

Documento Conpes 064

**República de Colombia
Departamento Nacional de Planeación**

MODIFICACIÓN A LA DISTRIBUCIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES – SECTOR SALUD- APROBADA POR EL CONPES SOCIAL 57 y 63 DE 2002

**Ministerio de Salud
DNP: DDS**

Versión aprobada

Bogotá, D.C., 22 de octubre de 2002

INTRODUCCIÓN

Este documento somete a consideración del Conpes para la política social una modificación a la distribución de la Participación para Salud del Sistema General de Participación es (SGP) aprobada por el Conpes Social 57 y 63 de 2002. Se propone un ajuste de los recursos destinados al componente de prestación de servicios (servicios orientados a atender la población pobre en lo no cubierto con subsidios ala demanda). Este ajuste obedece a cuatro razones: (i) diferencias entre las asignaciones reportadas para aportes patronales en las entidades territoriales y las certificadas por el Ministerio de Salud ¹; (ii) certificación de aportes patronales en algunos municipios de Boyacá y Bolívar, cuyo reporte estaba pendiente de acuerdo a lo previsto en el numeral 3 del Conpes Social 63²; (iii) certificación de algunos municipios de Cundinamarca como municipios descentralizados, por parte de este departamento³; y iv) el ahorro generado en aportes patronales en los municipios de El Espinal y Saldaña y en el departamento de Tolima por efectos de reestructuración⁴, que modifica dichos aportes y la redistribución de los excedentes entre el departamento y los municipios.

I. ANTECEDENTES

Con base en la Ley 715 de 2001 y en el Decreto 159 de 2002, el documento Conpes Social 63 ajustó la distribución de los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud (SGPS) realizada mediante documento Conpes Social 57 de 2002.

Los ajustes contemplados en el Conpes Social 63 se originaron básicamente por: i) la desagregación de los aportes patronales en los municipios descentralizados, ii) y por la inclusión de municipios descentralizados no tenidos en cuenta en el Conpes Social 57 y iii) por los excedentes de recursos generados por el recálculo de los aportes patronales.

Dado lo anterior y teniendo en cuenta que, en el transcurso del presente año, la información de aportes patronales ha venido siendo ajustada y certificada por el Ministerio de Salud al DNP, se reasignan los recursos por concepto de aportes patronales y excedentes en las entidades territoriales donde se presentan las variaciones según las respectivas certificaciones. Los distintos casos y procedimientos se describen en la siguiente sección.

¹ la información fue recibida el 5 de septiembre de 2002, para los departamentos de Santander y Magdalena.

² la información fue recibida el 16 de octubre de 2002.

³ la información fue recibida el 18 de octubre de 2002

⁴ la información fue certificada el 16 de octubre de 2002.

II. AJUSTE A LA DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES PARA SALUD DE LA VIGENCIA 2002

Las asignaciones realizadas en el documento Conpes Social 63, requieren ajustes de acuerdo con los siguientes casos:

Caso No. 1:

Ajuste del valor de los aportes patronales asignados en el Conpes Social 63, para los departamentos de Santander y Magdalena. El ajuste se realiza de conformidad con los valores certificados por el Ministerio de Salud en septiembre del presente año y los ajustes de la información ocasionan una redistribución de los excedentes en el departamento de Magdalena.

Procedimiento:

En Santander, el valor del aporte patronal de los municipios de Puente Nacional y Aratoca, certificado por el Ministerio de Salud, es menor a lo asignado en el Conpes 63 razón por la cual la diferencia se asigna al Departamento de Santander.

Para el caso de Magdalena, a partir del valor certificado por el Ministerio de Salud, se corrigieron los aportes patronales de los municipios de Salamina y Chivolo. Ya que dichos valores son mayores a los inicialmente comunicados. Esto lleva a ajustar el valor correspondiente a cada municipio y reducir el valor del aporte patronal en cabeza del departamento por la cifra respectiva. Como resultado, el valor asignado por los conceptos de prestación de servicios de primer nivel y de aportes patronales es mayor a los valores indicativos que les corresponden a los municipios de Salamina y Chivolo, ocasionado con ello una redistribución de los excedentes inicialmente asignados en el Conpes Social 63. Cabe señalar que de acuerdo con este los excedentes se asignan entre aquellos municipios que presentan un menor valor al indicativo, de la siguiente forma :

* Los recursos del SGPS para la prestación de servicios de salud de la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, se dividieron entre la población pobre por atender del país, dando como resultado un valor per cápita promedio. Este valor per cápita se multiplica por la población pobre por atender en cada municipio, corregimiento departamental y distrito, ajustándola por el índice de dispersión poblacional, y un factor que pondera los servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS) Subsidiado.

** Para el caso que se analiza, corresponde a los municipios que a 31 de julio de 2001, se descentralizaron y asumieron la prestación del servicio.

Se comparó en cada caso el valor resultante de sumar los aportes patronales más lo asignado por prestación de servicios (B) con el valor que le correspondería al municipio antes de descontar los aportes patronales (A). Luego se calculó la diferencia (A – B) para ser compensada a cada municipio. Si los excedentes disponibles para distribuir no fueran suficientes, la compensación se hace en proporción a la diferencia correspondiente a cada municipio.

Caso No. 2:

Ajuste a la distribución de aportes patronales y, en consecuencia, de los excedentes para los departamentos de Bolívar y Boyacá. Lo anterior debido a que dichos departamentos reportaron recientemente al Ministerio de Salud los aportes patronales para la vigencia 2002 correspondientes a municipios descentralizados que no se incluyeron en los documentos Conpes Social 57 y 63.

Procedimiento:

Se asignó el valor del aporte patronal, certificado por el Ministerio, a cada municipio y el valor respectivo se descontó del valor del aporte patronal del departamento respectivo, dando como resultado un ajuste en la distribución de los excedentes en estos departamentos. La distribución de dichos excedentes se realizó de igual forma que en el caso 1.

Caso No. 3:

Ajuste a la distribución de aportes patronales en el departamento de Cundinamarca. Lo anterior debido a que dicho departamento reportó al Ministerio de Salud los aportes patronales para la vigencia 2002 de algunos municipios que no habían sido certificados como descentralizados y por tanto no fueron contemplados en los Conpes Social 57 y 63.

Procedimiento:

Se asignó el valor del aporte patronal certificado por el Ministerio para cada municipio y el valor respectivo se descontó del valor del aporte patronal de este departamento.

Caso No. 4:

Ahorro generado en la presente vigencia en el valor de los costos laborales o aportes patronales como consecuencia del desarrollo de procesos de reestructuración de hospitales públicos. En virtud del párrafo 2 del artículo 49 de la ley 715 de 2001, este ahorro pertenece a las entidades territoriales que lo generen. Al momento de la expedición de este documento Conpes Social, este caso sólo aplica al departamento de Tolima y los municipios de El Espinal y Saldaña.

Procedimiento:

Al valor asignado por concepto de aporte patronal mediante Conpes Social 63, se le descontó el valor del ahorro generado por reestructuración, recalculando nuevamente la distribución de los excedentes entre los municipios correspondientes. La distribución de los excedentes se realizó de igual forma que en el caso 1.

La distribución ajustada del SGPS para los componentes de prestación de servicios, aportes patronales, y los excedentes, se presentan en el Anexo No. 1 para los departamentos de Bolívar, Boyacá, Cundinamarca, Magdalena, Santander y Tolima y en el Anexo 2 para los respectivos municipios que presentaron ajustes.

Con la distribución pendiente de la última doceava del SGPS se ajustará en forma definitiva la distribución de la presente vigencia. En caso de encontrarse para un municipio o departamento, una asignación definitiva para 2002 superior a la ordenada en la Ley 715, se procederá a descontar el excedente en la siguiente vigencia según lo establecido en el artículo 86.

III. RECOMENDACIONES

Con base en las consideraciones anteriores, el Ministerio de Salud y el Departamento Nacional de Planeación recomiendan al Conpes:

1. Solicitar al Ministerio de Salud:

- a. Ajustar las certificaciones de giro subsiguientes a la aprobación de este Conpes Social, según corresponda.

- b. Solicitar a los departamentos concurrir con los recursos del SGPS para la prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, de acuerdo a las necesidades de financiamiento en cada uno de los municipios de su jurisdicción.
- 2. Solicitar a la Dirección de Desarrollo Territorial del Departamento Nacional de Planeación comunicar a las entidades territoriales afectadas, el monto correspondiente a sus respectivas participaciones ajustadas para la vigencia 2002, conforme a los valores señalados en los Anexos No. 1 y 2 del presente documento.
- 3. Solicitar al departamento de Tolima y a los municipios de su jurisdicción que durante el 2002 generaron un ahorro en el valor de aportes patronales, disponer de dichos recursos para la prestación de servicios de acuerdo a sus prioridades.
- 4. Solicitar al Ministerio de Hacienda y Crédito Público comunicar al Departamento Nacional de Planeación el valor de la última doceava pendiente por distribuir, para efectos de la distribución inicial del SGP del año 2003.

Documento Conpes 3204

**República de Colombia
Departamento Nacional de Planeación**

**POLÍTICA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA EL SISTEMA DE SEGURIDAD
SOCIAL EN SALUD Y ASIGNACIÓN DE RECURSOS DEL PRESUPUESTO
GENERAL DE LA NACIÓN PARA LA MODERNIZACIÓN DE LOS HOSPITALES
PÚBLICOS**

**DNP: DDS - SS
Ministerio de Salud
Ministerio de Hacienda y Crédito Público**

Versión aprobada

Bogotá D.C., 06 de Noviembre de 2002

INTRODUCCIÓN

Este documento somete a consideración del CONPES, el marco general de la política de prestación de servicios para el Sistema General de Seguridad Social en Salud y la prioridad del proceso de modernización de los hospitales públicos en la asignación de recursos del presupuesto general de la Nación, que contribuya: (i) a disminuir el impacto negativo del gasto hospitalario en el déficit fiscal territorial, (ii) al desempeño de los hospitales públicos dentro del mercado en condiciones de eficiencia, eficacia y calidad y (iii) a favorecer la ampliación progresiva de la cobertura de aseguramiento en salud de la población pobre del país.

I. ANTECEDENTES

La reforma del sector salud empezó en 1993 buscando solucionar una situación de ineficiencia, inequidad, baja cobertura y mala calidad en la prestación de los servicios, generados por: a) el débil desarrollo de la seguridad social que solo cobijaba a los trabajadores de las empresas privadas y de las entidades del sector público, sin cobertura familiar¹; b) la asignación de gran parte de los recursos públicos del sector para el financiamiento de un gasto hospitalario con bajos niveles de ocupación²; c) la concentración de dicho gasto en entidades hospitalarias con mayor tecnología, lo que incentivaba la demanda por servicios más costosos y se asociaba a mayores tiempos de espera para la atención³; d) el importante nivel del gasto privado en salud que suplía la falta de cobertura de los servicios de salud públicos y de la seguridad social, con notable impacto en el gasto de las familias, en especial las de menores recursos.

¹ en 1992, los costos de las atenciones de salud fueron cubiertos en un 24% por el subsistema público a través de sus hospitales; el 17.4% por las entidades del subsistema de la seguridad social (ISS y Cajas de Previsión); un 6% por seguros privados y empresariales; el 34% por el mismo enfermo y el 18% restante no tuvo acceso a los servicios de salud. Estas diferencias persistían en las áreas urbana y rural.

² la asignación de recursos del sector público se realizaba de tal manera que a los hospitales más grandes (universitarios, especializados o de mayor tecnología) y a las instituciones que generaban mayores gastos, les correspondía la mayor parte de los recursos sin que el volumen de gastos coincidiera con la cantidad de servicios y su calidad. De la misma manera, los hospitales que presentaban superávit en una vigencia sufrían recortes de presupuesto similares a la cuantía de tal excedente, mientras que las instituciones deficitarias eran premiadas con incrementos presupuestales en las vigencias siguientes.

³ se encontraban profundas discordancias entre la oferta hospitalaria y las necesidades y demandas de la población, determinadas especialmente por la baja *capacidad resolutiva* (capacidad para atender y solucionar el problema de salud que originaba la consulta), así como deficiencias en la calidad, accesibilidad y oportunidad, presentes en las instituciones hospitalarias locales. A pesar de que, en el primer nivel de atención, debería resolverse alrededor del 80% de los problemas de salud, el porcentaje de ocupación de los hospitales locales era del 35.7%, mientras que en el tercer nivel (hospitales universitarios, especializados o de mayor tecnología) era del 74.1%. Sólo el 27% de los casos tratados en hospitales especializados correspondían a problemas de salud que debían ser atendidos en ese nivel de atención, mientras que el 73% podría haberse tratado en hospitales locales o aun ambulatoriamente.

A su vez, la reforma se enmarcó dentro del proceso de descentralización territorial e institucional del sector, que comenzó con la Ley 10 de 1990, fue impulsado por la Constitución Política de 1991 y se concretó con la Ley 60 de 1993 (Ley de Competencias y Recursos), en lo relacionado con las transferencias territoriales.

Posteriormente, se expidió la Ley 100 de 1993 que definió tres objetivos principales: a) alcanzar una cobertura para toda la población mediante el aseguramiento en salud; b) aumentar la eficacia en el uso de los recursos; y c) mejorar la calidad de la atención. Estos objetivos serían alcanzados a través de una estrategia de aseguramiento obligatorio y solidario integrada a un proceso de autonomía institucional en la prestación de servicios.

Como parte del proceso de descentralización, las instituciones públicas hospitalarias se convirtieron en entidades autónomas o Empresas Sociales del Estado. Para ello, la normatividad introdujo mecanismos para transformar la estructura de financiamiento y gestión de los hospitales públicos y asegurar la permanencia de aquellos que fueran eficientes en proveer servicios de calidad. Esto se buscó a través de: a) la sustitución gradual del financiamiento pasando del presupuesto estatal (subsidios a la oferta), a la generación de ingresos a través de la venta servicios a las aseguradoras de los regímenes contributivo y subsidiado (subsidios a la demanda que financian el seguro de salud a la población pobre); b) la autogestión; y c) la apertura a la competencia con el sector privado.

Adicionalmente, el esquema introducido por la Ley 60 de 1993, otorgó a los entes territoriales autonomía para la administración de los recursos financieros y la toma de decisiones en el ámbito de dirección, administración y prestación de los servicios de salud. No obstante, en muchos de los casos dicho proceso no generó los efectos positivos esperados, dado que su implementación no tuvo en cuenta las diferencias de capacidad técnica y financiera de los municipios, motivo por el cual muchos de éstos no asumieron de manera efectiva las competencias que se les transfirieron. Como consecuencia, se incentivó en muchos territorios un marcado desorden en la oferta pública, se creó infraestructura física innecesaria, y se contrató recurso humano no indispensable.

De otro lado, luego de la expedición de la Ley 100 de 1993, muchas de las Empresas Sociales del Estado que fueron creadas no han logrado adaptar su operación para convertirse en entidades productivas y viables financieramente. Las razones han sido las fallas en la política que orienten su operación dentro de un contexto de mercado, la tendencia creciente del gasto, y una deficiente gestión.

Con la expedición de la Ley 715 de 2001, que derogó la Ley 60 de 1993, se transforma el esquema de descentralización del sector salud a través de una nueva forma de asignación de recursos y la redefinición de competencias para los diferentes niveles de gobierno. Además, la ley destaca la necesidad de reorganizar y ajustar la oferta hospitalaria pública a las reales necesidades de la población y su integración efectiva a las condiciones de competencia establecidas en la ley 100 de 1993. Sólo de esta manera será posible continuar la senda de expansión de coberturas en aseguramiento para la población pobre del país y frenar el creciente gasto hospitalario asociado a bajos niveles de productividad.

II. DIAGNÓSTICO

Evolución del Gasto en Salud

La transformación al Sistema General de Seguridad Social en Salud ha generado un aumento significativo en el gasto. El total de recursos del sector pasó de \$4,2 billones de pesos en 1994 a \$13,9 billones de pesos en el 2000, alcanzando el nivel más alto en 1999 (\$15,1 billones), lo que representa una tasa de crecimiento real de estos recursos del 39.1%, entre 1994 y 2000, a pesar de los decrecimientos presentados en los años 1998 (0.4%) y 2000 (15.7%). Estos recursos representaron el 6.3% del PIB en 1994 y el 8.2% en el 2000 (durante 1997 y 1998 alcanzó a ser 9,3% del PIB, y en el año 1999 del 10.2%). Por su parte, el gasto público en salud como porcentaje del PIB pasó del 3.3% en 1994 al 4.5% en 2000, y el gasto privado pasó del 3.0% al 3.7% para tales años respectivamente⁴ (Gráfico 1).

Gráfico 1.

Gasto en Salud como porcentaje del PIB. 1994 - 2000

Situación Financiera de los Hospitales Públicos⁵

La situación financiera de los hospitales públicos ha sido deficitaria, en gran medida por la tendencia indiscriminada a comprometer gastos más allá de la propia capacidad para financiarlos, lo que refleja, en parte, un mal manejo de la autonomía institucional que la ley les otorgó⁶. A partir del año 1997, el déficit de los hospitales públicos empieza a crecer, presentando una brecha significativa entre ingresos y gastos. Los ingresos crecen año a año en menos del 5%, mientras que el crecimiento de los gastos es mayor al 10%. El Gráfico 2 muestra cómo desde 1997, los gastos superan los ingresos, y cómo la brecha se ha incrementado con el paso del tiempo.

⁵ la información utilizada para el análisis del comportamiento del gasto de los hospitales públicos, corresponde a las ejecuciones presupuestales suministradas por las entidades territoriales al Ministerio de Salud. Entre los años 1993 – 1997, el gasto que reportaban las entidades, correspondía al gasto efectivamente pagado, mientras que a partir del año 1998 a 2001, se cuenta, adicionalmente, con los gastos comprometidos. A partir del año 1998, se realiza el análisis con los compromisos, debido a que esta información evidencia realmente el monto total al que asciende el gasto público hospitalario, al igual que muestra la problemática presupuestal que enfrentan los hospitales públicos en términos de comprometer gastos con base en la expectativa de recaudo y no en el recaudo real, y la consecuente baja gestión en el recaudo de la cartera. De otro lado, a partir del año 1997, las unidades de observación de la muestra varían, ya que a través de los años se crearon nuevos hospitales públicos y algunos de ellos se fusionaron. Para el año 2001, los departamentos Cesar y Vichada no reportaron información. Sin embargo, la información manejada corresponde a la información disponible del total de hospitales que van generando información (1137 unidades prestadoras para el 2001) y que permite aproximarse al gasto total hospitalario.

⁶ de otro lado, los incentivos para transformar la estructura de financiamiento de los hospitales públicos no han sido consistentes. La persistencia de recursos vía transferencia directa, además de condicionar el crecimiento del gasto al garantizar el valor de los aportes patronales, han sido utilizados para cubrir la brecha entre los compromisos adquiridos por los hospitales y su recaudo real.

Gráfico 2.
Evolución Ingresos y Gastos hospitales públicos. 1994 - 2001

Por su parte, los hospitales de primer nivel alcanzaron niveles de gasto mayores (superior a 1,2 billones de pesos a partir de 1997, hasta 1.3 billones de pesos en el año 2001) que los hospitales de segundo y tercer nivel, los cuales presentan niveles inferiores a 1,2 billón de pesos para todos los años. (Gráficos 3, 4, 5)⁸.

⁷ ministerio de Salud. Estudio Evaluación de la Transformación de subsidios de oferta a demanda, 1994- 2000. Informe Final. Gedeón Úrsula. López Álvaro. Diciembre 2000. Página 25.

⁸ para el año 2001, los departamentos César y Vichada no reportaron información, por lo tanto, no se cuenta con la totalidad del monto de ingresos y gastos de los hospitales públicos por niveles de atención.

Gráfico 3.
Comportamiento de Ingresos y gastos Hospitales Públicos
Primer nivel de Atención. 1994 - 2001

Gráfico 4.
Comportamiento de Ingresos y gastos Hospitales Públicos
Segundo nivel de Atención. 1994 - 2001

Gráfico 5.
Comportamiento de Ingresos y gastos Hospitales Públicos
Tercer nivel de Atención. 1994 - 2001

Sin embargo, los hospitales de tercer y segundo nivel comienzan a arrojar déficit a partir de los años 1995 y 1996, respectivamente, mientras que el déficit de los hospitales de primer nivel empieza a crecer a partir de 1997, superando el déficit de los hospitales de segundo y tercer nivel en el año 2000 (Gráfico 6).

Gráfico 6.
Comportamiento del déficit de los hospitales públicos
por nivel de atención. 1994 - 2001

Adicionalmente, a partir del año 1995, la tasa de crecimiento del gasto total de los hospitales públicos ha sido mayor en relación a la tasa de crecimiento de los ingresos totales de los hospitales públicos, e incluso estos últimos presentan decrecimientos entre los años 1997 – 1998, y 1999 - 2000, con tasas del -1%, y -2% respectivamente para cada período, mientras que el crecimiento de los gastos fue de 9% y 5% respectivamente (Gráfico 7). El comportamiento decreciente del gasto entre los años 2000 y 2001, obedece en parte, a que para el año 2001, no se cuenta con la información de los departamentos de Cesar y Vichada.

Gráfico 7.
Crecimiento de Ingresos y Gastos Totales Hospitales Públicos 1994 - 2001

Gráfico 8.
Participación del gasto de personal, frente al gasto de funcionamiento y gasto total. Hospitales públicos, 1994 - 2001

El gasto de personal ha aumentado en mayor medida en las instituciones de primer nivel principalmente, entre los años 1994 a 2001. El primer nivel incrementó en un 256% los gastos de servicios personales, el segundo nivel en 177% y el tercero en 103% (Gráfico 9).

Al analizar el comportamiento de la totalidad de número de cargos reportados por niveles de atención durante 1997-2001, se evidencia que el mayor incremento se generó en instituciones de primer nivel de atención (50%). Por su parte, en las instituciones de segundo nivel el incremento fue del 2% y en las de tercer nivel del 7%⁹.

⁹ Fuente: Ministerio de Salud – Cálculos DNP- DDS - SS.

Gráfico 9.
Comportamiento del gasto de personal de los hospitales públicos
por nivel de atención. 1994 - 2001.

Evidentemente, el comportamiento creciente de los gastos ha financiado el aumento de las plantas de personal y los mayores costos fijos generados por las inflexibilidades que se manejan en el régimen laboral y los beneficios prestacionales. Como lo muestra el Cuadro 1, las diferencias entre los factores y beneficios laborales entre el sector público y privado, radican principalmente en el pago de horas extras, primas técnicas, de servicios y de vacaciones, al igual que la retroactividad de las cesantías que aún se presenta en el sector público y la existencia de convenciones colectivas en algunas regiones del país.

Cuadro 1.
Asignaciones básicas promedio. Hospitales públicos y privados, 2000.

Fuente: Cálculo Ministerio de Salud. Programa de Mejoramiento Hospitalario.

Esta “crisis hospitalaria”, ha sido la constante antes y después de la reforma introducida con la ley 100 de 1993. Las principales causas que tienen hoy a la mayoría de los hospitales públicos ante una grave situación financiera¹⁰ son resultado de situaciones y manejos que no pasan sólo por la eventual falta de financiamiento, sino por deficiencias de gestión financiera y administrativa por parte de éstos¹¹. Como consecuencia, los hospitales públicos vienen acumulando grandes pasivos y déficit en los últimos años. Entre los principales pasivos se cuentan las obligaciones laborales que incluyen prestaciones sociales, las deudas con proveedores de bienes y servicios, y las obligaciones financieras, parafiscales e impositivas¹².

El importante crecimiento del gasto hospitalario es especialmente grave porque el sector asigna hoy más recursos a los hospitales públicos que antes de la reforma a pesar de que más de la mitad de la población pobre se encuentra hoy afiliada al régimen subsidiado. Esta situación genera un deterioro claro en la eficiencia conjunta del sector hospitalario público que se ve reflejada en el aumento del valor per cápita de los subsidios a la oferta, al tiempo que disminuye el número de personas a atender¹³ con estos recursos debido a su afiliación al régimen subsidiado (Gráfico 10).

¹⁰ según datos reportados por el Ministerio de Salud, la cartera de los hospitales públicos con corte a mayo 31 del 2001 ascendía a 726.808 millones de pesos, de los cuales sólo el 74% era considerada cartera recuperable. Adicionalmente, el 51% de esta cartera recuperable eran deudas de más de 180 días, el 19% representaban deudas entre 91 y 180 días, y el 30% deudas de menos de 90 días, lo que implica un bajo recaudo de cartera. Sin embargo, este problema también es atribuible en parte al flujo de recursos dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, pues el problema de recaudo se presenta también entre las IPS privadas.

¹¹ Entre ellos se destacan: el desequilibrio entre la oferta y la demanda, baja capacidad productiva y de rendimiento del recurso humano, altos costos de operación debido a la alta carga salarial y prestacional, deterioro de la planta física y de equipos, bajo sentido de pertenencia, dificultad para adaptarse a los procesos de cambio por parte de los empleados hospitalarios, y baja capacidad resolutive en las IPS públicas con especial énfasis en el primer nivel.

¹² Según datos reportados por el Ministerio de Salud, los hospitales tenían acumulado a 31 de mayo de 2001, deudas por 1.015.074 millones de pesos, de los cuales el 51% correspondía a deuda laboral incluidos los aportes parafiscales, el 26% deuda con proveedores, el 7% a deudas financieras y el 16% restante está clasificada como otro tipo de deuda.

¹³ El número de personas a atender con recursos de oferta se calculó como la población total con NBI, menos los afiliados al régimen subsidiado.

Gráfico 10.

Subsidios a la oferta v/s población a atender. 1994 - 2001

Desempeño de los hospitales públicos

De acuerdo con la encuesta de hogares del 2000 (EH – 2000) ¹⁴, los hospitales públicos atienden dos terceras partes del total de hospitalizaciones¹⁵. Por tanto, la eficiencia en el gasto de estos hospitales es fundamental para el sector salud. Sin embargo, el aumento del gasto en los hospitales públicos no ha coincidido con un aumento en los servicios producidos por estas instituciones, como lo ilustra el gráfico

11. Tampoco han aumentado el número de consultas externas, el de partos y las urgencias, entre 1996 y 2001.

¹⁴ Ministerio de Salud. Análisis de la Encuesta de Hogares contratada con Econometría, Bitrán Asociados y ESAP. Bogotá, 2001, pág. 52 – 53.

¹⁵ la proporción de personas que se hospitalizaron en hospital público de acuerdo con esa encuesta fue del 66.5%. Esta proporción fue de 49% en las cuatro áreas metropolitanas mayores, de 70% en el resto urbano, y de 85% en zonas rurales. La penetración del sector privado en servicios de hospitalización es alta (supera el 50%), únicamente entre los afiliados al SGSSS, en las cuatro áreas metropolitanas mayores y especialmente entre los asalariados, donde supera el 67%.

Gráfico 11.
Gastos hospitalarios v/s egresos hospitalarios. Hospitales Públicos de segundo y tercer nivel de atención. 1996 - 2001

La experiencia previa en el ajuste hospitalario

En 1999 se destinaron \$146.288 millones¹⁶ para financiar un proceso de ajuste y reestructuración hospitalaria que benefició a 26 instituciones de segundo y tercer nivel de atención. Este proyecto tuvo como objetivo ajustar la estructura de costos y redistribuir los recursos asignados para mejorar los niveles de productividad de las entidades.

Los principales logros del proyecto fueron: (1) se redujeron los costos de la planta de personal en 30%, favoreciendo la disminución de la brecha entre ingresos y gastos; (2) se redujo el volumen de camas subutilizadas, lo que permitió mejorar notablemente la productividad y el porcentaje ocupacional de las mismas; (3) se disminuyó el número de días de estancia de los pacientes; y (4) se pudo apreciar un incremento en el volumen de cirugías y consultas de urgencias, así como la disminución en actividades correspondientes a otros niveles de atención como partos vaginales y consulta externa (Cuadro 2).

¹⁶ provenientes de recursos liberados por créditos BID de la Nación (\$58.791 millones) y de excedentes de la Subcuenta ECAT del Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA – de la vigencia 1998 (\$87.497 millones),

Cuadro 2.
Efecto sobre la producción de servicios y la productividad de los recursos en los 26 hospitales de nivel 2 y 3, reestructurados.

Fuente: Ministerio de Salud. Dirección de Mejoramiento de los Servicios de Salud - Informe Ejecutivo de Gestión. Proyecto de Mejoramiento, Fortalecimiento y Ajuste en la Gestión de Hospitales, 2001.

Sin embargo, las lecciones más importantes aprendidas con la experiencia de adecuación de los 26 hospitales públicos, mostraron que existe una estrecha relación e interdependencia entre los tres niveles de atención y evidenciaron que:

- a) el proceso de ajuste institucional de un hospital tiene mayor probabilidad de éxito, en la medida en que se involucre al conjunto total de entidades que conforman la oferta pública de servicios en un área poblacional determinada, en forma integrada con las unidades de dirección, coordinación, vigilancia y control a nivel territorial.
- b) el proceso de descentralización, si no es implementado de manera armónica y coordinada, genera duplicidad en la oferta de servicios, por creación o ampliación de instituciones o servicios que no

contemplan el tamaño y los requerimientos de la demanda, ni la capacidad instalada tanto pública como privada.

- c) Es necesario replantear el proceso de ajuste institucional a un esquema más amplio, con alternativas innovadoras de gestión de las instituciones para generar un mayor impacto en la reducción del gasto hospitalario y en el uso eficiente de los recursos asignados a los mismos.

III. JUSTIFICACIÓN

Los hallazgos encontrados ponen en evidencia que el comportamiento hospitalario no sólo afecta notablemente las finanzas territoriales de hoy, sino que, además de continuar con igual tendencia, hará insostenible fiscalmente su operación y generará pasivos de gran magnitud, con enormes costos para el país. Hacia el futuro, los desequilibrios financieros evidenciados por los hospitales públicos serán crecientes si se mantienen las condiciones actuales de operación: al finalizar el 2006, el déficit acumulado en el cuatrienio alcanzaría el 0.62% del PIB de ese año.

Las razones para no tener mayores coberturas de aseguramiento radican principalmente en el sostenimiento de un gasto hospitalario que creció más allá de la propia capacidad de los hospitales públicos para financiarlo con la venta de servicios y los mayores recursos del sector. Este incremento en los gastos no sólo afecta la viabilidad financiera de las propias instituciones, sino que además ha demorado la transformación de los subsidios y el aumento en las coberturas del régimen subsidiado, a la vez que se ha constituido en el principal factor causante del déficit acumulado por el sector público no financiero territorial¹⁷.

De esta manera, los esfuerzos para transformar la estructura de gastos de los hospitales públicos y modernizar su esquema organizacional y gerencial, se reflejarán en el mediano plazo en una reducción sustancial del déficit operacional y del déficit acumulado. Sin embargo, la magnitud de los resultados depende de la agresividad de la política de modernización en términos del tamaño de la reestructuración y el tiempo que se tome el proceso, pudiéndose tener al final del cuatrienio, un ahorro equivalente hasta del 0.5% del PIB (Gráficos 12 y 13).

¹⁷ de acuerdo al Banco de la República, “el déficit que acumuló el sector público no financiero territorial en el 2001, se explica en gran medida por el resultado de las entidades descentralizadas, que presentaron los mayores niveles de gasto, especialmente las de carácter departamental. En conjunto este nivel de la administración presentó un déficit de \$656,5 mil millones. Las instituciones hospitalarias públicas tuvieron el mayor déficit (\$596 mil millones)”. Banco de la República. Subgerencia de Estudios Económicos – Dirección de Finanzas Públicas. Medellín, junio de 2002.

¹⁸ en el escenario 1 se supone una inversión de \$US143 millones los cuáles se invertirán conforme al CONPES 3175 de 2002 y con lo cuáles se ajustarían 33 redes y se retirarían 11.625 empleados. Adicionalmente, se supone un proceso de demanda de las convenciones en todos los hospitales y la eliminación de la retroactividad de las cesantías. El comportamiento de los ingresos se estimó de acuerdo al comportamiento del sistema general de participaciones para la atención a vinculados y una función creciente de la venta de servicios frente a la ampliación de cobertura del SGSSS.

Gráfico 13. **Impacto fiscal del comportamiento financiero hospitalario (Escenario 2)¹⁹**

Como se mencionó anteriormente, el mantenimiento de esta situación ha propiciado que el Gobierno Nacional haya efectuado adiciones al presupuesto general de la Nación con miras a cubrir el aparente déficit de financiamiento de los hospitales públicos. El Cuadro 3 muestra, el monto de los recursos transferidos para cubrir ese déficit y su equivalente a personas potenciales no afiliadas en los mismos años. Adicionalmente, muestra que si se continúa con esa situación se afectaría notablemente el logro de metas de cobertura, y lo que sucedería si se interviniera esta tendencia a través del programa de modernización hospitalaria.

¹⁹ en el escenario 2 se supone una inversión de \$US250 millones los cuáles se invertirán conforme al CONPES 3175 de 2002, con lo cuáles se ajustarían 88 redes y se retirarían 25.063 empleados de los hospitales públicos, que representaría un 37.7% de la planta total actual. Adicionalmente, se supone un proceso de demanda de las convenciones en todos los hospitales y eliminación de la retroactividad de las cesantías. El comportamiento de los ingresos se estimó de acuerdo al comportamiento del sistema general de participaciones para la atención a vinculados y una función creciente de la venta de servicios frente a la ampliación de cobertura del SGSSS.

Cuadro 3.
Efecto del creciente gasto hospitalario público sobre la ampliación de coberturas de
aseguramiento.

(1) : Adición de Recursos al Presupuesto General de la Nación para financiar prestación de servicios, hasta 2001.

(2): Población que se pudo haber afiliado al Régimen Subsidiado con los recursos destinados a financiar prestación de servicios: (1) / UPC-S. El signo negativo indica que son personas (proyectadas) que no se lograrían afiliar al Régimen Subsidiado, si se sigue destinando recursos para cubrir el déficit de los hospitales públicos.

(3): Población potencial asegurada con los recursos que genera el ahorro total con Política Hospitalaria - Escenario 1- / UPC-S. El signo negativo indica población que no se podría afiliar por déficit generado por los hospitales públicos

(4): Población potencial asegurada con los recursos que genera el ahorro total con Política Hospitalaria - Escenario 2- / UPC-S El signo negativo indica población que no se podría afiliar por déficit generado por los hospitales públicos

(5) : A partir del 2002 la parte sombreada es una proyección del déficit hospitalario público si no se realiza un ajuste, con base en la muestra de 816 hospitales

Como se puede apreciar, el déficit operacional oscilaría entre los \$221 mil millones en el 2003 hasta llegar a \$371 mil millones en el 2009, que de otra forma permitirían la afiliación de aproximadamente 2,3 millones de nuevos afiliados en el 2009. En caso de emprenderse el proceso de ajuste, se llegaría a financiar la afiliación de 55 mil personas en el 2004, hasta 298 mil personas (escenario 1) o 3,2 millones de personas (escenario 2) en el 2009.

IV. POLÍTICA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

La prestación de servicios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud se desarrollará en condiciones de ajuste fiscal, modernización de las instituciones públicas y en un entorno de competencia. Para tal fin se hace necesario que el Gobierno Nacional establezca los incentivos necesarios y consistentes para que la operación del mercado garantice a los usuarios el acceso a servicios eficientes, eficaces y de calidad.

En tal sentido, este CONPES establece las políticas para que las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) públicas y privadas cumplan con estos objetivos. En particular, en el caso de la oferta pública, la política establece condiciones y alternativas para hacer posible su operación dentro del mercado y resolver los problemas que determinan las actuales condiciones de ineficiencia en la gestión, baja productividad, altos costos de operación e ineficacia en la capacidad resolutoria²⁰. La prestación de servicios de salud en el SGSSS se orientará a mejorar el acceso, la

oportunidad, la utilización y la calidad de los servicios, independientemente de la naturaleza jurídica de las IPS, creando incentivos para que a través del mercado se ajuste la oferta requerida.

Para esto el Gobierno Nacional pondrá en marcha las siguientes políticas y estrategias:

1. Se profundizará la ampliación de coberturas de la seguridad social en salud y en particular en el régimen subsidiado, con el propósito de que la prestación de los servicios al ciudadano se lleve a cabo en las condiciones de mayor garantía para la protección de sus derechos que el sistema ofrece. El financiamiento se hará con recursos del Sistema General de Participaciones, los resultantes de la reasignación de recursos que establezca el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud en los términos del artículo 70 de la ley 715 de 2001 y los recursos del Fosyga. De esta manera, se asegura que los recursos que financian la operación de las IPS públicas y privadas, provendrán de la prestación efectiva de servicios a la población afiliada al sistema.
2. Se desarrollará un sistema de tarifas con codificación única y estímulos a las instituciones que ofrezcan servicios en condiciones de mayor eficiencia y calidad. También se implementarán mecanismos e instrumentos únicos y simplificados para reducir los costos de transacción y trámites dentro del sistema, entre los cuales se incluirá un sistema único de identificación de

²⁰ capacidad para atender y solucionar el problema de salud que origina la consulta, de acuerdo al grado de tecnología y de formación del recurso humano, que tenga cada institución en particular y la red en su conjunto

beneficiarios, mecanismos de facturación y cobranza únicos, al igual que sistemas de revisión y validación de cuentas. Así mismo, se regularán las condiciones que garanticen el flujo oportuno y eficiente de recursos entre los actores del sistema y se desarrollarán, implementarán y evaluarán sistemas de pago que promuevan la eficiencia y la calidad.

3. Para hacer posible que los servicios que se presten brinden garantías de eficiencia y calidad, el Ministerio de Salud implementará el Sistema Único de Habilitación, el cual regula a partir de condiciones de capacidad tecnológica y científica, condiciones de suficiencia patrimonial y financiera y condiciones de capacidad técnica administrativa, la operación de las IPS. A su vez, entrará en operación el Sistema de Acreditación que permite demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las IPS y se generarán mecanismos de reconocimiento y difusión de los resultados en calidad.
4. Para mejorar la eficacia de la oferta de servicios de salud, se promoverá un modelo de atención donde confluyan aseguradores y prestadores bajo el objetivo común de mejorar el acceso, reducir

costos, incrementar el nivel de satisfacción de los usuarios y obtener logros en salud pública. Se implementarán mecanismos que privilegien e integren la atención primaria, la ambulatoria y la entrega de los servicios de salud pública, teniendo en cuenta las necesidades de las diferentes regiones del país y las condiciones de salud de la población.

5. La operación de los hospitales públicos en el mercado, será tal que éstos financien sus gastos a través de los ingresos generados por la venta de servicios a las Entidades Promotoras de Salud, Administradoras del Régimen Subsidiado, Entidades Obligadas a Compensar, entidades territoriales y demás pagadores del sistema. En el caso de las entidades territoriales, éstas deberán soportar su gasto en la compra de servicios de salud mediante modalidades de pago diferentes a la transferencia directa, y será consistente con la cantidad y valor de los servicios efectivamente prestados.
6. Se establecerá un sistema de evaluación y monitoreo de la oferta y la demanda que sirva de base para identificar, por un lado, excedentes que puedan reubicarse, reestructurarse o fusionarse y, por otro, deficiencias en la oferta para establecer un plan de inversión con concurrencia de recursos públicos y privados, fortaleciendo la oferta pública en aquellos municipios donde la prestación de servicios lo requiera.

7. La Nación y las entidades territoriales deberán concurrir, bajo la modalidad de créditos condonables, en el financiamiento del proceso de ajuste y modernización de las IPS públicas mediante convenios de desempeño con las instituciones hospitalarias. Este proceso involucrará alternativas de capitalización y de esquemas de administración de los hospitales públicos, entre las cuales está su transformación en empresas de economía mixta o solidaria, con la participación de los mismos trabajadores, las universidades, entidades sin ánimo de lucro, cajas de compensación familiar y grupos de profesionales. Los sindicatos de trabajadores tendrán bajo estos esquemas, la posibilidad de ser empresarios, para lo cual se impulsarán los contratos sindicales y sus proyectos empresariales para hacer la transición de un sindicalismo reivindicatorio a otro de participación. En el mismo sentido, se generará un programa de administración delegada de estos hospitales con entidades externas bajo condiciones de eficiencia y calidad en la prestación de los servicios. Para estos propósitos, se conformará una Comisión de Gobierno integrada por el Ministerio de Salud, el Departamento Nacional de Planeación, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, con representación de municipios y departamentos y con la participación de actores del sector prestador de servicios de salud.
8. El proceso de modernización de la oferta hospitalaria pública contará con recursos de cofinanciación de las entidades territoriales y recursos de la Nación provenientes de crédito externo, siguiendo los lineamientos del CONPES 3175 de 2002. Con estos recursos se buscará atraer la inversión privada, prioritariamente sin ánimo de lucro, necesaria para contribuir a su financiamiento. Los recursos de cofinanciación de la Nación se orientarán a la reestructuración de plantas, al pago de pasivos laborales, al fortalecimiento institucional de los hospitales para modernizar su gestión, y al fortalecimiento de las entidades de dirección, vigilancia y control y a los programas de seguimiento y evaluación.

IV. RECOMENDACIONES

El Ministerio de Salud, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el Departamento Nacional de Planeación recomiendan al CONPES:

1. Solicitar al Ministerio de Hacienda y Crédito Público y al Departamento Nacional de Planeación:

✍ Incluir en el Plan Financiero del cuatrienio 2003 - 2006 y en el presupuesto de la Nación para los mismos años, recursos por US\$250 millones para la financiación de la modernización de la red pública de prestación de servicios.

✍ Autorizar a la Nación para contratar empréstitos externos con la banca multilateral hasta por US\$250 millones o su equivalente en otras monedas, con destino a la financiación del proyecto de modernización de la red pública de prestación de servicios de salud, de acuerdo a los lineamientos establecidos en este documento.

2. Solicitar al Ministerio de Hacienda y Crédito Público:

✍ Gestionar ante el Fondo Monetario Internacional el reajuste en la meta de déficit anual aumentándola en 0,1% del PIB, con el fin de destinar dichos recursos a la financiación del proyecto de modernización de la red pública de prestación de servicios de salud.

✍ Estudiar mecanismos de financiamiento como créditos puente con la banca comercial hacia los hospitales públicos o la titularización de vigencias futuras del presupuesto general de la Nación, para que la Nación disponga de recursos en el corto plazo y pueda anticipar la ejecución del proyecto de modernización de la red pública de prestación de servicios de salud, siempre que estén sujetos a los convenios marco que el Ministerio de Salud suscriba con las entidades territoriales y no generen mayores costos a los previstos en la operación de crédito.

3. Solicitar al Departamento Nacional de Planeación y al Ministerio de Salud:

✍ Gestionar la operación de crédito hasta por US\$250 millones, de acuerdo a los lineamientos establecidos en el Conpes 3175.

4. Solicitar al Ministerio de Salud:

✍ Desarrollar el plan de modernización de la red hospitalaria pública bajo la modalidad de créditos condonables y mediante convenios de desempeño con las entidades territoriales e instituciones hospitalarias, así como las estrategias de la política de prestación de servicios de acuerdo lo establecido en el presente documento.

- ✍ Diseñar e implementar una política de estímulos a la inversión privada para la modernización de la red pública de prestación de servicios.
- ✍ Definir antes del 31 de diciembre de 2002, los parámetros que rigen la elaboración de los planes bienales de inversión para las IPS públicas de conformidad con los artículos 54 y 65 de la ley 715 de 2001.
- ✍ Definir antes del 31 de diciembre de 2002, los mecanismos de compra de servicios de salud para la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, los cuales deberán ser implementados para la ejecución de los recursos del sistema general de participaciones de la vigencia 2003.
- ✍ Incluir en los Convenios que suscriba para la reestructuración de la red, la obligación de las entidades territoriales y de las instituciones prestadoras de servicios de salud de:
 - (a) Depurar y validar la legalidad de los reconocimientos de cada uno de los derechos de pensiones y de las cesantías a su cargo y presentar ante el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, a partir de la firma del Convenio, informes bimestrales de los avances realizados;
 - (b) Constituir las reservas requeridas para fortalecer los Fondos Territoriales de Pensiones y de Cesantías correspondientes, en el evento en que tenga pensionados a su cargo, deba responder por cuotas partes de pensiones y de bonos pensionales, y tenga funcionarios con el sistema de retroactividad en cesantías; para este fin, el Fondo Territorial de Pensiones y de Cesantías se constituirá como patrimonio autónomo con una estrategia definida de capitalización;
 - (c) Implantar una estrategia de afiliación a Fondos de Pensiones de los servidores públicos activos y a Fondos de Cesantías de quienes estén vinculados con posterioridad a 1997 o no tengan derecho a la retroactividad en las cesantías; para quienes tengan derecho a retroactividad, se podrán afiliar al Fondo Nacional del Ahorro;
 - (d) Garantizar el pago mensual de los aportes a los Fondos de Pensiones de los servidores públicos activos y el pago a los Fondos de Cesantías en la periodicidad fijada en la ley.

Documento

Conpes 3219

República de Colombia Departamento Nacional de Planeación

“

PLAN DE MODERNIZACIÓN
INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES – SECTOR
SALUD”

Ministerio de la Protección Social Ministerio
de Hacienda y Crédito PúblicoDNP: DDS -
DIFP - DEE

Versión aprobada

Bogotá, D.C., marzo 31 de 2003

INTRODUCCIÓN

Este documento somete a consideración del CONPES, las acciones y compromisos que debe asumir el Instituto de Seguros Sociales (ISS) en el corto, mediano y largo plazo, para hacer viable el negocio de salud. Estas acciones toman en consideración la problemática estructural, tanto financiera como administrativa, que enfrenta el ISS. En tal sentido, el análisis no hace referencia al ISS consolidado sino a los hallazgos y comportamientos específicos de la Entidad Promotora de Salud (EPS) y de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y de los Centros de Atención Ambulatoria (CAA).

Las siguientes secciones presentan el diagnóstico general del negocio de salud y determinan las líneas de política y las acciones propuestas que serán la base para determinar la viabilidad del Instituto en esta área.

I. ANTECEDENTES

El ISS fue creado por la ley 90 de 1946 y organizado como Empresa Industrial y Comercial del Estado adscrita al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, por el decreto 2148 de 1992 y la Ley 100 de 1993. Está autorizado para administrar los seguros de salud, pensiones y riesgos profesionales del Sistema General de Seguridad Social.

En el área de salud el ISS interviene como Empresa Promotora de Salud (EPS)¹ y como Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS). A nivel territorial, está organizado en Gerencias Seccionales (departamentales) las cuales agrupan sus Unidades Operativas. Las clínicas están bajo la dirección de la Vicepresidencia de la IPS, mientras que los Centros de Atención Ambulatoria (CAA) dependen de la EPS.

El negocio de salud ha presentado una concentración de afiliación de 27% en Bogotá, 14% en Antioquia y 13% en el Valle del Cauca. El restante 46% está distribuido en los demás departamentos, cada uno con una representación inferior a 6%². A diciembre de 2002, el personal vinculado al negocio de salud era de 28.640 personas, 17.494 de planta y 11,646 de contratación civil³.

Las IPS de la red del ISS se organizan de la siguiente manera: existen 206 Centros de Atención Ambulatoria (CAA) dependientes de la EPS en 28 seccionales⁴. Por otra parte, el ISS cuenta con 37 clínicas con diferentes grados de complejidad: 8 son de alta complejidad, 12 de media y 17 de baja⁵. Las clínicas cuentan con una capacidad instalada total de 4,872 camas hospitalarias, 146 salas de cirugía, 46 salas de partos y 831 consultorios⁶.

Antes de entrar en vigencia la ley 100 de 1993, el ISS actuaba como asegurador y prestador de servicios de salud, sin distinguir entre una y otra actividad. Ambas se financiaban con los aportes de los trabajadores y empleadores afiliados: 8% del salario⁷. En tales circunstancias, el aseguramiento y la prestación de los servicios de la población activa del país, vinculada mediante contrato de trabajo, era capturada en gran proporción por el ISS sin realizar mayores esfuerzos dado que no tenía competencia real en el mercado⁸. La condición de monopolio y su presencia en casi todo el país tampoco le imponían esfuerzos en su modernización administrativa. La Ley 100 de 1993 crea un nuevo escenario en el cual el ISS pierde la condición dominante en el aseguramiento al entrar el sector privado a competir.

¹ el ISS fue autorizado como EPS mediante Resolución No. 024 de enero 18 de 1.995 de la Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud), con una capacidad de afiliación de 10.197.720 personas, y en un área geográfica correspondiente a 28 Departamentos.

² informe Supersalud. Octubre de 2002.

³ corte diciembre 30 de 2002.

⁴ el número CAA se redujo de 228 a 208, por el cierre en los últimos meses de 20 de éstos.

⁵ el nivel de complejidad hace referencia al grado y características de la tecnología y del recurso humano disponible.

⁶ ISS. Informe un año de gestión: Julio 2001 – Julio 2002. El número de camas a diciembre de 2002 varió de 4,929 a 4,872.

⁷ las 2/3 partes de los aportes o cotizaciones estaban a cargo del empleador, al igual que después de la reforma.

⁸ las cajas de previsión y compensación se constituían en la competencia natural del ISS.

En este nuevo escenario, la cotización para salud se fija en 12% del salario del afiliado, pero los recaudos totales ya no constituyen un ingreso inmediato para el ISS. Los ingresos están basados en un valor por persona, ajustado por edad, género y ubicación geográfica del afiliado, denominado Unidad de Pago por Capitación (UPC) y fijado por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS). Los ingresos provienen del cruce de cuentas entre la EPS y el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), el cual acumula todos los recaudos por cotizaciones del sistema⁹. Paralelamente al incremento de las cotizaciones, se extendieron los beneficios del régimen contributivo a los miembros del núcleo familiar del afiliado cotizante (beneficiarios).

En 1993 el ISS contaba con 5.515.546 afiliados, correspondientes a 3.424.986 cotizantes y 2.090.560 beneficiarios. Por regla general, los servicios solamente cubrían al afiliado, a la esposa embarazada y a los hijos hasta de un año de edad, aunque en algunos departamentos ya se había implantado la medicina familiar.

El cuadro 1 muestra la variación de la población afiliada al ISS desde 1994 hasta 2002¹⁰. En los primeros años, 1994 a 1997, el incremento se explica por la implantación de la medicina familiar que atrajo nuevos afiliados, por los beneficios atractivos (pero insostenibles) ofrecidos en principio por el ISS y por la limitada competencia en el comienzo de la aplicación de la reforma. Una vez la competencia en el mercado se consolidó, no se resolvieron las deficiencias administrativas ni se superaron los problemas en la prestación del servicio, lo que propició la pérdida persistente de afiliados ocurrida a partir de 1998.

⁹ a este proceso de reconocimiento de UPC por afiliado real y sus características, se le denomina compensación. Si el valor de las cotizaciones excede el de las UPC, la EPS transfiere el excedente al Fosyga y viceversa.

¹⁰ en 1993 el ISS contaba con 5,515,546 afiliados, correspondientes a 3,424,986 cotizantes y 2,090,560 beneficiarios. Por regla general, los servicios solamente cubrían al afiliado, a la esposa embarazada y a los hijos hasta de un año de edad, aunque en algunos departamentos ya se había implantado la medicina familiar.

Cuadro 1
Afiliados anuales al ISS - Salud
1994 – 2002

Promedio septiembre 2001 a septiembre de 2002

El cuadro 1 muestra también la evolución de la afiliación del ISS. Aquí cabe la salvedad que la información no es completamente confiable: se podrían estar sobrestimando los afiliados en la primera parte de los noventa. Las cifras de los últimos dos años provienen de Fisalud y están basadas en las llamadas mallas de validación; esto es, las mismas sólo corresponden a los afiliados identificados para ese período y no a los afiliados que resultarían de los recursos recaudados puesto que éstos últimos incluyen la identificación de afiliados de vigencias anteriores. En efecto, los recaudos de 2001 corresponderían a 4.010.000 afiliados en promedio y las de 2002 a 3.424.000 afiliados en promedio. Los afiliados presentados en el cuadro anterior tampoco incluyen los afiliados por identificar, en promedio 600.000 de acuerdo con las cifras de recaudo que resultan de analizar las cotizaciones efectivamente recibidas por el ISS con relación al salario promedio y a la densidad familiar del Instituto. No se puede esperar que haya grupos de afiliados cotizando que no pretendan recibir los servicios. Es por ello que este aspecto debe ser considerado entre las labores de gestión del ISS por cuanto esto puede compensar parcialmente la caída de la afiliación que espera el Instituto en los próximos años.

1.1 Evolución de la problemática estructural del ISS - Salud

La problemática estructural del ISS-Salud se explica, entre otras razones, por sus dificultades administrativas y de gestión dentro del nuevo esquema de Seguridad Social, por la inflexibilidad de los gastos, agravada por algunas decisiones judiciales, y por la suspensión de la afiliación decretada por la Superintendencia de Salud.

Aunque el ISS tenía un año para adaptarse al nuevo sistema (1994), no compensó durante los años siguientes a la reforma (1995, 1996 y gran parte de 1997) y utilizó la totalidad de los recursos de las cotizaciones que recaudó durante este período. Esto fomentó una falsa expectativa de ingresos y gastos: los ingresos adicionales financiaron con suficiencia los gastos dando lugar a mayores gastos y mayores inflexibilidades.

En 1996, la Corte Constitucional declaró que, dada su condición de Empresa Industrial y Comercial del Estado, el ISS no podía incluir dentro de su planta de personal la categoría de “funcionarios de la Seguridad Social” y, por lo tanto, sólo debían existir dos categorías de servidores dentro de la planta: trabajadores oficiales y empleados públicos¹¹.

Esta decisión llevó a que en 1998 la planta de trabajadores oficiales, con derecho a las convenciones colectivas de trabajo pasara de 2 mil a 24 mil trabajadores, incrementando en forma considerable los costos laborales derivados de las prestaciones extralegales y pensionales; beneficios que proyectados a 10 años suman 2.8 billones de pesos a precios de 2002¹².

En noviembre de 1997, el ISS fue obligado a compensar¹³, y comienza, entonces, a ponerse en evidencia las falencias administrativas, los costos crecientes y los ingresos descendientes del ISS. Todo ello se vio agravado por la consolidación de las EPS privadas. Las deficiencias en el desarrollo de sus sistemas de información le han impedido al ISS identificar plenamente a sus afiliados y realizar en forma eficiente el proceso de compensación. Estos

¹¹ sentencia C-579 de noviembre 20 de 1996

¹² viceministerio Técnico- Ministerio de Hacienda y Crédito Público, agosto de 2001.

¹³ corte constitucional sentencia SU-480-97.

problemas junto con el incumplimiento del margen de solvencia y las deficiencias en la prestación de los servicios médico - asistenciales llevó a que a la Superintendencia Nacional de Salud sancionará al Instituto en dos ocasiones (1995 y 1998), suspendiéndole la facultad para incorporar nuevos afiliados e impidiéndole adelantar programas de inversión para mejorar sus servicios.

Las sanciones tenían como objetivo inducir un ajuste en la entidad: un replanteamiento de su estructura de ingresos y gastos, como también de la estrategia comercial, en un escenario de competencia regulada. Sin embargo, estas medidas no se tomaron y el ISS continuó operando en condiciones muy similares.

A la problemática descrita, se sumó la implantación, en 1998, de un modelo de prestación de servicios de salud denominado “adscripción y libre escogencia”, el cual, por falta de controles, auditoría y sistemas de información, generó el desbordamiento de la facturación de IPS externas, la subutilización de las IPS propias y el uso irracional de los servicios por parte de los usuarios¹⁴.

El esquema condujo a un déficit operacional que ha generado la reducción de la calidad y oportunidad de los servicios lo que a su vez ha tenido repercusiones en el retiro de los afiliados. Adicionalmente, el ISS no logró adecuar el sistema de información para identificar afiliados y llegó a tener, en el año 2000, deudas con terceros por compra de servicios, suministros, medicamentos, impuestos, entre otros, por valor de \$625 mil millones.

A la situación planteada, se suma el hecho que las instituciones hospitalarias presentan estructuras administrativas, asistenciales y de equipamientos hospitalarios ineficientes u obsoletos, que no corresponden a las necesidades de la demanda de servicios de los afiliados a la EPS y cuya deficiencia es compensada con la compra de servicios a otras instituciones.

II. DIAGNÓSTICO GENERAL

2.1. Resultados del negocio de salud

El negocio de salud presentó una reducción anual en sus ingresos totales de 13,5% entre 1998 y 2002: un poco más del 50% en los cuatro años. A su vez, los gastos presupuestales (menos compromisos) se redujeron 7% en promedio cada año: 30% durante el cuatrienio. En suma, los ingresos se redujeron a una mayor velocidad que los gastos. El aumento en los gastos tiene una relación directa con los efectos convencionales y el comportamiento de los jubilados.

Cuadro 2

Variación real en los ingresos y pagos totales negocio de salud ISS - Salud, 1998 – 2001

No incluye la disponibilidad inicial, ni los desembolsos extraordinarios de la nación

Fuente: Ejecución presupuestal ISS, en formato de operaciones efectivas de caja 1998 - 2002.

Cálculos DNP-DDS-SS. Ejecución de pagos, no incluye los compromisos pendientes de pago adquiridos por la entidad.

Los ingresos de salud son directamente proporcionales a la afiliación¹⁴, mientras que el gasto no está atado al comportamiento de los afiliados (gráfico 1). Por consiguiente, el negocio de salud ha acumulado un déficit corriente desde 1998, que se explica, principalmente, por los altos costos fijos, entre ellos servicios personales, pagos a jubilados del ISS, y algunos gastos generales. Los años más críticos fueron 2001 y 2002¹⁵. En 2001, el déficit corriente fue de \$266 mil millones sin incluir compromisos presupuestales por la compra de servicios de salud de vigencias anteriores y \$462 mil millones incluyéndolos¹⁶. En 2002, el déficit de caja fue de \$486

¹⁴ viceministerio técnico, salud, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, agosto de 2001.

¹⁵ en 2001, descontados los 500 mil millones del préstamo de Minhacienda, los ingresos vinculados a los afiliados pesan el 95%.

¹⁶ los análisis se realizan con base en las ejecuciones presupuestales, en formato de operaciones efectivas de caja.

¹⁷ este valor equivale a \$431 mil millones a precios de 2001.

mil millones¹⁸. Así, la magnitud del déficit fue de 31% respecto de los ingresos en 2002 y de 17% en 2001¹⁹.

Gráfico 1
Ingresos y Gastos - ISS Salud, 1998-2002

Con este comportamiento, el déficit acumulado, al cierre de la vigencia de 2002, alcanza \$1,3 billones. El resultado anterior tiene en cuenta la utilización de cerca de 75% del crédito otorgado por la Nación por la suma de un billón de pesos, así como los recursos por \$77 mil millones entregados para financiar parte del pasivo pensional y el plazo adicional para cancelar los intereses del crédito por 100.000 millones que se entregó en 1999. Sin incluir los recursos aportados por la Nación el déficit acumulado por el ISS habría sido de \$2,1 billones.

¹⁸ en 1998, el 43.3% de los gastos corrientes se concentraron en los servicios personales y gastos generales, en tanto que los gastos de operación comercial alcanzaron el 45.9%. Por su parte, en la vigencia de 2001 los servicios personales y gastos generales, incrementaron su participación al 47.4%, mientras que los gastos de operación comercial disminuyeron al 31.3%.

Así, en 2002, los gastos totales crecen 8,5% real y los ingresos 0,5%, lo que pareciera mostrar que el Instituto no ha efectuado un ajuste suficiente en los gastos, a pesar de su situación y del comportamiento de los afiliados.

Se evidencia un comportamiento fluctuante en las dos últimas vigencias: en 2001 el ajuste de los gastos se realiza sacrificando la prestación de servicios para los afiliados y cumpliendo con lo señalado por el Artículo 19 del Decreto 115 de 1996, el cual estipulaba las directrices del manejo presupuestal en lo relacionado con las transferencias y gastos de personal. En 2002, se ajustan los gastos de funcionamiento. Cabe señalar que el incremento en compra de servicios de salud refleja el reconocimiento de las cuentas por pagar de vigencias anteriores.

El balance de los dos últimos años muestra que los servicios personales y los gastos generales se incrementaron 7% en 2001²⁰ y se redujeron 14% en 2002; por su parte, la operación comercial en el 2001 decreció 4% (\$20 mil millones a precios de 2002) y en el 2002 aumentó 51% (324 mil millones)²¹ como resultado del pago de la compra de servicios de vigencias anteriores.

Este comportamiento se ve reflejado en la relación gastos corrientes v/s ingresos corrientes, la cual aumentó de 1 a 1,18 entre 1998 y 2001, como se observa en el gráfico 2.

¹⁹ cálculos del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

²⁰ la distribución presupuestal del ISS se realiza con base en artículo 19 del Decreto 115 de 1996, el cual prioriza los gastos de personal y transferencias, afectando los gastos generales y de operación. La inflexibilidad en el gasto causa una reducción en la prestación de los servicios.

²¹ la disminución en la compra de servicios sería razonable, siempre que las IPS propias exhibieran mayores niveles de productividad, lo cual no ocurre, como se detallará más adelante.

Gráfico 2
Ingresos corrientes, gastos corrientes y déficit corriente - ISS Salud, 1998-2002 a precios de 2002

Todo lo anterior puede llevar a concluir que los resultados se puedan interpretar en un principio como si los aportes de la Nación se hubieran destinado a financiar el déficit de caja sin que su utilización se haya reflejado en una mayor productividad del ISS. Sin embargo, el aumento del gasto en 2002 refleja el intento de la administración por mejorar su gestión en compra de servicios y medicamentos haciendo contratos y compras que ofrecen economías de escala y que tienen impacto en el corto y mediano plazo.

El cuadro 3 muestra la variación en el personal de contratación civil y sus costos. En 2002, el costo de la contratación civil (gasto flexible) presenta una reducción de 29% en la EPS y del 12% en la IPS, lo cual significa que la expansión de los gastos de personal se explica por factores diferentes a la contratación civil, en particular por el costo de la planta de personal y de la

convención colectiva (gastos inflexibles), como se muestra en el cuadro 4. No obstante, es preciso señalar que la magnitud del ajuste ha sido mayor en las clínicas en términos absolutos.

Cuadro 3
Variación en el personal de contratación civil y sus costos– ISS Salud, 1999 – 2002(millones de pesos de 2002)

Nota: El personal de la EPS e IPS representaron el 85% del personal en 1999, en 2002 representan el 82%. Fuente: ISS, cálculos DNP-DDS-SS.

Cuadro 4
Incremento en las asignaciones básicas pactadas por convención colectiva a partir de 1991,ISS

- (1) 20% médico profesional o especialista.
- (2) 10% para profesionales no médicos y 12% para profesionales especialistas no médicos.
- (3) 8.65% para los que no tienen prima técnica.

Nota: Adicionalmente existe en el ISS la prima de localización que equivale a 15% del sueldo, la bonificación por calidad que se le paga a los no beneficiarios de prima técnica, que equivale a un mes de salario al año

El cuadro 4 presenta los incrementos convencionales que han percibido y perciben los funcionarios del ISS. Como se puede apreciar, los incrementos sobre asignación básica son muy representativos y generan las inflexibilidades anteriormente descritas. Debe observarse que, si bien ha habido incrementos reales en la asignación, el impacto en los costos laborales se debe en gran medida a los beneficios y prestaciones que constituyen factor salarial, y afectan, adicionalmente, el costo pensional. De los gastos corrientes, más de 50% son costos fijos y de estos últimos cerca de 80% son gastos de personal sin incluir jubilaciones.

Otra forma de visualizar el impacto de los costos convencionales es considerando el factor prestacional promedio: 29.16% para los empleados públicos²² y 43.7% para los empleados del ISS, excluida la retroactividad de las cesantías²³ y el pago de los factores pensionales de los ex - funcionarios que exceden el régimen general (cuadro 5).

Cuadro 5
Factor prestacional de los trabajadores oficiales ISS v/s trabajadores oficiales generales(antigüedad promedio de 12 años)

(1) No incluye la retroactividad de las cesantías. Con la retroactividad para un promedio de 12 años de antigüedad este factor se incrementa de 45.25% a 136.0%
Fuente: ISS, Vicepresidencia Financiera.

²² el factor prestacional se calcula con base en el total de días reconocidos a un trabajador al año por concepto de: asignación básica, servicios prestados, vacaciones, prima de vacaciones, prima por servicios y cesantías.

²³ la retroactividad de las cesantías quedó congelada por diez años en la convención colectiva vigente

La inflexibilidad en el gasto se ve agravada por las condiciones que para jubilación señala la convención colectiva en términos de monto y edad de la pensión²⁴, ya que la nómina de pensionados crecerá en términos reales por la antigüedad del personal de ISS y por las condiciones para obtener la pensión de jubilación. El total de jubilados del negocio de salud pasó de 9.235 en 1995 a 16.331 en el 2002 (ver cuadro 6). La mesada promedio de los ex - funcionarios del ISS asciende hoy a 7,4 salarios mínimos, esto es 2,46 millones de pesos.

Cuadro 6
Jubilados Salud – ISS, 1995-2002

* Fuente: Recursos Humanos ISS

Se espera que los jubilados pasen a ser 18.436 personas en 2005 y 23.212 en 2012. Esta evolución representaría cerca de \$174,5 mil millones adicionales en el costo de los jubilados entre 2002 y 2012. El crecimiento promedio anual del costo se estima en 3,7%. En 2002, el costo anual por jubilado fue de \$20,1 millones de pesos²⁵.

En este punto debe señalarse que no sólo es grave la magnitud de la carga laboral sino además el hecho de que en ningún momento la misma es el resultado de incentivos (primas, bonificaciones, etc.) a la productividad de los trabajadores. Este problema ha llevado, por ejemplo, a que no haya sido posible implantar un esquema de facturación que permita hacerle seguimiento a la gestión de cada una de las instituciones prestadoras (CAAs e IPSs).

²⁴ los trabajadores oficiales representan el 96% de la planta del ISS. Las mujeres se jubilan a los 50 años de edad y los hombres a los 55, en ambos casos con el 100% del salario promedio mensual con 20 años de servicios en el ISS (lo cual equivale a 1.5 salarios básicos aproximadamente por los factores salariales que se incluyen para efectos del cálculo de la pensión en los últimos 2 años, hasta el 2006. De este año en adelante, se incrementan los años para determinar el promedio mensual hasta llegar a 4 años a partir del 2017.

2.1.2.1. Composición del gasto en salud

El manejo integrado de la EPS e IPS bajo una misma institución, sin distinguir claramente los recursos, responsabilidades, debilidades y fortalezas de cada negocio, dificulta la identificación de los problemas y la adopción oportuna de correctivos. El esquema de dirección y el manejo de recursos es altamente centralizado y diluye las responsabilidades de las Unidades Operativas, como en el caso de las clínicas y los CAA. Este problema ha impedido la adecuada adaptación del ISS al entorno competitivo instaurado por la Ley 100 de 1993.

El negocio de salud se divide en tres grandes subunidades, a saber: (i) la IPS (clínicas); (ii) la EPS, que tiene además a su cargo los CAA; y (iii) la administración central. El gráfico 3 muestra la participación del gasto por cada subunidad de negocio. La composición de los gastos indica que las IPS incrementaron su participación de 30% en 1998 a 40% en 2001, debido principalmente a un aumento en los gastos de funcionamiento²⁶.

Gráfico 3

Composición del gasto por subunidad de negocio de salud – ISS, 1998-2001

Fuente: ISS. Vicepresidencia Financiera.

²⁵ incluye cuotas partes pensionales y pensiones compartidas.

²⁶ el crecimiento de 1998 se explica por el incremento en las transferencias corrientes.

El déficit se presenta cuando los ingresos de la EPS financian las otras subunidades de negocio. Esto significa que mientras la estructura del ingreso del negocio de salud se soporta 100% en los ingresos de la EPS, la estructura del gasto es generada en 61% por las IPS (CAA y clínicas), y sólo en 32% por la EPS²⁷. Es claro entonces que la estructura de ingresos no es compatible con la de gastos y, por lo tanto, se deben realizar acciones que conlleven a una separación funcional de los negocios. Adicionalmente, se deben ejecutar acciones en las IPS con el fin de reestructurar la composición del gasto, en especial lo relacionado a la inflexibilidad laboral y el crecimiento constante de la carga de jubilados.

Los CAA y las clínicas dependen de los ingresos de la EPS y la venta de servicios no es suficiente para que las clínicas a través de la facturación ni los CAA bajo la modalidad de capitación, subsistan por si solos. La estructura de gastos de las clínicas, CAA y seccionales es bastante rígida y se refleja en la participación y composición de los costos operativos y del pago por jubilaciones y prestaciones sociales (gráficos 4 y 5).

Gráfico 4

Clínicas - ISS. Composición del gasto, 1999-2002 (pesos de 2002)

²⁷ el 7% restante procede de la administración central.

Gráfico 5

CAA y Seccionales – ISS. Composición del gasto, 1999-2001(pesos de 2002)

La composición del gasto en las clínicas se mantiene relativamente igual de 1999 a 2001. Como se anotó anteriormente, se observa una gran inflexibilidad: la participación de los jubilados se incrementó, la mano de obra directa tiene una alta participación y el ajuste es difícil dadas las condiciones de la convención colectiva de trabajo. Los medicamentos, que representaban cerca de 10% del gasto en 2001, han crecido en términos reales, mientras la afiliación ha decrecido.

La estructura del gasto en los CAA es igualmente inflexible. La participación de los jubilados se ha incrementado (pasando de 13% en 1999 a 18% en 2001), la mano de obra directa y la compra de servicios contabilizada por la EPS es casi de 45%²⁸. De otro lado se observaba un incremento en el gasto administrativo de 2000 a 2001, lo que evidencia un desbalance respecto a lo que se necesita para operar.

²⁸ cabe señalar que desde el punto de vista presupuestal y operativo los CAAS y las clínicas no compran servicios, es la EPS quien lo hace.

Esta situación obstaculiza la adaptación, tanto de las clínicas como de los CAA y seccionales, a las cambiantes exigencias de un mercado cada vez más competitivo, y dificulta la respuesta oportuna y adecuada ante situaciones de crisis que ponen en entredicho su viabilidad financiera. A su vez, la estructura del gasto no deja ver diferencias significativas entre los CAA y las clínicas a pesar de las diferencias en sus características. No es apreciable, a través de la evolución en la composición del gasto, la existencia de una estrategia que contribuya a contener costos, tanto por calidad como por capacidad resolutive y productividad, como se verá más adelante.

Al comparar el gasto per cápita del POS contributivo junto con el gasto administrativo del ISS – EPS respecto al de las EPS privadas, se observa que el ISS presenta un costo 1,48 veces mayor (cuadro 7)²⁹.

Cuadro 7
Gasto per cápita POS y Administrativo ISS-EPS .Vs. EPS-Privadas, 1998-2001

Fuente: Supersalud, base de P&G EPS.
Fisalud.; Población afiliada 1998-2001.

²⁹ no incluye costo de pensionados.

Los gastos laborales reseñados en este documento han llevado a que las clínicas funcionen a unos costos que no alcanzan a ser cubiertos por las tarifas autorizadas para el cobro de los servicios médicos asistenciales prestados a los afiliados de las EPS o usuarios particulares. En otras palabras, funcionan a pérdida. Este hecho está ratificado por un estudio realizado por el ISS, donde se muestra que 29 de las 37 clínicas propias presentaron resultados deficitarios en 1999. Este esquema de operación “a pérdida” se ha dado por el crecimiento de los pasivos laborales y pensionales y ha requerido de subsidios de la EPS para cumplir con sus obligaciones, repercutiendo en la calidad de la atención a los afiliados y en el pago oportuno a las IPS de la red externa.

El comportamiento de los gastos descritos anteriormente se debe a:

- Aunque el ISS no ha logrado demostrar afiliados por más de siete millones, la Entidad, durante muchos años, reportó una cifra superior a diez millones³⁰, con lo cual se justificó un crecimiento de la contratación de servicios con centros médico - asistenciales y profesionales independientes. Estos dos rubros representaron el mayor aporte al crecimiento de los gastos hasta 1997.
- La contratación extra-institucional supone la saturación de las IPS de propiedad del ISS. Sin embargo, actualmente gran parte de estos centros asistenciales registran un bajo nivel de ocupación y productividad (ver desempeño de las clínicas más adelante).
- Se han detectado casos en la red externa de doble facturación, cobro de servicios no prestados o procedimientos no realizados muy cuantiosos, infortunadamente no existen estimaciones precisas sobre su valor. Tampoco se ejerce comprobación de derechos efectiva, lo que conduce a que la demanda de servicios se eleve (se prestan servicios a personas que no están al día con sus aportes o a personas no afiliadas a la EPS-ISS).

³⁰ esta situación se explica en gran medida por que las bases de datos del ISS contaban como afiliados a quienes registraban la afiliación inicial (cotizantes y beneficiarios), sin considerar si estaban o no activos, es decir, si estaban al día en sus cotizaciones al sistema.

- Estos problemas se agudizaron con la implantación del sistema de adscripción y libre escogencia³¹. La falta de sistemas de información y mecanismos de control llevó a que la operación del sistema desbordara la capacidad del Instituto para su manejo y se aumentaran los gastos a niveles que obligaron a suspenderlo, manteniendo un significativo cúmulo de cuentas por pagar en los años subsiguientes.
- Hasta 1999 el ISS ofreció servicios que desbordaban las obligaciones del POS, como atención en el exterior, trasplantes, implantes cocleares, planes de odontología completos y más de 100 medicamentos no contemplados en los listados del POS, entre otros.
- Del total de enfermedades de alto costo atendidas por todas las EPS durante 1997, 94% correspondieron al ISS. Los costos de atención de cada una de estas personas superaban significativamente los costos de atención de estas enfermedades por parte de las demás EPS. Aunque estos costos se han reducido desde 1998 (gráficos 6 y 7),³² las enfermedades de alto costo aún representan un gasto importante en las finanzas del Instituto, a pesar de las decisiones adoptadas en esta materia por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Gráfico 6

Comportamiento del gasto de las patologías de alto costo – ISS, 1998 – 2001

³¹ este sistema, que operó entre 1997 y 1998, pretendía mejorar la capacidad y la oportunidad de respuesta del ISS en la prestación de servicios. Con el sistema de adscripción se llegó a tener contratos con cerca de 7000 IPS y profesionales de la salud.

³² la Reforma a la Seguridad Social Antecedentes y Resultados, Ministerio de Salud.

Gráfico 7
Comportamiento de los ingresos por UPC¹ y gastos de alto costo – ISS, 1998 – 2001

2.1.3. Pasivos y deterioro patrimonial del negocio de salud

La Unidad de Salud del ISS enfrenta un serio deterioro patrimonial. De acuerdo con la Supersalud, a partir de 1998, los patrimonios de la EPS e IPS registran saldos negativos. En 2001, la EPS presentaba un patrimonio negativo de \$821 mil millones y la IPS de \$1.045 mil millones³³. El deterioro patrimonial es el resultado de la acumulación de pasivos, situación que fue identificada por la OIT en 1997, la Contraloría General de la República (CGR) y la Revisoría Fiscal del Instituto desde 1998³⁴.

Mientras en 1995 el valor de los activos era similar al de los pasivos, en el 2001 el valor de los últimos casi triplicaba los primeros. En las IPS, la rápida acumulación de pasivos se genera por el crecimiento de la deuda pensional que pasó de \$130.853 millones en 1995 a \$1,6 billones

³³ informe Financiero Supersalud. Diciembre 2001.

³⁴ según la CGR “Las pérdidas acumuladas a diciembre 31 de 2000, ascienden a \$984.150 millones, lo que hace disminuir el patrimonio de la entidad, el cual se encuentra a dicha fecha en saldo negativo de \$594.598 millones, incumpliendo con el principio contable de empresa en marcha y con el requisito para operar como Entidad Promotora de Salud como lo establece la Ley 100 de 1993”. Informe final de auditoría gubernamental con enfoque integral abreviada del ISS 2001 y 2002.

en 2001³⁵ (gráfico 8). Esta variación se da por la exigencia contable de registrar en cada negocio los pasivos pensionales causados. Con la Ley 758 de 2002 la Nación concurre con recursos anuales para financiar el pasivo pensional generado con corte a 1993.

Gráfico 8

ISS –IPS. Resultados y composición del balance, 1996 - 2001

En la EPS este crecimiento es resultado, además del pasivo pensional, del aumento de las cuentas por pagar a contratistas y proveedores, especialmente con la red hospitalaria pública y privada (gráfico 9).

³⁵ ISS – Vicepresidencia Financiera. El ISS tuvo que separar contable y financieramente las cuentas de la EPS de las de su IPS, por tanto, estos pasivos que aparecían inicialmente en cabeza de la EPS pasaron a contabilizarse dentro de las IPS.

Gráfico 9

ISS –EPS. Resultados y composición del balance, 1996 - 2001

De esta forma la entidad viene registrando pérdidas en el ejercicio desde 1995. La mayor pérdida se presentó en 1998 como resultado del incremento del pasivo (ocurrido como consecuencia del registro de las cuentas por pagar a proveedores) y de la implantación del modelo de libre adscripción. En 1999 se incrementó aún más el pasivo hasta llegar a 176,2% frente al total del activo. A diciembre de 2000 se encontraba en 155,35% y a marzo de 2001 en 151,89%³⁶. Los activos, conformados en un alto porcentaje por inmuebles, equipos y otras propiedades del ISS, muestran una tendencia decreciente hasta 1999. De otro lado, la persistencia de pérdidas en los últimos años está relacionada con los sobrecostos derivados de la nómina y la ineficiencia operativa afectando principalmente a la IPS, y las deficiencias en los procesos de afiliación, registro, recaudo, compensación y contratación de la red externa en la EPS.

³⁶ Supersalud. Informe octubre de 2002.

2.2. Desempeño de las Clínicas³⁷

La medición del desempeño de las clínicas muestra el uso de la capacidad instalada, permite examinar la inflexibilidad en el manejo de los insumos (recurso humano y otros insumos), así como la falta de gestión para incidir positivamente en la productividad. Una aproximación a la evaluación de la eficiencia de las clínicas indica que los actuales niveles de producción podrían mantenerse utilizando una menor cantidad de insumos³⁸.

En este documento, la productividad de las clínicas se mide con base en las unidades equivalente paciente día (EPD)³⁹. El EPD es una medida de producción hospitalaria que supone la equivalencia, en términos de costos, de los servicios de hospitalización, consulta externa y urgencias, entendidos como las unidades productivas finales del hospital.

Dicha unidad de producción, al compararla con los diferentes insumos en el tiempo, permite determinar la evolución de la eficiencia e identificar las clínicas donde se deben realizar acciones encaminadas a mejorar la productividad. En los gráficos 10 y 11 se pueden observar los incrementos o reducciones de los costos por EPD, para las clínicas de tercer y segundo nivel respectivamente. Las clínicas de tercer nivel incrementaron sus costos por unidad EPD de 1999 a 2001, indicando una pérdida en la eficiencia por unidad de producto. Las clínicas de segundo nivel redujeron, en promedio, sus costos por EPD durante el mismo período (10 clínicas de 25 incrementaron sus costos por unidad de producto y las restantes lo disminuyeron).

³⁷ la Fuente de los Indicadores es el ISS. Cálculos DNP-DDS-SS.

³⁸ se utilizó la metodología de Análisis Envolvente de Datos (DEA).

³⁹ calculada así: $[(\text{No. días cama ocupada}) + (\text{No. de Consultas Externas}/4) + (\text{No. de atenciones de urgencias}/2)]$

Asimismo, las clínicas de tercer y segundo nivel redujeron su producción por funcionario. En 1999, los niveles de productividad eran más altos que los logrados en 2001. Al confrontar la productividad con los ingresos se observa que estas dos variables están correlacionadas directamente: la mayor reducción en ingresos y en la productividad se da en el año 2000. En 2001, la productividad crece a la par con los ingresos, lo que podría indicar una reducción en los tiempos de espera para consultas y otros procedimientos. De 25 clínicas de segundo nivel analizadas, solamente 4 presentan incrementos en productividad (medida como EPD) de 1999 a 2001 (ver gráficos 12 y 13).

Gráfico 12
Productividad medida por Unidades Equivalentes Paciente / Día por funcionario.
ISS - Clínicas de Segundo Nivel, 1999-2001

Gráfico 13
Productividad medida por Unidades Equivalentes Paciente / Día por funcionario. ISS -Clínicas
de Tercer Nivel, 1999-2001

El comportamiento negativo de la productividad se acentúa, si se tiene en cuenta que la inflexibilidad del gasto en el ISS no permite ajustar los insumos a la disminución de la demanda. Al tener en cuenta los componentes señalados anteriormente, se infiere que la falta gestión y de control sobre el gasto e insumos hacen que las clínicas del ISS sean ineficientes. Es evidente la necesidad de incidir sobre la productividad de las clínicas con el fin de contener costos, e incrementar la eficiencia; ello implica controles sobre los materiales, suministros, tiempos, citas y procedimientos que están directamente relacionados con el costo y la demanda.

De otra parte, los gráficos indican que las clínicas que presentan niveles de productividad inferiores a los promedios son susceptibles de mejoras sustanciales o requieren un proceso de reestructuración. Igualmente, es importante observar que el porcentaje de camas ociosas se incrementa entre 1999 y 2001, especialmente en las clínicas de segundo nivel, las cuales redujeron la ocupación en 7%. En las clínicas de tercer nivel la ocupación también se redujo, aunque en menor proporción (gráfico 14)⁴⁰.

Gráfico 14
Diferencia en el porcentaje de camas Ocupadas ISS –
Clínicas de segundo nivel y tercer nivel

Los indicadores analizados muestran que las clínicas del ISS evolucionan desfavorablemente. Se concluye que, dado el comportamiento de los egresos, de los gastos por EPD, del porcentaje de camas ocupadas, algunas clínicas del ISS deben ser reestructuradas (y otras incluso clausuradas) con el propósito de ajustar la capacidad productiva a la demanda, o en su defecto se deben desarrollar medidas de gestión vía venta de servicios que alcancen niveles adecuados de capacidad instalada.

⁴⁰ en 1999 de 29 clínicas analizadas, habían 12 con porcentajes de ocupación inferiores al 75%. En el 2001 el número se incrementó a 18. En 1999 había una clínica con un porcentaje de ocupación inferior al 50%, mientras en el 2001 hay 4.

2.3. Deficiencia en la gestión

La carencia de sistemas adecuados de información y control trae consigo una planificación deficiente y una toma de decisiones inadecuada. En el ISS, este problema adquiere dimensiones críticas dadas la complejidad de la entidad y de los procesos que debe manejar. Se destaca el impacto en los siguientes procesos:

- El ISS no ha logrado conformar una base de datos confiable sobre sus afiliados. Sólo a finales de 1999 llegó a poseer una base de datos unificada pero aún no depurada, situación que genera dificultades para efectuar la compensación ante el Fosyga y cobrar los recursos que le corresponden por UPC. Es posible que se esté atendiendo afiliados sin cobrar la UPC correspondiente o viceversa.
- Incapacidad en la gestión gerencial de las IPS, incluidos los CAA. La gestión debería estar orientada a racionalizar los gastos, implementar procesos de facturación, mejorar la productividad y establecer asignaciones óptimas de los recursos disponibles, tanto en recurso humano como en los insumos hospitalarios. Lo anterior supone una gestión orientada al logro de resultados, cumplimientos de metas y una adecuada planeación de la gestión.
- El ISS no cuenta con estrategias continuas de depuración y actualización, debido, en parte, a la falta de compromiso y disciplina de las regionales en el cumplimiento de los procedimientos en cuanto a calidad y oportunidad en el manejo de la información⁴¹. Además, presenta inconsistencias en cuanto a los afiliados activos e inactivos, en mora y aportantes⁴².
- La entidad presenta sobrecostos por falta de control en la prestación de los servicios de salud y en la facturación de las IPS contratadas. No es posible verificar los paquetes sobre

⁴¹ superintendencia Nacional de Salud. Informe octubre de 2002.

⁴² *ibid.*

los cuales se contratan y pagan los servicios, ni existen protocolos contra los cuales se puedan controlar y evaluar los gastos en que se incurren en la prestación de los servicios.

- Se destinan mayores recursos físicos y financieros a actividades que se simplificarían con un buen sistema de información; además, se dificulta el control de la gestión administrativa y operativa, así como de posibles casos de fraude y corrupción.
- De acuerdo con la Supersalud “no existe contabilidad en la consolidación de las cifras, ya que todas las áreas cuentan con procedimientos operativos diferentes que son manejados en forma independiente, mensualmente no se realizan las conciliaciones y cruces correspondientes, en razón de que las fuentes no producen las cifras de control e históricas de movimientos necesarias para llevarlas a cabo”. Además, “existen deficiencias alrededor de cada una de las áreas involucradas en el proceso de generación de la información contable, en razón de que no se cuenta con los procedimientos ni controles adecuados, ni se percibe una cultura para su aplicación, por parte de las fuentes”⁴³.
- El informe final de la auditoría gubernamental señala, con relación al plan de mejoramiento, a los avances en informática y a la planificación presupuestal en ingresos, “que la gestión adelantada en estos aspectos no ha sido desarrollada de manera eficaz, y no cumple con las disposiciones que regulan el Sistema de Seguridad Social en Salud”⁴⁴.
- De otra parte, el proceso de planificación y programación presupuestal ha descansado sobre un supuesto de mayores expectativas de ingresos, producto de las fallas en los sistemas de información para la identificación de sus afiliados, entre otros factores. En 2002, se proyectaron 250 mil nuevos afiliados, meta que no se logró. Por el contrario, la realidad ha sido que los afiliados han continuado la tendencia decreciente observada desde 1998.

⁴³ *ibid.*

⁴⁴ Contraloría General de la República. O. Cit.,

- Los costos operacionales del ISS también se encuentran afectados. A pesar de la capacidad instalada disponible, el ISS se ve, sistemáticamente, obligado a contratar muchos de los servicios por las deficiencias de tecnología que presentan algunas de sus instituciones pues el continuo déficit ha limitado la capacidad de inversión en actualización tecnológica lo cual hace que no solamente se pague la capacidad instalada interna con costos laborales altos, sino que hace necesario conseguir recursos tecnológicos externos.
- La gestión de promoción y prevención del ISS ha sido excluida de las prioridades de la entidad, lo cual es mucho más grave si se tiene en cuenta que el Instituto cuenta con los recursos para realizar acciones en esta área. Recurrentemente la entidad ha debido retornar recursos al sistema por falta de ejecución de los mismos.

Con la entrada en vigencia de la ley 100 de 1993 y las exigencias del sistema abierto a la competencia, la implementación de sistemas de información y el fortalecimiento tecnológico en comunicaciones, se constituían prioridades inaplazables. Durante el período 1998-2001 se observó un interés por avanzar en la modernización de los sistemas⁴⁵, aspecto que se refleja en los presupuestos de inversión. Sin embargo, la baja ejecución de los presupuestos aprobados para atender esta necesidad y la falta de continuidad en el desarrollo de los programas de sistematización llevaron a que en la actualidad el ISS presente un rezago en tecnología de comunicaciones y sistemas de información, que ha contribuido en forma sustancial a la crisis por la que atraviesa.

En 1998, la apropiación final de la inversión en el total del presupuesto de gastos fue de 5,3%, la inversión proyectada para desarrollar el plan de sistema dentro de la inversión total era de 6% y su ejecución fue de 55%. En 2001, la apropiación final de la inversión en el total del presupuesto de gastos pesó 1,3%, la inversión proyectada para desarrollar el plan de modernización de sistemas dentro de la inversión total era de 34% pero su ejecución fue sólo de 33%.

Otro factor importante es la falta de planeación para el desarrollo de proyectos de inversión en infraestructura física. Las prioridades para la asignación de estos recursos cambian frecuentemente durante un mismo año. Los proyectos y montos ejecutados en cada año difieren de manera significativa con los proyectos que sirven de base para la programación y aprobación de los presupuestos anuales. En consecuencia, en la actualidad existen proyectos hospitalarios en obra negra donde se invirtieron cuantiosos recursos que están ociosos y, probablemente, en peligro de perderse definitivamente.

2.4 Estrategias, resultados y lecciones del convenio de desempeño con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público

Como estrategia para la recuperación del ISS, el Gobierno Nacional tomó la decisión de inyectar recursos financieros como parte de un empréstito otorgado por intermedio del Ministerio de Hacienda y Crédito Público (MHCP). El empréstito por un billón de pesos exigió la firma de un convenio de desempeño entre el MHCP y el ISS, donde este último se comprometió con metas de gestión en sus ingresos y de reducción de sus gastos. En diciembre de 2001 se realizó un desembolso por \$500 mil millones y el desembolso restante se realizó a finales de 2002.

El convenio de desempeño estableció un grupo de medidas para solucionar la situación financiera del ISS en salud. Este convenio tuvo como antecedente el acuerdo tripartito entre la Nación, la administración del ISS y Sintraseguridad social. Con este acuerdo se definieron los compromisos de cada una de las partes y significó un reconocimiento de las graves dificultades financieras y administrativas de la unidad de negocios de salud del ISS, así como una posición conjunta sobre el diagnóstico, su cuantificación y sobre las medidas necesarias para solucionar estos problemas.

⁴⁵ por ejemplo, en el año 1997 se aprobaron vigencias futuras por US\$150 millones para la contratación del diseño, implantación y operación de sistemas de información mediante la modalidad de outsourcing. El proceso nunca se concretó y los recursos

Para el segundo desembolso, a finales de 2002, se efectuó un otrosí modificadorio para ajustar metas y proyecciones a partir de la nueva información reportada por el ISS sobre afiliados compensados e ingresos. Las inconsistencias en la información por parte del ISS persisten actualmente. Los principales puntos acordados están encaminados a adoptar las siguientes estrategias de corto y mediano plazo en el ámbito financiero y de gestión del ISS:

1. Identificar el monto de las deudas de la Nación con el ISS por concepto de aportes de pensiones, cuotas partes, manejo de reservas, mesada adicional, acciones del BCH y bonos pensionales de tipo B.
2. Adelantar procesos de diseño, análisis, planeación y control de las políticas del ISS.
3. Modificar la estructura orgánica y funcional del ISS en el nivel directivo.
4. Adoptar un proceso de disminución progresiva de la cantidad de contratos de asesoría y consultoría, a una razón mínima del 10%.
5. Definición del plan de desarrollo informático integral.
6. Adelantar un plan piloto que deberá ponerse en marcha en las redes de servicios del ISS a partir de una clínica.
7. Implementar un manual de política de recaudo y cartera.
8. Implementar una política de compra de bienes y servicios dando prioridad a la red propia.
9. Obtener ingresos adicionales de \$150 mil millones anuales por concepto de nuevas afiliaciones.
10. Gestionar el reconocimiento y pago de las pensiones de los ex – funcionarios del ISS – Salud hasta diciembre de 1993.

Entre las consecuencias de este acuerdo cabe destacar la revisión de la convención colectiva del Instituto por parte de los trabajadores, que condujo a una reducción de beneficios prestacionales. Aunque este hecho no tiene precedentes en las negociaciones laborales en el país, debe señalarse que la información dada por el ISS sobre el ahorro generado por las medidas tomadas ascendía a la suma de \$84,5 mil millones anuales. De acuerdo con Información reciente del ISS, este ahorro sólo alcanza los \$38 mil millones anuales. Como se puede evidenciar, este

tampoco se utilizaron.

ahorro es totalmente insuficiente para ajustar el impacto que los costos laborales tienen en el déficit acumulado del negocio de salud.

Las condiciones de afiliación y de los ingresos del ISS que se fijaron en el convenio de desempeño no se cumplieron, siendo las metas propuestas superiores frente a las expectativas, en particular frente al mercado laboral en el caso de los nuevos afiliados que se proyectaron, a lo cual se suman los problemas de carácter estructural en materia de información de afiliados, financiera y contable, que necesariamente han conducido a revisiones sucesivas de las cifras y generan incertidumbre frente a la situación actual del ISS y a la definición y cumplimiento de metas de gestión.

Los resultados no han contribuido a mejorar las condiciones financieras y de operación de la entidad, a pesar de haberse avanzado parcialmente en el desarrollo de algunos de los puntos pactados. Teniendo en cuenta los resultados obtenidos por el ISS después del crédito, se concluye que los recursos con que la Nación colabore para solucionar la problemática actual del negocio de salud, deberán estar orientados a resolver los problemas estructurales, que tengan impacto desde el corto plazo, y no a financiar déficit de caja.

III. CONCLUSIONES

Las cifras muestran que el ISS Salud es hoy una entidad inviable financieramente si no se llevan a cabo (i) una reforma estructural que se traduzca en una significativa reducción y flexibilización de sus costos, tanto laborales como de operación, (ii) una transformación de sus mecanismos de gestión y (iii) un aumento de su capacidad para generar ingresos. De no realizarse lo señalado en el menor tiempo posible se pone en riesgo al ISS como un todo.

De acuerdo con lo anterior, la viabilidad financiera del Instituto sólo es posible si en la solución de los problemas estructurales concurren la administración del ISS como entidad gestora, los trabajadores flexibilizando y reduciendo los costos laborales y la Nación apoyando estos procesos.

El ISS debe buscar que su estructura de servicios y su organización esté en función de su número de afiliados, debe solucionar las falencias en su sistema de información, y debe reordenar y modernizar sus áreas de prestación de servicios, lo cual incluye reducción de nómina de planta, reducción y flexibilización de costos laborales, cierre de algunos CAA y clínicas por insuficiencia de demanda y un plan de equipamiento para modernizar los que deban permanecer en operación.

Las políticas del ISS no han resuelto los problemas estructurales que afectan su operación funcional (separación de funciones entre la EPS, CAA e IPS), como tampoco se han centrado sobre las variables estructurales que generan déficit: inflexibilidad en los gastos (servicios personales, gastos generales y beneficios de la convención colectiva de trabajo), decrecimiento de la productividad, y problemas de gestión en los negocios (planeación, ejecución, seguimiento, control, evaluación y retroalimentación).

De continuar con las políticas y acciones que hasta ahora se han realizado por parte del ISS, el desequilibrio financiero será creciente y el déficit⁴⁶ acumulado se proyecta en cerca de 3.3% del PIB en el 2012⁴⁷. El gráfico 19 muestra, en un escenario conservador⁴⁸, el comportamiento de los ingresos y los gastos.

El escenario base tiene en cuenta reducciones en personal, mantenimiento de los costos operacionales e introducción de mejoras en el recaudo. Los sueldos y otros gastos asociados a la nómina decrecen en función del crecimiento del número de pensionados del ISS como patrono. El valor de ingresos y gastos en licencias e incapacidades son iguales a los gastos correspondientes, y los gastos generales médico asistenciales, compra de servicios y promoción y prevención, crecen al ritmo del crecimiento de la población afiliada. Los gastos generales y otras transferencias permanecen constantes.

⁴⁶ se asumen que el ISS podrá al menos mantener su población afiliada y realizar algunas medidas de gestión. En caso contrario el escenario será más crítico.

⁴⁷ sin jubilados el déficit alcanzaría 0.6% del PIB.

Gráfico 19
Ingresos, Gastos, Población afiliada – ISS, 1998-2012

IV. PROPUESTA

La propuesta que se presenta en esta sección, determina las acciones, en el corto, mediano y largo plazo, que permiten que el ISS logre un equilibrio económico. Dichas acciones se deben enfocar en los siguientes factores:

- 1) La inflexibilidad en el gasto (crecimiento de los servicios personales, gastos generales y beneficios de la convención colectiva de trabajo);

⁴⁸ se proyectan reducciones en personal, los costos operacionales se mantienen en el tiempo, se introducen niveles de gestión en el recaudo y se considera que el ISS debe como mínimo afiliar 25 mil personas cada año. Los sueldos y otros gastos asociados.

- 2) Redimensionamiento y reorganización de la capacidad instalada del negocio de salud, ajustándola a las condiciones reales del mercado;
- 3) Mejoramiento de la gestión interna, separación funcional de los negocios EPS e IPS, mejoras en su sistema de información y registro, planeación técnica y operativa, gestión de adquisiciones y compra de servicios, auditoría clínica y de cuentas, acreditación de proveedores, vigilancia epidemiológica, mecanismos de contención de costos y proceso activo de comercialización de los productos y servicios, para el mejoramiento de la calidad y la oportunidad de los servicios.

4.1. Flexibilización del gasto

El conjunto de medidas de flexibilización implica la reducción de costos fijos a través de las acciones que se presentan en el cuadro 8. Es preciso señalar que, en el año 2002, el ISS inicio acciones tendientes a corregir la situación actual y que estas son medidas de corto plazo.

Al implementar las medidas antes citadas, el negocio de salud del ISS espera generar un ahorro acumulado en el 2004 de \$525 mil millones de pesos de 2002. Adicionalmente, en el contexto del ajuste global, se evaluará la pertinencia de cerrar y reestructurar más servicios de ser esto necesario para garantizar la viabilidad financiera del ISS.

Para tal fin, es necesario adelantar los estudios técnicos y de mercado para cada unidad operativa. Estos deben tomar en consideración la capacidad instalada, la demanda actual de cada una de ellas, así como la demanda potencial producto de la expansión de la entidad y del mercado potencial con otros pagadores (direcciones territoriales de salud, otras EPS, seguros privados) y la oportunidad en la prestación de los mismos. De igual manera, se deben analizar las características de la demanda de servicios y la competencia existente en otros proveedores.

Cuadro 8
Ahorros por ajuste en corto plazo
(millones de pesos)

Fuente: ISS.

4.2. Medidas en la gestión Interna

1. Desarrollo por parte de la EPS de mecanismos eficientes de afiliación, registro, recaudo y compensación, comprobación de derechos, auditorías clínicas y de cuentas en la compra de servicios a la red externa y propia, registro contable, así como esquemas eficientes de contratación, estandarización de procesos clínicos y administrativos con sus respectivos

⁴⁹ ahorros 2003 sin costos de indemnización. Estos son cercanos a 130.000 millones y reducen el ahorro en caja.

controles a través de indicadores, todo lo cual debe garantizar la contención de costos y localidad y oportunidad en la prestación de los servicios.

La EPS deberá concentrarse en el desarrollo de procesos administrativos y de gestión para cumplir su función como aseguradora y para la organización de la red de servicios para sus afiliados. En primera instancia debe reorganizar su estructura y llevar a cabo desarrollos técnicos, administrativos y financieros que le permitan comportarse como entidad aseguradora de riesgos financieros asociados a la salud.

Las medidas orientadas a fortalecer sus sistemas de información para la realización de procesos críticos señalados deberán estar en plena operación al finalizar los primeros 24 meses de esta fase.

La EPS para poder ser eficiente y generar los incentivos correctos en los prestadores de servicios de salud deberá vincular el pago con los servicios efectivamente prestados y no sobre la base de presupuestos históricos.

2. Desarrollo de esquemas de gestión y administración de los CAA y clínicas, involucrando alternativas de administración delegada, tercerización de servicios, venta de servicios, venta y concesión de algunas de ellas.

Para avanzar en la modernización de la gestión de las clínicas y CAA, durante los dos primeros años se diseñarán y se pondrán en ejecución proyectos pilotos para la implementación de esquemas de administración y organización de la prestación de los servicios.

Al ser la EPS del ISS el principal comprador de servicios de las IPS, para el negocio de salud resulta indispensable el desarrollo e implementación de modelos y esquemas de atención que orienten el rediseño y reorganización de la IPS y que permitan: (i) mejorar la eficacia de las unidades individualmente y en su conjunto; (ii) permitir la contención de costos necesaria para la viabilidad financiera de la entidad; (iii) superar los problemas de calidad que tienen efectos en el

financiamiento, tanto por los mayores costos de atención que generan, como por la desafiliación presente entre sus usuarios; y (iv) desarrollar e implementar modelos y esquemas de atención que orienten el rediseño y reorganización de las IPS y que garanticen la calidad y oportunidad de los servicios a los usuarios.

De esta manera, la capacidad instalada actual deberá ser ajustada a los parámetros mencionados, lo cual implicará la reestructuración, fusión, venta o cierre de CAA y clínicas dentro del contexto del ajuste global que garantice la viabilidad financiera a largo plazo del ISS.

Además del plan de rediseño, reorganización y modernización se adoptarán métodos alternativos de ventas de servicios, que le permitan adecuarse al sistema de facturación u otro, pero siempre diferentes a la transferencia histórica. También deberá estar en capacidad de vender servicios a EPS diferentes a la del ISS.

Todo lo cual conlleva una renovación y desarrollo de sus procesos de planeación y orientación estratégica, junto con planes de inversión factibles y evaluables en el tiempo, para que los negocios tanto de las IPS como la EPS sean competitivos a la vez que cumplen con su función social.

En este sentido el Instituto deberá rendir informes semestrales al Departamento Nacional de Planeación y al Ministerio de Hacienda y Crédito Público del desarrollo del plan estratégico, del ajuste institucional, de la evaluación de los costos y efectos financieros sobre la operación de los negocios y de los resultados de las metas propuestas en el presente documento, al igual que del impacto sobre sus usuarios. Siendo estos últimos en todo momento, el principal objetivo de esta transformación.

3. Estudio del impacto de la convención colectiva de trabajo sobre las finanzas y viabilidad financiera del ISS.

El Gobierno Nacional y la administración del ISS buscarán un acercamiento con los trabajadores para que en virtud del artículo 480 del Código Sustantivo del Trabajo se revise la convención colectiva antes de su vencimiento. Este artículo podría constituirse en una herramienta de solución a la crisis del ISS pues permite que las convenciones colectivas sean revisables cuando quiera que sobrevengan imprevistos y graves alteraciones de la normalidad económica de la empresa que pueden ser dictaminados por los jueces. La principal ventaja radica en que se crea un espacio de acercamiento y entendimiento entre los trabajadores y el ISS acerca de los aspectos que están afectando en mayor grado la estabilidad de la Institución.

De no ser todo lo anterior garantía suficiente de la sostenibilidad del ISS, se deberá considerar la separación de los diferentes negocios del Instituto de Seguros Sociales con el fin de preservar aquellas unidades de negocios que sean sostenibles. Dadas todas las consideraciones planteadas, la entidad deberá llevar a cabo la escisión de la EPS y la IPS, y estudiar la separación de pensiones y riesgos profesionales. Las IPS deberán operar bajo el principio de que su única fuente de ingresos será la venta de servicios y sus gastos deberán estar ajustados a dicho nivel de ingresos. La EPS adoptará las funciones de asegurador que le fija la Ley.

La separación implica el desarrollo por parte de la IPS de la planeación técnica y operativa del negocio en sus componentes de producción, venta de servicios, adquisiciones e inventarios, contratación de servicios, administración del recurso humano, inversiones en infraestructura, renovación tecnológica y sistemas de información. Así mismo, el desarrollo de procesos de gestión para la acusación de costos, facturación, cobro de servicios y pago a proveedores.

La separación eliminaría la tendencia a sostener los costos e ineficiencia de las subunidades entre sí. A su vez, introduciría transparencia e incentivos a la eficiencia más acordes con las exigencias del contexto competitivo en el que la entidad se desempeña.

V. RECOMENDACIONES

Los Ministerios de Protección Social y de Hacienda y Crédito Público, y el Departamento Nacional de Planeación recomiendan al CONPES:

1. Solicitar al Instituto de Seguros Sociales que, garantizando la atención oportuna de sus servicios tanto en pensiones, riesgos profesionales, como en salud:
 - Inicie las medidas de flexibilización del gasto y de gestión interna anteriormente descritas.
 - Presente al CONPES informes semestrales de ejecución, evaluación y resultados sobre el avance del plan que contemple las medidas señaladas en el presente documento.
2. Solicitar al Ministerio de la Protección Social integrar una comisión tripartita conformada por el ISS, el gobierno representado por el Ministerio de la Protección Social, el Departamento Nacional de Planeación y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público; y los trabajadores del ISS para que antes de un mes presente una propuesta conjunta al problema estructural del ISS que recoja los aspectos señalados en el capítulo IV de este documento con el fin de garantizar la viabilidad y sostenibilidad de la prestación de los servicios de salud por parte del Instituto. De no haber acuerdo el Gobierno Nacional tendrá que presentar el informe correspondiente a más tardar el 30 de abril de 2003.

Anexo 1. Ejecuciones presupuestales en esquema de operaciones efectivas
de caja Salud 1998-2002⁵⁰
(Millones de pesos)

(1) Desembolso del gobierno nacional

⁵⁰ Fuente: ISS. Adecuación y Cálculos DNP-DDS-SS.

Documento

ConpesSocial 69

AJUSTE A LA DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES PARA SALUD - 2003

**Ministerio de la Protección Social
Ministerio de Hacienda y Crédito público
DNP: DDS-DDT**

Versión aprobada

Bogotá, D.C., 28 de mayo de 2003

INTRODUCCIÓN

Este documento somete a consideración del Conpes para la Política Social una modificación a la distribución de la Participación para Salud del Sistema General de Participaciones (SGP) 2003 aprobada por el documento Conpes Social 68 del 3 de febrero de 2003. Se propone, en particular, un ajuste de los recursos destinados al componente de régimen subsidiado en los municipios de Necoclí y Nechí en Antioquia; y Montecristo y Mompós en Bolívar, con base en los ajustes de la información certificada por el Ministerio de la Protección Social.

I. ANTECEDENTES

El documento Conpes Social 68 distribuyó los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud (SGPS) vigencia 2003 conforme a las disposiciones de la Ley 715 de 2001, el Decreto 159 de 2002 y el Decreto 102 de 2003. Posteriormente, en comunicaciones de abril 9 y mayo 16 de 2003 el Ministerio de Protección Social remitió al DNP información actualizada de la población afiliada al régimen subsidiado en cuatro municipios, como lo ilustra el Cuadro 1.

Cuadro 1. Población afiliada al régimen subsidiado Conpes 68 de 2003 y ajustada

II. JUSTIFICACIÓN

En virtud del artículo 86 de la Ley 715 de 2001, es procedente modificar las asignaciones iniciales de los municipios que reportan cambios en la información suministrada previamente por el Ministerio de Protección Social. Los ajustes en la población del régimen subsidiado ocasionan cambios en la distribución de los recursos del SGPS que financian la ampliación de cobertura del régimen subsidiado y la prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda. Lo anterior debido a que, para la distribución de los recursos, la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda se ajusta, además, ponderándola con los factores de dispersión poblacional y de ajuste No POS¹.

III. NUEVA DISTRIBUCIÓN

La distribución ajustada del Sistema General de Participaciones de Salud (SGPS) para los componentes de régimen subsidiado, y prestación servicios se presentan en el Anexo No. 1, para los departamentos y en el Anexo 2, para los municipios. Los recursos de Salud Pública distribuidos en el Conpes 68 de 2003 no presentan modificaciones.

IV. RECOMENDACIONES

Los Ministerios de Protección Social y de hacienda y Crédito Público, y el Departamento Nacional de Planeación –DNP– recomiendan al Conpes para la Política Social:

1. Solicitar al Ministerio de Protección Social:

- a. Ajustar las certificaciones de giro subsiguientes a la aprobación de este Conpes Social, según corresponda.

¹ ley 715 de 2001, artículos 49 y 70.

- b. Solicitar a los departamentos concurrir con los recursos del SGPS para la prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, de acuerdo a las necesidades de financiamiento en cada uno de los municipios de su jurisdicción.
- 2. Solicitar a la Dirección de Desarrollo Territorial del DNP comunicar a las entidades territoriales, el monto correspondiente a sus respectivas participaciones ajustadas para la vigencia 2003, conforme a los valores señalados en el Anexo No. 1 y 2.

Documento Conpes Social 71

República de Colombia

Departamento Nacional de Planeación

**“AJUSTE A LA DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS DEL
SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES PARA SALUD,
APROBADA EN EL DOCUMENTO CONPES SOCIAL 68 DE 2003, EN
EL COMPONENTE DE SALUD PÚBLICA,
VIGENCIA 2003”**

Ministerio de la Protección Social

Ministerio de Hacienda y Crédito Público

DNP: DDS-DDT

Versión aprobada

Bogotá, D.C., 21 de Julio de 2003

INTRODUCCIÓN

Este documento somete a consideración del Conpes para la Política Social una modificación a la distribución de la Participación para Salud del Sistema General de Participaciones (SGP) 2003 aprobada por mediante documento Conpes Social 68 de enero de 2003. Se propone, en particular, un ajuste de los recursos destinados al componente de salud pública, debido a cambios en la información certificada por el Ministerio de la Protección Social utilizada para la distribución inicial.

¿8 ANTECEDENTES

Con base en la Ley 715 de 2001, en los decretos 159 de 2002 y 102 de 2003, se distribuyó, mediante documento Conpes Social 68 de 2003, el valor correspondiente a once doceavas (11/12) de los recursos del SGP para la vigencia 2003. Posteriormente, el documento Conpes Social 69 realizó un ajuste a dicha distribución para el componente de Régimen Subsidiado.

Luego de varias solicitudes realizadas por algunas entidades territoriales respecto a la población a riesgo de dengue y malaria y sobre el logro de coberturas útiles de vacunación, El Ministerio de Protección Social procedió a verificar y certificar nuevamente la información. Una vez revisada la información se hace necesario realizar algunos ajustes",

II. JUSTIFICACIÓN DEL AJUSTE PROPUESTO

Los ajustes a la distribución territorial de los recursos del SGP en salud pública se realizan con base en los cambios de información certificados por Ministerio de la Protección Social al Departamento Nacional de Planeación (DNP) según lo señalado por el artículo 86 de la ley 715 de 2001.

¹ Oficios con número de radicación 56765 de mayo 16 de 2003 (recibido en DNP el 27 de mayo de 2003).

Los cambios obedecen a ajustes en las variables utilizadas en la distribución inicial de los

recursos para el componente de salud pública? Los cambios son los siguientes: población a riesgo de dengue (11 municipios); población a riesgo de malaria (52 municipios); eficiencia administrativa en el cumplimiento de coberturas útiles de vacunación para polio y DPT (3 municipios), BCG (2 municipios), hepatitis B y HIB (4 municipios), Tripe Viral (6 municipios); y en la población de referencia (9 municipios) y en el cumplimiento de las metas de vacunación (en 21 municipios).

II. AJUSTE A LA DISTRIBUCIÓN

El ajuste se realizó siguiendo la metodología utilizada en el documento Conpes Social 68 de 2003. Los recursos se redistribuyen en proporción a la población en riesgo y al cumplimiento de las coberturas útiles de vacunación. En este sentido, los ajustes en la información generan incrementos o disminuciones en la población en riesgo, inclusiones o exclusiones de municipios en el cumplimiento de la meta coberturas útiles, modificando el porcentaje de participación de cada entidad territorial en el total nacional y por ende su asignación por estos criterios.

La distribución ajustada del Sistema General de Participaciones en Salud en el componente de salud pública, se presenta para los departamentos en el Anexo No. 1, y para los municipios en el Anexo No. 2.

* Decretos 159 de 2002 y 102 de 2003.

IV. RECOMENDACIONES

Los Ministerios de la Protección Social y de Hacienda y Crédito Público, y el Departamento Nacional de Planeación -DNP- recomiendan al Conpes para la Política Social:

I. Solicitar al Ministerio de la Protección Social ajustar las certificaciones de giro subsiguientes a la aprobación de este Conpes Social, según corresponda.

Solicitar a la Dirección de Desarrollo Territorial del DNP comunicar a las entidades

ti

territoriales, el monto correspondiente a sus respectivas participaciones ajustadas para la vigencia 2003, conforme a los valores señalados en los Anexo No. 1

Documento
Conpes Social 079
República de Colombia
Departamento Nacional de Planeación

**DISTRIBUCIÓN PARCIAL ADICIONAL DEL SISTEMA GENERAL DE
PARTICIPACIONES PARA SALUD
VIGENCIA 2004**

DNP: DDT- DDS
Ministerio de Hacienda y Crédito Público
Ministerio de la Protección Social

Versión aprobada

Bogotá, D.C., 16 de julio de 2004

INTRODUCCIÓN

El presente documento somete a consideración del Conpes para la Política Social, la distribución territorial del Sistema General de Participaciones para Salud (SGPS), en su componente de prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, en un monto parcial adicional distribuido por el Conpes Social 77 de enero de 2004. Así mismo, efectúa la distribución del componente de ampliación de coberturas en el régimen subsidiado, para la vigencia 2004.

I. ANTECEDENTES

Mediante documento Conpes Social 77 de enero de 2004, se efectuó la distribución territorial del SGPS, la cual tuvo el carácter de ser inicial y parcial para el componente de prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, de conformidad con el decreto 177 de 2004. Así, el Conpes Social distribuyó el 60,14% de los recursos disponibles para este componente y el 100% de los recursos para salud pública y para financiar la continuidad de coberturas de afiliación en el régimen subsidiado, quedando a su vez pendientes por distribuir los recursos para ampliación de coberturas en el régimen subsidiado.

Lo anterior obedeció a la carencia de información necesaria para determinar la población pobre por atender (no cubierta con subsidios de demanda), en los términos del artículo 49 de la ley 715 de 2001 (población identificada como pobre por el Sistema de Identificación de Beneficiarios que define el Conpes)¹. A pesar de los esfuerzos conjuntos para disponer de la información requerida para la distribución por parte del Departamento Nacional de Planeación, el Ministerio de la Protección Social y las entidades territoriales, esta situación persiste haciendo necesaria una distribución parcial adicional, de conformidad con el decreto 177 de 2004.

II. JUSTIFICACIÓN

No obstante tenerse a la fecha de aprobación del presente documento, la información correspondiente al Sisbén para cerca de 850 municipios, se carece aún de las bases de información correspondientes a ciudades como Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla, Bucaramanga, Villavicencio y

¹ es decir, se refiere a la población pobre que no esté afiliada al régimen contributivo, a un régimen de excepción, ni financiada con recursos de subsidio a la demanda. El Sistema de Identificación de Beneficiarios corresponde al Sisbén actualizado

disponible para cada entidad territorial. Para las entidades territoriales que no lo tengan disponible, el Conpes Social aplicará en la distribución definitiva lo establecido en el parágrafo del artículo 4° del decreto 177 de 2004.

Armenia, entre otras. Por tratarse de entidades territoriales con gran concentración de población, existe el riesgo de que, al distribuir los recursos, se generen asignaciones desproporcionadas en términos de redistribución de los recursos (grandes incrementos o disminuciones en algunas entidades territoriales) a partir del dato de población pobre no asegurada que pueda imputarse conforme al decreto 177 de 2004².

Con base en lo anterior, este documento Conpes Social efectúa una distribución parcial adicional, no definitiva, a aquella efectuada por el Conpes Social 77, del componente de prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, distribuyendo el 90% de los recursos disponibles para este componente (sobre once doceavas), con base en lo establecido en la ley 715 de 2001, las normas reglamentarias y en el artículo 47 de la ley 812 de 2003.

A su vez, se distribuye el 100% de los recursos de ampliación de coberturas del régimen subsidiado (once doceavas), en virtud de la necesidad de disponer de tales recursos para efectuar la contratación de los nuevos cupos del régimen subsidiado para el período que comienza el 1° de octubre de 2004.

Por otra parte, dada la modificación presentada por el Ministerio de la Protección Social a la certificación sobre la competencia del municipio de Calarcá (Quindío) para la prestación de servicios de salud (parágrafo del artículo 44 de la ley 715 de 2001 y decreto 27 de 2003) y del municipio de Riosucio (Chocó) para la gestión de salud pública (artículo 46 de la ley 715 de 2001), este documento reasigna a dichos municipios los recursos inicialmente asignados a los respectivos departamentos en el documento Conpes Social 77³.

III. DISTRIBUCIÓN PARCIAL PARTICIPACIÓN DE SALUD

El monto a distribuir como Participación para Salud en el 2004 asciende a \$3.050.383.3 millones (once doceavas), los cuales de acuerdo con el artículo 47 de la Ley 715 de 2001, financian tres componentes de gasto (Gráfico 1): i) Continuidad y ampliación de coberturas de afiliación en el régimen subsidiado (Subsidios a la Demanda); ii) Prestación del servicio de salud a la población pobre no asegurada; y iii) acciones en salud pública (Plan de Atención Básica).

² de acuerdo con el artículo 49 de la ley 715 de 2001 y al parágrafo del artículo 4° del decreto 177 de 2004. Esta última norma busca incentivar que la entidad territorial realice el SISBEN, imputándoles el menor valor de la tipología que corresponda. No obstante, en las condiciones actuales de implementación y actualización del SISBEN, la imputación del menor valor de la tipología a un gran número de entidades territoriales sin Sisbén disponible, genera importantes variaciones en la asignación, en

especial entre aquellas entidades territoriales con gran concentración de población, sin que necesariamente esto corresponda a la situación real que se tendría una vez el Sisbén esté disponible.

³ certificación N.º 0051 del 2 de abril de 2004, del Ministerio de la Protección Social.

Gráfico 1.

Sistema General de Participaciones para Salud

Distribución por Usos y Competencias entre Entidades Territoriales

^{/1} Esta función también corresponde a los departamentos, en el caso de los corregimientos departamentales existentes en los departamentos creados por la Constitución Política de 1991.

^{/2} Para los municipios que a 31 de julio de 2001 cumplieran con la doble condición de haberse certificado y asumido la prestación de servicios y que además cumplan con las condiciones establecidas en el decreto 027 del 10 de enero de 2003.

^{/3} Los departamentos tienen a su cargo las acciones de vigilancia por laboratorio de salud pública (para los municipios de su jurisdicción y los Distritos de Santa Marta, Barranquilla y Cartagena) y la inspección, vigilancia y control de factores de riesgo del ambiente en los municipios de categorías 4ª, 5ª y 6ª. El Distrito Capital asume todas las funciones en salud pública.

^{/4} Los municipios tienen a su cargo las acciones en salud pública de fomento, promoción y prevención en los términos que señala el reglamento.

^{/5} Incluidos los aportes para pago de obligaciones prestacionales (pensiones, cesantías, salud, riesgos profesionales) de la oferta hospitalaria pública en cada entidad territorial.

Los montos por componente en el 2004, corresponden a lo asignado a cada uno en la vigencia 2003, incrementados por la inflación causada⁴ (cuadro 1). Los recursos producto del crecimiento adicional a la inflación⁵ del SGP para el sector salud se destinan a la ampliación de coberturas mediante subsidios a la demanda (artículo 70, ley 715 de 2001). El Conpes Social 77 efectuó la distribución del 100% de los recursos de salud pública y continuidad de cobertura del régimen subsidiado. El presente documento distribuye el 90% de los recursos disponibles para el componente de prestación de servicios a

⁴ inflación causada en 2003 de 6.49%

⁵ es el monto equivalente al 2% de crecimiento real para el 2004 que corresponde al sector salud, establecido por el Acto Legislativo 01 de 2001, destinado a cofinanciar la ampliación de cobertura en el régimen subsidiado.

la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda⁶, y el 100% de los recursos de ampliación de coberturas en el régimen subsidiado.

Cuadro 1. Recursos del SGP para salud asignados por Usos – 2004

^{/1} Inflación causada del 6.49% para cada uno de los componentes de gasto en salud (ley 715 de 2001, artículos 48,49 y 52).

^{/2} Recursos de crecimiento adicional a la inflación del SGP para salud en el 2003.

^{/3} Recursos de crecimiento adicional a la inflación del SGP para salud en el 2004. El valor señalado en el Conpes Social 77, incluía las 12/12 del mayor valor por concepto de ajuste de inflación del Conpes Social 75 de 2003. Sin embargo, el monto a distribuir (11/12) requiere ajustar el monto inicialmente señalado en \$46,7 millones.

^{/4} Los montos señalados para este componente corresponden a 11/12, manteniendo el monto de la vigencia 2001 incrementado en las vigencias siguientes en la inflación causada.

^{/5} Adicional a este monto se distribuyeron \$27.987.9 millones por concepto de ajuste de inflación del Conpes Social 75 de 2003.

^{/6} Este monto y su distribución quedarán completamente definidos una vez se efectúe la distribución definitiva en concordancia con lo dispuesto en el artículo 47 de la ley 812 de 2003, lo cual permitirá mantener el per cápita promedio departamental y distrital de 2003. Este documento Conpes Social distribuye un monto de \$403.591,4 millones que junto con los recursos distribuidos en el Conpes Social 77 (\$704.758,8 millones), corresponden al 90% (\$1.108.350,3 millones) de los recursos disponibles para este componente, quedando un 10% pendiente de distribuir (\$123.150,0 millones) antes de finalizar noviembre de 2004, con lo que se ajustarán las distribuciones parciales al cumplimiento de lo establecido en el artículo 49 de la ley 715 de 2001, es decir, determinando la población pobre no asegurada con base en el Sistema de Identificación de Beneficiarios que defina el Conpes.

^{/7} Adicional a este monto se distribuyeron \$91.546 millones para dar cumplimiento al artículo 1 del decreto 102 de 2003.

^{/8} El total de recursos que se deben distribuir son 3.050.383,3 millones. La suma distribuida con este documento y con el Conpes Social 77 asciende a \$2.927.233,2 millones. El monto restante (\$123.150,0 millones) se asignará para ajustar la distribución de prestación de servicios, cumpliendo con lo establecido en el artículo 49 de la ley 715 de 2001.

La distribución de los recursos del SGP para salud en los componentes de ampliación de coberturas en el régimen subsidiado y prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda se realiza, de conformidad con las fórmulas establecidas en los artículos 48 y 49 de la Ley 715 de 2001, lo dispuesto en el artículo 47 de la Ley 812 de 2003 y el decreto 177 de 2004, de la siguiente manera:

⁶ 60,14% distribuido por el Conpes Social 77 y el porcentaje adicional en este documento.

1. Prestación de Servicios de Salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda.

El período de transición previsto en la Ley 715 de 2001 y el decreto 159 de 2002 determinaron que en los años de 2002 y 2003, la población pobre por atender se calculaba descontando de la población total, la afiliada a los regímenes subsidiado, contributivo y especiales.

El artículo 49 de la ley 715 de 2001 estableció que, a partir del año 2004, la población pobre por atender (no asegurada), se debe calcular con base en la población identificada como pobre por el Sistema de Identificación de Beneficiarios que defina el Conpes. Es decir, se refiere a la población pobre que no esté afiliada al régimen contributivo, a un régimen de excepción, ni financiada con recursos de subsidio a la demanda. Sin embargo, para tal fin es necesario contar con la información del SISBEN, así como la base de datos de afiliados a la seguridad social en salud y al sector salud (definida por la Resolución 890 de 2002), las cuales aún no están disponibles para todos los municipios del país.

Por la anterior circunstancia y en tanto se disponga de la información completa en ambos casos⁷, el Conpes Social, con base en el decreto 177 de 2004, efectúa una distribución inicial parcial adicional (no definitiva) a la efectuada por el Conpes Social 77 de los recursos para este componente. Esta distribución se realiza con base en la información certificada por las entidades competentes. De otra parte, una vez se disponga de la información del SISBEN y de la Base Única de Afiliados, el Conpes Social realizará la distribución definitiva, en concordancia con las normas vigentes.

Para el efecto, el Conpes Social define para cada caso la población pobre no asegurada en salud que señala el artículo 49 de la ley 715 de 2001, de la siguiente manera:

- (i) Para la distribución parcial, la población pobre por atender urbana y rural de cada distrito, municipio o corregimiento departamental corresponde a la población total menos la población asegurada en los regímenes contributivo, subsidiado o excepcionales⁸.
- (ii) Para la distribución definitiva, la población pobre por atender urbana y rural de cada distrito, municipio o corregimiento departamental corresponde a la población

⁷ con las excepciones señaladas en el artículo 4 del decreto 177 de 2004.

⁸ la población se ajusta por los componentes de dispersión y No POS de que trata la Ley 715 de 2001.

identificada como pobre por el Sisbén, que no esté asegurada en los regímenes contributivo, subsidiado o excepcionales.

La distribución definitiva para determinada entidad territorial podrá ser igual, superior o inferior a la realizada en el presente documento. Por lo tanto, existirá la posibilidad que, al efectuar la distribución definitiva, algunas entidades territoriales hayan recibido el total de los recursos que le corresponden para la vigencia de 2004 (11/12) o que se les hayan asignado recursos superiores a los que les corresponden por ley. El Conpes Social recomienda a las entidades territoriales prever esta situación en su programación presupuestal y realizar su ejecución teniendo en cuenta la disponibilidad real de los recursos.

La distribución de los recursos de este componente toma en cuenta los siguientes criterios:

1. El artículo 47 de la Ley 812 de 2003, que establece que a partir de la vigencia 2004 se mantendrá en promedio en cada Departamento y Distrito el valor *per cápita* de la vigencia de 2003, producto de las diferentes fuentes que financian estos servicios en cada entidad territorial, en la misma proporción.
2. El artículo 49 de la Ley 715 de 2001, que ordena que la distribución de los recursos del Sistema General de Participaciones para el componente de prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda se realiza por municipio.
3. El artículo 58 de la ley 715, para efectos de garantizar el pago de los aportes patronales de los empleados del sector salud.
4. El decreto 177 de 2004, que autoriza: (i) realizar distribuciones parciales; (ii) definir la población pobre no asegurada para dicha distribución; y (iii) realizar la distribución de los recursos por municipio una vez garantizado el *per cápita* promedio departamental y distrital por esta fuente.

Los recursos previstos para este componente en el artículo 49 de la Ley 715 de 2001, ascienden a \$1.231.500,3 millones. Este documento Conpes Social distribuye un monto de \$403.591,4 millones, que junto con los recursos distribuidos en el Conpes Social 77 (\$704.758,8 millones), corresponden al 90% de los recursos disponibles para este componente, quedando un 10% pendiente de distribuir (\$123.150,0 millones) antes de finalizar noviembre de 2004. En la distribución definitiva se ajustarán las

distribuciones parciales dando cumplimiento a lo establecido en el artículo 49 de la ley 715 de 2001, es decir, determinando la población pobre no asegurada con base en el Sistema de Identificación de Beneficiarios que defina el Conpes. Es preciso señalar que el per cápita promedio departamental y distrital de 2003 por esta fuente, de que trata el artículo 47 de la ley 812 de 2003, se garantiza con la presente distribución (anexo 1).

La distribución parcial se realiza por entidad territorial, de la siguiente forma:

- (i) Se calcula el per cápita promedio de cada departamento y distrito, dividiendo la asignación territorial (11/12) de 2003 entre la población pobre por atender definida para distribución inicial parcial, de la vigencia anterior. Conforme el artículo 49 de la ley 715 de 2001, la población pobre por atender se ajusta por dispersión poblacional⁹ y por un factor que pondera los servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (factor de ajuste No-POS)¹⁰.
- (ii) Con el fin de distribuir parcialmente los recursos, el 90% del valor per cápita resultante se multiplica por la población pobre por atender en el 2003 de cada municipio y distrito, ajustada por dispersión poblacional y por el factor de ajuste No- POS.
- (iii) El monto calculado por municipio incluye el total de los aportes patronales de los municipios descentralizados que asumieron la prestación de los servicios¹¹. Sin embargo, dado que el Conpes Social 77 distribuyó y asignó la totalidad de los aportes patronales de cada entidad territorial¹², los ajustes a la distribución parcial inicial se efectúan sobre los recursos que complementan la prestación de los servicios a la

⁹ la dispersión poblacional es el resultado de dividir la extensión en kilómetros cuadrados de cada distrito, municipio o corregimiento departamental entre la población total del mismo. Las entidades territoriales con dispersión poblacional superior a la dispersión nacional, se organizan en quintiles según el valor de dispersión correspondiente. Para cada quintil se estima un índice, definido como una proporción de la respectiva mediana. Por consiguiente, los municipios y corregimientos con mayor dispersión son ajustados en una proporción mayor. Para el Archipiélago de San Andrés y Providencia, se calculó el promedio del índice de todos los quintiles (Ley 715 de 2001, artículo 49).

¹⁰ el factor de ajuste pondera la diferencia en el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del POS contributivo promedio, (descontados gastos administrativos y pagos de licencias de maternidad e incapacidades) con el valor de la UPC subsidiada básica, es decir, una aproximación a la diferencia en la cobertura de beneficios entre el POS contributivo y el subsidiado. El ajuste se efectúa por igual para todas las entidades territoriales, al multiplicar el factor aquí señalado, por la población afiliada al régimen subsidiado y sumar el resultado a la población ajustada por dispersión poblacional de la respectiva entidad territorial.

¹¹ ley 715 de 2001, art. 49.

¹² con excepción del departamento del Vaupés, cuyo valor de aportes patronales fue incluido en sólo un 50% en el Conpes Social 77.

población pobre por atender. El MPS no certificó al DNP modificaciones en el valor de los aportes patronales distribuidos en el Conpes Social 77.

- (iv) El monto resultante de la diferencia entre el monto asignado y el valor de los aportes patronales, se distribuye un 41% para los municipios descentralizados y que asumieron la prestación de los servicios, para financiar la prestación de servicios de salud del primer nivel de complejidad; y el 59% restante para los respectivos departamentos, con el fin de financiar la prestación de servicios de salud diferentes al primer nivel de complejidad. Para los municipios no descentralizados será el departamento el encargado de financiar la prestación de los servicios en todos los niveles de complejidad. Para aquellos municipios, departamentos y distritos donde el aporte patronal es mayor a su asignación, ésta garantiza como mínimo su aporte patronal¹³ (Gráfico 2).

Gráfico 2.

Asignación de Recursos del Sistema General de Participaciones para Salud (SGPS) - Servicios de Salud a la población pobre no asegurada.

De esta manera el Conpes Social distribuye y asigna la totalidad de los aportes patronales de cada entidad territorial. Así, los ajustes a la distribución que se realicen en la distribución definitiva se efectuarán sobre los recursos que complementan la prestación de los servicios a la población pobre por atender, utilizando la misma metodología, pero con la población pobre por atender calculada con base en el SISBEN.

¹³ ley 715 de 2001, art. 58.

Adicionalmente y conforme al artículo 47 de la ley 812 de 2003 y el decreto reglamentario 177 de 2004, los departamentos y distritos deberán continuar utilizando para financiar la prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada y los servicios no incluidos en el POS-S, los recursos de rentas cedidas liberados con la Ley 715 de 2001, los recursos propios y otros que destinen para tal fin, manteniendo el per cápita promedio departamental y distrital del 2003 por dichas fuentes. Así contribuirán a la adecuada financiación de la prestación de los servicios en todos los municipios de su jurisdicción¹⁴.

Si durante la vigencia 2004, algún municipio no continuara con la competencia para la prestación de servicios de salud en su condición de descentralizado¹⁵, será el respectivo departamento el que asuma la competencia de gestionar y administrar los recursos para la atención en salud de la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, mediante la contratación con instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas. El Ministerio de la Protección Social, una vez tomada la medida, notificará a la Dirección General del Tesoro y de Crédito Público del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, la modificación en el giro de los recursos.

La distribución parcial adicional del 2004, para el total de municipios descentralizados que asumieron la prestación de servicios, distritos y departamentos, es la siguiente:

Cuadro 2.
Distribución parcial adicional SGP – Salud. Prestación de Servicios agregado por
tipo de entidad territorial – 2004 (Millones de \$)
(90% de once doceavas)

En los anexos 2 y 3 se presenta la distribución inicial parcial del Conpes Social 77 (60,14%), la distribución parcial adicional efectuada en el presente documento (29.86%) y la distribución parcial total (90%) por departamento, municipio y distrito.

¹⁴ de acuerdo con la Carta Circular Externa No. 0011 de 2002 (DNP – Ministerio de Salud).

¹⁵ ley 715 de 2001, artículo 44, parágrafo; y decreto 027 de 2003.

2. Subsidios a la Demanda – Ampliación de Coberturas.

Los recursos producto del crecimiento adicional a la inflación, equivalentes a \$56.488,9 millones, se destinan a financiar la nueva afiliación de la población pobre mediante subsidios a la demanda. El artículo 48 de la ley 715 de 2001 señala que para su distribución se debe aplicar el criterio de equidad que pondera el déficit en cobertura de cada entidad territorial. De esta manera, se busca reducir la brecha existente en los niveles de cobertura entre entidades territoriales.

El presente documento Conpes Social establece el siguiente indicador de equidad que pondera el déficit de cobertura del régimen subsidiado de la entidad territorial (población pobre no asegurada) y su proporción de población por atender a nivel nacional (su participación en la población pobre aún sin afiliar del país), empleando para tal fin la población pobre por atender con base en la metodología de la vigencia anterior, así¹⁶:

$$E = \frac{PPAi}{PARSi} \times \frac{PPAi}{PPAt} +$$

Donde:

E = Indicador de equidad

PPAi = Es la población pobre por atender (sin afiliar al régimen subsidiado) del municipio, distrito o corregimiento departamental de la vigencia anterior.

PARSi = Es la población afiliada al régimen subsidiado de cada municipio, distrito o corregimiento departamental de la vigencia anterior.

PPAt = Es la población pobre por atender (sin afiliar al régimen subsidiado) de todo el país.

Lo anterior en virtud de la necesidad de disponer de tales recursos para efectuar la contratación de los nuevos cupos del régimen subsidiado para el período que comienza el 1° de octubre de 2004.

La distribución por entidad territorial se puede apreciar en los anexos 2 y 3. La asignación de estos recursos en el total de municipios, distritos y corregimientos departamentales se presenta de la siguiente manera:

¹⁶ Una vez calculado el indicador de equidad, éste se normaliza, es decir, se estima la participación del valor obtenido para cada municipio, distrito o corregimiento departamental, sobre la suma total. Esta participación se multiplica por el total de los recursos y se obtiene el monto a transferir a cada entidad territorial.

Cuadro 3.
Distribución SGP – Salud (Crecimiento Real). Cofinanciación Ampliación de coberturas,
régimen subsidiado, agregado por tipo de entidad territorial– 2003.

Millones de \$

3. Ajuste en la asignación de recursos del SGP para algunos municipios.

En virtud de la modificación presentada por el Ministerio de la Protección Social a la certificación inicial sobre la competencia del municipio de Calarcá (Quindío) para la prestación de servicios de salud (parágrafo del artículo 44 de la ley 715 de 2001 y decreto 27 de 2003) y del municipio de Riosucio(Chocó) para la gestión de salud pública (artículo 46 de la ley 715 de 2001), este documento reasigna a dichos municipios los recursos inicialmente asignados a los respectivos departamentos en el documento Conpes Social 77, para los respectivos componentes¹⁷. El Ministerio de la Protección Social, deberá efectuar las modificaciones en los giros según corresponda, de conformidad con las normas vigentes.

IV. DIRECTRICES GENERALES PARA LA DISTRIBUCIÓN Y EJECUCIÓN DE LOS RECURSOS DEL SGP PARA SALUD.

En relación con la distribución definitiva del componente de prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, el Conpes Social solicita al Departamento Nacional de Planeación y al Ministerio de la Protección Social adelantar las gestiones conjuntas necesarias que permitan disponer de bases de datos organizadas, depuradas y validadas, en relación con la población sisbenizada de cada una de las entidades territoriales y la población afiliada a la seguridad social en salud y al sector salud, para efectos de los cruces de registros requeridos para la identificación, en cada entidad territorial, de la población pobre por atender, de conformidad con el artículo 49 de la ley

¹⁷ Certificación 0051 del 2 de abril de 2004, del Ministerio de la Protección Social.

715 de 2001. De igual manera, las entidades territoriales deberán disponer de manera actualizada de dichas bases de datos en iguales condiciones, como insumo necesario para que las entidades competentes del orden nacional, puedan efectuar con la mayor precisión los cruces de registros necesarios.

Lo anterior es condición indispensable para la distribución definitiva de los recursos del SGP para Salud en el componente de prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, prevista para el mes de noviembre de 2004. Para las entidades territoriales que no dispongan de las bases de datos necesarias, remitidas y aceptadas por las entidades competentes del orden nacional, les serán aplicadas las reglas de asignación previstas en el parágrafo del artículo 4° del decreto 177 de 2004.

Por otra parte, en relación con la ejecución de los recursos, de conformidad con el artículo 42 de la Ley 715 de 2001, corresponde a la Nación la dirección del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en el territorio nacional, facultad que le permite orientar el uso de los recursos destinados al sector con el fin de alcanzar las metas de interés para el país. Para el efecto, se imparten a las entidades territoriales las siguientes directrices generales:

A) Subsidios a la Demanda – depuración y reasignación de cupos de continuidad de coberturas:

Para el otorgamiento de los subsidios, con el propósito de ampliar la cobertura actual a la población priorizada, aún no afiliada, los municipios, distritos y departamentos, deberán:

- Depurar la base de datos de la población afiliada al Régimen Subsidiado del SGSSS, con el objeto de establecer la existencia de multifiliación.
- Reemplazar los cupos de los multifiliados detectados con beneficiarios potenciales aún no afiliados, según las listas de priorizados, dando prelación a los menores de 5 años y madres gestantes.
- Garantizar el orden de prelación para la afiliación y evitar la multifiliación.

B) Prestación de Servicios de Salud a la población pobre no asegurada:

De conformidad con los artículos 43 y 44 de la ley 715 de 2001, corresponde a los departamentos y municipios certificados la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda. Para tal efecto, deberán contratar la prestación de dichos servicios con instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas, utilizando para el pago correspondiente los recursos del Sistema General de Participaciones, las rentas cedidas y los demás recursos propios que destinen para tal fin, mediante modalidades de pago diferentes a la transferencia directa¹⁸. Por lo anterior:

- La aplicación de los recursos antes citados, incluyendo los referentes al pago directo de los aportes patronales del SGP, hacen parte del pago por la prestación de los servicios contratados.

- La contratación de los recursos para atender a la población pobre no asegurada, deberá fundamentarse en criterios de eficiencia, equidad y cobertura, asignando los recursos para garantizar la complementariedad y subsidiariedad en la financiación en función del perfil epidemiológico de la población objeto de cobertura, las metas de salud pública y sin discriminación alguna respecto del municipio de residencia de la jurisdicción departamental.

- Las entidades territoriales competentes deberán disponer de los mecanismos necesarios para realizar la auditoria médica respectiva a las IPS públicas y privadas, que permitan realizar el seguimiento a la contratación realizada.

- En búsqueda de la transparencia, los departamentos, distritos y municipios descentralizados, deberán implantar esquemas de seguimiento y control de los contratos de prestación de servicios, así como mecanismos de pago que garanticen el flujo de recursos a sus prestadores, en concordancia con el decreto 050 de 2003.

- En los esquemas de seguimiento y control de los contratos, las entidades territoriales deberán asegurarse que sus prestadores den cumplimiento a sus obligaciones de pago de los aportes parafiscales inherentes a la nómina, relacionados con: (a) Cajas de Compensación Familiar¹⁹; (b) Instituto Colombiano

¹⁸ Decreto 027 de 2003, artículos 1 y 3. Ley 812 de 2003, artículo 38.

¹⁹ De conformidad con los decretos 434 de 1971 y 1089 de 1983 y las leyes 21 de 1982 y 344 de 1996.

de Bienestar Familiar²⁰; (c) Escuelas Industriales e Institutos Técnicos²¹; (d) Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA)²²; y (e) Escuela Superior de Administración Pública (ESAP)²³.

-Los departamentos, distritos y municipios descentralizados deberán mantener el per cápita de las diferentes fuentes que financian la prestación de los servicios a la población pobre no asegurada, con el fin de dar cumplimiento al artículo 47 de la ley 812 de 2003 y al decreto 177 de 2004.

C) Acciones de Salud Pública:

Los recursos de Salud Pública del SGP deben aplicarse para la financiación de las acciones de salud pública definidas como prioritarias para el país por el Ministerio de la Protección Social – relacionadas a continuación - y en el cumplimiento de las competencias asignadas en el numeral 3 de los artículos 43 y 44 y lo pertinente del artículo 45 de la Ley 715 de 2001:

- a) Reducción de enfermedades inmunoprevenibles, prevalentes de la infancia y mortalidad infantil.
- b) Implementación de la Política de Salud Sexual y Reproductiva
- c) Prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores
- d) Promoción de estilos de vida saludable para la prevención y control de las enfermedades crónicas.
- e) Fortalecimiento del Plan Nacional de Alimentación y Nutrición.
- f) Reducción del impacto en salud de la violencia e implementación de las Políticas de Salud Mental y de Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas.

IV. RECOMENDACIONES

Los ministerios de Hacienda y Crédito Público y Protección Social y el Departamento Nacional de Planeación recomiendan al Conpes para la Política Social:

1. Aprobar la distribución territorial del Sistema General de Participaciones para Salud de 2004 justificada en este documento y presentada en los anexos adjuntos.

²⁰ De acuerdo con las leyes 27 de 1974 y 344 de 1996.

²¹ Según las leyes 58 de 1963 y 21 de 1982.

²² De conformidad con las leyes 21 de 1982, 119 de 1994 y 344 de 1996.

²³ De acuerdo con las Leyes 21 de 1982 y 344 de 1996.

2. Solicitar a la Dirección de Desarrollo Territorial del Departamento Nacional de Planeación comunicar a los departamentos, distritos y municipios, el monto correspondiente a sus respectivas participaciones para 2004, con base en los valores aprobados en este documento.
3. Solicitar a la Dirección de Desarrollo Social del DNP y al Ministerio de la Protección Social, adelantar las gestiones conjuntas necesarias que les permitan compartir y disponer de bases de datos organizadas, depuradas y validadas, en relación con la población sisbenizada de cada una de las entidades territoriales y la población afiliada a la seguridad social en salud y al sector salud.
4. Solicitar al Ministerio de la Protección Social:
 - Continuar realizando el cruce de las bases de datos del SISBEN y de afiliados a la seguridad social en salud y al sector salud; y certificar al DNP, por entidad territorial, la población pobre por atender que señala el artículo 49 de la ley 715 de 2001 antes del 31 de octubre de 2004, para efectos de realizar la distribución definitiva de 2004 del componente de prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda.
 - Efectuar los giros de acuerdo con las asignaciones previstas en este documento.
 - Ajustar los giros correspondientes de los recursos de prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda del departamento del Quindío y el municipio de Calarcá, según los anexos 2 y 3 del presente documento.
 - Ajustar los giros del componente de salud pública entre el departamento del Chocó y el municipio de Riosucio, en virtud de que este municipio cumplió con los requisitos para asumir la gestión de promoción y prevención del POS-S.
 - Prestar la asistencia técnica requerida a las entidades territoriales para la adecuada aplicación de los recursos, conforme a las directrices generales incorporadas en el presente documento y el correcto desempeño de las competencias asignadas en la ley 715 de 2001.

- Evaluar anualmente la ejecución de los recursos del sector por parte de las entidades territoriales, así como el impacto logrado frente a las metas de política sectorial.
 - Certificar al DNP, el uso que las entidades territoriales dieron a los recursos objeto del ajuste de aportes patronales (Conpes Social 74 de 2003) que sean producto de la reducción de los costos laborales y aportes patronales, con el fin de que esta entidad pueda ajustar en la distribución definitiva, el monto de los componentes de subsidios de demanda - continuidad y prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda.
5. Solicitar al Departamento Nacional de Planeación:
- Realizar la distribución definitiva del componente prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda antes del 30 de noviembre de 2004.
 - Formalizar con las entidades territoriales los procedimientos y fechas de actualización del SISBEN.
6. Solicitar a los departamentos, municipios y distritos:
- Adelantar las gestiones necesarias que permitan al Departamento Nacional de Planeación y al Ministerio de la Protección Social disponer de bases de datos organizadas, depuradas y validadas, y realizar el cruce de registros requeridos para determinar la población pobre por atender que señala el artículo 49 de la ley 715 de 2001. Para el efecto, las entidades territoriales deberán aplicar y mantener actualizados el Sistema de Identificación de Beneficiarios de Programas Sociales y la Base de Datos Única de Afiliados a la seguridad social, y remitirlos de manera oportuna y periódica de conformidad con las normas y directrices vigentes.
 - Adoptar las directrices para la ejecución de los recursos del sector salud señaladas en el presente documento.
 - Evaluar anualmente la ejecución de los recursos del Sistema General de Participaciones para salud y su sujeción a las disposiciones de ley y al reglamento, así como el impacto logrado

frente a las metas de política sectorial, de conformidad con los artículos 89 y 90 de la ley 715 de 2001.

- Tener en cuenta que la distribución que realiza el presente documento, junto con el Conpes Social 77, al componente de prestación de servicios en lo no cubierto con subsidios a la demanda, podría no corresponder a la asignación definitiva (11/12) de 2004 para algunas entidades territoriales, debido al cambio en la información resultante del cruce de las base de datos del SISBEN y la base de datos de afiliados a la seguridad social en salud y al sector salud, necesaria para determinar la población pobre por atender de cada entidad a utilizar en la distribución definitiva. Por lo anterior, el Conpes Social recomienda a las entidades territoriales prever esta situación en su programación presupuestal y realizar su ejecución teniendo en cuenta la disponibilidad real de los recursos.

7. Solicitar a la Superintendencia Nacional de Salud:

- Vigilar y tomar las medidas de control necesarias para garantizar el cumplimiento por parte de las entidades territoriales de lo establecido en el artículo 47 de la ley 812 de 2003 y el decreto 177 de 2004, respecto a mantener el per cápita promedio departamental y distrital de 2003 por las diferentes fuentes que financian la prestación de los servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda.

-

Documento

Conpes 88

Social

República de Colombia

Departamento Nacional de Planeación

DISTRIBUCIÓN DEFINITIVA DEL SISTEMA GENERAL DE
PARTICIPACIONES PARA SALUD Y ULTIMA DOCEAVA Y MAYOR
VALOR DE LA PARTICIPACIÓN DE PROPÓSITO GENERAL Y LAS
ASIGNACIONES ESPECIALES

VIGENCIA 2004

DNP: DDTS- DDS

Ministerio de Hacienda y Crédito Público

Ministerio de la Protección Social

Versión aprobada

Bogotá, D.C., 6 de diciembre de 2004

P e e)

Documento

S I

Consejo Nacional de Política Económica y Social

República de Colombia

Departamento Nacional de Planeación

DISTRIBUCIÓN DEFINITIVA DEL SISTEMA GENERAL DE
PARTICIPACIONES PARA SALUD Y ULTIMA DOCEAVA Y MAYOR
VALOR DE LA PARTICIPACIÓN DE PROPÓSITO GENERAL Y LAS
ASIGNACIONES ESPECIALES

VIGENCIA 2004

DNP: DDTS- DDS

Ministerio de Hacienda y Crédito Público

Ministerio de la Protección Social

Versión aprobada

Bogotá, D.C., 6 de diciembre de 2004

d

INTRODUCCIÓN

El presente documento somete a consideración del Conpes para la Política Social: 1) la distribución territorial definitiva para la vigencia 2004 del Sistema General de Participaciones (SGP) para Salud, complementando las distribuciones efectuadas en los documentos Conpes Social 77 y 79, junto con la última doceava incorporada al Presupuesto General de la Nación y el mayor valor por ajuste a la inflación causada en 2003; y 2) la distribución de la última doceava y el mayor valor por ajuste a la inflación causada en 2003, de la participación de propósito general y las asignaciones especiales.

I. ANTECEDENTES

De acuerdo con el calendario de giros previsto en la Ley 715 de 2001, los recursos del Sistema General de Participaciones se giran mes vencido, es decir la doceava correspondiente al mes de diciembre se gira en el mes de enero de la siguiente vigencia, por lo tanto, esta última doceava se incorpora en el Presupuesto General de la Nación de la vigencia siguiente, es decir cuando se gira efectivamente.

Dado lo anterior, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público certificó la incorporación de la última doceava del Sistema General de Participaciones de 2004 por un valor \$1.179.029 millones en el Presupuesto General de la Nación de 2005".

Adicionalmente, el Acto Legislativo 01 de 2001 establece que los recursos del Sistema General de Participaciones para 2004 deberán aumentar con respecto a 2003 en la inflación causada más 2 puntos de crecimiento real. El Sistema General de Participaciones de 2004 incorporado se presupuestó con una inflación esperada de 6,0% y la inflación causada de 2003 ascendió a 6.49%, generándose una diferencia de 0,49% a favor de las entidades territoriales, diferencia que debe reconocerse en los términos previstos en el artículo 86 de la Ley 715 de 2001, según el cual "cuando la inflación causada certificada por el DANE sea superior a la inflación con la cual se programó el presupuesto general de la Nación el Ministerio de Hacienda presentará al Congreso de la República la correspondiente Ley para asignar los recursos adicionales en la vigencia fiscal subsiguiente". En este sentido, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público certificó un mayor valor por este concepto que asciende a \$64.295 millones incorporado en el Presupuesto General de la Nación de 2005.

Con base en lo anterior, en el caso de la participación para salud, es necesario efectuar la distribución adicional de recursos incluyendo: (i) el 10% de los recursos pendientes por distribuir del componente de prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda para completar las once doceavas; (ii) la última doceava correspondiente a la participación para salud; y (iii) el monto correspondiente a la participación para salud producto del mayor valor por ajuste a la inflación causada. La distribución debe efectuarse con base en lo establecido en la Ley 715 de 2001, las normas reglamentarias y el artículo 47 de la Ley 812 de 2003,

Al respecto cabe señalar que mediante documento Conpes Social 77 de enero de 2004, se efectuó la distribución territorial del SGP para salud, la cual tuvo el carácter de ser inicial y parcial para el componente de prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, de conformidad con el decreto 177 de 2004. En dicho documento se distribuyeron el 60,14% de las once doceavas para este componente y el 100% de los recursos para salud pública y para financiar la continuidad de coberturas de afiliación en el régimen subsidiado; quedando a su vez pendientes por distribuir los recursos para ampliación de coberturas en el régimen subsidiado.

Por su parte, mediante documento Conpes Social 79 se realizó la distribución definitiva de las once doceavas de los recursos que financian la ampliación de coberturas en el régimen subsidiado; y de un 30% adicional, en forma parcial, de las once doceavas de los recursos del componente de prestación de servicios a la población pobre, en lo no cubierto con subsidios a la demanda.

Lo anterior obedeció a la carencia de información necesaria para determinar la población pobre por atender (no cubierta con subsidios de demanda), en los términos del artículo 49 de la Ley 715 de 2001 (población identificada como pobre por el Sistema de Identificación de Beneficiarios que defina el Conpes).

* Es decir, se refiere a la población pobre que no esté afiliada al régimen contributivo, a un régimen de excepción, ni financiada con recursos de subsidio a la demanda. El Sistema de Identificación de Beneficiarios corresponde al Sisbén actualizado disponible para cada entidad territorial. Para las entidades territoriales que no lo tengan disponible, el Conpes Social aplicará en la distribución definitiva lo establecido en el parágrafo

del artículo 4* del decreto 177 de 2004.

JUSTIFICACIÓN

Para la distribución definitiva de los recursos de la participación para salud en el componente de prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, se tuvo disponible la información correspondiente al Nuevo Sisbén de 1054 municipios. Un total de 44 municipios, incluidas las grandes ciudades (Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla, entre otras), no lograron disponer y suministrar al DNP oportunamente la información requerida.

No obstante, lo anterior y con sujeción a lo establecido en el decreto 177 de 2004 y a lo previsto en el Conpes Social 79, a las entidades territoriales que no hayan suministrado al Departamento Nacional de Planeación (DNP) la información del Nuevo Sisbén, para efectos del cálculo del valor per cápita promedio departamental y distrital y para la distribución municipal del componente de prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, se les aplica el menor valor de la tipología a que correspondan, conforme lo define el presente Conpes Social?

Por otra parte, el decreto 4053 de 2004 establece que para efectos de la aplicación del primer inciso del artículo 86 de la ley 715 de 2001, no se consideran deficiencias de la información el cambio de fuente de información para determinada variable utilizada en la distribución del Sistema General de Participaciones. Señala a su vez que cuando al momento de efectuar la distribución, fuera certificada al Departamento Nacional de Planeación una nueva fuente de información para determinadas variables, ésta sólo se aplicará en la distribución de los recursos apropiados en el Presupuesto General de la Nación pendientes por distribuir. En tal circunstancia, las distribuciones efectuadas con anterioridad en la respectiva vigencia fiscal, con base en otras fuentes de información certificadas al momento de la distribución, no serán modificadas*.

Con base en lo anterior, este documento Conpes Social efectúa la distribución definitiva de los recursos disponibles para la participación de salud del Sistema General de Participaciones, complementando su distribución, con fundamento en las disposiciones legales y normativas vigentes. El complemento en la distribución se relaciona con el 10% pendiente de distribuir de las once doceavas y

3 De acuerdo con el artículo 49 de la ley 715 de 2001 y al parágrafo del artículo 4* del decreto 177 de 2004. Esta última norma busca incentivar que la entidad territorial realice el SISBEN, imputándoles el menor valor de la tipología a que correspondan.

* El Departamento Nacional de Planeación remitió la base de datos del SISBEN al Ministerio de la Protección Social (MPS) el 29 de Octubre de 2004. Se incluyó en dicho reporte la información de 1054 municipios. El MPS certificó al DNP la población pobre no asegurada obtenida a partir de los cruces de información (decreto 177 de 2004, artículo 4%) de las bases de datos del Nuevo Sisbén y de la Base Única de afiliados al SGSSS y al sector salud, mediante las siguientes comunicaciones: (i) Comunicación no numerada firmada por el Director General de Planeación y Análisis de Política del Ministerio de la Protección Social; y (ii) Comunicación No. 1215 del 30 de noviembre de 2004 (anexo 12).

el mayor valor por ajuste a la inflación causada de 2003 para este componente, así como de la última doceava apropiada en el PGN de 2005 para todos los componentes del SGP para salud. La distribución corresponde a la aplicación de los criterios previstos en el artículo 49 de la ley 715 de 2001, y los decretos 177 y 4053 de 2004, sobre los recursos disponibles pendientes de distribuir del componente de prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, específicamente en cuanto a la utilización del Sisbén para la determinación de la población pobre por atender en cada entidad territorial.

Así mismo, se realiza la distribución de la última doceava y el mayor valor por ajuste de inflación de las asignaciones especiales y la participación de propósito general, de acuerdo con los valores que se aprecian en el cuadro 1.

Cuadro 1

SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES 2004

(Pesos Corrientes)

Última doceava | Mayor valor

| DISTRIBUCIÓN 2004 2004 Total

1. Participación de Propósito General 192.417.505.150 | 10.492.999.009 | 202.910.504.159 |

2. Asignaciones Especiales 47.161.153.223 | 2.571.813.483 | 49.732.966.706

2,9% Fonpet 34.191.836.087 | 1.864.564.775 | 36.056.400.862

0,52% Resguardos Indígenas 6.130.949.919 | 334.335.753 | 6.465.285.672

0,5% Programas Alimentación Escolar Distritos y Municipios 5.895.144.153 | 321.476.685 | 5.216.620.838

0,08% Municipio Ribereños Magdalena 943.223.064 | 51.436.270 | 994.659.334,

TOTAL 239.578.658.373 | 13.064.812.492 | 252.643.470.865 Fuente : Ministerio de Hacienda y Crédito Público-DGPN

IT. — DISTRIBUCIÓN DEFINITIVA DE LA PARTICIPACIÓN PARA SALUD

El monto a distribuir de las doce doceavas de la Participación para Salud en el 2004 asciende a \$3.342.813,2 millones, los cuales de acuerdo con el artículo 47 de la Ley 715 de 2001; financian tres

componentes de gasto (Gráfico 1): i) Continuidad y ampliación de coberturas de afiliación en el régimen subsidiado (Subsidios a la Demanda); ii) Prestación del servicio de salud a la población pobre no asegurada; y 1ii) acciones en salud pública (Plan de Atención Básica).

ES 4) (e,

Gráfico I.

Sistema General de Participaciones para Salud

Distribución por Usos y Competencias entre Entidades Territoriales

Crecimiento real - Subsidios a la Demanda

Ampliación Coberturas — Régimen Subsidiado Municipios y

Distritos *

SGP Subsidios a la Demanda

Salud Continuidad de Cobertura — Régimen Subsidiado Departamentos y

- 7 - Distritos

Prestación de Servicios - población pobre no

asegurada

Contratación con red pública y privada % Municipios "

Departamentos -

Distritos *

Acción en Salud Pública

Plan de Atención Básica PAB

Municipios "

' Esta función también corresponde a los departamentos, en el caso de los corregimientos departamentales existentes en los departamentos creados por la Constitución Política de 1991.

2 Para los municipios que a 31 de julio de 2001 cumplieran con la doble condición de haberse certificado y asumido la prestación de servicios y que además cumplan con las condiciones establecidas en el decreto 027 del 10 de enero de 2003. .

2 Los departamentos tienen a su cargo las acciones de vigilancia por laboratorio de salud pública (para los municipios de su jurisdicción y los Distritos de Santa Marta, Barranquilla y Cartagena) y la inspección, vigilancia y control de factores de riesgo del ambiente en los municipios de categorías 4*, 5? y 6", El Distrito CAPITAL) asume todas las funciones en salud pública.

1 Los municipios tienen a su cargo las acciones en salud pública de fomento, promoción y prevención « en los términos que señala el reglamento.

% Incluidos los aportes para pago de obligaciones prestacionales (pensiones, cesantías, salud, riesgos profesionales) de la oferta hospitalaria pública en cada entidad territorial,

Los montos por componente en el 2004, corresponden a lo asignado a cada uno en la vigencia

2003, incrementados por la inflación causada (cuadro 2). Los recursos producto del crecimiento

adicional a la inflación" del SGP para el sector salud se destinan a la ampliación de coberturas mediante

subsidios a la demanda (artículo 70, ley 715 de 2001). El Conpes Social 77 efectuó la distribución del

100% de las once doceavas de los recursos de salud pública y continuidad de cobertura del régimen

subsidiado. El Conpes Social 79 distribuyó el 100% de las once doceavas de los recursos para

ampliación de coberturas en el régimen subsidiado; mientras el presente documento complementa la

3 Inflación causada en 2003 de 6.49%.

\$ Es el monto equivalente al 2% de crecimiento real para el 2004 que corresponde al sector salud, establecido por el Acto Legislativo 01 de 2001, destinado a cofinanciar la ampliación de cobertura en el régimen subsidiado.

distribución del 100% de las once doceavas de los recursos disponibles para el componente de

prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda", distribuye la

última doceava para cada uno de los componentes del SGP para salud y distribuye el mayor valor

producto del crecimiento adicional de la inflación causada de 2003.

Cuadro 2

Recursos del SGP para Salud asignados por Usos, 2003 y 2004, doce doceavas

SGP salud - 2003 SGP salud - 2004 .

COMPONENTE (Millones de Pesos - 2003) (Millones de pesos - 2004)/1

1. Subsidio a la Demanda - 56.5418 61.624,3"

Ampliación de cobertura

(crecimiento real SGP salud)

2. Subsidio a la Demanda - 1.409,399 1.561.080,3

Continuidad de cobertura

3. Prestación de Servicios 1.268.987" 1.358.577, 1

(subsidio a la oferta)". :

4. Salud Pública (PAB) 339.497 361.531,3

5. Total 3.074.424" 3.342.813

% Inflación causada del 6.49% para cada uno de los componentes de gasto en salud (ley 715 de 2001, artículos 48,49 y 52).

£ Recursos de crecimiento adicional a la inflación del SGP para salud en el 2003.

2 Recursos de crecimiento adicional a la inflación del SGP para salud en el 2004. El valor señalado en el Conpes Social 77, se realizó con base en la inflación causada (6.49%) de 2003, por lo tanto, los recursos producto del ajuste por inflación no se distribuyen en dicho concepto. **.

4 Los montos señalados para este componente corresponden a 12/12, manteniendo el monto de la vigencia 2001 incrementado en las vigencias siguientes en la inflación causada.

Adicional a este monto se distribuyeron \$27.987.9 millones por concepto de ajuste de inflación del Conpes Social 75 de 2003. _ !

* Los recursos previstos para este componente de conformidad con el artículo 49 de la Ley 715 de 2001, ascienden a \$1.231.500.3

millones. Este documento Conpes Social distribuye un monto de \$123.150.0 millones, correspondiente al 10% faltante por distribuir en la vigencia. Adicionalmente distribuye el monto de la última doceava y el mayor valor producto del crecimiento adicional de la inflación causada de 2003 correspondiente a este componente (\$15.122 millones). La distribución se complementa en cumplimiento de lo establecido en el artículo 49 de la ley 715 de 2001 y el decreto 4053 de 2004, es decir, determinando la población pobre no asegurada con base en el Sistema de Identificación de Beneficiarios que defina el Conpes. .

F Adicional a este monto se distribuyeron \$91.546 millones para dar cumplimiento al artículo 1 del decreto 102 de 2003.

1. Distribución del componente de prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda (11/12).

La distribución definitiva de los recursos del SGP para salud en el componente de prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda se realiza, de conformidad con las fórmulas establecidas en el artículo 49 de la Ley 715 de 2001, lo dispuesto en el artículo 47 de la Ley 812 de 2003 y los decretos 177 y 4053 de 2004, de la siguiente manera:

Y De los cuales, el 60,14% fue distribuido en forma parcial por el Conpes Social 77, y un porcentaje adicional para completar el 90%, fue distribuido por el Conpes Social 79.

a
"

4;

El período de transición previsto en la Ley 715 de 2001 y el decreto 159 de 2002 determinaron que en los años de 2002 y 2003, la población pobre por atender se calculaba descontando de la población total certificada por el DANE, aquella afiliada a los regímenes subsidiado, contributivo y especiales (certificada por el Ministerio de la Protección Social, MPS).

El artículo 49 de la ley 715 de 2001 estableció que, a partir del año 2004, la población pobre por atender (no asegurada), se debe calcular con base en la población identificada como pobre por el Sistema de Identificación de Beneficiarios que defina el Conpes. Es decir, se refiere a la población pobre que no esté afiliada al régimen contributivo, a un régimen de excepción, ni financiada con recursos de subsidio a la demanda. Para tal fin es necesario cruzar la información contenida en la base de datos del Nuevo Sisbén y en la base de datos de afiliados a la seguridad social en salud y al sector salud (definida por la Resolución 890 de 2002).

De esta manera, como se señaló en los documentos Conpes Social 77 y 79, para la distribución definitiva se define la población pobre no asegurada en salud que señala el artículo 49 de la ley 715 de 2001. como la población identificada como pobre por el Nuevo Sisbén, que no esté asegurada en los regímenes contributivos, subsidiado o excepcionales'.

La asignación definitiva para cada entidad territorial resulta de aplicar los criterios de distribución previstos en los artículos 49 y 58 de la ley 715 de 2001, el artículo 47 de la ley 812 de 2003 y los decretos 177 y 4053 de 2004, así:

1. El artículo 49 de la Ley 715 de 2001, que ordena que la distribución de los recursos del Sistema General de Participaciones para el componente de prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda se realiza por municipio.

2. El artículo 58 de la ley 715, para efectos de garantizar el pago de los aportes patronales de los empleados del sector salud.

3. El artículo 47 de la Ley 812 de 2003, que establece que a partir de la vigencia 2004 se mantendrá en promedio en cada Departamento y Distrito el valor per cápita de la vigencia de 2003, producto

* La población se ajusta por los componentes de dispersión y No POS de que trata la Ley 715 de 2001.

de las diferentes fuentes que financian estos servicios en cada entidad territorial, en la misma proporción.

4. El decreto 177 de 2004, que autoriza determinar la población pobre por atender para aquellos municipios que no suministraron al DNP la información del Nuevo Sisbén, de acuerdo con el menor valor de la tipología a la que correspondan.

5. El decreto 4053 de 2004, que establece que para efectos de la aplicación del primer inciso del artículo 86 de la ley 715 de 2001, no se consideran deficiencias de la información el cambio de fuente de información para determinada variable utilizada en la distribución del Sistema General de

Participaciones. Señala a su vez que cuando al momento de efectuar la distribución, fuera certificada al Departamento Nacional de Planeación una nueva fuente de información para determinadas variables, ésta sólo se aplicará en la distribución de los recursos apropiados en el Presupuesto General de la Nación pendientes por distribuir. En tal circunstancia, las distribuciones efectuadas con anterioridad en la respectiva vigencia fiscal, con base en otras fuentes de informaciones certificadas al momento de la distribución, no serán modificadas.

1

Los recursos de las once doceavas previstos para este componente de conformidad con el artículo 49 de la Ley 715 de 2001, ascienden a \$1.231.500,3 millones. Este documento Conpes Social distribuye un monto de \$123.150,0 millones, correspondiente al 10% faltante por distribuir en la vigencia, determinando la población pobre no asegurada con base en el Sistema de Identificación de Beneficiarios que defina el Conpes.

En tal sentido, y en cumplimiento del parágrafo del artículo 47 del decreto 177 de 2004, para aquellas entidades territoriales que no entregaron al Departamento Nacional de Planeación (DNP) la información del Nuevo Sisbén, el Conpes Social define como tipologías a aquellas categorías municipales previstas en el artículo 6° de la ley 617 de 2000*, unificando en una sola tipología las categorías Especial y Primera". A partir de estas tipologías para efectos de calcular los valores per cápita promedio departamental y distrital de 2003, se imputará el menor valor presentado de población pobre por atender en 2003 para la tipología correspondiente

* Estimados de acuerdo con el procedimiento previsto en el artículo 49 de la ley 863 de 2003.

!O Para estos efectos se asigna a los corregimientos departamentales la categoría 6.

4:

y

De otra parte, se entiende por menor valor de la tipología para el cálculo de la población pobre por atender a imputar, el promedio de la relación entre la población pobre no asegurada determinada con base en el Nuevo Sisbén la misma población determinada durante el período de transición para la vigencia de 2003, para cada tipología municipal definida.

(0

(ii)

(111)

La distribución definitiva se realiza por entidad territorial, de la siguiente forma:

Se calcula el per cápita promedio de cada departamento y distrito, dividiendo la asignación territorial de 2003 entre la población pobre por atender de la vigencia anterior. Conforme el artículo 49 de la ley 715 de 2001, la población pobre por atender se ajusta por dispersión poblacional! y por un factor que pondera los servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (factor de ajuste No-POS)".

El 10% del monto disponible de las once doceavas se divide por la población pobre por atender de cada entidad territorial, ajustada por dispersión poblacional y por el factor de ajuste No-POS. El valor per cápita resultante se multiplica por la población pobre por atender identificada como pobre con base en el Nuevo Sisbén de cada municipio, distrito y corregimiento departamental, ajustada por dispersión poblacional y por el factor de ajuste No-POS. Para el caso de las entidades territoriales que no entregaron al DNP la base datos del Nuevo Sisbén, la población pobre por atender corresponde a la determinada de acuerdo con el menor valor de la tipología a que correspondan. Es preciso señalar que el per cápita promedio departamental y distrital de 2003 por esta fuente, de que trata el artículo 47 de la ley 812 de 2003, se garantiza con la presente distribución (anexo 1).

El monto asignado por municipio en los Conpes Sociales 77 y 79 incluye el total de los aportes patronales de los municipios descentralizados que asumieron la prestación de los servicios!*, Sin embargo, dado que el MPS certificó al DNP modificaciones en el valor de

§ La dispersión poblacional es el resultado de dividir la extensión en kilómetros cuadrados de cada distrito, municipio o corregimiento departamental entre la población total del mismo. Las entidades territoriales con dispersión poblacional superior a la dispersión nacional, se organizan en quintiles según el valor de dispersión correspondiente. Para cada quintil se estima un índice, definido como una proporción de la respectiva mediana. Por consiguiente, los municipios y corregimientos con mayor dispersión son ajustados en una proporción mayor. Para el Archipiélago de San Andrés y Providencia, se calculó el promedio del índice de todos los quintiles (Ley 715 de 2001, artículo 49).

!2 El factor de ajuste pondera la diferencia en el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del POS contributivo promedio, (descontados gastos administrativos y pagos de licencias de maternidad e incapacidades) con el valor de la UPC subsidiada básica, es decir, una aproximación a la diferencia en la cobertura de beneficios entre el POS contributivo y el subsidiado. El ajuste se efectúa por igual para todas las entidades

territoriales, al multiplicar el factor aquí señalado, por la población afiliada al régimen subsidiado y sumar el resultado a la población ajustada por dispersión poblacional de la respectiva entidad territorial.

1 Ley 715 de 2001, art. 49.

y

los aportes patronales producto de ahorro por concepto de reducción de costos laborales^{1*}, el presente documento Conpes Social deduce del valor de los aportes patronales asignados inicialmente, el -monto respectivo. Corresponde a cada entidad territorial determinar su utilización en subsidios de demanda o en la contratación de servicios de salud para la población pobre no asegurada (anexos 2 y 3)''.

(iv) El monto resultante de la diferencia entre el monto asignado y el valor de los aportes patronales ajustados, cuando este ajuste deba hacerse, se distribuye un 41% para los municipios descentralizados y que asumieron la prestación de los servicios, para financiar la prestación de servicios de salud del primer nivel de complejidad; y el 59% restante para los respectivos departamentos, con el fin de financiar la prestación de servicios de salud diferentes al primer nivel de complejidad. Para los municipios no descentralizados será el departamento el encargado de financiar la prestación de los servicios en todos los niveles de complejidad. Para aquellos municipios, departamentos y distritos donde el aporte patronal es mayor a su asignación, ésta garantiza como mínimo su aporte patronal^{1*} (Gráfico 2). :

Gráfico 2

Asignación de Recursos del Sistema General de Participaciones para Salud (SGPS) - Servicios de Salud a la población pobre no asegurada.

si Municipio: Se reconoce costo de aportes patronales y ejecuta el 41% de los recursos asignados restantes.

Departamento: ejecuta el 59% de los"

recursos asignados a cada municipio y

100% de corregimientos

departamentales.

Sistema General Municipio:

de

Participaciones

para Salud: <p>

servicios de salud

para la población

pobre no afiliada

al SGSSS

a. Descentralizado

y

b. Asumió oferta

pública a 31 de

julio de 2001

Departamento: ejecuta 100% de los

recursos asignados por fórmula a cada

municipio y 100% para los

no corregimientos departamentales.

* Comunicación 12100-4608 del 12 de noviembre de 2004. Ministerio de la Protección Social - Dirección General de Financiamiento, IS Ley 715 de 2001, art. 49, parágrafo 2*.

lé Ley 715 de 2001, art. 58.

10

al

Adicionalmente y conforme al artículo 47 de la ley 812 de 2003 y el decreto reglamentario 177 de 2004, los departamentos y distritos deberán continuar utilizando para financiar la prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada y los servicios no incluidos en el POS-S, los recursos de rentas cedidas liberados con la Ley 715, de 2001, los recursos propios y otros que destinen para tal fin, manteniendo el per cápita promedio departamental y distrital del 2003 por dichas fuentes. Así contribuirán a la adecuada financiación de la prestación de los servicios en todos los municipios de su jurisdicción''.

Si durante la vigencia 2004, algún municipio no continuara con la competencia para la prestación de servicios de salud en su condición de descentralizado^{1*}, será el respectivo departamento el que asuma la competencia de gestionar y administrar los recursos para la atención en salud de la población pobre en

lo no cubierto con subsidios a la demanda, mediante la contratación con instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas. El Ministerio de la Protección Social (MPS), una vez tomada la medida, notificará a la Dirección General del Tesoro y de Crédito Público del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, la modificación en el giro de los recursos.

La distribución definitiva de las once doceavas del 2004, para el total de municipios descentralizados que asumieron la prestación de servicios, distritos y departamentos, es la siguiente:

Cuadro 3

Distribución definitiva del SGP - Salud. Prestación de Servicios agregado por tipo de entidad territorial - 2004 (millones de \$)

(100% de once. doceavas)

ENTIDAD TERRITORIAL DISTRIBUCIÓN

1. Total Municipios Descentralizados 290.666,4

2. Total Departamentos 782.203,5

3. Total Distritos 153.630,4

4. Total Prestación de Servicios 1.231.500,3

' De acuerdo con la Carta Circular Externa No. 0011 de 2002 (DNP - Ministerio de Salud).

1 Ley 715 de 2001, artículo 44, parágrafo; y decreto 027 de 2003.

11

En los anexos 2 y 3 se presenta la distribución definitiva ajustada para cada una de las entidades territoriales del 90% de las once doceavas del componente de prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, una vez hecho el ajuste de los aportes patronales certificado por el Ministerio de la Protección Social', y en los anexos 4 y 5 la distribución del 10% pendiente por distribuir de las once doceavas del componente de prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda.

2. Distribución última doceava.

El monto a distribuir como última doceava de la Participación de Salud para 2004 asciende a \$277.307,5 millones. Su distribución por componente se presenta en el Cuadro 4.

Cuadro 4

Distribución de la última Doceava por componentes

(Millones de Pesos Corrientes)

CONCEPTO ASIGNACIÓN

1. Subsidios a la demanda 135.225,4)

1.1 Continuidad 130.090,1

-- — 1,2 Ampliación 5.135,3

2. Prestación de servicios a la población pobre en lo 111.954,5
no cubierto con subsidios a demanda

3. Salud Publica 30.127,6

4, Total (1+2+3) 277.307,5

La distribución se realiza con base a la información certificada por las entidades responsables, siguiendo los criterios utilizados en los Conpes Social 77 y 79. Para el caso del componente de prestación de servicios en lo no cubierto con subsidios a la demanda, la distribución se realiza siguiendo los criterios definidos en el presente documento, para la distribución del 10% de las once doceavas de dicho componente y no incluye el costo de los aportes patronales certificados por el Ministerio de la Protección Social, dado que estos fueron financiados completamente con los recursos distribuidos por el Conpes Social 77.

La distribución por entidad territorial se aprecia en los anexos 6 y 7.

1 El ajuste a los aportes patronales no certificado por el Ministerio de Protección Social como producto de ahorro por concepto de reducción de costos laborales fueron redistribuidos.

12

3. Distribución del mayor valor por ajuste de inflación.

El monto a distribuir por este concepto asciende a \$15.122,2 millones. El Conpes Social 77

realizó la distribución de cada componente de la participación para salud teniendo en cuenta la inflación causada en 2003. Es decir, determinó los valores a distribuir de los componentes de subsidios a la

demanda, la prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y de salud pública, con una de inflación de 6.49% y no del 6% como se calculó para la programación del Sistema General de Participaciones incorporada en el Presupuesto General de la Nación de 2004,

Lo anterior significa que los recursos por concepto de mayor valor por ajuste de inflación corresponden a los excedentes” de la participación general de salud. Por disposición del decreto 159 de 2002 estos recursos deben ser distribuidos para la prestación de servicios para la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda?'. La distribución de estos recursos se realiza de igual forma que la realizada en el presente documento Conpes Social para el 10% de las once doceavas del componente de prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda (anexos 8 y 9).

La distribución definitiva para el total de los recursos de la vigencia (12/12) se aprecia en los anexos 10 y 11.

IV. DISTRIBUCIÓN DE LA ÚLTIMA DOCEAVA Y DEL MAYOR VALOR POR AJUSTE DE INFLACIÓN DE LAS ASIGNACIONES ESPECIALES Y LA PARTICIPACIÓN DE PROPÓSITO GENERAL 2004

La distribución de los recursos de las asignaciones especiales y la participación de propósito general del SGP, tanto para el mayor valor producto del ajuste de inflación como para la última doceava siguen las disposiciones previstas en la Ley 715 de 2001 (parágrafo 2 del artículo 2). Del total de recursos del sistema se deduce previamente un 4% para las siguientes asignaciones especiales: 1) resguardos indígenas (0.52%); ii) municipios ribereños del río Magdalena (0.08%); iii) programas de alimentación escolar (0.5%) y iv) Fondo de Pensiones de las Entidades Territoriales- FONPET- 2% Los excedentes en salud se produjeron por que la bolsa general del SGP calculada en 2001 fue superior a los recursos girados en 2001 por concepto de situado fiscal, participaciones municipales y FEC.

21 Decreto 159 de 2002, art. 10, parágrafo 2*, último inciso.

13

(2.9%). Una vez realizadas estas deducciones se efectúa la distribución sectorial prevista en el artículo cuarto de dicha Ley, así: 58,5% para educación, 24,5% para salud y 17% para propósito general.

1. ASIGNACIONES ESPECIALES

Las asignaciones especiales equivalen a \$49,733 millones, correspondientes a \$47.161 millones de la última doceava y \$2.572 millones del mayor valor por ajuste de inflación, los cuales se distribuyen de acuerdo con los criterios que se explican a continuación.

1.1 RESGUARDOS INDÍGENAS

|

De acuerdo con el artículo 83 de la ley 715 de 2001, los recursos asignados a los resguardos indígenas legalmente constituidos y reportados por el DANE al Departamento Nacional de Planeación ascienden a \$ 6.465 millones de los cuales \$ 6.131 corresponden a la última doceava y \$334 millones al mayor valor. Su distribución se realiza en proporción a la participación de población del resguardo respectivo en el total de la población indígena reportada por el DANE. Para este efecto, participan 755 resguardos indígenas reportados por el DANE, cuya población total asciende a 733,477 habitantes. Los resultados de esta distribución se aprecian en el anexo 13.

1.2 MUNICIPIOS RIBEREÑOS DEL RÍO MAGDALENA

]

Los recursos correspondientes a los municipios ribereños del Río Magdalena ascienden a 5995 millones de los cuales \$943 corresponden a la última doceava y \$51 millones al mayor valor. Su distribución se realiza en proporción a la ribera de cada municipio, según la certificación del IGAC al Departamento Nacional de Planeación. Para este efecto participan 111 municipios reportados por el IGAC. Los resultados de esta distribución se aprecian en el anexo 14

1.3 ALIMENTACIÓN ESCOLAR

Los recursos asignados a los distritos y municipios para programas de alimentación escolar ascienden a \$6.217 millones de los cuales \$5.895 millones corresponden a la última doceava y \$321 millones al mayor valor. Su distribución se realiza de acuerdo con la fórmula prevista para la Participación de Propósito General. Los resultados de esta distribución se aprecian en el anexo 14

14

«\$

1.4 FONDO DE PENSIONES DE LAS ENTIDADES TERRITORIALES -FONPET Los recursos para el FONPET orientados al cubrimiento de los pasivos pensionales de las entidades territoriales ascienden a \$36.056 millones de los cuales \$34.192 millones corresponden a la

última doceava y \$1.865 millones al mayor valor. Su distribución entre entidades territoriales se realizará por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público de acuerdo con lo dispuesto en el decreto 1584 de 2002.

2. PARTICIPACIÓN DE PROPÓSITO GENERAL

El monto a distribuir como Participación de Propósito General asciende a \$202.911 millones, de los cuales \$192.418 millones corresponden a la última doceava y \$10.493 millones al mayor valor.

La distribución de estos recursos se realiza de acuerdo con los criterios establecidos por los artículos

79 y 80 de la Ley 715 de 2001 como se describen a continuación:

1. Asignación Básica (20%) : Corresponde a la proporción directa del valor que hayan recibido los municipios y distritos por concepto de la Participación de los Municipios en los Ingresos Corrientes de la Nación en 2001.

2. Fórmula (80%) : Corresponde a la distribución de acuerdo con los criterios y porcentajes establecidos por el Artículo 79 de la Ley 715 de 2001 así:

2.1 Pobreza relativa (40%): Relación entre el índice relativo de NBI de cada municipio y el total, nacional conforme a la respectiva certificación del DANE.

2.2 Población Urbana y Rural (40%): En proporción a la población urbana y rural de cada municipio en la población urbana y rural total de país para 2004, respectivamente. De acuerdo con la certificación del DANE, la población urbana representa el 72% de la población total, en tanto que la población rural representa el 28%.

2.3 Eficiencia Fiscal (10%): De acuerdo con el crecimiento promedio de los ingresos tributarios per cápita de las tres últimas vigencias fiscales, con base en la información

15

reportada por los municipios y distritos al DNP” refrendada por la Contaduría General de la Nación.

2.4 Eficiencia Administrativa (10%): De acuerdo con la conservación o incremento de la inversión con los ingresos corrientes de libre destinación por persona en dos vigencias sucesivas” con base en la a información reportada por los municipios y distritos al DNP refrendada por la Contaduría General de la Nación.

Los resultados de la distribución de la última doceava y los recursos de mayor valor producto del ajuste de inflación por entidad territorial y componente se presentan en el anexo 14

De otra parte, en el anexo 15 se detalla la asignación de la Participación de Propósito General con destino al FONPET por concepto de la última doceava y el mayor valor por ajuste a la inflación causada en 2003 la cual asciende a \$15.129 millones.

V. CONSIDERACIONES ESPECIALES.

1. DIRECTRICES GENERALES PARA LA DISTRIBUCIÓN Y EJECUCIÓN DE LOS RECURSOS DEL SGP PARA SALUD.

En relación con la distribución en las siguientes vigencias del componente de prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, el Conpes Social solicita al DNP y al MPS adelantar las gestiones conjuntas necesarias que permitan disponer de bases de datos organizadas, depuradas y validadas, en relación con la población sisbenizada de cada una de las entidades territoriales y la población afiliada a la seguridad social en salud y al sector salud, para efectos de los cruces de registros requeridos para la identificación, en cada entidad territorial, de la

“Para la distribución de la PPG del 2004 se tomaron las ejecuciones de ingresos tributarios correspondientes a las vigencias 1999, 2000, 2001 y 2002, reportadas por los municipios al Departamento Nacional de Planeación y refrendadas por la Contaduría General de la Nación. Para los municipios de que trata el parágrafo del artículo 104 de la Ley 715/01 que se encuentran en Acuerdos de Reestructuración de Pasivos y Saneamiento Fiscal, se aplicó el promedio de los indicadores de acuerdo con la certificación de cumplimiento de los acuerdos, expedida por la Dirección de Apoyo Fiscal del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Para la distribución de la PPG del 2004 se tomaron las ejecuciones de inversión correspondientes a las vigencias 2001 y 2002, reportadas por los municipios al Departamento Nacional de Planeación y refrendadas por la Contaduría General de la Nación. Para los municipios de que trata el parágrafo del artículo 104 de la Ley 715/01 que se encuentran en Acuerdos de Reestructuración de Pasivos y Saneamiento Fiscal, se aplicó el promedio de los indicadores de acuerdo con la certificación de cumplimiento de los acuerdos, expedida por la Dirección de Apoyo Fiscal del Ministerio de Hacienda y Crédito Público. De otra parte, la ponderación especial establecida por la Ley 715 de 2001 para los municipios y distritos que demuestren la actualización del SISBEN, no se aplica para la presente distribución de conformidad con lo previsto en el Decreto 177 de 2004,

16

4*

población pobre por atender, de conformidad con el artículo 49 de la ley 715 de 2001. De igual

manera, las entidades territoriales deberán disponer de manera actualizada de dichas bases de datos en iguales condiciones, como insumo necesario para que las entidades competentes del orden nacional, puedan efectuar con la mayor precisión los cruces de registros necesarios.

Lo anterior es condición indispensable para la distribución de los recursos del SGP para Salud en el componente de prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, en las vigencias siguientes. Para las entidades territoriales que no dispongan de las bases de datos necesarias, remitidas y aceptadas por las entidades competentes del orden nacional, les serán aplicadas las reglas de asignación previstas en el parágrafo del artículo 4º del decreto 177 de 2004. Por otra parte, en relación con la ejecución de los recursos, de conformidad con el artículo 42 de la Ley 715 de 2001, corresponde a la Nación la dirección del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en el territorio nacional, facultad que le permite orientar el uso de los recursos destinados al sector con el fin de alcanzar las metas de interés para el país. Para el efecto, se imparten a las entidades territoriales las siguientes directrices generales:

A) Subsidios a la Demanda - depuración y reasignación de cupos de continuidad de coberturas:

Para el otorgamiento de los subsidios, con el propósito de ampliar la cobertura actual a la población priorizada, aún no afiliada, los municipios, distritos y departamentos, deberán:

- — Depurar la base de datos de la población afiliada al Régimen Subsidiado del SGSSS, con el objeto de establecer la existencia de multifiliación.
- Reemplazar los cupos de los multifiliados detectados con beneficiarios potenciales aún no afiliados, según las listas de priorizados, dando prestación a los menores de 5 años y madres gestantes.
- — Garantizar el orden de prelación para la afiliación y evitar la multifiliación.
- Reportar periódica y sistemáticamente al DNP las novedades y base actualizada del Nuevo Sisbén; y al MPS lo correspondientes a la base de afiliados a la seguridad social en salud y al sector salud.

17

En el mismo sentido, para efectos de hacer efectiva la cofinanciación de subsidios a la demanda con cargo a los recursos del Presupuesto General de la Nación, el MPS deberá realizar análisis respecto a la validez de los cupos asignados por las autoridades territoriales y procederá a su financiamiento sólo cuando dichas asignaciones se ajusten a los criterios de focalización y priorización establecidos en las normas vigentes.

Por otra parte, el MPS deberá presentar trimestralmente dentro de las metas del Sistema de Programación y Seguimiento de las Metas Presidenciales, SIGOB, resultados y avances en el mejoramiento de la focalización de los subsidios en salud, procurando que éstos beneficien prioritariamente a la población más pobre y vulnerable identificada con el Nuevo Sisbén.

B) Prestación de Servicios de Salud a la población pobre no asegurada:

1

De conformidad con los artículos 43 y 44 de la ley 715 de 2001, corresponde a los departamentos y municipios certificados la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda. Para tal efecto, deberán contratar la prestación de dichos servicios con instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas, utilizando para el pago correspondiente los recursos del Sistema General de Participaciones, las rentas cedidas y los demás recursos propios que destinen para tal fin, mediante modalidades de pago diferentes a la transferencia directa**. Por lo anterior:

- — La aplicación de los recursos antes citados, incluyendo los referentes al pago directo de los aportes patronales del SGP, hacen parte del pago por la prestación de los servicios contratados.
- La contratación de los recursos para atender a la población pobre no asegurada, deberá fundamentarse en criterios de eficiencia, equidad y cobertura, asignando los recursos para garantizar la complementariedad y subsidiariedad en la financiación en función del perfil epidemiológico de la población objeto de atención, las metas de salud pública y sin discriminación alguna respecto del municipio de residencia de la jurisdicción departamental.
- Las entidades territoriales competentes deberán disponer de los mecanismos necesarios para realizar la auditoría respectiva a las IPS públicas y privadas, que permitan realizar el seguimiento a la contratación realizada.

* Decreto 027 de 2003, artículos 1 y 3. Ley 812 de 2003, artículo 38.

En búsqueda de la transparencia, los departamentos, distritos y municipios descentralizados, deberán implantar esquemas de seguimiento y control de los contratos de prestación de servicios, así como mecanismos de pago que garanticen el flujo de recursos a sus prestadores, en concordancia con los decretos 050 de 2003 y 3260 de 2004.

En los esquemas de seguimiento y control de los contratos, las entidades territoriales deberán asegurarse que sus prestadores den cumplimiento a sus obligaciones de pago de los aportes parafiscales inherentes a la nómina, relacionados con: (a) Cajas de Compensación Familiar*; (b) Instituto Colombiano de Bienestar Familiar**; (c) Escuelas Industriales e Institutos Técnicos?; (d) Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA)*; y (e) Escuela Superior de Administración Pública (ESAP)**.

Los departamentos, distritos y municipios descentralizados deberán mantener el per cápita de las diferentes fuentes que financian la prestación de los servicios a la población pobre no asegurada, con el fin de dar cumplimiento al artículo 47 de la ley 812 de 2003 y al decreto 177 de 2004.

C) Acciones de Salud Pública:

Los recursos de Salud Pública del SGP deben aplicarse para la financiación de las acciones de

salud pública definidas como prioritarias para el país por el Ministerio de la Protección Social - relacionadas a continuación - y en el cumplimiento de las competencias asignadas en el numeral 3 de los artículos 43 y 44 y lo pertinente del artículo 45 de la Ley 715 de 2001:

a)

b)

d)

Reducción de enfermedades inmunoprevenibles, prevalentes de la infancia y mortalidad

infantil. |

Implementación de la Política de Salud Sexual y Reproductiva

Prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores

Promoción de estilos de vida saludable para la prevención y control de las enfermedades crónicas.

Fortalecimiento del Plan Nacional de Alimentación y Nutrición.

Reducción del impacto en salud de la violencia e implementación de las Políticas de Salud

Mental y de Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas.

3 De conformidad con los decretos 434 de 1971 y 1089 de 1983 y las leyes 21 de 1982 y 344 de 1996.

2 De acuerdo con las leyes 27 de 1974 y 344 de 1996.

2 58 de 1963 y 21 de 1982. .

2 De conformidad con las leyes 21 de 1982, 119 de 1994 y 344 de 1996.

2 De acuerdo con las Leyes 21 de 1982 y 344 de 1996.

19

2. PRESUPUESTACIÓN DE LA ÚLTIMA DOCEAVA DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES

Para efectos de la presupuestación en las entidades territoriales de la última doceava y del mayor valor asignado, se recomienda a las entidades territoriales atender las orientaciones señaladas por la Dirección General de Presupuesto del Ministerio de Hacienda y Crédito Público en el sentido de incorporar estos recursos en el presupuesto de 2005 de acuerdo con el siguiente concepto:

“El estatuto orgánico de presupuesto general de la Nación establece algunos requisitos para efectos de incorporar recursos al presupuesto, aplicable a las entidades territoriales, dentro de los cuales exige que los recursos a adicionar se encuentren disponibles, tal como lo señala el artículo 82 del Decreto 111 del 1996, en los siguientes términos:

La disponibilidad de los ingresos de la Nación para abrir créditos adicionales al presupuesto será certificada por el Contador General. En el caso de los ingresos de los establecimientos públicos la disponibilidad será certificada por el Jefe de Presupuesto o quién haga sus veces...

Como se observa, el requisito de certificación de disponibilidad de los recursos para efectos de adición o incorporación presupuestal está orientado a garantizar que los mismos se encuentren en caja, bancos o en inversiones temporales, o en caso extremo, se recauden efectivamente durante la vigencia fiscal cuyo presupuesto se pretende adicionar.

Esta condición constituye un principio orientador de la técnica presupuestal, según el cual, el presupuesto de ingresos y sus adiciones deberán estimarse y aprobarse con criterio de caja, sin

consideración a estimación de recursos que causen y recauden en la siguiente vigencia fiscal, toda vez que en esta registró su propio presupuesto, en cumplimiento del principio presupuestal de la anualidad”.

3. AJUSTE A LOS GIROS DE LA DESTINACIÓN DE PROPÓSITO GENERAL

Al realizar los ajustes a la destinación de los recursos de la participación de propósito general de 2004 aprobada mediante documento Conpes Social N° 84 de 2004, se encontró que los recursos de los municipios de Barbacoas (Nariño) Piedecuesta (Santander) y Cartago (Valle) que deben ser destinados al Fondo Nacional de Pensiones Territoriales son menores a los aprobados inicialmente por el documento Conpes Social N° 77.

, En razón a lo anterior, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público procedió a efectuar los ajustes respectivos a los giros de dicha Participación. No obstante, en el caso de los municipios mencionados el ajuste a los giros con destino al Fonpet no logró realizarse con cargo a las once doceavas de 2004, dado

20

di

que a la fecha de aprobación del Conpes 84 los montos girados por este concepto excedían la nueva destinación prevista en el mencionado Conpes.

De acuerdo con lo anterior, el ajuste restante a los giros, ¿producto de la aprobación del Conpes Social N° 84 debe realizarse con cargo a los giros de última doceava y mayor valor de la Participación de Propósito General aprobado mediante el presente documento Conpes, descontando de la asignación específica para el Fonpet para cada uno de los municipios mencionados, el valor girado en exceso a dicho fondo por concepto de las once doceavas y girándolos a los respectivos municipios, de acuerdo con los valores presentados en el anexo 16.

IV. — RECOMENDACIONES

Los ministerios de Hacienda y Crédito Público y Protección Social y el Departamento Nacional de Planeación recomiendan al Conpes para la Política Social:

1. Aprobar la distribución territorial y sectorial del Sistema General de Participaciones de 2004 justificada en este documento y presentada en los anexos adjuntos.

2. Solicitar a la Dirección de Desarrollo Territorial Sostenible del Departamento Nacional de Planeación comunicar a los departamentos, distritos y municipios, el monto correspondiente a sus respectivas participaciones para 2004, con base en los valores aprobados en este documento.

3. Solicitar al Ministerio de Hacienda y Crédito Público realizar el ajuste de los giros de la Participación de Propósito General, de los municipios de Barbacoas (Nariño) Piedecuesta (Santander) y Cartago (Valle), de conformidad con lo previsto en el anexo 16.

4. Solicitar a la Dirección de Desarrollo Social del DNP y al Ministerio de la Protección Social, adelantar las gestiones conjuntas necesarias que les permitan compartir y disponer de bases de datos organizadas, depuradas y validadas, en relación con la población sisbenizada de cada una de las entidades territoriales y la población afiliada a la seguridad social en salud y al sector salud, de conformidad con las normas vigentes.

21

Lin

Solicitar al Ministerio de la Protección Social:

Continuar realizando el cruce de las bases de datos del Nuevo Sisbén y de afiliados a la seguridad social en salud y al sector salud; y certificar al DNP, por entidad territorial, la población pobre por atender que señala el artículo 49 de la ley 715 de 2001, para efectos de realizar la distribución de " la vigencia 2005 y subsiguientes, del componente de prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda.

Efectuar los giros de acuerdo con las asignaciones previstas en este documento.

Prestar la asistencia técnica requerida a las entidades territoriales para la adecuada aplicación de los recursos, conforme a las directrices generales incorporadas en el presente documento y el correcto desempeño de las competencias asignadas en la ley 715 de 2001.

Evaluar anualmente la ejecución de los recursos del sector por parte de las entidades territoriales, así como el impacto logrado frente a las metas de política sectorial. :

Certificar al DNP, el uso que las entidades territoriales dieron a los recursos objeto del ajuste de aportes patronales (Conpes Social 74 de 2003) que sean producto de la reducción de los costos laborales y aportes patronales, con el fin de que esta entidad pueda ajustar el monto de, los componentes de subsidios de demanda - continuidad y prestación de servicios a la población pobre

en lo no cubierto con subsidios a la demanda.

Realizar análisis respecto a la validez de los cupos asignados por las autoridades territoriales y proceder a hacer efectiva su cofinanciación con recursos del Presupuesto General de la Nación sólo cuando dichas asignaciones se ajusten a los criterios de focalización y priorización establecidos en las normas vigentes.

Presentar trimestralmente dentro de las metas del Sistema de Programación y Seguimiento de las Metas Presidenciales, SIGOB, resultados y avances en el mejoramiento de la focalización de los subsidios en salud, procurando que éstos beneficien prioritariamente a la población más pobre y vulnerable identificada con el Nuevo Sisbén.

Solicitar al Departamento Nacional de Planeación:

Formalizar con las entidades territoriales los procedimientos y fechas de actualización del SISBEN.

22

«S

Solicitar a los departamentos, municipios y distritos:

Adelantar las gestiones necesarias que permitan al Departamento Nacional de Planeación y al Ministerio de la Protección Social disponer de bases de datos organizadas, depuradas y validadas, y realizar el cruce de registros requeridos para determinar la población pobre por atender que señala el artículo 49 de la ley 715 de 2001. Para el efecto, las entidades territoriales deberán aplicar y mantener actualizados el Sistema de Identificación de Beneficiarios de Programas Sociales y la Base de Datos Única de Afiliados a la seguridad social, y remitirlos de manera oportuna y periódica de conformidad con las normas y directrices vigentes.

Adoptar las directrices para la ejecución de los recursos del sector salud señaladas en el presente documento.

Evaluar anualmente la ejecución de los recursos del Sistema General de Participaciones para salud y su sujeción a las disposiciones de ley y al reglamento, así como el impacto logrado frente a las metas de política sectorial, de conformidad con los artículos 89 y 90 de la ley 715 de 2001.

Solicitar a la Superintendencia Nacional de Salud:

Vigilar y tomar las medidas de control necesarias para garantizar el cumplimiento por parte de las entidades territoriales de lo establecido en el artículo 47 de la ley 812 de 2003 y el decreto 177 de 2004, respecto a mantener el per cápita promedio departamental y distrital de 2003 por las diferentes fuentes que financian la prestación de los servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda.

23

Documento
Conpes Social 94

República de Colombia
Departamento Nacional de Planeación

**AJUSTE A LA DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL
DE PARTICIPACIONES PARA SALUD, APROBADA POR EL DOCUMENTO
CONPES SOCIAL 90 DE 2005, EN EL COMPONENTE DE PRESTACIÓN DE
SERVICIOS A LA POBLACIÓN POBRE EN LO NO CUBIERTO CON
SUBSIDIOS A LA DEMANDA, VIGENCIA 2005**

DNP: DDTS- DDS
Ministerio de Hacienda y Crédito Público
Ministerio de la Protección Social

Versión aprobada

Bogotá, D.C., Junio 27 de 2005

INTRODUCCIÓN

El presente documento somete a consideración del CONPES para la Política Social: 1) un ajuste a la distribución de los recursos del Sistema General de Participaciones de Salud (SGP), en el componente de prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda para la vigencia 2005, aprobada por medio del documento CONPES Social 90 de enero 31 de 2005 y 2) la distribución del 4.64% de los recursos pendientes por distribuir del Sistema General de Participaciones de Salud, en el componente de prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda.

I. ANTECEDENTES

Mediante documento CONPES Social 90 de 2005, se efectuó la distribución inicial parcial de las once doceavas (11/12) del 95.36% de los recursos del Sistema General de Participaciones del componente de prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda (SGP-PS) para la vigencia 2005. Dicha distribución, se realizó con base en:

1) el artículo 49 de la ley 715 de 2001, los decretos 159 de 2001, 102 de 2003 y 177 de 2004; 2) las certificaciones del Ministerio de la Protección Social (MPS) sobre las variables que interviene en la distribución del componente SGP-PS y 3) la solicitud del MPS para reservar el 4.64% de los recursos del componente de SGPS-PS, para realizar una transformación de recursos (de oferta a demanda).

De otra parte, mediante el Acuerdo No 285 el Consejo Nacional de Seguridad Social de Salud (CNSSS) aprobó la transformación de los recursos del componente SGP-PS para la vigencia de 2005, con base en la facultad que le otorga a dicho consejo el artículo 54 de la Ley 812 de 2003.

A partir de una verificación en la variable que define la calidad de certificado o no de un municipio, el MPS encontró un error en la información inicialmente reportada al DNP, que sirvió como base para la distribución del Conpes Social 90 de 2005. Por lo anterior, el MPS mediante comunicación DGP 0050 de marzo 29 de 2005 certificó, al Departamento Nacional de Planeación (DNP), que los municipios de Samaniego - Nariño y Buenavista - Sucre tienen la calidad de NO certificados.

Adicionalmente, en el oficio citado el MPS corrigió la información que hace referencia a la pérdida de la administración de los recursos de las acciones de promoción y prevención financiados

mediante subsidios a la demanda (artículo 46 de la ley 715 de 2001) del municipio de San José de Guaviare.

De otra parte y en concordancia con lo previsto en el artículo 1 del Decreto 2194 de 2005, el presente documento somete a consideración del Conpes, la aplicación de un factor de compensación en el componente de prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda (SGP-PS) para la vigencia 2005, con el fin de reducir el efecto de la disminución de los recursos que financian la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, generada por el cambio de fuentes utilizadas en la distribución, que pueda afectar la atención de dicha población.

II. JUSTIFICACIÓN DEL AJUSTE PROPUESTO

Los ajustes a la distribución territorial de los recursos de SGP para Prestación de Servicios de Salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda (SGP-PS) se realizan con base en:

1. El cambio en la información certificada por el Ministerio de Protección Social¹ al DNP sobre la condición de NO certificados de los municipios de Samaniego en Nariño y Buenavista en Sucre.
2. El cambio en la información certificada por el Ministerio de Protección Social² al DNP sobre el incumplimiento del municipio de San José de Guaviare en Guaviare, para la ejecución de las acciones de promoción y prevención financiadas con recursos de subsidios a la demanda.
3. El Artículo 1 del Decreto 2194 de 2005, faculta al Conpes Social efectuar una compensación a las entidades territoriales que obtuvieron un monto inferior al asignado en la vigencia inmediatamente anterior, con el fin de reducir el efecto de la disminución en los recursos que financian la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda.
4. El Artículo 1 del Acuerdo No 292 de 2005 del CNSSS que señala que la ampliación dispuesta en el Acuerdo 285 de 2005 del CNSSS iniciará su aplicación en el año 2006. Por tal razón los recursos reservados en el Conpes 90 se destinan para el componente de

¹ Según comunicación DGP 0050 de marzo 29 de 2005

² Ídem

Prestación de Servicios para la Población Pobre en lo No Cubierto con Subsidios a la Demanda.

III. AJUSTES A LA DISTRIBUCIÓN APROBADA MEDIANTE CONPES SOCIAL 90 DE 2005.

El cambio en la condición de certificado a NO certificado de los municipios de Samaniego en el departamento de Nariño y Buenavista en el departamento de Sucre, ocasiona (en relación con la asignación territorial aprobada por el Conpes Social 90 de 2005): 1) una variación positiva en la asignación territorial de los departamentos de Nariño y Sucre en el componente de Prestación de Servicios de Salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda (SGP-PS), sub componente complemento prestación de servicios y 2) una variación negativa en la asignación territorial de los municipios en mención en el componente de Prestación de Servicios de Salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda (SGP-PS), sub componente complemento prestación de servicios.

Como consecuencia de lo anterior, en los anexos 1 y 2 se presentan los ajustes a la distribución de las 11/12 de los recursos del Sistema General de Participaciones de Salud en el componente de Prestación de servicios a la Población Pobre en lo No Cubierto con subsidios a la demanda, para los departamentos y municipios respectivamente.

De acuerdo con la certificación del Ministerio de Protección Social³, el municipio de San José del Guaviare cumplió con los requisitos exigidos para ejecutar los recursos que corresponden a las actividades de promoción y prevención del régimen subsidiado que se financian con recursos del componente de Subsidios a la Demanda. Por tanto, se autoriza a dicho Ministerio el giro de tales recursos al municipio.

IV. DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL DE LOS RECURSOS PENDIENTES POR DISTRIBUIR EN EL CONPES SOCIAL 90 DE 2005. (4.64% DE LAS 11/12 DEL COMPONENTE PRESTACIÓN DE SERVICIOS A LA POBLACIÓN EN LO NO CUBIERTO CON SUBSIDIOS A LA DEMANDA).

³ Ídem

De conformidad con lo previsto en el artículo 1 del Decreto 2194 de 2005 y el Acuerdo 292 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud junio de 2005, sobre la aplicación de un factor de compensación en el componente de prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda (SGP-PS) para la vigencia 2005 y con el fin de reducir el efecto de la disminución de los recursos que financian dicha prestación, este documento Conpes Social distribuye un monto de \$60.962 millones correspondiente al 4.64% de los recursos de Prestación de Servicios de Salud a la Población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda reservados por el Conpes 90 de 2005.

De acuerdo con lo anterior, el total de recursos distribuidos en la presente vigencia por el componente de SGP-PS ascienden a 1.313.832,1 millones pesos, cuadro 1.

Cuadro 1. Asignación territorial de las 11/12 del Sistema General de Participaciones de salud componente prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda vigencia 2005.

Millones de Pesos

El procedimiento empleado para el cálculo de la compensación⁴ a las entidades territoriales que obtuvieron un monto menor de asignación comparado con la vigencia inmediatamente anterior se describe a continuación:

- a. Se establece el monto destinado a la compensación (\$60.962 millones)
- b. Se determina la diferencia entre la asignación realizada para cada entidad territorial en el documento CONPES Social 88 del 6 de diciembre de 2004 (11/12) y la asignación ajustada del CONPES Social 90 de 31 de enero de 2005 (11/12) presentada en el numeral II del presente documento,

⁴ Autorizada por el Decreto 2194 de 2005

Se distribuye el monto destinado a la compensación entre las entidades territoriales que presenten una diferencia negativa de acuerdo con el procedimiento previsto en el numeral anterior. Por tanto, la proporción compensada por entidad territorial asciende al 82.5% de la variación negativa.

En los anexos 1 y 2 se presentan los valores compensados por entidad territorial y la distribución final de las 11/12 de los recursos del SGP-PS en el componente de Prestación de servicios a la Población Pobre en lo No Cubierto con subsidios a la demanda para la vigencia de 2005, para los departamentos y municipios respectivamente. En el anexo 3 se presentan los valores per cápita de la asignación de las 11/12 de la presente vigencia.

IV. RECOMENDACIONES

Los ministerios de Hacienda y Crédito Público, Protección Social, y el Departamento Nacional de Planeación recomiendan al CONPES para la Política Social:

1. Aprobar la distribución territorial y sectorial del Sistema General de Participaciones de 2005 justificada en este documento y presentada en los anexos adjuntos.
2. Solicitar a la Dirección de Desarrollo Territorial del Departamento Nacional de Planeación comunicar a los departamentos, distritos y municipios, el monto correspondiente a sus respectivas participaciones para 2005, con base en los valores aprobados en este documento.
3. Solicitar al Ministerio de la Protección Social ajustar y efectuar los giros de acuerdo con las asignaciones previstas en este documento.

Documento

Conpes 96

Social

Consejo Nacional de Política Económica y Social República de Colombia
Departamento Nacional de Planeación

**DISTRIBUCIÓN DE LA ÚLTIMA DOCEAVA PARA EDUCACIÓN, SALUD,
PROPÓSITO GENERAL Y LAS ASIGNACIONES ESPECIALES Y AJUSTE A LAS
ONCE DOCEAVAS DE EDUCACIÓN Y SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE
PARTICIPACIONES**

VIGENCIA 2005

DNP: DDTS- DDS

Ministerio de Hacienda y Crédito Público

Ministerio de Educación Nacional

Ministerio de la Protección Social

Versión aprobada

Bogotá, D.C., 12 de diciembre de 2005

INTRODUCCIÓN

El presente documento somete a consideración del Conpes para la Política Social: 1) el ajuste a la distribución de las once doceavas (11/12) y la distribución de la última doceava (1/12), incluyendo sus excedentes, de la participación para educación del Sistema General de Participaciones (SGP) 2005; 2) el ajuste a la distribución de las once doceavas (11/12) de la participación de salud - componente de prestación de servicios a la población pobre no asegurada y la distribución de la última doceava (1/12) de la participación para salud del Sistema General de Participaciones (SGP) 2005; y 3) la distribución de la última doceava de las asignaciones especiales y de la participación de propósito del SGP 2005.

I. ANTECEDENTES

De acuerdo con el calendario de giros previsto en la Ley 715 de 2001, los recursos del Sistema General de Participaciones se giran mes vencido, es decir la doceava correspondiente al mes de diciembre se gira en el mes de enero de la siguiente vigencia, por lo tanto, esta última doceava se incorpora en el Presupuesto General de la Nación de la vigencia siguiente, es decir cuando se gira efectivamente.

Dado lo anterior, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público certificó la incorporación de la última doceava del Sistema General de Participaciones de 2005 por un valor \$1.273.216 millones en el Presupuesto General de la Nación de 2006¹. De acuerdo con la normatividad vigente estos recursos se distribuyen de la siguiente manera:

Cuadro 1
SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES 2005
Distribución Última Doceava
(Millones \$)

¹ Comunicación No. 26686 del 8 de septiembre de 2005 del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

De otra parte, en el caso de la participación de educación, inicialmente, el documento Conpes Social 90 de 2005 distribuyó: (i) las once doceavas partes de los recursos de la participación para educación del SGP para cubrir la asignación de población atendida de los departamentos, distritos y municipios certificados, de acuerdo con los criterios establecidos en el artículo 16 de la Ley 715 de 2001; (ii) el 50% de las once doceavas partes del complemento a la asignación de población atendida, conforme con el Artículo 1 del Decreto 177 de 2004 ²; (iii) las once doceavas partes de los recursos de calidad educativa para los municipios; y (iv) las once doceavas partes de la partida para Cancelaciones de Prestaciones Sociales del Magisterio para los departamentos y Bogotá D.C.

Posteriormente, el documento Conpes Social 95 de 2005 distribuyó recursos de la participación para educación del SGP con destino a los siguientes conceptos: (i) ajuste a las once doceavas (11/12) de la asignación por población atendida realizada en el Conpes Social 90; (ii) distribución del resto de los recursos para cubrir las once doceavas partes del SGP para educación por concepto del complemento a la asignación de población atendida; (iii) distribución de las once doceavas partes de los recursos con destinación específica para atender los costos por ascensos en el escalafón docente; (iv) distribución de los recursos para población por atender a 48 entidades territoriales; y (v) distribución de los recursos para ajustar las cancelaciones de prestaciones sociales del magisterio para el departamento de San Andrés y Providencia.

De otra parte, en el caso de la participación para salud, mediante documento CONPES Social 90 de 2005, se efectuó la distribución inicial parcial de las once doceavas (11/12) del 95.36% de los recursos del Sistema General de Participaciones del componente de prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda (SGP-PS) para la vigencia 2005, y de las once doceavas de los componentes de salud pública y régimen subsidiado. Dicha distribución, se realizó con base en: 1) el artículo 49 de la ley 715 de 2001, los decretos 159 de 2001, 102 de 2003 y 177 de 2004; 2) las certificaciones del Ministerio de la Protección Social (MPS) sobre las variables que intervienen en la distribución del componente SGP-PS y 3) la solicitud del MPS para reservar el 4.64% de los recursos del componente de SGPS-PS, para realizar una transformación de recursos (de oferta a demanda).

Posteriormente, el documento Conpes Social 94 de 2005, en concordancia con lo previsto en el artículo 1 del Decreto 2194 de 2005, distribuyó los recursos correspondientes al factor de compensación en el componente de prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda (SGP-PS) para la vigencia 2005, con el fin de reducir el efecto de la disminución de los

² En el cual se establece la posibilidad de distribuir parcialmente los recursos mientras se dispone de información verificada.

recursos que financian la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, generada por el cambio de fuentes utilizadas en la distribución, que pueda afectar la atención de dicha población.

Finalmente, mediante Conpes Social No 90 de 2005 se aprobó la distribución de las once doceavas de la participación de propósito general y las asignaciones especiales del Sistema General de Participaciones.

II. JUSTIFICACIÓN

En el caso de la participación para educación, es necesario: (i) realizar un ajuste en la participación de las once doceavas (11/12), dado el ajuste en la información certificada por el Ministerio de Educación Nacional; y (ii) distribuir la última doceava, incluyendo sus excedentes. Lo anterior con base en información certificada por el Ministerio de Educación Nacional mediante los Oficios Nos. 2005EE49920 y 2005EE49922 de fecha diciembre 9 de 2005.

En el caso de la participación para salud, es necesario: (i) realizar un ajuste en la participación de salud destinada a la prestación de servicios a la población pobre no asegurada en las once doceavas (11/12); y (ii) distribuir la última doceava correspondiente a la participación para salud para sus tres componentes (régimen subsidiado, prestación de servicios a la población pobre no asegurada y salud pública).

Al respecto, la distribución definitiva de los recursos del Sistema General de Participaciones de la Participación de Salud para la vigencia de 2005 se realiza con base en:

1. El ajuste de los aportes patronales inicialmente asignados en los documentos Conpes sociales 90 y 94 de 2005. El ajuste se realiza debido a que el Ministerio de la Protección Social, en ejercicio de sus funciones, reportó una modificación en los valores de los aportes patronales de los departamentos, distritos y municipios³, para la vigencia de 2005. La modificación de los aportes patronales afecta los recursos complementarios para la prestación de los servicios de la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda⁴.

³ Certificación según Oficio Número 12100-4993 de Noviembre 24 de 2005, y Oficio No 12100-5278 del 8 de diciembre de 2005 del Ministerio de la Protección Social

⁴ El parágrafo 2 del artículo 49 de la Ley 715 de 2001, determina que: “La reducción de los costos laborales y de los aportes patronales que haya realizado o realice cada entidad territorial, cuando fuere el caso, se destinarán a la prestación de servicios de salud de oferta o a la demanda, según lo defina el ente territorial que genere el ahorro”.

2. La necesidad de distribuir los recursos de la última doceava en los subcomponentes subsidios a la demanda, salud pública y prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda.

3. El artículo 1 del Decreto 2194 de 2005, que faculta al Conpes Social efectuar una compensación a las entidades territoriales que obtuvieron un monto inferior al asignado en la vigencia inmediatamente anterior, con el fin de reducir el efecto de la disminución en los recursos que financian la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda.

Finalmente, es necesario realizar la distribución de la última doceava correspondiente a las Asignaciones Especiales y a la Participación de Propósito General del Sistema General de Participaciones.

III. DISTRIBUCIÓN DEFINITIVA DE LA PARTICIPACIÓN PARA EDUCACIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES

Para el sector educación la distribución de este Conpes corresponde a los siguientes conceptos:

- i) Ajuste a la distribución de las once doceavas de la asignación por población atendida efectuada en los Conpes Sociales 90 y 95 de 2005
- ii) Ajuste a la distribución de los recursos de las once doceavas partes del SGP para educación por concepto del complemento a la asignación por población atendida
- iii) Ajuste a la distribución de los recursos para cancelaciones de prestaciones sociales del magisterio
- iv) Ajuste a la distribución para financiar costos de ascensos en el escalafón docente.
- v) Ajuste a la distribución de las 11/12 de los recursos de calidad para los municipios;
- vi) Distribución de los recursos de población por atender para catorce entidades territoriales;
- vii) Distribución de la última doceava de la participación para educación del SGP para cubrir: la asignación de población atendida para los departamentos, distritos y municipios certificados, el complemento a la asignación de población atendida, los costos por ascensos en el escalafón docente, los recursos de calidad educativa para los municipios, las cancelaciones de prestaciones sociales del magisterio; y
- viii) Reconocimiento de los costos del servicio educativo a tres entidades territoriales de conformidad con el artículo 64 de la Ley 998 de 2005 y el parágrafo 3 transitorio del artículo 15 de la Ley 715 de 2001 reglamentado por los Decretos 3191 de 2002 y 3533 de 2003.

3.1. DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS DE LAS ONCE DOCEAVAS

A. AJUSTE A LA ASIGNACIÓN DE POBLACIÓN ATENDIDA

Como resultado de los ajustes a la matrícula de 2004, producto de la información reportada por las entidades territoriales al Ministerio de Educación Nacional en la Resolución 166 de 2003 y certificada por dicha entidad al DNP, este documento realiza un ajuste a la asignación de población atendida aprobada por los Conpes Sociales 90 y 95, de conformidad con los artículos 16 y 86 de la Ley 715 de 2001 sobre la realización de ajustes a la distribución de recursos asignados por cambios en la información.

De esta manera, se realiza el respectivo ajuste de la asignación por población atendida, de acuerdo con el valor de la tipología correspondiente y la nueva matrícula reportada para el departamento del Cesar y el municipio de Girón, el primero por disminución de la matrícula total y el segundo por cambios en el descuento de auditorías efectuado en el Conpes Social 95 de 2005, según información certificada por el Ministerio de Educación Nacional.

B. AJUSTE AL COMPLEMENTO DE LA ASIGNACIÓN DE POBLACIÓN ATENDIDA

Considerando que (i) el artículo 16 de la Ley 715 de 2001 establece que la asignación por alumno deberá garantizar como mínimo los costos de personal docente, directivo docente y administrativo con sus correspondientes prestaciones sociales; y (ii) la asignación por población atendida en algunas entidades territoriales no alcanza para cubrir ese costo, los Conpes Sociales 90 y 95 de 2005 reconocieron a 39 entidades territoriales la suma de \$402.700 millones por concepto de complemento a la asignación de población atendida.

En el presente documento Conpes se ajusta la partida de complemento a la asignación de población atendida de las siguientes entidades territoriales: el departamento de Santander y los municipios de Florencia, Ciénaga y Sincelejo y se le asignan recursos por este concepto al departamento de Cundinamarca, según la información reportada por estas entidades al Ministerio de Educación Nacional y certificada por éste al Departamento Nacional de Planeación. Estas modificaciones equivalen a la suma de \$22.331 millones.

C. AJUSTE A CANCELACIONES DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO

El Conpes Social 90 distribuyó entre los departamentos y Bogotá D.C. la partida por concepto de Cancelaciones de Prestaciones Sociales del Magisterio⁵, así mismo en el Conpes Social 95 se ajustó la partida del departamento de San Andrés y Providencia. En este documento Conpes se realiza un ajuste a la asignación de los siguientes departamentos: Boyacá, Cundinamarca, Nariño, Risaralda, Santander, Sucre, Valle del Cauca y Putumayo, por valor de \$10.761 millones, conforme con la información certificada por el Ministerio de Educación Nacional para la distribución de dicho componente.

D. AJUSTE A LA ASIGNACIÓN PARA FINANCIAR COSTOS DE ASCENSOS EN EL ESCALAFÓN DOCENTE

Debido a que estos recursos fueron distribuidos en el Conpes Social 95 en proporción a la participación de cada entidad territorial certificada en la asignación de población atendida, considerando la matrícula atendida con recursos del SGP en instituciones oficiales, es necesario ajustar la distribución efectuada en dicho documento Conpes, por los cambios en los reportes de la matrícula oficial en la Resolución 166 de 2003 de los departamentos de Caquetá, Norte de Santander y Santander y los municipios de Montería, Bucaramanga, Girón y el distrito de Bogotá.

Estos recursos se distribuyeron con destinación específica a las entidades territoriales certificadas en virtud del artículo 24 de la Ley 715 de 2001, para cubrir el costo generado por los ascensos en el escalafón docente según el Decreto 1095 de 2005.

E. AJUSTE A LA DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS DE CALIDAD

Debido a los cambios en los reportes de la matrícula oficial de 2004 y las auditorías efectuadas a la información de matrícula oficial de 2004 de algunas entidades territoriales, se ajusta la distribución de las once doceavas de los recursos para calidad educativa de los municipios certificados y no certificados efectuada en el documento Conpes Social 90, los cuales serán efectuados con cargo a la última doceava.

⁵ Esta partida corresponde a los recursos que se transfieren a las cajas departamentales de previsión social o a las entidades que hagan sus veces, con el fin de atender el pago de las prestaciones sociales del personal nacionalizado por la Ley 43 de 1975 que en virtud de la Ley 91 de 1989 no quedaron a cargo del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio.

F. DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS DE POBLACIÓN POR ATENDER

De acuerdo con el numeral 16.2 del Artículo 16 de la Ley 715 de 2001 y el Decreto 2833 de 2004, una parte del saldo de los recursos del SGP se distribuirá por “población por atender en condiciones de eficiencia”. Según el Conpes Social 95 de 2005 quedaron pendientes por distribuir recursos por población por atender en catorce entidades territoriales certificadas⁶ así: los departamentos de Meta, Norte de Santander, Arauca, Putumayo, Amazonas, Guainía y Guaviare y los municipios certificados de Magangué, Florencia, Lorica, Maicao, Armenia, Barrancabermeja y Girón, que de acuerdo con el Decreto 2833 de 2004 demostraron incremento de la matrícula oficial en la vigencia actual con respecto a la matrícula oficial de la vigencia anterior, con base en la certificación del Ministerio de Educación Nacional. De conformidad con el procedimiento definido en el Conpes Social 95 en el presente documento se asignan recursos por valor de \$10.913 millones.

3.2. DISTRIBUCIÓN DE LA ÚLTIMA DOCEAVA

El presente documento Conpes distribuye los recursos de la participación para educación del Sistema General de Participaciones a los departamentos, distritos y municipios correspondientes a la última doceava, con base en la metodología descrita en los Conpes Sociales 90 y 95 y los ajustes o descuentos producto de las modificaciones realizadas a las once doceavas mencionadas en el numeral 3.1, así:

- i) Asignación de población atendida a los departamentos, distritos y municipios certificados por la suma de \$597.706 millones.
- ii) Complemento a la asignación de población atendida a 40 entidades territoriales certificadas por un monto de \$38.639 millones
- iii) Cancelaciones de Prestaciones Sociales del Magisterio para los departamentos y Bogotá D.C. por la suma de \$23.942 millones
- iv) Asignación para financiar costos de ascensos en el escalafón docente a los departamentos, distritos y municipios certificados por un monto de \$6.131 millones
- v) Calidad educativa con destino a los municipios certificados y no certificados por la suma de \$33.481 millones
- vii) Reconocimiento de los costos del servicio a tres entidades territoriales por la suma de \$15.139 millones. De conformidad con el Artículo 64 de la Ley 998 de 2005, por la cual se decreta el

⁶ Debido a que dichas entidades territoriales tuvieron un incremento en la matrícula oficial y una disminución mayor del 7% en la matrícula privada, para lo cual el Ministerio de Educación Nacional y la entidad territorial revisaron el reporte de la matrícula privada. Así mismo, el departamento de Arauca no había presentado el reporte de la matrícula privada y el departamento de Guainía presentaba errores en el reporte de la matrícula oficial.

Presupuesto General de la Nación de 2006, se reconocen recursos por la suma de \$1.272 millones al Departamento del Valle del Cauca y la suma de \$13.658 millones al municipio de Medellín. Igualmente se reconocen recursos por \$209 millones al Departamento del Casanare, en virtud del parágrafo 3 del Artículo 15 de la Ley 715 de 2001, reglamentado con los Decretos 3191 de 2002 y 3533 de 2003.

De acuerdo con los documentos Conpes Sociales 90, 95 y el presente documento, el total de recursos de la participación para educación distribuidos en la vigencia 2005 ascienden a \$8.580.456 millones. El Cuadro No 2 presenta el balance de la distribución de la participación para educación del SGP.

Cuadro 2
PARTICIPACIÓN PARA EDUCACIÓN VIGENCIA 2005
(Millones \$)

Es importante señalar que, dados los cambios en el reporte de matrícula certificada por el Ministerio de Educación Nacional, los descuentos realizados a la partida de calidad con cargo a los recursos de la última doceava no fueron suficientes para cubrir la mayor asignación realizada en el Conpes90 para 35 entidades territoriales, a las cuales dicho ajuste se les realizará en esta misma partida en la vigencia 2006.

Los recursos para cada una de las entidades territoriales se encuentran discriminados en los anexos 1 a 9.

IV. DISTRIBUCIÓN DEFINITIVA DE LA PARTICIPACIÓN PARA SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES

El monto a distribuir de las doce doceavas de la Participación para Salud en el 2005 asciende a \$3.593.524 millones, con los cuales, de acuerdo con el artículo 47 de la Ley 715 de 2001, se financian tres componentes de gasto (Gráfico 1): i) Continuidad y ampliación de coberturas de afiliación en el régimen subsidiado (Subsidios a la Demanda); ii) Prestación del servicio de salud a la población pobre no asegurada; y iii) acciones en salud pública.

Gráfico 1 SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES PARTICIPACIÓN DE SALUD DISTRIBUCIÓN POR USOS Y COMPETENCIAS ENTRE ENTIDADES TERRITORIALES

Los montos por componente en el 2005, corresponden a lo asignado a cada uno en la vigencia 2004, incrementados por la inflación causada⁷ (cuadro 3). Los recursos producto del crecimiento adicional a la inflación⁸ del SGP para el sector salud se destinan a la ampliación de coberturas mediante subsidios a la demanda (artículo 48 de la ley 715 de 2001). Vale anotar que los documentos Conpes Social 90 y 94 efectuaron la distribución del 100% de once doceavas de la Participación en Salud, no obstante, el presente documento ajusta la distribución establecida para el componente de prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda.

Cuadro 3 RECURSOS DEL SGP PARA SALUD ASIGNADOS POR USOS, 2004 Y 2005 (Doce Doceavas)

¹ Inflación causada del 5.5% para cada uno de los componentes de gasto en salud (ley 715 de 2001, artículos 48,49 y 52).

² Recursos de crecimiento adicional a la inflación del SGP para salud en el 2004.

³ Recursos de crecimiento adicional a la inflación del SGP para salud en el 2005.

4.1. AJUSTE EN LA DISTRIBUCIÓN DE LA PARTICIPACIÓN PARA SALUD ONCE DOCEAVAS EN LO CORRESPONDIENTE A PRESTACIÓN DE SERVICIOS A LA POBLACIÓN POBRE NO ASEGURADA POR CONCEPTO DE APORTES PATRONALES.

La distribución definitiva (11/12) de los recursos del SGP para salud en el componente de prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda se realiza de conformidad con las fórmulas establecidas en el artículo 49 de la Ley 715 de 2001, lo dispuesto en el artículo 47 de la Ley 812 de 2003 y los decretos 177 de 2004 y 2194 de 2005.

Los recursos de las once doceavas previstos para este componente de conformidad con el artículo 49 de la Ley 715 de 2001, ascienden a \$1.313.832 millones. Este documento Conpes Social redistribuye

⁷ Inflación causada en 2004 de 5.5%.

⁸ Es el monto equivalente al 2% de crecimiento real para el 2004 que corresponde al sector salud, establecido por el Acto Legislativo 01 de 2001, destinado a cofinanciar la ampliación de cobertura en el régimen subsidiado.

un monto de \$21.747 millones, originados en los sobrantes en los aportes patronales de las entidades territoriales, debido a reducción de costos (ahorros) o por ajustes en las proyecciones de dichos aportes, así:

El monto asignado por municipio en los Conpes Sociales 90 y 94 incluye el total de los aportes patronales de las entidades territoriales que asumieron la prestación de los servicios⁹. Sin embargo, dado que el Ministerio de la Protección Social (MPS) certificó al Departamento Nacional de Planeación (DNP) modificaciones en el valor de los aportes patronales producto de ahorro por concepto de reducción de costos laborales¹⁰, por valor de \$18.229 millones, el presente documento Conpes Social deduce estos ahorros del valor de los aportes patronales asignados inicialmente.

El presente documento redistribuye \$21.747 millones de ajuste en aportes patronales cuyo origen fue debidamente certificado por el MPS y no \$25.095 millones que corresponden con el total del sobrante certificado. Lo anterior debido a que en dicha certificación no se precisa el origen de los sobrantes de los aportes patronales.

Los excedentes de los aportes patronales (monto sobrante resultado de la diferencia entre el monto asignado y el valor de los aportes patronales ajustados debidamente certificados) se asignan directamente a las entidades territoriales que generaron el ahorro en los términos previstos en el parágrafo 2 del artículo 49 de la ley 715 de 2001. Para aquellas entidades territoriales que no generaron excedentes producto de una reducción de costos labores, sino que generaron los sobrantes debido a falencias en las proyecciones, los recursos se distribuyen entre el departamento y el municipio de acuerdo con lo previsto en el artículo 49 de la ley 715 de 2001. En este último caso, se distribuye un 41% para los municipios descentralizados y que asumieron la prestación de los servicios, para financiar la prestación de servicios de salud del primer nivel de complejidad; y el 59% restante para el respectivo departamento con el fin de financiar la prestación de servicios de salud diferentes al primer nivel de complejidad.

Corresponde a cada entidad territorial que generó excedentes producto de la reducción de costos laborales determinar la utilización en subsidios de demanda o en la contratación de servicios de salud para la población pobre no asegurada conforme al parágrafo 2 del artículo 49 de la Ley 715 de 2001.

⁹ Ley 715 de 2001, art. 49.

¹⁰ Comunicaciones 12100-4983 del 16 de noviembre de 2005 y 12100 – 5278 del 9 de diciembre de 2005. Ministerio de la Protección Social - Dirección General de Financiamiento.

En los anexos 10 y 11 se presentan las distribuciones ajustadas para cada una de las entidades territoriales de las 11/12 distribuidas en los Conpes Sociales 90 y 94 de 2005 en el componente de prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, una vez hecho el ajuste de los aportes patronales debidamente certificados por el Ministerio de la Protección Social.

La distribución definitiva de las once doceavas del 2005, para el total de municipios descentralizados que asumieron la prestación de servicios, distritos y departamentos, es la siguiente:

Cuadro 4
DISTRIBUCIÓN DEFINITIVA DEL SGP SALUD – PRESTACIÓN DE SERVICIOS
AGREGADO POR ENTIDAD TERRITORIAL 2005 (100% Once Doceavas)
(Millones \$)

4.2. DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL DE LA ÚLTIMA DOCEAVA DE LA PARTICIPACIÓN PARA SALUD.

El monto a distribuir como última doceava de la participación para salud para 2005 asciende a \$299.460 millones. Su distribución por componente se presenta en el Cuadro 5.

Cuadro 5
DISTRIBUCIÓN ÚLTIMA DOCEAVA DEL SGP PARTICIPACIÓN EN SALUD POR
COMPONENTES
(Millones \$)

La distribución de la doceava se realiza con base en los criterios utilizados y la información certificada en los Conpes Social 90 y 94 para cada componente. Para el caso del componente de prestación de servicios en lo no cubierto con subsidios a la demanda, la distribución no tiene en cuenta los aportes patronales dado que estos fueron financiados completamente con los recursos distribuidos por el Conpes Social 94. En dicho sentido la distribución se realiza para los recursos complementarios de la prestación de los servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda.

4.2.1. DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL DEL COMPONENTE DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD A LA POBLACIÓN POBRE EN LO NO CUBIERTO CON SUBSIDIOS A LA DEMANDA (SGP-PS) ULTIMA DOCEAVA 2005

El presente documento Conpes Social distribuye los \$119.466 millones del componente de prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda de la siguiente forma:

\$90.444 millones entre todas las entidades territoriales (departamentos, distritos y municipios) facultadas para ejercer la competencia de prestación de los servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda (SGP-PS). Esta distribución no incorpora los aportes patronales en tanto que estos fueron distribuidos y asignados en los documentos Conpes Sociales 90 y 94 de 2005 y ajustados en el presente documento (numeral 4.1.) La distribución se realiza conforme los criterios y variables previstos en el artículo 49 de la ley 715 de 2001, el artículo 47 de la ley 812 de 2003 y las metodologías previstas en el documento Conpes Social 90 en lo que hace referencia al SGP-PS.

\$29.022 millones, entre las entidades territoriales que vieron disminuidos sus recursos entre las vigencias de 2004 y 2005, producto del cambio de las fuentes de información. Lo anterior de conformidad con lo previsto en el artículo 1 del decreto 2194 de 2005, sobre la aplicación de un factor de compensación en el componente de prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, aplicable en este caso a la última doceava. Así este documento Conpes Social distribuye el 24.29% de los recursos de este componente para la compensación (82,5%) de la reducción en los recursos de la última doceava.

El procedimiento empleado para realizar la distribución de los \$29.022 mil millones es el siguiente:

- Se calcula para cada entidad territorial la diferencia entre la asignación total de las doce doceavas (monto distribuido por los Conpes Sociales 90 y 94 de 2005 más el ajuste efectuado en el numeral 4.1

del presente documento) de la vigencia 2005 y la asignación total de doce doceavas en la vigencia de 2004 (Conpes Social 88 de 2004).

Diferencia (D) = doce doceavas vigencias 2005 – doce doceavas 2004.

- Se distribuye el monto destinado a la compensación entre las entidades territoriales que presentan una diferencia negativa (D), compensando el 82.5% de la diferencia de cada entidad territorial.

Los recursos asignados a las entidades territoriales (Departamentos, Distritos y Municipios¹¹) se destinarán a la prestación de los servicios de la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda (PNC). Los departamentos destinarán los recursos para financiar la prestación de servicios en el segundo y tercer nivel de complejidad, prestarán los servicios de salud y administrarán los recursos del primer nivel de complejidad de aquellos municipios no descentralizados. Los municipios descentralizados financiarán con los recursos asignados la prestación de los servicios de salud PNC del primer nivel de complejidad. Los resultados globales de la distribución de la última doceava del componente SGP-PS y la compensación se presentan en el cuadro 6.

Cuadro 6
DISTRIBUCIÓN DE LA PARTICIPACIÓN DEL SGP SALUD –SGP PRESTACIÓN DE
SERVICIOS 2005-
ASIGNACIÓN POR SUBCOMPONENTES
(Millones \$)

* Incluye el ajuste realizado por el presente documento y referenciado en el numeral 4.1

En los anexos 12 y 13 se presenta la distribución del componente SGP-PS correspondiente a la compensación por entidad territorial y la última doceava (1/12) de la vigencia 2005, para los departamentos, distritos y municipios respectivamente.

¹¹ Solo para los municipios que 31 de julio de 2001 estaban certificados y hayan asumido la competencia para la prestación de los servicios de salud y continúen con ella en los términos de la presente ley, serán administrados por estos y la Nación se los girará directamente. Los municipios que no habían asumido la competencia el respectivo departamento será el responsable de prestar los servicios de salud y administrar los recursos correspondientes (artículo 49 ley 715 de 2001)

4.2.2. DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL DEL COMPONENTE DE SUBSIDIOS A LA DEMANDA – CONTINUIDAD DE COBERTURAS (SGP-SDC) Y AMPLIACIÓN DE COBERTURAS (SGP-APC), ÚLTIMA DOCEAVA DE 2005.

4.2.2.1 RÉGIMEN SUBSIDIADO CONTINUIDAD (SGP-SDC)

Los recursos para este subcomponente ascienden a \$142,6 mil millones (cuadro 7). Este monto se divide por la población pobre atendida en el país mediante subsidios a la demanda en la vigencia de 2004¹². El per cápita resultante se multiplica por la población afiliada de cada entidad territorial para así determinar el valor asignado a cada entidad territorial. Los resultados se aprecian en los anexos 14 y 15.

Los recursos distribuidos de esta manera, serán ejecutados por cada municipio y distrito; los departamentos ejecutarán recursos de este tipo sólo en el caso de los corregimientos departamentales¹³. La distribución resultante en el 2005, para el total de municipios, distritos y corregimientos departamentales es la siguiente (cuadro 7):

Cuadro 7
DISTRIBUCIÓN SGP SALUD
COFINANCIACIÓN CONTINUIDAD DE COBERTURA RÉGIMEN SUBSIDIADO 2005
AGREGADO POR TIPO DE ENTIDAD TERRITORIAL
(Millones \$)

4.2.2.2. RÉGIMEN SUBSIDIADO AMPLIACIÓN (SGP-APC)

Los recursos producto del crecimiento adicional a la inflación, equivalentes a \$5.5 mil millones (cuadro 8), se destinan a financiar la nueva afiliación de la población pobre mediante subsidios a la demanda. El artículo 48 de la ley 715 de 2001 señala que para su distribución se debe aplicar el criterio de equidad que pondera el déficit en cobertura de cada entidad territorial.

¹² Se utiliza la información del Conpes Social 90 de 2005.

¹³ Corregimientos ubicados en los departamentos de Amazonas, Guainía y Vaupés, tal como se explicó en la sección anterior.

De esta manera, se busca reducir la brecha existente en los niveles de cobertura entre entidades territoriales.

El presente documento Conpes Social establece el siguiente indicador de equidad que pondera el déficit de cobertura del régimen subsidiado de la entidad territorial (población pobre no asegurada) y su proporción de población por atender a nivel nacional (su participación en la población pobre aún sin afiliar del país), así¹⁴:

$$E = \frac{PPAi \times PPAi}{PPAi + PARSi \times PPA_t}$$

Donde:

E = Indicador de equidad

PPAi = Es la población pobre por atender (sin afiliar al régimen subsidiado) del municipio, distrito o corregimiento departamental de la vigencia anterior.

PARSi = Es la población afiliada al régimen subsidiado de cada municipio, distrito o corregimiento departamental de la vigencia anterior.

PPAt = Es la población pobre por atender (sin afiliar al régimen subsidiado) de todo el país.

La distribución por entidad territorial se puede apreciar en los anexos 14 y 15. La asignación de estos recursos en el total de municipios, distritos y corregimientos departamentales se presenta de la siguiente manera (cuadro 8):

Cuadro 8
DISTRIBUCIÓN SGP SALUD 2005 (Crecimiento Real)
COFINANCIACIÓN AMPLIACIÓN DE COBERTURAS RÉGIMEN SUBSIDIADO
AGREGADO POR TIPO DE ENTIDAD TERRITORIAL
(Millones \$)

¹⁴ Una vez calculado el indicador de equidad, éste se normaliza, es decir, se estima la participación del valor obtenido para cada municipio, distrito o corregimiento departamental, sobre la suma total. Esta participación se multiplica por el total de los recursos y se obtiene el monto a transferir a cada entidad territorial.

4.2.3. DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL DEL COMPONENTE DE SALUD PÚBLICA (SGP-SP) ÚLTIMA DOCEAVA 2005

Los recursos para este componente ascienden a \$31,7 mil millones (cuadro 9) y se distribuyen de acuerdo con los siguientes criterios y variables definidas en la Ley¹⁵:

- Población por atender: Entendida como la participación de la población de cada entidad territorial en la población total nacional. El 40% de los recursos de este componente se asigna en función de este criterio.

- Equidad: Entendida como el peso relativo que se asigna a cada entidad territorial en función del nivel de pobreza y los riesgos en salud pública. El 50% de los recursos de este componente se asigna en función de este criterio¹⁶.

- Eficiencia administrativa: Medida por el cumplimiento de los niveles de cobertura útiles establecidos para cada biológico del Plan Ampliado de Inmunizaciones por cada municipio, distrito y corregimiento departamental, de acuerdo a las metas fijadas por el Ministerio de la Protección Social con corte a 30 de septiembre de 2004. El 10% de los recursos de este componente se asigna en función de este criterio¹⁷.

Los cálculos para cada uno de estos criterios se efectúan por municipio, distrito y corregimiento departamental. El 45% de los recursos de cada municipio y distrito (excepto el Distrito Capital que recibe el 100%), y el 100% de lo correspondiente a los corregimientos departamentales, debe ser ejecutado por el respectivo departamento para financiar las competencias en salud pública a su cargo. El 55% restante será ejecutado por los respectivos distritos y municipios para financiar sus competencias en salud pública.

Como consecuencia de lo anterior, la distribución resultante en el 2005 para el total de municipios, distritos y departamentos para salud pública se presenta en el cuadro 9 (última doceava vigencia 2005). Los resultados de esta distribución por entidad territorial se presentan en los anexos 14 y 15.

¹⁵ La distribución se realiza con base en la información utilizada en el Conpes Social 90 de 2005.

¹⁶ El artículo 7 del decreto 159 de 2002 define de manera inicial los indicadores a tomar en cuenta para distribuir el monto de los recursos correspondientes al criterio de equidad. Estos son: pobreza relativa, población con riesgo de dengue, población con riesgo de malaria, población susceptible de ser vacunada, accesibilidad geográfica. La información de cada uno de estos indicadores, es certificada por el DANE, el IGAC y el Ministerio de la Protección Social, en los términos señalados en los artículos 7 y 9 del decreto 159 de 2002. A cada indicador corresponde el 20% (10 puntos) del total (50%).

¹⁷ Este criterio se valora en función del logro de coberturas útiles de vacunación, recibiendo recursos sólo aquellas entidades territoriales que alcancen coberturas útiles (artículos 52 y 70 de la ley 715 de 2001).

Cuadro 9
DISTRIBUCIÓN SGP SALUD PUBLICA - ULTIMA DOCEAVA DE 2005 (SGP-SP)
AGREGADO POR TIPO DE ENTIDAD TERRITORIAL
(Millones \$)

Finalmente, la distribución consolidada de la Participación de Salud para la vigencia 2005 (doce doceavas), se presenta en los anexos 16 y 17.

V. DISTRIBUCIÓN DE LA ÚLTIMA DOCEAVA DE LAS ASIGNACIONES ESPECIALES
Y LA PARTICIPACIÓN DE PROPÓSITO GENERAL 2005

La distribución de los recursos de las asignaciones especiales y la participación de propósito general del SGP para la última doceava sigue las disposiciones previstas en la Ley 715 de 2001 (parágrafo 2 del artículo 2). Del total de recursos del Sistema se deduce previamente un 4% para las siguientes asignaciones especiales: i) resguardos indígenas (0.52%); ii) municipios ribereños del río Magdalena (0.08%); iii) programas de alimentación escolar (0.5%) y iv) Fondo de Pensiones de las Entidades Territoriales-FONPET- (2.9%). Una vez realizadas estas deducciones se efectúa la distribución sectorial prevista en el artículo cuarto de dicha Ley, así: 58,5% para educación, 24,5% para salud y 17% para propósito general.

5.1. ASIGNACIONES ESPECIALES

La última doceava para las asignaciones especiales equivale a \$50.928 millones, los cuales se distribuyen de acuerdo con los criterios que se explican a continuación.

5.1.1. RESGUARDOS INDÍGENAS

De acuerdo con el artículo 83 de la ley 715 de 2001, los recursos asignados a los resguardos indígenas legalmente constituidos y reportados por el DANE al Departamento Nacional de Planeación

ascienden a \$ 6.621 millones. Su distribución se realiza en proporción a la participación de población del resguardo respectivo en el total de la población indígena reportada por el DANE. Para este efecto, participan 757 resguardos indígenas reportados por el DANE, cuya población total asciende a 744.466 habitantes. Los resultados de esta distribución se aprecian en el anexo 18.

5.1.2. MUNICIPIOS RIBEREÑOS DEL RÍO MAGDALENA

Los recursos correspondientes a los municipios ribereños del Río Magdalena ascienden a \$1.018. Su distribución se realiza en proporción a la ribera de cada municipio, según la certificación del IGAC al Departamento Nacional de Planeación. Para este efecto participan 111 municipios reportados por el IGAC. Los resultados de esta distribución se aprecian en el anexo 19

5.1.3. ALIMENTACIÓN ESCOLAR

Los recursos asignados a los distritos y municipios para programas de alimentación escolar ascienden a \$6.366 millones. Su distribución se realiza de acuerdo con la fórmula prevista para la Participación de Propósito General. Los resultados de esta distribución se aprecian en el anexo 19.

5.1.4. FONDO DE PENSIONES DE LAS ENTIDADES TERRITORIALES –FONPET–

Los recursos para el FONPET orientados al cubrimiento de los pasivos pensionales de las entidades territoriales ascienden a \$36.923 millones. Su distribución entre entidades territoriales se realizará por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público de acuerdo con lo dispuesto en el Decreto 1584 de 2002.

5.2. PARTICIPACIÓN DE PROPÓSITO GENERAL

El monto a distribuir como Participación de Propósito General asciende a \$207.789. La distribución de estos recursos se realiza totalmente por fórmula, de acuerdo con los criterios establecidos por el artículo 79 de la Ley 715 de 2001, tal como se describe a continuación:

1 Pobreza relativa (40%): Relación entre el índice relativo de NBI de cada municipio y el total nacional conforme a la respectiva certificación del DANE.

2 Población Urbana y Rural (40%): En proporción a la población urbana y rural de cada municipio en la población urbana y rural total de país para 2005, respectivamente. De acuerdo con la certificación del DANE, la población urbana representa el 72,8% de la población total, en tanto que la población rural representa el 27,2%.

3 Eficiencia Fiscal (10%): De acuerdo con el crecimiento promedio de los ingresos tributarios per cápita de las tres últimas vigencias fiscales, con base en la información reportada por los municipios y distritos al DNP¹⁸ y refrendada por la Contaduría General de la Nación.

4 Eficiencia Administrativa (10%): De acuerdo con la conservación o incremento de la inversión realizada con los ingresos corrientes de libre destinación por persona en dos vigencias sucesivas¹⁹, con base en la información reportada por los municipios y distritos al DNP y refrendada por la Contaduría General de la Nación.

Los resultados de la distribución de la última doceava por entidad territorial y componente se presentan en el anexo 19.

De otra parte, en el anexo 20 se detalla la asignación de la Participación de Propósito General con destino al FONPET por concepto de la última doceava.

Finalmente, en el anexo 21 se presenta el resumen doce doceavas de las Asignaciones Especiales y de la Participación de Propósito General.

¹⁸Para la distribución de la PPG del 2005 se tomaron las ejecuciones de ingresos tributarios correspondientes a las vigencias 2000, 2001, 2002 y 2003, reportadas por los municipios al Departamento Nacional de Planeación y refrendadas por la Contaduría General de la Nación. Para los municipios de que trata el parágrafo del artículo 104 de la Ley 715/01 que se encuentran en Acuerdos de Reestructuración de Pasivos y Saneamiento Fiscal, se aplicó el promedio de los indicadores o su propio indicador, según le sea más favorable, de acuerdo con la certificación de cumplimiento de los acuerdos, expedida por la Dirección de Apoyo Fiscal del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

¹⁹Para la distribución de la PPG del 2005 se tomaron las ejecuciones de inversión correspondientes a las vigencias 2002 y 2003, reportadas por los municipios al Departamento Nacional de Planeación y refrendadas por la Contaduría General de la Nación. Para los municipios de que trata el parágrafo del artículo 104 de la Ley 715/01 que se encuentran en Acuerdos de Reestructuración de Pasivos y Saneamiento Fiscal, se aplicó el promedio de los indicadores o su propio indicador, según le sea más favorable, de acuerdo con la certificación de cumplimiento de los acuerdos, expedida por la Dirección de Apoyo Fiscal del Ministerio de Hacienda y Crédito Público. De otra parte, la ponderación especial establecida por la Ley 715 de 2001 para los municipios y distritos que demuestren la actualización del SISBEN, no se aplica para la presente distribución de conformidad con lo previsto en el Decreto 177 de 2004.

VI. CONSIDERACIONES ESPECIALES.

5.1 En Educación

Aportes Patronales al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio

En cumplimiento del artículo 81 de la Ley 812 de 2003 – (Ley del Plan Nacional de Desarrollo), los mayores recursos ocasionados por el incremento en los aportes patronales del personal docente y directivo docente, definidos en el artículo 3° del Decreto 2341 de 2003 para el año 2005, que corresponden al 11,25%, se encuentran apropiados en el presupuesto de funcionamiento del Ministerio de Educación Nacional y son girados directamente al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio. A cargo del Sistema General de Participaciones se continuará descontando el 16,33% por concepto de los aportes patronales que se venían causando antes de la entrada en vigencia de la normatividad citada.

Aportes del Afiliado al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio

Según el artículo 18 de la Ley 715 de 2001, los aportes del afiliado que corresponden al 7,75% sobre el ingreso base de cotización, serán descontados de la participación para educación y girados por la Nación al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio. Para efectos del control de estos recursos las entidades territoriales deben reportar a la entidad fiduciaria administradora de los recursos del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, la información de nómina de sus docentes afiliados a dicho fondo, en los términos indicados en el artículo 8° del Decreto 3752 de 2003.

Aportes Parafiscales

Las entidades territoriales deben atender directamente el pago de los aportes parafiscales alSENA, ESAP, ICBF, Escuelas e Institutos Técnicos Industriales y Cajas de Compensación Familiar con cargo a los recursos de la participación para educación hasta tanto el Gobierno Nacional reglamente el procedimiento para el descuento directo de estos aportes.

5.2 En Salud.

En relación con la distribución en las siguientes vigencias del componente de prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, se requiere que el DNP y el Ministerio de la Protección Social, adelanten las gestiones conjuntas necesarias que permitan disponer de bases de datos organizadas, depuradas y validadas, en relación con la población sisbenizada de cada una de las entidades territoriales y la población afiliada a la seguridad social en salud y al sector salud, para efectos de los cruces de registros requeridos para la identificación, en cada entidad territorial, de la población pobre por atender, de conformidad con el artículo 49 de la ley 715 de 2001. De igual manera, las entidades territoriales deberán disponer de manera actualizada de dichas bases de datos en iguales condiciones, como insumo necesario para que las entidades competentes del orden nacional, puedan efectuar con la mayor precisión los cruces de registros necesarios.

Lo anterior es condición indispensable para la distribución de los recursos del SGP para Salud en el componente de prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, en las vigencias siguientes. Para las entidades territoriales que no dispongan de las bases de datos necesarias, remitidas y aceptadas por las entidades competentes del orden nacional, les serán aplicadas las reglas de asignación previstas en el parágrafo del artículo 4° del decreto 177 de 2004.

Por otra parte, en relación con la ejecución de los recursos, de conformidad con el artículo 42 de la Ley 715 de 2001, corresponde a la Nación la dirección del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en el territorio nacional, facultad que le permite orientar el uso de los recursos destinados al sector con el fin de alcanzar las metas de interés para el país. Para el efecto, se imparten a las entidades territoriales las siguientes directrices generales:

A) Subsidios a la Demanda – depuración y reasignación de cupos de continuidad de coberturas:

Para el otorgamiento de los subsidios, con el propósito de ampliar la cobertura actual a la población priorizada, aún no afiliada, los municipios, distritos y departamentos, deberán:

- Depurar la base de datos de la población afiliada al Régimen Subsidiado del SGSSS, con el objeto de establecer la existencia de multifiliación.

- Reemplazar los cupos de los multifiliados detectados con beneficiarios potenciales aún no afiliados, según las listas de priorizados, dando prelación a los menores de 5 años y madres gestantes.
- Garantizar el orden de prelación para la afiliación y evitar la multifiliación.
- Reportar periódica y sistemáticamente al DNP las novedades y base actualizada del Nuevo Sisbén; y al MPS lo correspondientes a la base de afiliados a la seguridad social en salud y al sector salud.

En el mismo sentido, para efectos de hacer efectiva la cofinanciación de subsidios a la demanda con cargo a los recursos del Presupuesto General de la Nación, el MPS deberá realizar análisis respecto a la validez de los cupos asignados por las autoridades territoriales y procederá a su financiamiento sólo cuando dichas asignaciones se ajusten a los criterios de focalización y priorización establecidos en las normas vigentes.

Por otra parte, el MPS deberá presentar trimestralmente dentro de las metas del Sistema de Programación y Seguimiento de las Metas Presidenciales, SIGOB, resultados y avances en el mejoramiento de la focalización de los subsidios en salud, procurando que éstos beneficien prioritariamente a la población más pobre y vulnerable identificada con el Nuevo Sisbén.

B) Prestación de Servicios de Salud a la población pobre no asegurada:

De conformidad con los artículos 43 y 44 de la ley 715 de 2001, corresponde a los departamentos y municipios certificados la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda. Para tal efecto, deberán contratar la prestación de dichos servicios con instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas, utilizando para el pago correspondiente los recursos del Sistema General de Participaciones, las rentas cedidas y los demás recursos propios que destinen para tal fin, mediante modalidades de pago diferentes a la transferencia directa²⁰. Por lo anterior:

- La aplicación de los recursos antes citados, incluyendo los referentes al pago directo de los aportes patronales del SGP, hacen parte del pago por la prestación de los servicios contratados.

²⁰ Decreto 3003 de 2005. Ley 812 de 2003, artículo 38.

- La contratación de los recursos para atender a la población pobre no asegurada, deberá fundamentarse en criterios de eficiencia, equidad y cobertura, asignando los recursos para garantizar la complementariedad y subsidiariedad en la financiación en función del perfil epidemiológico de la población objeto de atención, las metas de salud pública y sin discriminación alguna respecto del municipio de residencia de la jurisdicción departamental.

- Las entidades territoriales competentes deberán disponer de los mecanismos necesarios para realizar la auditoria respectiva a las IPS públicas y privadas, que permitan realizar el seguimiento a la contratación realizada.

- En búsqueda de la transparencia, los departamentos, distritos y municipios descentralizados, deberán implantar esquemas de seguimiento y control de los contratos de prestación de servicios, así como mecanismos de pago que garanticen el flujo de recursos a sus prestadores, en concordancia con los decretos 050 de 2003 y 3260 de 2004.

- En los esquemas de seguimiento y control de los contratos, las entidades territoriales deberán asegurarse que sus prestadores den cumplimiento a sus obligaciones de pago de los aportes parafiscales inherentes a la nómina, relacionados con: (a) Cajas de Compensación Familiar²¹; (b) Instituto Colombiano de Bienestar Familiar²²; (c) Escuelas Industriales e Institutos Técnicos²³; (d) Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA)²⁴; y (e) Escuela Superior de Administración Pública (ESAP)²⁵.

- Los departamentos, distritos y municipios descentralizados deberán mantener el per cápita de las diferentes fuentes que financian la prestación de los servicios a la población pobre no asegurada, con el fin de dar cumplimiento al artículo 47 de la ley 812 de 2003 y al decreto 177 de 2004.

- Atendiendo el proceso de Transformación de Subsidios de Oferta a la demanda, conforme a lo establecido en el artículo 54 de la Ley 812 de 2003, las entidades territoriales que tengan aprobado el Plan de Transformación, podrán destinar recursos de oferta a demanda. Sobre dicho cambio en la destinación deberá informarse al Ministerio de la Protección Social y éste deberá certificarlo al DNP, con el fin de considerar este ajuste en la distribución del SGP en el componente SGP-PS de la vigencia siguiente y para la aplicación de lo dispuesto en el decreto 2194 de 2005.

²¹ De conformidad con los decretos 434 de 1971 y 1089 de 1983 y las leyes 21 de 1982 y 344 de 1996.

²² De acuerdo con las leyes 27 de 1974 y 344 de 1996.

²³ Según las leyes 58 de 1963 y 21 de 1982.

²⁴ De conformidad con las leyes 21 de 1982, 119 de 1994 y 344 de 1996.

²⁵ De acuerdo con las Leyes 21 de 1982 y 344 de 1996.

C) Acciones de Salud Pública:

Los recursos de Salud Pública del SGP deben aplicarse para la financiación de las acciones de salud pública definidas como prioritarias para el país por el Ministerio de la Protección Social – relacionadas a continuación - y en el cumplimiento de las competencias asignadas en el numeral 3 de los artículos 43 y 44 y lo pertinente del artículo 45 de la Ley 715 de 2001:

- a) Reducción de enfermedades inmunoprevenibles, prevalentes de la infancia y mortalidad infantil.
- b) Implementación de la Política de Salud Sexual y Reproductiva
- c) Prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores
- d) Promoción de estilos de vida saludable para la prevención y control de las enfermedades crónicas.
- e) Fortalecimiento del Plan Nacional de Alimentación y Nutrición.
- f) Reducción del impacto en salud de la violencia e implementación de las Políticas de Salud Mental y de Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas

5.3 Presupuestación de la última doceava del Sistema General de Participaciones

Para efectos de la presupuestación en las entidades territoriales de la última doceava, se recomienda a las entidades territoriales atender las orientaciones señaladas por la Dirección General de Presupuesto del Ministerio de Hacienda y Crédito Público en el sentido de incorporar estos recursos en el presupuesto de 2006 de acuerdo con el siguiente concepto:

“El estatuto orgánico de presupuesto general de la Nación establece algunos requisitos para efectos de incorporar recursos al presupuesto, aplicable a las entidades territoriales, dentro de los cuales exige que los recursos a adicionar se encuentren disponibles, tal como lo señala el artículo 82 del Decreto 111 de 1996, en los siguientes términos:

La disponibilidad de los ingresos de la Nación para abrir créditos adicionales al presupuesto será certificada por el Contador General. En el caso de los ingresos de los establecimientos públicos la disponibilidad será certificada por el Jefe de Presupuesto o quién haga sus veces...

Como se observa, el requisito de certificación de disponibilidad de los recursos para efectos de adición o incorporación presupuestal está orientado a garantizar que los mismos se encuentren en caja, bancos o en inversiones temporales, o en caso extremo, se recauden efectivamente durante la vigencia fiscal cuyo presupuesto se pretende adicionar.

Esta condición constituye un principio orientador de la técnica presupuestal, según el cual, el presupuesto de ingresos y sus adiciones deberán estimarse y aprobarse con criterio de caja, sin consideración a estimación de recursos que causen y recauden en la siguiente vigencia fiscal, toda vez que en esta registrará su propio presupuesto, en cumplimiento del principio presupuestal de la anualidad”

VI. RECOMENDACIONES

Los ministerios de Hacienda y Crédito Público, Educación y Protección Social y el Departamento Nacional de Planeación recomiendan al Conpes para la Política Social:

1. Aprobar la distribución territorial y sectorial del Sistema General de Participaciones de 2005 justificada en este documento y presentada en los anexos adjuntos.
2. Solicitar a la Dirección de Desarrollo Territorial Sostenible del Departamento Nacional de Planeación comunicar a los departamentos, distritos y municipios, el monto correspondiente a sus respectivas participaciones para 2005, con base en los valores aprobados en este documento.
3. Solicitar al Departamento Nacional de Planeación evaluar la posibilidad de expedir, de manera concertada con las entidades territoriales, un decreto en el que se reglamente la destinación de un porcentaje razonable de los recursos de la participación de Propósito General del Sistema General de Participaciones, para la aplicación de la metodología definida y elaborada por el Departamento Nacional de Planeación para auditar el uso de los recursos del SGP.
4. Solicitar al Ministerio de Educación Nacional:
 - Realizar el ajuste a las certificaciones de giros de acuerdo con las asignaciones aprobadas en este documento.

- Adoptar las medidas administrativas necesarias para garantizar la efectiva ejecución de los recursos reconocidos con base en el Artículo 64 de la Ley 998 de 2005 y el parágrafo 3 del artículo 15 de la Ley 715 de 2001, reglamentado por los Decretos 3191 de 2002 y 3533 de 2003.
 - Efectuar el seguimiento a las partidas distribuidas en este documento con el fin de ajustar la distribución de los recursos en caso de ser necesario.
 - Solicitar a las entidades territoriales seguir los lineamientos del presente documento Conpes relacionados con las partidas distribuidas.
5. Solicitar a la Dirección de Desarrollo Social del DNP y al Ministerio de la Protección Social, adelantar las gestiones necesarias que les permitan compartir y disponer de bases de datos organizadas, depuradas y validadas, con relación a la población sisbenizada de cada una de las entidades territoriales y la población afiliada a la seguridad social en salud y al sector salud, de conformidad con las normas vigentes.
6. Solicitar al Ministerio de la Protección Social:
- Efectuar los giros de acuerdo con las asignaciones previstas en este documento.
 - Continuar realizando el cruce de las bases de datos del Nuevo SISBEN y de afiliados a la seguridad social en salud y al sector salud; y certificar al DNP, por entidad territorial, la población pobre por atender que señala el artículo 49 de la ley 715 de 2001, para efectos de realizar la distribución en la vigencia 2006 y subsiguientes, del componente de prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda.
 - Prestar la asistencia técnica requerida a las entidades territoriales para la adecuada aplicación de los recursos, conforme a las directrices generales incorporadas en el presente documento y el correcto desempeño de las competencias asignadas en la ley 715 de 2001.
 - Verificar la validez de los cupos asignados a régimen subsidiado por las autoridades territoriales y proceder a hacer efectiva su cofinanciación con recursos del Presupuesto General de la Nación sólo cuando dichas asignaciones se ajusten a los criterios de focalización y priorización establecidos en las normas vigentes.

- Realizar un seguimiento efectivo a los aportes patronales que se financian con los recursos del SGP de tal forma que permita determinar (al Conpes Social) la magnitud de los recursos que efectivamente le corresponden a cada entidad territorial, como parte de la financiación del componente de prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda (artículo 58 de la ley 715 de 2001).
 - Certificar al DNP, el uso que las entidades territoriales dieron a los recursos objeto del ajuste de aportes patronales que sean producto de los ahorros generados por la reducción de los costos laborales, con el fin de que esta entidad pueda ajustar el monto de los componentes de subsidios de demanda - continuidad y prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda.
7. Solicitar al Departamento Nacional de Planeación:
- Formalizar con las entidades territoriales los procesos de actualización del Nuevo SISBEN.
8. Solicitar a la Superintendencia Nacional de Salud:
- Vigilar y tomar las medidas de control necesarias para garantizar el cumplimiento por parte de las entidades territoriales de lo establecido en el artículo 47 de la Ley 812 de 2003 y el decreto 177 de 2004, respecto a mantener el per cápita promedio departamental y distrital de 2003 por las diferentes fuentes que financian la prestación de los servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda.
9. Solicitar al Ministerio de Hacienda y Crédito Público:
- Coordinar con el MPS la metodología para el seguimiento y evaluación de los aportes patronales que se financian con el SGP-PS.
10. Solicitar a los departamentos, municipios y distritos:
- Adelantar las gestiones necesarias que permitan al Departamento Nacional de Planeación y al Ministerio de la Protección Social disponer de bases de datos organizadas, depuradas y

validadas, y realizar el cruce de registros requeridos para determinar la población pobre por atender que señala el artículo 49 de la ley 715 de 2001. Para el efecto, las entidades territoriales deberán aplicar y mantener actualizados el Sistema de Identificación de Beneficiarios de Programas Sociales y la Base de Datos Única de Afiliados a la seguridad social, y remitirlos de manera oportuna y periódica de conformidad con las normas y directrices vigentes.

- Adoptar las directrices para la ejecución de los recursos del sector salud señaladas en el presente documento.
- Evaluar anualmente la ejecución de los recursos del Sistema General de Participaciones para salud y su sujeción a las disposiciones de ley y al reglamento, así como el impacto logrado frente a las metas de política sectorial, de conformidad con los artículos 89 y 90 de la ley 715 de 2001.
- Certificar al Ministerio de la Protección Social la destinación de los recursos, distribuidos en el presente CONPES Social, originados en la reducción de los costos laborales de las vigencias 2004 y 2005, en un término de 6 meses contado a partir de la expedición del presente documento.

Documento

Conpes Social 98

Consejo Nacional de Política Económica y Social República de Colombia

Departamento Nacional de Planeación

**AJUSTE A LA DISTRIBUCIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE
PARTICIPACIONES- PARTICIPACIÓN PARA SALUD -
PRESTACIÓN DE SERVICIOS A LA POBLACIÓN POBRE EN LO
NO CUBIERTO CON SUBSIDIOS A LA DEMANDA, Y A LA
DESTINACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN DE PROPÓSITO GENERAL
AL FONPET ONCE DOCEAVAS
VIGENCIA 2006**

DNP: DDS- DDTS

Ministerio de Hacienda y Crédito Público

Ministerio de la Protección Social

Versión aprobada

Bogotá, D.C., 10 de abril de 2006

INTRODUCCIÓN

El presente documento somete a consideración del Conpes para la Política Social, la redistribución territorial de las once doceavas de la Participación para salud para la vigencia 2006 en el componente de Prestación de Servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, ajustando la distribución parcial aprobada en el documento Conpes Social 097 de 2006 y 2) el ajuste a la destinación de la Participación de Propósito General 2006 de tres municipios con destino al Fondo de Pensiones Territoriales -FONPET-

I. ANTECEDENTES

1. Participación de Salud - Componente de Prestación de Servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda.

Los recursos del componente de prestación del servicio de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda (PS) para la vigencia 2006, fueron objeto de distribución parcial en el Conpes Social 97 considerando lo dispuesto en el artículo 1° del Decreto 177 de 2004 y teniendo en cuenta las observaciones presentadas por los gobernadores sobre la información base de distribución. La distribución inicial parcial, fue equivalente a 2 (dos) doceavas de la vigencia 2005¹, actualizada por inflación, por valor de \$250.165,3 millones.

Atendiendo lo expuesto en el documento Conpes Social 97, el Departamento Nacional de Planeación mediante comunicación DDS-SS-015 del 9 de febrero de 2006 remitió a los gobernadores y alcaldes distritales, la explicación de la metodología utilizada para efectos de la distribución del Sistema General de Participaciones (SGP) del componente de PS, anexando en forma adicional la información utilizada para la distribución.

Posteriormente, el Ministerio de la Protección Social y el DNP, en coordinación con la Federación Nacional de Departamentos, programaron reuniones los días 7 y 8 de marzo con participación de los departamentos, para responder a las inquietudes relacionadas con la distribución. Finalmente participaron en estas reuniones 12 departamentos y el Distrito Capital. Igualmente, se recibieron comunicaciones de algunos de los departamentos y distritos. Consideradas estas observaciones y comentarios, el Conpes Social procede a realizar la distribución definitiva de la participación de salud, componente de PS, conforme los artículos 49 y 58 de la ley 715 de 2001 y

¹ Tomando para el efecto los datos de los anexos 10 y 11 del Conpes Social 96 de 2005.

sus decretos reglamentarios, por el total de las once doceavas de la vigencia 2006.

2. Destinación de la Participación de Propósito General al Fonpet.

El artículo 49 de la Ley 863 de 2003, por medio del cual se modifica la destinación de los recursos de la Participación de Propósito General establece lo siguiente:

“Del total de los recursos de la participación de propósito general, descontada la destinación establecida en el inciso primero del presente artículo, los municipios, distritos y el departamento archipiélago de San Andrés y Providencia destinarán el cuatro por ciento (4%) para deporte, el tres por ciento (3%) para cultura y el diez por ciento (10%) para el Fondo Nacional de Pensiones de las Entidades Territoriales, Fonpet, con el fin de cubrir los pasivos pensionales.

Para el caso de la asignación al Fonpet señalada en el inciso anterior, el Ministerio del Interior y Justicia deberá enviar al Departamento Nacional de Planeación la certificación respectiva sobre las categorías adoptadas por los municipios y distritos, para la vigencia siguiente a más tardar el 20 de diciembre de cada año.

Con base en dicha información, el Departamento Nacional de Planeación, al realizar la distribución de los recursos de la participación de propósito general, distribuirá el monto establecido por el Fonpet en el presente párrafo. Una vez aprobada la distribución del Sistema General de Participaciones por el Conpes Social, estos recursos serán girados directamente al Fondo Nacional de Pensiones de las Entidades Territoriales, con la misma periodicidad y oportunidad prevista para los recursos del Sistema General de Participaciones.

*En caso de que la categoría de un distrito o municipio no pueda ser certificada por el Ministerio del Interior y Justicia y no se encuentre en la categorización expedida por la Contaduría General de la Nación, en primer lugar, se considerará la categoría certificada por dichas entidades para la vigencia anterior, y en última instancia, el Departamento Nacional de Planeación procederá a estimar dicha categoría, la cual, en este caso, solo tendrá efectos para la distribución del porcentaje destinado al Fonpet de que trata este párrafo. **Negrita fuera de texto.***

De conformidad con el procedimiento descrito, el Departamento Nacional de Planeación realizó el cálculo de la asignación de la Participación de Propósito General con destino al FONPET para la vigencia 2006, aprobada mediante el documento Conpes Social 97 de 2006.

Sin embargo, de conformidad con las reglas previstas para el proceso de categorización señalado en el parágrafo 5° del artículo 2 de la Ley 617 de 2000, reglamentado en el Decreto 192 de 2001 y en especial por el Decreto 3202 de 2002, el DNP recibió la solicitud para efectuar la redistribución de la destinación del gasto de la Participación de Propósito General en tres municipios, teniendo en cuenta que la categoría utilizada en el Conpes 97 según el procedimiento previsto en el artículo 49 de la Ley 863 de 2003, difiere de la adoptada por el municipio, y que de acuerdo con la resolución 494 de 2005 de la Contaduría General de la Nación, se aplica preferentemente la categoría que haya adoptado la entidad territorial.

En consecuencia, se procede a ajustar la destinación del monto de los recursos asignados a estas entidades territoriales al FONPET en aplicación de lo dispuesto por el artículo 49 de la Ley 863 de 2003.

II. REDISTRIBUCIÓN ONCE DOCEAVAS DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES (SGP) PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD A LA POBLACIÓN POBRE EN LO NO CUBIERTO CON SUBSIDIOS A LA DEMANDA (SGP-PS):

La distribución de los recursos del SGP para el componente de PS se realiza teniendo en cuenta lo siguiente:

1. La Ley 812 de 2003 (artículo 47), mediante la cual, se establece que a partir de la vigencia 2004 se mantendrá en promedio en cada Departamento y Distrito el valor per cápita de la vigencia de 2003, producto de las diferentes fuentes que financian estos servicios en cada entidad territorial, en la misma proporción (Ver anexo 3).
2. La Ley 715 de 2001 (artículo 49), la cual ordena que la distribución de los recursos del SGP para el componente de PS se realiza por municipio, con base en la población pobre no afiliada al régimen contributivo, régimen excepcional o la financiada con recursos a la demanda, identificada por el Sistema de Beneficiarios que defina el Conpes.

3. La Ley 715 de 2001 (artículo 58), para efectos de garantizar el pago de los aportes patronales de los empleados del sector salud.
4. El Decreto 2194 de 2005, que determina la inclusión de un factor de compensación diferencial y decreciente con el fin de evitar una disminución de los recursos que financian la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, que pueda afectar la atención de dicha población.
5. El Decreto 1061 de 2006, mediante el cual se determina que, para la distribución de los recursos destinados a la PS, el factor de ajuste que pondera los servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, señalado en el inciso segundo del artículo 49 de la ley 715 de 2001, considerando el nivel de complejidad de los servicios no incluidos y la entidad territorial responsable de garantizarlos.

Para el efecto, el factor de ajuste que pondera los servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado debe: 1) ser diferencial por entidad territorial, según las competencias asignadas en la ley 715 de 2001 y 2) tener en cuenta el tipo de subsidios y el correspondiente plan de beneficios. Dado lo anterior, la asignación de los recursos producto del factor de ajuste NO POS se realiza de la siguiente forma: i) en cuanto a subsidios totales: el 90% para el departamento y el 10% para los municipios, ii) en relación con los subsidios parciales: el 50% para el departamento y 50% para los municipios y iii) los distritos reciben la asignación del 100% de los recursos producto del factor de ajuste NO POS.

6. El Conpes Social 97 de enero 30 de 2006, que determina que para la distribución definitiva se deberán descontar los valores girados y por tanto el Gobierno Nacional deberá girar los valores mensuales ajustados al monto que efectivamente les corresponda en la vigencia, conforme la normatividad vigente.

El presente documento Conpes Social realiza la distribución de \$1.377.552,9 millones, correspondientes a las once doceavas de los recursos del componente de PS para la vigencia del 2006, reservando \$125.869,3 millones para la compensación de que trata el Decreto 2194 de 2005.

En el cuadro 1 se presentan los montos a distribuir entre las entidades territoriales de acuerdo con el marco legal y lo dispuesto en el presente documento para efectos de la compensación.

Cuadro 1
DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS DEL SGP DE SALUD, COMPONENTE PS
Millones de Pesos

6.1. Distribución General por fórmula:

Conforme a lo anterior, la distribución de los recursos para PS (\$1.377.553 Millones) se realiza por entidad territorial de la siguiente forma, conforme al artículo 49 de la Ley 715 de 2001.

- (i) Se calcula el per cápita total nacional, dividiendo el total de los recursos de las (11/12) de 2006 entre la población pobre por atender nacional de la vigencia anterior.
- (ii) Con el fin de distribuir territorialmente los recursos, el valor per cápita resultante se multiplica por la población pobre por atender de cada municipio y distrito, ajustada por dispersión poblacional y por el factor de ajuste No-POS. Conforme el artículo 49 de la Ley 715 de 2001, la población pobre por atender² se ajusta por dispersión poblacional³ y por un factor que pondera los servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud subsidiado (factor de ajuste No- POS)⁴.

² La población pobre por atender se calcula con base en el SISBEN (artículo 49 de la Ley 715 de 2001).

³ La dispersión poblacional es el resultado de dividir la extensión en kilómetros cuadrados de cada distrito, municipio o corregimiento departamental entre la población total del mismo. Las entidades territoriales con dispersión poblacional superior a la dispersión nacional, se organizan en quintiles según el valor de dispersión correspondiente. Para cada quintil se estima un índice, definido como una proporción de la respectiva mediana. Por consiguiente, los municipios y corregimientos con mayor dispersión son ajustados en una proporción mayor. Para el Archipiélago de San Andrés y Providencia, se calculó el promedio del índice de los dos últimos quintiles (Ley 715 de 2001, artículo 49).

⁴ Definido en la Resolución 00280 del 2006. El factor de ajuste pondera la diferencia en el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del POS contributivo promedio, (descontados gastos administrativos) con el valor de la UPC subsidiada básica, es decir, una aproximación a la diferencia en la cobertura de beneficios entre el POS contributivo y el subsidiado. El ajuste se efectúa por igual para todas las entidades territoriales, al multiplicar el factor aquí señalado, por la población afiliada al régimen subsidiado y sumar el resultado a la población ajustada por dispersión poblacional de la respectiva entidad territorial.

- (iii) Considerando el decreto 1061 de 2006, al valor calculado por municipio se le determina la proporción que por concepto del factor de ajuste N-POS le corresponde, según la población afiliada por tipo de subsidio, asignando así: 1) el 90% de los recursos producto del factor de ajuste No-POS para subsidios totales al departamento y el 10% restante a los municipios, 2) el 50% de los recursos producto del factor de ajuste No-POS para subsidios parciales al departamento y el 50% restante a los municipios y 3) el 100% de los recursos producto del factor de ajuste No- POS para subsidios totales y parciales a los distritos.
- (iv) El monto calculado por municipio incluye el total de los aportes patronales⁵ de los municipios descentralizados que asumieron la prestación de los servicios⁶.
- (v) El monto resultante de la diferencia entre el monto asignado y el valor de los aportes patronales, un vez descontado el valor determinado en el punto (iii), se distribuye un 41% para los municipios descentralizados y que asumieron la prestación de los servicios, para financiar la prestación de servicios de salud del primer nivel de complejidad, y el 59% restante para los respectivos departamentos, con el fin de financiar la prestación de servicios de salud diferentes al primer nivel de complejidad. Para los municipios no descentralizados será el departamento el encargado de financiar la prestación de los servicios en todos los niveles de complejidad. Para aquellos municipios departamentos y distritos donde el aporte patronal es mayor a su asignación, ésta garantiza como mínimo su aporte patronal⁷ (Ver gráfico 1).

Gráfico 1
ASIGNACIÓN DE RECURSOS DEL SGP PARA SALUD, COMPONENTE DE PS.

6.2. Compensación:

De conformidad con lo previsto en el artículo 1 del Decreto 2194 de 2005, se aplica un factor de compensación en el componente de PS para la vigencia 2006, con el fin de reducir efecto de la disminución de los recursos que financian dicha prestación. Para el efecto el presente documento Conpes Social distribuye un monto de \$125.869 millones, que equivalen a cerca del 9.1% del total de los recursos del SGP, que se destinan para este componente.

El procedimiento empleado para el cálculo de la compensación⁸ a las entidades

territoriales que obtuvieron un monto menor de asignación comparado con la vigencia inmediatamente anterior se describe a continuación:

- a. Se establece el monto destinado a la compensación (\$125.869 millones)
- b. Se determina la diferencia entre la asignación realizada para cada entidad territorial en el documento Conpes Social 96 del 2005 (11/12) y la asignación realizada en los numerales (i) a (v) del numeral 2.1 del presente documento.
- c. Se distribuye el monto destinado a la compensación entre las entidades territoriales que presenten una diferencia negativa. La proporción compensada asciende al 82.49% de la variación negativa que presenten los departamentos, municipios certificados y Distritos.
- d. Al valor hallado en el punto anterior se le descuentan los mayores recursos asignados mediante documento Conpes Social 97 de 2006 (dos doceavas). Esto, debido a que 4 departamentos y 101 municipios recibieron mayores recursos, para la prestación de servicios a los que efectivamente les correspondían, una vez

⁸ Según el Decreto 2194 de 2005

realizada la distribución de las 11/12 del SGP del componente de PS. Cabe señalar, que el documento Conpes Social 97 de 2006 determina que para la distribución definitiva se deberán descontar los valores girados y por tanto el Gobierno Nacional deberá girar los valores mensuales ajustados al monto que efectivamente les corresponda en la vigencia, conforme la normatividad vigente(Ver anexos 1 y 2) En virtud de lo anterior el valor compensado que aparece en los anexos es menor al relacionado en el cuadro 1, dado que ya se habían girado recursos que correspondían a la compensación.

De otra parte, a los municipios de Olaya y San José de la Montaña del departamento de Antioquia los recursos asignados en el Conpes Social 97 superaron la correspondiente asignación definitiva ajustada para la vigencia; por lo tanto, en la última doceava o en las vigencias subsiguientes se debe descontar un valor de \$1,055,259 y \$1,033,284 de la asignación que les corresponda respectivamente y redistribuir dichos recursos entre las entidades territoriales a las cuales se les compensó en el presente documento Conpes Social.

Adicionalmente y conforme al artículo 47 de la Ley 812 de 2003 y el Decreto 177 de 2004, los departamentos y distritos deberán continuar utilizando para financiar la prestación de servicios de

salud a la población pobre no asegurada y los servicios no incluidos en el POS-S, los recursos de rentas cedidas liberados con la Ley 715 de 2001, los recursos propios y otros que destinen para tal fin, manteniendo el per cápita promedio departamental y distrital del 2003. Así contribuirán a la adecuada financiación de la prestación de los servicios en todos los municipios de su jurisdicción⁹.

Si durante la vigencia 2006 algún municipio no continuara con la competencia para la prestación de servicios de salud en su condición de descentralizado¹⁰, será el respectivo departamento quien asuma la competencia de gestionar y administrar los recursos para la atención de salud de la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, mediante la contratación con instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas. El Ministerio de la Protección Social, una vez tomada la medida, notificará a la Dirección General de Crédito Público y del Tesoro Nacional la modificación en el giro de los recursos.

La distribución del 2006 para el total de municipios descentralizados que asumieron la prestación de servicios, distritos y departamentos, es la siguiente:

⁹ De acuerdo con la Carta Circular Externa No. 0011 de 2002 (DNP – Ministerio de Salud).

¹⁰ Ley 715 de 2001, artículo 44, parágrafo; Decreto 027 de 2003 recientemente modificado por el Decreto 3003 de 2005.

Cuadro 2
DISTRIBUCIÓN SGP SALUD - COMPONENTE PS
AGREGADO POR TIPO DE ENTIDAD TERRITORIAL 2006
Millones de Pesos¹¹

En los anexos 1 y 2 se presentan los valores asignados por entidad territorial y la distribución definitiva de las 11/12 de los recursos del SGP en el componente de PS para la vigencia de 2006, para los departamentos, municipios y distritos respectivamente, discriminando la asignación efectuada mediante Conpes Social 97 de 2006 y la asignación definitiva efectuada en el presente documento.

En el anexo 3 se presentan los valores per cápita de la asignación de las 11/12 de la presente vigencia.

6.3. Directrices generales para la ejecución de la participación del SGP para salud:

De conformidad con lo aprobado en el Conpes Social 097 de 2006, se recomienda continuar dando aplicación a las directrices aprobadas en dicho documento.

III. AJUSTE A LA DESTINACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA PARTICIPACIÓN DE PROPÓSITO GENERAL CON DESTINO AL FONPET.

Con base en las solicitudes de redistribución de la destinación del gasto de la Participación de Propósito General para los municipios de Girardota (Antioquia), Soledad (Atlántico) y La Virginia (Risaralda), se ajusta la destinación al FONPET prevista en el artículo 49 de la Ley 863 de 2003. El ajuste se presenta en el Anexo 4.

III. RECOMENDACIONES

Los ministerios de Hacienda y Crédito Público, de la Protección Social y el Departamento Nacional de Planeación recomiendan al CONPES para la Política Social:

1. Aprobar la distribución territorial y sectorial definitiva de las once doceavas de la participación para salud para la vigencia 2006 en el componente de PS, justificada en el presente documento y presentada en los anexos y el ajuste a la destinación de la Participación de Propósito General de tres municipios con destino al Fondo de Pensiones Territoriales - FONPET- justificada en este documento y presentada en los anexos adjuntos.
2. Solicitar a la Dirección de Desarrollo Territorial Sostenible del Departamento Nacional de Planeación comunicar a los departamentos, distritos y municipios el monto correspondiente a sus respectivas participaciones para 2006, con base en los valores aprobados en este documento.
3. Solicitar al Ministerio de Hacienda y Crédito Público ajustar y realizar los giros correspondientes conforme a lo aprobado en el presente documento y de acuerdo con la normatividad vigente.
4. Solicitar al Ministerio de Hacienda y Crédito Público realizar el ajuste de los giros de la Participación de Propósito General, de los municipios de Girardota (Antioquia), Soledad (Atlántico) y La Virginia (Risaralda), de conformidad con lo previsto en el anexo 4.
5. Solicitar al Ministerio de la Protección Social :
 - a) Expedir y ajustar las certificaciones de giro de acuerdo con las asignaciones previstas en este documento.
 - b) Certificar al DNP, el uso que las entidades territoriales dieron a los recursos objeto del ajuste de aportes patronales que sean producto de la reducción de los costos laborales y aportes patronales.
 - c) Presentar al Consejo de Seguridad Social en Salud la propuesta para mitigar el efecto de la reducción de los recursos del SGP prestación de servicios a la población pobre no afiliada, mediante la asignación de recursos del FOSYGA para ampliación de subsidios

¹¹ Para efectos de distribución los datos de población pobre y régimen contributivo se sumaron al municipio de Río Sucio en Chocó.

a la demanda a los municipios y departamentos que presentan una variación negativa en las asignaciones de recursos de oferta entre la distribución de 11 doceavas 2006 y 2005, de acuerdo con los recursos disponibles.

- d) Realizar una revisión de los aportes patronales certificados a ser reconocidos con recursos del Sistema General de Participaciones, en consideración al artículo 58 de la Ley 715 de 2001, y proponer el ajuste correspondiente.

6. Solicitar al Consejo Nacional de Seguridad Social de Salud:

- a) Mitigar el efecto de la reducción de los recursos del SGP prestación de servicios a la población pobre no afiliada, mediante la asignación de recursos del FOSYGA para ampliación de subsidios a la demanda a los municipios y departamentos que presentan una variación negativa entre la distribución de 11 doceavas 2006 y 2005, por recursos de oferta, de acuerdo con los recursos disponibles.
- b) Aplazar la transformación definida en el Acuerdo 285 de 2005.

7. Solicitar a los departamentos, municipios y distritos:

- a) Realizar los ajustes presupuestales correspondientes, para ajustarse a lo aprobado en el presente Conpes, considerando la redefinición de los giros pendientes.
- b) Prever y tomar las medidas que permitan adecuar la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, en dicho sentido es necesario tener en cuenta que: 1) la asignación por SGP componente PS se realiza con base en la población pobre no cubierta y no con base en asignaciones históricas y 2) las medidas dispuestas en el Decreto 2194 de 2005 tienen vigencia hasta el presente año.

Documento

Conpes Social 99

Consejo Nacional de Política Económica y Social

República de Colombia

Departamento Nacional de Planeación

AJUSTE ALA DISTRIBUCIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES

PARTICIPACIÓN

SALUD -ONCE DOCEAVAS, APROBADA POR LOS

DOCUMENTOS CONPES SOCIAL 97 Y 98 DE 2006

DNP: DDS- DDTs

Ministerio de Hacienda y Crédito Público

Ministerio de la Protección Social

Versión aprobada

Bogotá, DC., 18 de Mayo de 2006

INTRODUCCIÓN

El presente documento somete a consideración del CONPES para la Política Social, un ajuste a la distribución de once doceavas de la participación para salud 2006, en el componente de Prestación de Servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y la modificación de los municipios que no cumplieron con la autorización de promoción y prevención del régimen subsidiado (artículo 46, ley 715 de 2001), ajustando lo aprobado en los documentos Conpes Social 97 y 98 de 2006.

1. ANTECEDENTES

El componente de prestación del servicio de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda fue objeto de distribución mediante el Conpes Social 98 del presente año, en consideración a las disposiciones legales vigentes.

Igualmente, en el documento Conpes Social 97 de 2006, anexo 12, conforme a certificación del Ministerio de la Protección Social, autorizó el giro a los departamentos de los recursos de promoción y prevención del régimen subsidiado, correspondientes a los municipios que pierden su administración, conforme al artículo 46 de la ley 715 de 2001, Acuerdo 229 de 2002 del Consejo de Seguridad Social en Salud y al numeral 13 de la Circular Externa 018 de 2004 del Ministerio de la Protección Social.

Ir. JUSTIFICACIÓN DEL AJUSTE PROPUESTO

Los ajustes a la distribución territorial de los recursos de SGP para la Prestación de Servicios de Salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda (PS) se realizan considerando que la Dirección General de Planeación del Ministerio de la Protección Social-MPS, mediante comunicación sin número, recibida el 24 de abril de 2006, certificó una corrección en los aportes patronales inicialmente notificados.

Los ajustes sobre los municipios y distritos que tiene a cargo la ejecución de las acciones de

salud pública en promoción y prevención y en particular aquellas que hacen parte del Plan Obligatorio de Salud del régimen subsidiado (POS-S), y que fueron definidas en el Acuerdo 229 del Consejo 1)

Nacional de Seguridad Social en Salud', se justifican en razón a que el Director General de Planeación del Ministerio de la Protección Social mediante oficio, sin número, recibido el 21 de abril de 2006 certificó cambios sobre la información con la cual se realizó el Conpes Social 97, consistentes en la modificación de la certificación sobre la administración de estos recursos,

III. AJUSTE A LA DISTRIBUCIÓN ONCE DOCEAVAS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD A LA POBLACIÓN POBRE EN LO NO CUBIERTO CON SUBSIDIOS A LA DEMANDA

Mediante el presente documento, se realiza la redistribución de los recursos del componente de PS, dado un monto adicional de aportes patronales equivalente a \$186.9 millones". La redistribución de los recursos de este componente se realizan con los mismos criterios y metodología prevista en el documento Conpes Social 98 de 2006.

En el cuadro 1 se presentan los montos a distribuir entre las entidades territoriales de acuerdo con el marco legal y los criterios definidos en el Conpes Social 98 de 2006.

Cuadro 1

DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS DEL SGP DE PS

Millones de pesos

Población pobre en lo no cubierto con subsidios a la Recursos demanda

1. Monto a compensar 122.142
2. Recursos distribuidos por fórmula 1.255.411
3. Total recursos 1.377.553

La distribución del 2006 para el cada tipo de entidad territorial, una vez realizado el ajuste, corresponde a lo expuesto en el cuadro 2.

| Artículo 46 de la ley 715 de 2001

? Las correcciones certificadas por el MPS se dieron sobre 5 municipios: 3 del departamento de Bolívar (El Peñón, Hatillo de Loba y Talaigua Nuevo); y 2 del departamento del Huila (Palermo y Palestina).

Cuadro 2

DISTRIBUCIÓN SGP SALUD DE PS

AGREGADO POR TIPO DE ENTIDAD TERRITORIAL 2006

Millones de pesos

Entidad Territorial Distribución

1. Municipios certificados (descentralizados) 324.669
2. Departamentos 850.270
3. Distritos 202.614
4. Total Recursos 1.377.553

En los anexos 1 y 2 se presentan los valores redistribuidos de 11/12 de los recursos del SGPPS en el componente de Prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda para la vigencia de 2006, para las diferentes entidades territoriales.

En el anexo 3 se presentan los valores per cápita de la asignación de las 11/12 de la presente vigencia, producto del ajuste realizado en el presente documento.

IV. AJUSTE A MUNICIPIOS QUE PIERDEN LA ADMINISTRACIÓN DE LAS ACCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO

El Ministerio de la Protección Social corrigió la situación de algunos municipios que cumplieron y no cumplieron con los requisitos exigidos para administrar los recursos de promoción y prevenciones correspondientes al régimen subsidiado, que se financian con recursos del componente de subsidios a la demanda - continuidad y ampliación de coberturas, así :

- 1) En el anexo 4 se presentan 41 municipios que según certificación anterior del Ministerio de la Protección Social no habían cumplido con los requisitos para la administración de las acciones de

promoción y prevención del régimen subsidiado, pero que, conforme a la nueva certificación, si cumplen con los requisitos para dicha administración, en cuyo caso deberá realizarse el giro correspondiente **directamente al municipio**".

3 Dadas las condiciones de Belén de Bajirá, este se excluye de la autorización de giro.

2
e

2) En el anexo 5, se presentan 12 municipios que en el Conpes Social 097 de 2006 se consideraba que podían administrar los recursos en mención, pero que finalmente según la certificación del MPS no cumplieron los requisitos, en cuyo caso, los recursos correspondientes a promoción y prevención del régimen subsidiado, financiados con recursos del componente de subsidios a la demanda - continuidad y ampliación de coberturas, deben ser girados al respectivo departamento, el cual deberá ejecutarlos en acciones de promoción y prevención del POS-S para los beneficiarios de los respectivos municipios. Para el resto de municipios, lo establecido en el anexo 12 del Conpes Social 097 de 2002, no fue objeto de ajuste.

v. RECOMENDACIONES

Los ministerios de Hacienda y Crédito Público, Protección Social y el Departamento Nacional de Planeación recomiendan al CONPES para la Política Social:

L. Aprobar el ajuste propuesto a la distribución territorial y sectorial de las once doceavas de la participación para salud en el componente de PS vigencia 2006, justificada en este documento y presentada en los anexos adjuntos.

2. Aprobar la modificación en el giro para la administración de las acciones de promoción y prevención del régimen subsidiado, conforme a lo previsto en el presente documento, respecto a lo aprobado en el documento Conpes Social 97 de 2006.

3. Solicitar a la Dirección de Desarrollo Territorial Sostenible del Departamento Nacional de Planeación comunicar a los departamentos, distritos y municipios los ajustes realizados en el presente documento.

4. Solicitar al Ministerio de la Protección Social :

a) Ajustar los giros y expedir las certificaciones de giro de acuerdo con las asignaciones previstas en este documento.

b)

d)

Certificar al DNP, el uso que las entidades territoriales dieron a los recursos objeto del ajuste de aportes patronales que sean producto de la reducción de los costos laborales y aportes patronales.

Establecer medidas que permitan garantizar una adecuada y oportuna certificación sobre el cumplimiento de los requisitos para la administración de los recursos dirigidos a realizar las acciones de prevención y promoción del régimen subsidiado, con el fin de evitar deficiencias en la ejecución de los recursos por parte de las entidades territoriales, así como, para lograr el cumplimiento de los objetivos de atención frente a los usuarios.

Realizar una auditoría a los aportes patronales certificados a ser reconocidos con recursos del Sistema General de Participaciones, en consideración al artículo 58 de la Ley 715 de 2001, y proponer el ajuste correspondiente.

Solicitar a los departamentos, municipios y distritos:

a) Realizar los ajustes presupuestales correspondientes, para ajustarse a lo aprobado en el presente Conpes Social, considerando la redefinición de los giros