las personas, familias y comunidades” (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f., párr. 1)

¹⁵ La resolución 518 de 2015 dictaminó que los departamentos y distritos deben destinar entre el 50% y el 70% a dichos procesos, mientras que para los municipios de categorías de la 1 a la 3, entre el 40% y el 60%.

Ilustración 12. Asignación de los recursos de salud pública según dimensiones del PDSP, 2013-2016

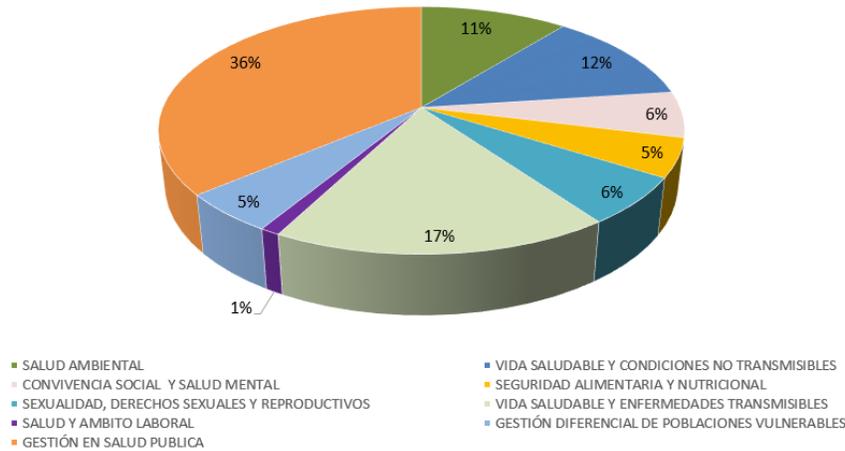


Fuente: FUT, SICODIS – cálculos propios

Una mirada detallada al año 2016 indica que, de manera consistente con el periodo de estudio, la mayor proporción de los recursos destinados a salud pública se dirigen a los procesos de gestión, representando cerca del 36% del monto territorial. Les siguen los recursos asignados a las dimensiones de vida saludable y enfermedades transmisibles con el 17% del total y vida saludable y enfermedades no transmisibles con el 12% de la bolsa. Salud ambiental representa un 11% y las dimensiones de convivencia social y salud mental y sexualidad, derechos sexuales y reproductivos con un 6%.

A su vez las dimensiones de gestión diferencial de poblaciones vulnerables y la de seguridad alimentaria y nutricional agruparon el 5% aproximadamente, cada una. Finalmente, la dimensión de salud y ámbito laboral representó cerca del 1% del total de los recursos de la cuenta de salud pública (ver Ilustración 13).

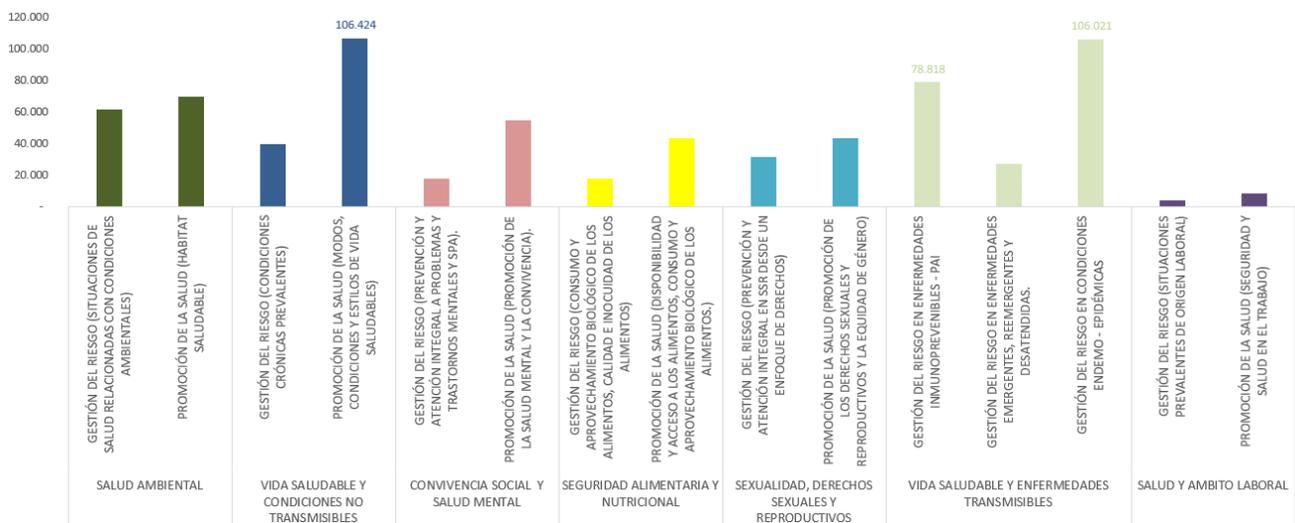
Ilustración 13. Distribución porcentual de los recursos de salud pública según dimensiones del PDSP, 2016



Fuente: FUT, SICODIS – cálculos propios

Al analizar la asignación de los rubros de la cuenta salud pública según componentes de las dimensiones específicas del PDSP, se evidenció que en general la mayor parte de los recursos se canalizan en los componentes de promoción de la salud, exceptuando la dimensión de enfermedades transmisibles, en tanto esta no cuenta con dicho componente de promoción (ver Ilustración 14).

Ilustración 14. Asignación de los recursos de salud pública según componentes de las dimensiones específicas del PDSP, 2016 (millones de pesos – precios corrientes)

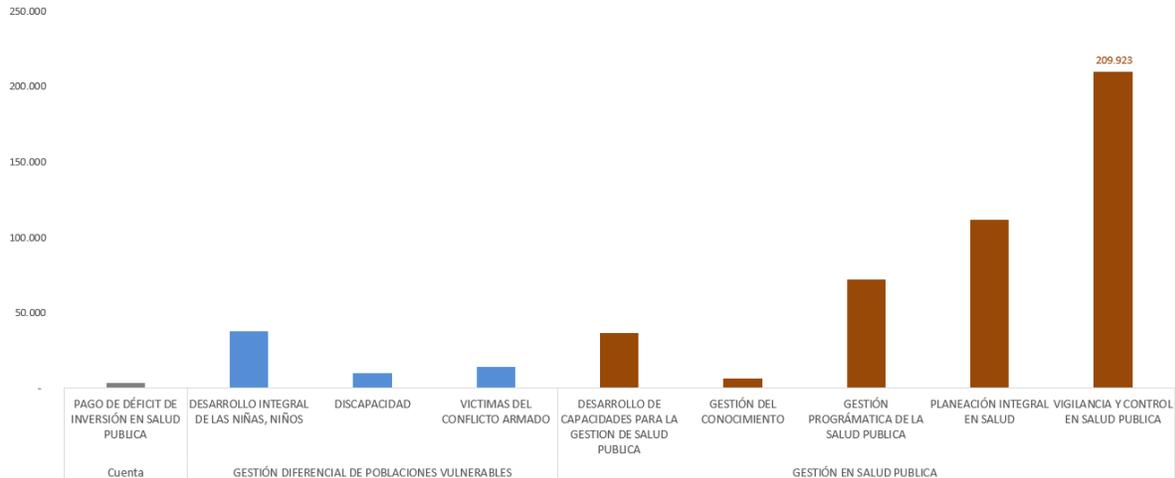


Fuente: FUT, SICODIS – cálculos propios

Complementariamente, la estructura del gasto en las dimensiones transversales establecidas en el PDSP señala que, en la subcuenta de gestión

de la salud pública, los recursos se concentran en vigilancia y control, mientras que en gestión diferencial de poblaciones vulnerables los esfuerzos financieros se dirigen al desarrollo integral de las niñas y niños (ver Ilustración 15).

Ilustración 15. Asignación de los recursos de salud pública según componentes de las dimensiones transversales del PDSP, 2016 (millones de pesos – precios corrientes)



Fuente: FUT, SICODIS – cálculos propios

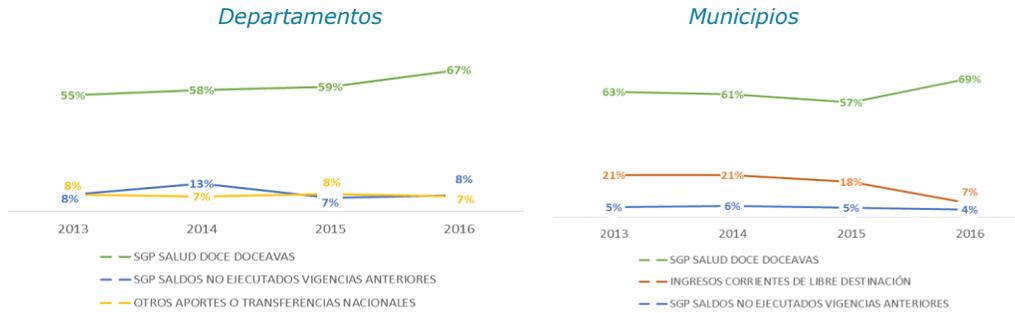
Financiamiento de la salud pública

Al estudiar las fuentes de financiación de la salud pública según lo gastado por este concepto, se evidencia que a nivel departamental tres conceptos representan más del 70% de la financiación de esta bolsa, mientras que en los municipios este mismo número de fuentes constituyen más del 80% (ver Ilustración 16).

Este análisis evidencia que en los departamentos y municipios existe una alta dependencia del SGP, que en general supera el 60% de los recursos que estas entidades disponen en salud pública (incluyendo los saldos no ejecutados en vigencias anteriores). Así mismo, que la segunda fuente de mayor relevancia en los departamentos corresponde a *otros aportes o transferencias nacionales*, que incluyen los montos de destinación específica que traslada el Ministerio a estas entidades (p.e. bancos de leche humana).

Mientras tanto, en los municipios la fuente de financiación más relevante después de los recursos del SGP remite a los *ingresos corrientes de libre destinación*, exceptuando aquellos que provienen de la distribución del SGP para propósito general.

Ilustración 16. Distribución porcentual de la evolución de las principales fuentes de financiación de los recursos de la salud pública a nivel departamental y municipal, 2013-2016

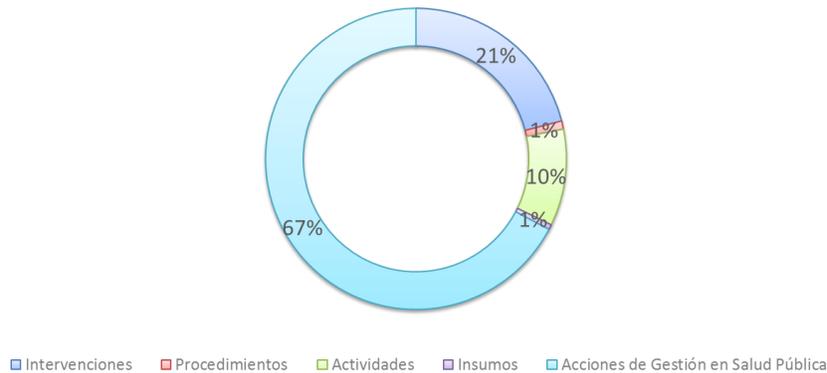


Fuente: FUT, SICODIS – cálculos propios

Gastos en salud pública

Ilustración 17. Estructura general del gasto en salud pública, Colombia 2016.

Costeo PIC Departamentos y Distritos



Fuente: FUT, SICODIS, plataforma de seguimiento a los PTS - cálculos propios

La Ilustración 17 muestra la estructura general del gasto en salud pública de Departamentos y Distritos en Colombia según la información de la plataforma de seguimiento a los PTS del Ministerio de Salud y Protección Social; del total de recursos destinados a salud pública el 67% se destinan a Acciones de gestión, el 21% a Intervenciones, el 10% a Actividades, el 1% a Procedimientos y el 1% a insumos.

A su vez los procesos para la gestión de la salud pública se dividen en: i) coordinación intersectorial, ii) desarrollo de capacidades, iii) gestión administrativa y financiera, iv) gestión del aseguramiento, v) gestión del conocimiento, vi) gestión de insumos de interés en salud pública, vii) gestión del talento humano, viii) gestión de las intervenciones colectivas, ix) gestión de



la prestación de servicios individuales, x) participación social, xi) planeación integral en salud, xii) vigilancia en salud pública, xiii) inspección, vigilancia y control . Las acciones de gestión de la salud pública incluyen los procesos mencionados anteriormente a excepción de los numerales iii), iv), vii) y ix).

Las intervenciones son un conjunto de actividades enmarcadas en la promoción de la salud dirigidas a fortalecer la capacidad de los individuos, familias y comunidades para gestionar sus riesgos en salud, que incluyen: i) Rehabilitación basada en comunidad, Prevención y control de vectores, Conformación y fortalecimiento de redes sociales, comunitarias, sectoriales e intersectoriales, Zonas de orientación y centros de escucha, Información en salud, Educación y comunicación para la salud e Intervención de la población trabajadora informal . El único procedimiento que se habilita en la norma es de Canalización el cual se define como un “conjunto de actividades que se realiza en el marco de la ejecución de otros procedimientos o intervenciones (...) [y que están] orientados a gestionar el acceso efectivo de los individuos, familias y comunidad a los servicios sociales y de salud” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

Las Actividades se dividen en: i) Caracterización social y ambiental, ii) Tamizaje, iii) Jornadas de salud y iv) Vacunación antirrábica. Son un conjunto de acciones llevadas a cabo por la Entidad Territorial para determinar e intervenir posibles afectaciones a la salud de la población. Por último, los Insumos comprenden la adquisición de medicamentos, biológicos y otros insumos en el marco de las intervenciones colectivas.

La Ilustración 18, por su parte, presenta en detalle el Plan de Intervenciones Colectivas que implementaron los Departamentos y Distritos en 2016, según la información disponible en el aplicativo de seguimiento a los PTS. Del 33% de recursos que financian las intervenciones colectivas y que ascienden para Departamentos y Distritos a 234,6 mil millones de pesos, el 64,5% corresponden a Intervenciones, el 30,4% de los recursos corresponden a Actividades y el restante 5% se reparte entre Procedimientos 3% e Insumos 2%. Los rubros individuales más importantes fueron el de Educación y Comunicación en Salud (20%), Conformación y Fortalecimiento de redes sociales, comunitarias, sectoriales e intersectoriales (16,9%) y Jornadas de Salud (16,9%). El Anexo 6 presenta el detalle de las actividades que reportan estas Entidades Territoriales.

Ilustración 18. Costeo del Plan de Intervenciones Colectivas según estructura de la Resolución 518 de 2015.

Departamentos y Distritos (millones de pesos 2016)		
Intervenciones 151.438 64,5%	PIC - Rehabilitación basada en comunidad	3,4%
	PIC - Prevención y control de vectores	10,1%
	PIC - Conformación y fortalecimiento de redes sociales, comunitarias, sectoriales e intersectoriales	16,9%
	PIC - Zonas de orientación y centros de escucha	1,4%
	PIC - Información en salud	10,1%
	PIC - Educación y comunicación en salud	20,3%
	PIC - Intervención de la población trabajadora informal	2,4%
	Procedimientos 7.136 3%	PIC - Canalización
Actividades 71.358 30,4%	PIC - Caracterización social y ambiental	6,8%
	PIC - Tamizaje	3,4%
	PIC - Jornadas de salud	16,9%
	PIC - Vacunación antirrábica	3,4%
Insumos 4.757 2%	PIC - Biológico	1,0%
	PIC - Medicamentos	0,0%
	PIC - Insumos	1,0%
Total recursos		234.690

Fuente: FUT, SICODIS, plataforma de seguimiento a los PTS - cálculos propios

En cuanto a las Acciones de Gestión de la Salud Pública, la cuales comprenden el 67% de los recursos de Departamentos y Municipios la Ilustración 19 muestra el detalle del gasto según la clasificación de las Acciones de Gestión de la Salud Pública de la Resolución 518 de 2015. La principal acción de gestión es la Inspección vigilancia y control que realizan las Entidades Territoriales; en el marco de estas acciones las direcciones territoriales de salud realizan la inspección, vigilancia y control de los establecimientos de preparación, almacenamiento y expendio de alimentos, plazas de mercado, expendios de carne, vehículos para el transporte de alimentos, grandes superficies, entre otras.

Ilustración 19. Costeo de las Acciones de Gestión de la Salud Pública según estructura de la Resolución 518 de 2015.

Departamentos y Distritos (millones de pesos 2016)		
Acciones de Gestión en Salud Pública \$481.657	GSP - Coordinación Intersectorial	3,1%
	GSP - Desarrollo de capacidades	12,6%
	GSP - Gestión del conocimiento	9,4%
	GSP - Gestión de Insumos de interés en Salud Pública	4,7%
	GSP - Gestión de las Intervenciones colectivas	22,0%
	GSP - Participación Social	1,1%
	GSP - Planeación Integral en Salud	7,8%
	GSP - Vigilancia en Salud Pública	9,4%
	GSP - Inspección, Vigilancia y Control	29,8%

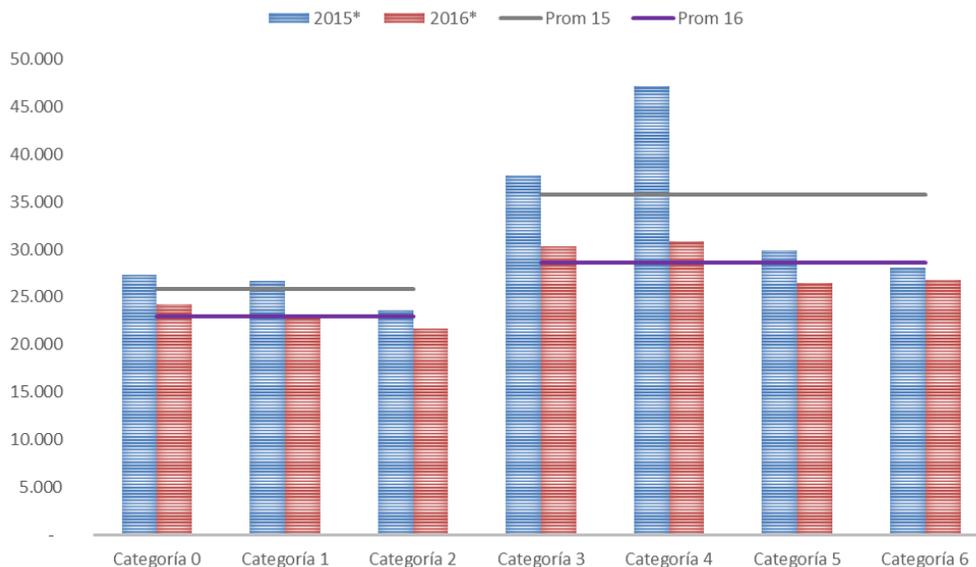
Fuente: FUT, SICODIS, plataforma de seguimiento a los PTS - cálculos propios

Gasto per cápita en salud pública

Complementariamente a los análisis descritos previamente, se procedió a calcular la asignación per cápita de lo gastado en salud pública en el nivel territorial¹⁶. Allí se evidenció que en promedio se destinó a este concepto cerca de 28.500 pesos en el año 2015, y aproximadamente 25.200 pesos en 2016, que consistentemente a los hallazgos previos, de los montos totales en 2015 se ejecutaron mayores recursos en esta cuenta

Al desagregar según categoría municipal¹⁷, se encontró que los municipios de mayor categoría – es decir aquellos con menor capacidad institucional– ejecutan un mayor monto por salud pública per cápita que aquellos de menor categoría. En 2016 los de categoría especial (cero en la ilustración), uno y dos destinaron en promedio 23 mil pesos per cápita, con una desviación estándar de 9 mil pesos; mientras que los municipios de categorías tres, cuatro, cinco y 6 asignaron cerca de 29 mil pesos por persona (ver Ilustración 20).

Ilustración 20. Distribución del gasto en salud pública per cápita según categoría municipal, 2015- 2016



Fuente: FUT, SICODIS – cálculos propios

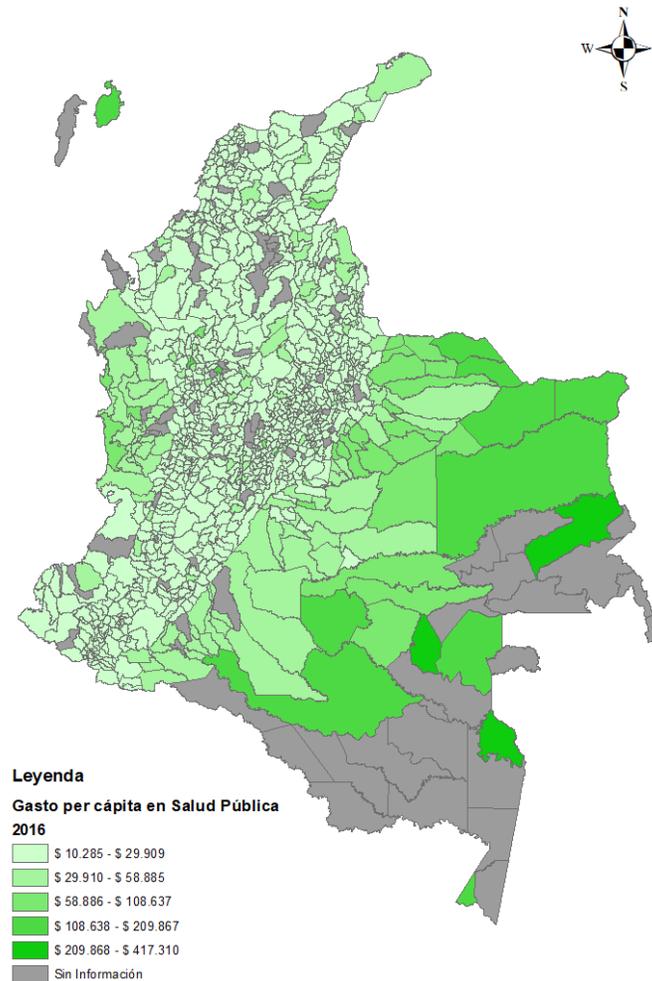
En parte, este comportamiento puede verse asociado a que la mayoría de los municipios se agrupan en la categoría 6 (86%, para 2016), mientras que poblacionalmente, categorías municipales importantes corresponden a la especial (33% en 2016) y la categoría 6 (31% en 2016).

¹⁶ Incluyendo el gasto en que incurren los departamentos.

¹⁷ Corresponden a las categorías asignadas para el año 2017 por la Contaduría General de la Nación (CGN).

Un análisis detallado en 2016 señala que los municipios con mayor gasto por este concepto usualmente se encuentran en las regiones de la Orinoquía y el Amazonas, en donde estos recursos por persona llegan a 417 mil pesos (ver Ilustración 21). Esta asignación se encuentra influenciada por la baja concentración de población en dichos lugares.

Ilustración 21. Distribución espacial del gasto en salud pública per cápita, Total nacional- 2016



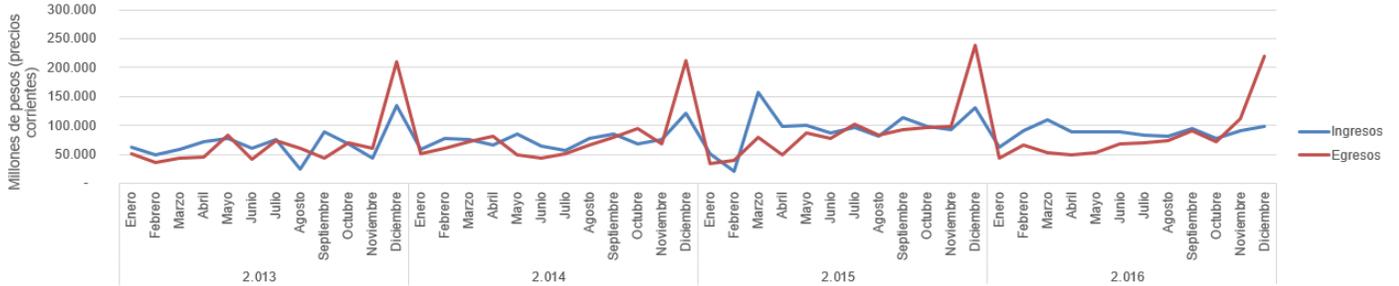
Fuente: FUT, SICODIS – cálculos propios

Flujo y ejecución de los recursos de salud pública

Finalmente, se analizó el comportamiento del flujo de recursos que ingresan en las cuentas maestras de salud pública de las entidades territoriales. Allí se evidenció que, si bien los egresos son relativamente estables en el tiempo,

existe un pico en la ejecución de estos dineros en el mes de diciembre (ver Ilustración 22).

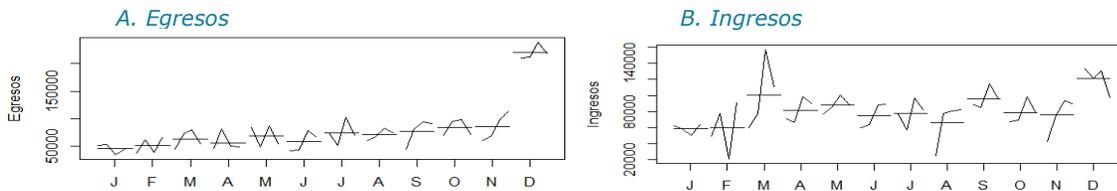
Ilustración 22. Flujo de recursos de las cuentas maestras, 2013-2016



Fuente: Cuentas Maestras – cálculos propios

Estos hallazgos se confirman al realizar un análisis de estacionalidad de los ingresos y los egresos de estos recursos, los cuales permiten visibilizar que, además a lo previamente expuesto, el comportamiento de los ingresos posee dos picos, ubicándose en los meses de marzo y diciembre. Así mismo, que los momentos de menor movimiento se corresponden con los dos primeros meses del año (ver Ilustración 23).

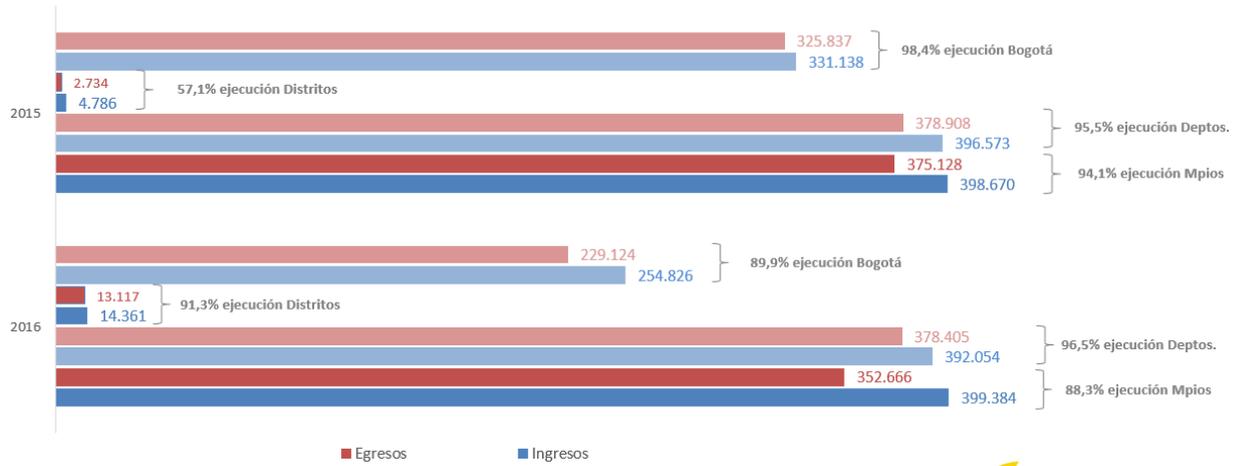
Ilustración 23. Estacionalidad de los ingresos y egresos de las cuentas maestras de salud pública, 2013-2016



Fuente: Cuentas Maestras – cálculos propios

Para cerrar, se estudió la ejecución de estos recursos en los últimos dos años del periodo de análisis, allí el principal resultado señala que en 2015 este indicador fue del 95,7% y en 2016 de 91,8%. En parte, este comportamiento se vio influenciado por la desmejora de este indicador en Bogotá (la entidad territorial que más recursos en salud pública posee) y en los municipios en general (que como se mostró previamente agrupan aproximadamente el 40% de los recursos territoriales), pues pasó de 98,4% en 2015 a 89,9% y de 94,1% a 88,3%, respectivamente (ver Ilustración 24).

Ilustración 24. Ejecución de recursos de las cuentas maestras de salud pública¹⁸



Fuente: Cuentas Maestras – cálculos propios

¹⁸ Los totales pueden diferir con respecto a los presentados en secciones anteriores debido a: i) Las entidades territoriales que registraron información no coinciden en su totalidad con las que registran información en FUT; y ii) La depuración de la información de las cuentas maestras corresponde a un flujo (no se incluyen recursos de vigencias anteriores), mientras que la de FUT a un stock para cada año.



Conclusiones

Las conclusiones del trabajo giran alrededor de tres ejes; en primer lugar, se ubica dentro del marco teórico propuesto por la Organización Mundial para la Salud el proceso que sigue en Colombia la generación del plan de beneficios relacionado con el Plan de Intervenciones Colectivas. Dado que el gasto en salud pública, entendido en el sistema de salud colombiano como el gasto en actividades colectivas y las acciones de gestión de la salud pública, se enmarca esta institucionalidad en las cuatro funciones esenciales de rectoría, generación de recursos, prestación de servicios y financiamiento del sistema de salud. Haciendo un acercamiento a esta última función esencial, la del financiamiento, se conceptualizan tres actividades involucradas: la recolección de fuentes, la mancomunación y la compra de bienes y servicios en salud. Esta forma de entender el gasto en salud pública, consideramos, es un avance importante que permite profundizar en las dinámicas propias del gasto, la eficiencia en la asignación de recursos y los posibles impactos que se pueden desprender sobre la salud poblacional y la calidad de vida.

El segundo conjunto de conclusiones se relaciona con la determinación del gasto total en salud pública; utilizando un conjunto propuesto de filtros y reglas de depuración de datos se estima un monto total del gasto para el 2016 de 1.5 billones de pesos. Este gasto total incluye los recursos del nivel central y los recursos de las Entidades Territoriales. Este gasto calculado tiene la particularidad de que se interesa no solo por los recursos que destinan las entidades territoriales, donde la principal fuente es el Sistema General de Participaciones, sino que adicionalmente contabiliza los recursos que destina el nivel central para apoyar el gasto y garantizar el cumplimiento de las principales metas en salud pública nacionales. Esto es un valor agregado frente a los reportes usuales que se presentan en la materia.

Por último, un tercer conjunto de conclusiones se relaciona con la estructura del gasto de la salud pública en Colombia. Utilizando una base de datos novedosa, la plataforma de seguimiento a los planes territoriales de salud, se estima la composición del gasto en salud pública para los Departamentos y Distritos del país; se responde a la pregunta ¿cómo se gastan o ejecutan los recursos de salud pública en Colombia? Y esto se hace no solo para el gasto descentralizado, sino que también se realiza para el nivel central, de manera comparable utilizando el formato que presenta el anexo técnico de la Resolución 518 de 2015. Lo que se observa es que efectivamente alrededor del 67% de los recursos se destinan a las acciones de gestión de la salud pública, en concordancia con lo establecido en dicha Resolución, que el 64% del PIC se destina a Intervenciones, esto es actividades en salud tendientes a promover un empoderamiento de la población para gestionar de mejor manera sus problemas de salud, lo que podría denominarse como promoción de la salud, propiamente dicha; el 30,4% de los recursos del PIC se destina a



Actividades, esto es intervenciones en salud realizadas por la ET donde principalmente se reportan Jornadas de Salud y Caracterización Social y Ambiental. El resto de los recursos se destinan a Procedimientos e Insumos. Sobre la ejecución puede constatarse que existen estacionalidades el gasto y del ingreso en los meses de diciembre y que las ejecuciones son superiores al 92% del ingreso corriente.



Bibliografía

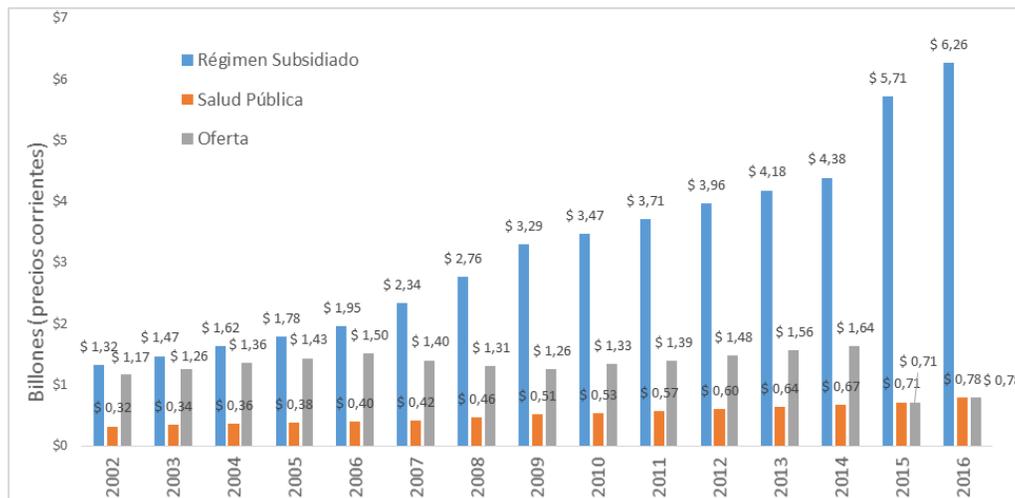
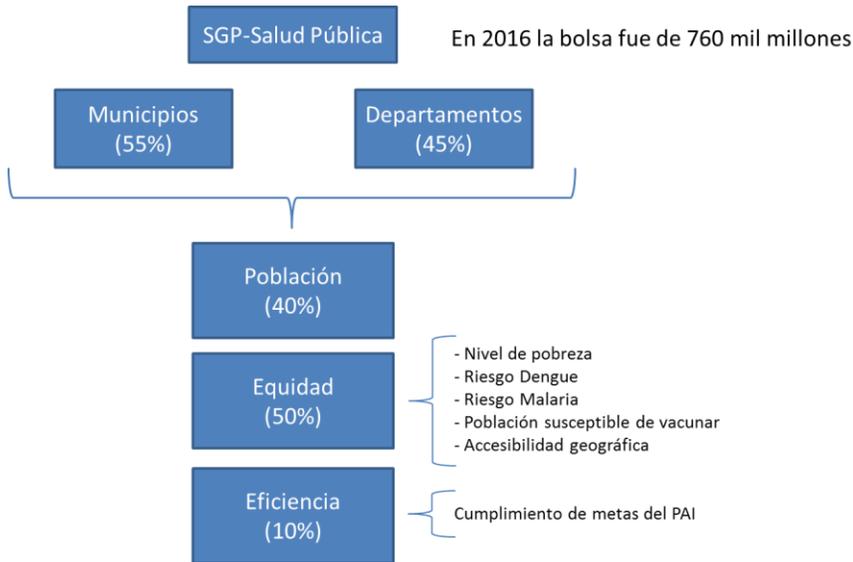
- Bonet, J., Pérez, G., & Ayala, J. (julio de 2014). Contexto histórico y evolución del SGP en Colombia. *Documentos de Trabajo sobre Economía Regional*(205), 72.
- Consultor salud. (s.f.). *Biblioteca*. Obtenido de <http://www.consultorsalud.com/section/biblioteca>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2018). *Boletín técnico. Cuenta satélite de salud 2016(p), 2017(p)*. Obtenido de http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/pib/css/BL_cuenta_satelite_de_salud_2016pro-2017pre.pdf
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (s.f.). *Glosario Cuentas Nacionales Anuales*. Recuperado el 20 de 11 de 2018, de <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/cuentas-nacionales/cuentas-nacionales-anuales/glosario-cuentas-nacionales-anuales>
- Departamento Nacional de Planeación. (s.f.). *SICODIS*. Obtenido de <https://sicodis.dnp.gov.co/Logon.aspx>
- Kutzin, J. (2013). Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. *Bull World Health Organization*.
- Londoño, J. L., & Frenk, J. (1997). Pluralismo estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. *Banco Interamericano de Desarrollo. Documento de Trabajo*, 32.
- Ministerio de salud y protección social. (s.f.). *Dimensión Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles*. Recuperado el 1 de 10 de 2018, de <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/Dimension-Vida-Saludable-y-Enfermedades-Transmisibles.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. La salud en Colombia la construyes tú*. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Resolución 1841. Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud 2012-2021*.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Estrategia PASE a la equidad en salud. Lineamientos conceptuales*. Bogotá, D.C.: Imprenta Nacional de Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Resolución 1536. Por el cual se establecen disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud*. Bogotá.



- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Resolución 518 de 2015. Por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas - PIC*. Bogotá.
- Ministerio de salud y protección social. (2017). Fuentes y usos de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. *Cifras financieras del sector salud*, 13, 1-10.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). *Dimensión Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles*. Recuperado el 20 de 11 de 2018, de <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/Dimension-Vida-Saludable-y-Enfermedades-Transmisibles.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). *Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la gestión de la salud*. Recuperado el 20 de 11 de 2018, de <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/Gestion-para-el-fortalecimiento-institucional-y-de-los-servicios-de-salud.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). *Gestión de la salud pública*. Recuperado el 20 de 11 de 2018
- Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). *Informe al Congreso de la República cuatrenio 2014-2018*. Recuperado el 20 de 11 de 2018 de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/Informe-congreso-2014-2018-2017-2018.pdf>
- Morra, L., & Rist, R. (2009). *The road to results: designing and conducting effective development evaluations*. Washington DC: The World Bank.
- O'Donnell, O., van Doorslaer, E., Wagstaff, A., & Lindelow, M. (2008). *Analyzing Health Equity Using Household Survey Data: A Guide to Techniques and Their Implementation*. Washington: The World Bank. doi:10.1596/978-0-8213-6933-3
- OECD, Eurostat, Organización Mundial de la Salud. (2017). *A System of Health Accounts 2011: Revised edition*. Paris: OECD Publishing. Obtenido de https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/a-system-of-health-accounts-2011_9789264270985-en
- Orozco-Gallo, A. (2015). Un análisis del gasto público en salud de los entes territoriales colombianos. *Documentos de trabajo sobre Economía Regional Banco de la República sucursal Cartagena*, 1-52.

Anexos

Anexo 1. Distribución del Sistema General de Participaciones



Anexo 2. Cadena de valor del gasto en salud pública en Colombia.

Hoja de cálculo disponible escribiendo al correo:

papelesensalud@minsalud.gov.co



Anexo 3. Secuencia metodológica para la planeación integral en salud.

Proceso	Momento	Paso	Actividad
1. Primer proceso: Alistamiento institucional	1. Momento de organizar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Generación de condiciones político-institucionales. 2. Definición de recursos para la planeación integral en salud (PTS) 3. Sondeo de información y análisis de situación en salud (ASIS) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Incidencia y diálogo político 2. Designación de equipo técnico 3. Elaboración plan y cronograma de trabajo 4. Caracterización de actores 5. Identificación de recursos disponibles 6. Elaboración-actualización de ASIS y caracterización de población afiliada a las EAPB 7. Sondeo de instrumentos de planeación vigentes.
	2. Momento de dinamizar	<ol style="list-style-type: none"> 4. Movilización de actores institucionales 5. Movilización de actores comunitarios 	<ol style="list-style-type: none"> 8. Convocatoria actores institucionales 9. Sensibilización para la participación den la planeación integral en salud 10. Convocatoria actores comunitarios 11. Sensibilización para la participación en la planeación integral en salud
2. Segundo proceso: Ruta lógica para la formulación de planes territoriales de salud	1. Momento de identificar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reconocimiento inicial del territorio y su dinámica demográfica 2. Reconocimiento de las condiciones básicas de salud e implicaciones de las dinámicas PASE para la planeación integral en salud 3. Identificación de tensiones en salud presentes en el territorio. 4. Proyección de tensiones si no se intervienen y priorizan para comprensión 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reconocimiento de la base físico espacial del territorio 2. Reconocimiento de la dinámica demográfica básica. 3. Reconocimiento de las dinámicas básicas PASE 4. Reconocimiento de las condiciones básicas de salud y ASIS. 5. Reconocimiento de implicaciones de las dinámicas PASE para la planeación integral en salud 6. Identificación de tenseion en salud 7. Valoración y validación de tensiones. 8. Proyección tendencial de tensiones, valoración final y priorización para la comprensión
	2. Momento de comprender	<ol style="list-style-type: none"> 5. Construcción de la configuración actual del territorio 6. Identificación de ventajas y oportunidades del territorio. 	<ol style="list-style-type: none"> 9. Espacialización de las tensiones presentes en el territorio. 10. Identificación de racimos y ejes estructurantes de la situación actual en salud 11. Descripción de la configuración actual y construcción de la metáfora que la identifica. 12. Identificación de ventajas y oportunidades en salud.



		<p>7. Construcción de la configuración deseada</p> <p>8. Transformación esperada de tensiones y priorización para respuesta.</p>	<p>13. Descripción de la configuración deseada y construcción de la metáfora que la identifica.</p> <p>14. Descripción y valoración de las tensiones cuando hayan sido superadas y priorización para respuesta.</p>
	3. Momento de responder	<p>9. Construcción del componente estratégico del PTS</p> <p>10. Construcción del componente de inversión plurianual</p>	<p>15. Definición de la visión de salud</p> <p>16. Definición de objetivos (desafíos) y metas estratégicas del PTS</p> <p>17. Vinculación de objetivos (desafíos) y metas del PTS con objetivos y metas estratégicas del PDSP 2021</p> <p>18. Identificación de la cadena de valor público en salud: objetivos y metas sanitarias de dimensión (resultado) y componente (producto)</p> <p>19. Vinculación de objetivos sanitarios de componente (producto) con las metas y estrategias del PDSP 2021</p> <p>20. Definición de programas y subprogramas del PTS.</p> <p>21. Proyección de recursos, fuentes y responsables del PTS.</p> <p>22. Aprobación del PTS.</p>
3. Tercer proceso: Gestión operativa	<p>1. Momento de programar</p>	<p>1. Elaboración Componente Operativo Anual de Inversiones (COAI)</p> <p>2. Elaboración Plan de Acción en Salud (PAS)</p>	<p>1. Identificación de insumos para la programación de recursos.</p> <p>2. Consolidación del COAI en salud</p> <p>3. Socialización y aprobación del COAI en Concejo de Gobierno.</p> <p>4. Revisión de insumos para la elaboración del Plan de Acción en Salud (PAS)</p> <p>5. Elaboración y consolidación del Plan de Acción en Salud (PAS)</p> <p>6. Aprobación del Plan de Acción en Salud (PAS)</p>
4. Cuarto proceso: Monitoreo y evaluación	<p>1. Momento de monitorear</p> <p>2. Momento de evaluar</p>		
5. Quinto proceso: Rendición de cuentas	<p>1. Momento de organizar</p> <p>2. Momento de socializar</p>		



Anexo 4. Campos de la Plataforma Sispro de seguimiento a los Planes Territoriales de Salud.

Campo	Detalle
Objetivos Estratégicos del PTS	Uno de los tres objetivos estratégicos del PDSP que se relaciona con las actividades programadas.
Dimensión PDSP	Dimensión del PDSP con la cual se relaciona la actividad programada
Resultado	Objetivos y metas sanitarias de dimensión
Programa	Programa del Plan Territorial de Salud
Meta Sanitaria del componente o meta de producto	Objetivos y metas sanitarias de producto
Valor apropiación año 2016 (en pesos)	Valor correspondiente a los recursos que se van a ejecutar en la implementación de cada proyecto.
Fuente de Financiación Real	Fuentes de los recursos con los cuales serán ejecutados los proyectos de inversión.
Valor apropiación fuente año 2016 (en pesos)	Valor correspondiente a los recursos que se van a ejecutar provenientes de las fuentes de recursos.
Descripción de la Actividad	Detalle de la actividad que se programa
Cantidad Programada año 2016	Número que hace referencia a los recursos que se utilizarán en la actividad programada.
Unidad de Medida	Detalla la métrica a utilizar para definir la cantidad de recursos utilizados en la actividad.
Trimestre 1	Planificación trimestral de las actividades a desarrollar.
Trimestre 2	
Trimestre 3	
Trimestre 4	
Código Rubro Presupuestal	Rubros presupuestales según los lineamientos de las secretarías de hacienda, planeación o quien haga sus veces.
Línea Operativa PDSP	Una de las tres líneas operativas definidas por el PDSP: i) promoción de la salud, ii) gestión del riesgo en salud, iii) gestión de la salud pública.
Categoría Operativa PDSP	Categoría según Resolución 518 de 2015
Fuente de Financiación	Fuente de los recursos con los cuales se llevarán a cabo las actividades programadas
Subcategoría Fuente de Financiación	Detalle de la fuente de recursos con los cuales se llevarán a cabo las actividades programadas.
FUT	Código FUT con el cual se lleva el registro.
Total Recursos Programados (en pesos)	Total recursos programados para las actividades.
Responsable Dependencia	Dependencia responsable de la actividad.
Responsable Cargo	Cargo de la persona responsable de la actividad.
Nombres y Apellidos	Nombre de la persona responsable de la actividad.

Anexo 5. Gasto en inversión del Ministerio de Salud y Protección Social según clasificación de la Resolución 518 de 2015.

Ministerio de Salud y Protección Social (millones de pesos 2016)		
	PIC - Rehabilitación basada en comunidad	
	PIC - Prevención y control de vectores	11% ETV
Intervenciones	PIC - Conformación y fortalecimiento de redes sociales, comunitarias, sectoriales e intersectoriales	
	43.066	
	13%	
	PIC - Zonas de orientación y centros de escucha	
	PIC - Información en salud	
	PIC - Educación y comunicación en salud	2% Estrategia comunicación
	PIC - Intervención de la población trabajadora informal	
Procedimientos		
0	PIC - Canalización	
0%		
Actividades	PIC - Caracterización social y ambiental	
	0	
	0%	
	PIC - Jornadas de salud	
	PIC - Vacunación antirrábica	
Insumos	PIC - Biológico	42% PAI
140.706	PIC - Medicamentos	
42%	PIC - Insumos	
Acciones de Gestión en Salud Pública	GSP - Coordinación Intersectorial	
	GSP - Desarrollo de capacidades	12% Becas, Conflicto
	GSP - Gestión del conocimiento	8% Sispro, IETS
	GSP - Gestión de Insumos de interés en Salud Pública	
	GSP - Gestión de las Intervenciones colectivas	15% PyP, Lepra, Tuberculosis
	GSP - Participación Social	
	GSP - Planeación Integral en Salud	7% Epidemiología
	GSP - Vigilancia en Salud Pública	
GSP - Inspección, Vigilancia y Control		
Otros	Otros	2%
Total recursos		332.306



Anexo 6. Detalle de actividades Plan de Intervenciones Colectivas Departamentos y Distritos

Detalle de actividades Plan de Intervenciones Colectivas Departamentos y Distritos		
Intervenciones	PIC - Rehabilitación basada en comunidad	Campañas, Realización de exámenes médicos (p.e. citología). Fortalecer redes de apoyo de pacientes
	PIC - Prevención y control de vectores	
	PIC - Conformación y fortalecimiento de redes sociales, comunitarias, sectoriales e intersectoriales	EGI Enfermedades de Transmisión Vectorial, COMBI Fomentar, conformar y fortalecer grupos de apoyo para pacientes y de redes comunitarias, Reuniones con grupos y asociaciones de enfermos, Visitas de seguimiento, Mesas de trabajo intersectoriales, Seguimiento y monitoreo.
	PIC - Zonas de orientación y centros de escucha	Establecimiento y fortalecimiento de zonas de escucha
	PIC - Información en salud	Jornadas socialización (consumo alcohol, pol. Pública discapacidad). Charlas (zoonosis, promoción estilos de vida saludable). Kit didácticos (autocuidado y autoprotección niños, niñas y adolescentes). Inspecciones domiciliarias (criaderos de mosquitos). Asistencia SAN
	PIC - Educación y comunicación en salud	Campañas comunicativas, Realización de encuentros, visitas.
	PIC - Intervención de la población trabajadora informal	Diagnósticos, Acciones para disminuir factores de riesgo
Procedimientos	PIC - Canalización	Canalización gestantes, lactantes, niños menores de 5 años. Lactancia materna exclusiva . Seguimiento nutricional . PAPSIVI , canalizar población susceptible de vacunar . Notificación y verificación de casos de cáncer de seno . Visitas domiciliarias para la identificación y eliminación de factores de riesgo
Actividades	PIC - Caracterización social y ambiental	Levantamiento y sistematización de información, Formulación y aplicación de encuestas/censos, Visitas, Elaborar informes y mapas, Generar y actualizar bases de datos, Ejecución de actividades de IVC alrededor de temas ambientales
	PIC - Tamizaje	Detección temprana cáncer, pruebas rápidas para trabajadoras sexuales (VIH, sífilis)
	PIC - Jornadas de salud	P y p (vacunación, derechos sexuales); Identificación de la pob. en riesgo
	PIC - Vacunación antirrábica	Vacunación (canina, felina), Jornadas vacunación, Insumos elementos de apoyo, Zoonosis
Insumos	PIC - Biológico	Centros de acopio (conservación y distribución de biológicos - mantenimiento), transporte, monitoreo, jornadas de salud
	PIC - Medicamentos	Centro de acopio PAI, acciones p y p. Red de frío. Transporte biológicos
	PIC - Insumos	Gestión, adquisición y distribución, Visitas, IVC, Elaboración de formatos y/o actas



Anexo 7. Detalle de actividades Plan de Intervenciones Colectivas Departamentos y Distritos

Acciones de Gestión en Salud Pública	GSP - Coordinación Intersectorial	Diseñar, implementar y ejecutar comisiones intersectoriales locales, Mesas de trabajo, Monitoreo de acuerdos intersectoriales, Desarrollo de proyectos colaborativos, Realización de encuentros - seminarios (transferencia de conocimiento), Capacitaciones (Rutas integrales de atención en salud, inspección sanitaria, prevención enfermedades), Concurrencia en las acciones de vigilancia, Localización y caracterización de pacientes, Caracterización personal Realización de auditorías Compra de equipos, muebles y enseres
	GSP - Desarrollo de capacidades	Asistencia técnica (UPGD, PTS, EGI, APS, Doc Red); Capacitación (GPC, salud infantil, red de lab.)
	GSP - Gestión del conocimiento	Actualización ASIS , Control epidemiológico ETV, Sistemas de Infomación , Información vacunas
	GSP - Gestión de Insumos de interés en Salud Pública	Adquisición, distribución y dotación, Establecer lineamientos, Inventariar, Realización de mantenimiento, Desarrollo de planes Monitorear, evaluar, realizar auditorías, Realizar encuentros
	GSP - Gestión de las Intervenciones colectivas	Implementación de estrategias, Seguimiento y monitoreo a actividades desarrolladas, Análisis de información, Realización de informes, Visitas domiciliarias y a establecimientos, Actividades de promoción y prevención, Campañas educativas - desarrollar capacidades, Responder solicitudes de la comunidad, Asistencia técnica, Tamizaje
	GSP - Participación Social	Promoción participación ciudadana (asociaciones de usuarios, PQR, atención psicosocial)
	GSP - Planeación Integral en Salud	Capacitación; Asistencia técnica; Seguimiento (PTS, PA, ejecución PIC); Sistemas Información
	GSP - Vigilancia en Salud Pública	Tomar, recepcionar, verificar, analizar y /o direccionar muestras biológicas , Búsqueda de enfermedades de interés, Seguimiento a casos (personas) -notificaciones SIVIGILA , Visitas de acompañamiento y seguimiento (instituciones), Atender la presencia de brotes, epidemias y virus. , Realización de informes, boletines estadísticos y mapas de riesgo, Construcción, actualización del ASIS , Destrucción de productos fraudulentos , Asistencia técnica – talleres, Contratación, Sostenimiento de equipos de reacción inmediata, Alistamiento de insumos para el laboratorio, Fortalecimiento reporte estadísticas (p.e. SIVIGILA)
GSP - Inspección, Vigilancia y Control	Visitas a establecimientos, sistemas de abastecimiento de agua, ESE, IPS, ARL, acueductos, Análisis de información, Tramitar avales, asistencia técnica, Redacción de informes, Toma y envío de muestras	