

# **CONPES 3456**

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

## **ESTRATEGIA PARA GARANTIZAR LA CONTINUIDAD EN LA PRESTACIÓN PÚBLICA DE LOS SERVICIOS DE ASEGURAMIENTO EN SALUD, ASEGURAMIENTO EN PENSIONES DE RÉGIMEN DE PRIMA MEDIA CON PRESTACIÓN DEFINIDA Y ASEGURAMIENTO EN RIESGOS LABORALES**

**MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL  
MINISTERIO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO  
DNP: DIFP – DDS- PRAP**

**Versión aprobada**

**Bogotá, D.C., 15 de enero de 2007**

## INTRODUCCIÓN

Este documento somete a consideración del CONPES la estrategia para garantizar la permanencia del Estado en el aseguramiento público esencial de salud y de Riesgos Profesionales. Esta estrategia se requiere como respuesta a la existencia de una investigación administrativa, por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, que podría llevar a la revocatoria de la licencia de funcionamiento de la EPS del ISS, según informó el presidente del Instituto de Seguros Sociales (ISS) al Gobierno Nacional, a través del Ministro de la Protección Social.

En lo que respecta al ISS como administrador del Régimen de Prima Media se analiza en términos generales su situación actual.

### I. ANTECEDENTES

El ISS fue creado en 1946<sup>1</sup> para asegurar la prestación de los servicios de enfermedad general y maternidad a los trabajadores del sector privado. A partir de 1967 asumió la administración de las prestaciones económicas de pensiones y accidentes de trabajo.

Este marco normativo le permitió al ISS hasta 1993, desarrollar las actividades como agente monopólico en la prestación de servicios de salud, administración de pensiones y aseguradora de riesgos profesionales para los empleados del sector privado.

La Ley 100 de 1993 organizó el Sistema de Seguridad Social Integral (SSSI) y autorizó al ISS a desarrollar las actividades de: (i) salud, como Empresa Promotora de Salud (EPS) e Institución Prestadora de Servicios (IPS); (ii) pensiones, como Administradora del Régimen de Prima Media con Prestación Definida (AP); y (iii) riesgos laborales, como Administradora de Riesgos Profesionales (ARP).<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Ley 90 de ese año.

<sup>2</sup> El esquema organizacional adoptado para prestar estos servicios se estructuró sobre la creación de 4 vicepresidencias misionales (EPS, IPS, AP y ARP) y una unidad corporativa central e integral, encargada de las funciones administrativas transversales (recursos humanos, jurídica, planeación, financiera).

Los resultados negativos en la prestación del servicio y en la situación financiera del ISS, específicamente en el área de salud, llevaron en 1998 a la Superintendencia Nacional de Salud (SNS) a la suspensión de la autorización de funcionamiento como EPS.<sup>3</sup>

En octubre del 2001, el ISS, el Gobierno Nacional y el Sindicato de Trabajadores del Instituto, suscribieron un “Acuerdo Integral” con el objeto de ejecutar acciones conjuntas para superar la difícil situación operacional y financiera del Instituto, pese a lo cual la situación del ISS continuó siendo crítica.

El Conpes 3219 de 2003,<sup>4</sup> diagnosticó la no viabilidad financiera del negocio de la salud y las repercusiones que esta situación tenían en la calidad de los servicios de salud. Adicionalmente, para ayudar a la sostenibilidad y al mejoramiento de la calidad de servicios para los afiliados a la EPS, determinó un conjunto de medidas para subsanar algunos de los problemas estructurales.

El citado documento Conpes señaló que: “De no ser 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”

En virtud de lo anterior, en junio de 2003, la actividad de salud fue reformada, escindiendo del ISS la prestación de servicios (IPS) y manteniendo su participación en el área de aseguramiento en salud a través de la EPS.<sup>5</sup>

El ISS adoptó, además, planes de mejoramiento con la SNS, la Contraloría General de la República y un convenio de desempeño con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público (MHCP), los cuales no han sido cumplidos en su totalidad.

La problemática del ISS se ha reflejado en el refinanciamiento de un déficit estructural anual de la EPS que, según estimaciones de la SNS, es cercano a los 500 mil millones de pesos anuales. Este déficit es el producto de los recursos necesarios para el pago

---

<sup>3</sup> Mediante Resolución 1416 de 1998.

<sup>4</sup> “Plan de Modernización del Instituto de Seguros Sociales- Sector Salud”.

<sup>5</sup> Mediante Decreto 1750 de 2003.

de jubilaciones de la EPS y del déficit operacional permanente, lo que ha generado un patrimonio negativo acumulado para el ISS en los últimos años.

Adicionalmente, la Ley 1122 de 2007,<sup>6</sup> prohíbe el uso de recursos de la unidad de pago por capitación (UPC) para el pago de pensiones, motivo este que genera una imposibilidad para que el ISS empleador pueda pagar con estos recursos los jubilados que tiene a su cargo a partir de la expedición de la misma.

La situación descrita ha generado la intervención de la SNS mediante la apertura de investigaciones administrativas, que podrían conducir a la revocatoria de la licencia de funcionamiento de la EPS del ISS.

## II. SITUACIÓN ACTUAL

### 2.1 ISS Consolidado<sup>7</sup>

El Instituto de Seguros Sociales es un agente representativo del Sistema de Seguridad Social Integral (SSSI) y es un instrumento importante de la política social del Gobierno Nacional. El ISS durante el 2006 administró recursos por \$10.8 billones (3.4% del PIB) en su presupuesto, ascendiendo el presupuesto de pensiones a \$8.1 billones, el de salud a \$2.1 billones y riesgos profesionales a \$606.8 miles de millones. Así mismo, maneja aportes de seguridad social de no menos de 5.000.000 de afiliados al sistema (Pensiones 1.8 millones, Salud 3.0 millones, ARP 1.5 millones).

#### 2.1.1 Situación Financiera ISS Consolidado

Los resultados operacionales<sup>8</sup> del ISS fueron negativos durante el período 2000- 2005, presentando una disminución al pasar de (\$1.166,7) miles de millones (mm) a (\$671,7) mm. El desequilibrio de la operación es generado porque los ingresos operacionales son insuficientes para cubrir el costo del servicio y el gasto de la operación.

---

<sup>6</sup> Artículo 9.

<sup>7</sup> Las cifras y resultados financieros consolidados del ISS corresponden al agregado de 18 estados financieros consolidados, en los que se incluyen las tres (3) actividades misionales, la administradora general, los patrimonios autónomos de los recursos de pensiones y riesgos profesionales y los fondos de vivienda y cesantías de los empleados.

<sup>8</sup> Se calculan de restar a los ingresos operacionales el costo del servicio y el gasto de operación.

En promedio, el costo de prestación del servicio representa el 86,5% de los ingresos y el gasto de operación el 61,5%, creando, de este modo, un resultado negativo permanente de 48,4% de los ingresos, que asciende a \$768.7 mm anuales, en promedio, como se aprecia en el gráfico 1.

### Gráfico 1

A pesar de la disminución de las pérdidas operacionales producida por las reformas realizadas, la situación financiera del ISS al finalizar 2005 presentó una fuerte acumulación de pasivos por \$3.812,8 mm, sin respaldo de los activos de \$2.067,9 mm y un patrimonio negativo por \$1.744,9 mm. Al comienzo del período, año 2000, los pasivos superaban los activos en 45%; pero al final de 2005 esta relación se incrementó a 84.4%.

A pesar de esta situación<sup>9</sup>, el ISS ha logrado continuar con su operación debido a que la estructura de plazos de los pasivos tiene una concentración de deuda en el corto plazo<sup>10</sup> de 23%, en promedio, lo que permite que los activos corrientes puedan cubrir los pasivos corrientes, año a año, con niveles de liquidez<sup>11</sup> promedio de 1.5 veces.

---

<sup>9</sup> De acuerdo con el Código de Comercio cuando las pérdidas acumuladas sobrepasan el 50% del capital es declarada en causal de disolución. Así mismo, los revisores fiscales advierten los riesgos sobre el funcionamiento que genera encontrarse en una situación de patrimonio negativo.

<sup>10</sup> Se calcula como la participación del pasivo corriente en el pasivo total

<sup>11</sup> Se calcula como la cobertura del activo corriente sobre los pasivos corrientes.

Cuadro 1  
Situación Financiera ISS 2000-2005  
Fuente: 1-5 Estados Financieros ISS y 6-7 Cálculos DNP.

## 2.2 Empresa Promotora de Salud (EPS)

El ISS como Empresa Promotora de Salud (EPS) tiene la obligación de garantizar la prestación del servicio de salud a sus afiliados bajo el régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La Superintendencia Nacional de Salud (SNS) le expidió el certificado de funcionamiento al ISS – EPS mediante Resolución No. 24 de enero 18 de 1995. En julio de 1998 le fue suspendido el certificado, mediante Resolución 1416 de 1998 y en noviembre de 2001 fue levantada la suspensión, mediante Resolución 2462 de 2001.

Desde 1995 hasta junio de 2003, la EPS del ISS garantizó la prestación de los servicios contemplados por la Ley 100 y definidos por el Plan Obligatorio de Salud, a través de una red propia de IPS conformada por 234 Centros de Atención Ambulatoria (CAA) y 37 clínicas en todo el país pertenecientes en ese entonces al Seguro Social.

La EPS del ISS inició un nuevo modelo de operación a partir del año 2003 con el Decreto 1750 de 2003, el cual separó la actividad de prestación de servicios (IPS) y mantuvo en el ISS el aseguramiento (EPS). La EPS, a partir de la escisión concentra sus acciones hacia el mejoramiento de procesos, procedimientos y sistemas de información propios del aseguramiento, por lo que inició la construcción del Modelo de Gestión que articula los macroprocesos básicos del asegurador: suscripción y mantenimiento de los afiliados, análisis del Riesgo, administración del Riesgo y administración del Siniestro.

Actualmente, la EPS del ISS tiene un plan de mejoramiento con la Contraloría General de la República (CGR), y dos convenios de desempeño, uno con la SNS y otro con el MHCP.

La participación actual de la EPS ISS en la afiliación del Régimen Contributivo alcanza el 20.4%<sup>12</sup> El comportamiento de la afiliación de la EPS del ISS presenta en los últimos cinco años (2002-jun/2006) una reducción de 12.1% según cifras del Instituto, aunque en los dos últimos años se ha mantenido alrededor de los tres millones de afiliados.

Cuadro 2  
Evolución Afiliados EPS ISS 2002 - Junio 2006

Fuente: ISS.

### 2.2.1 Prestación de Servicios EPS

Se destaca como principales resultados de la evolución de los indicadores de calidad en la prestación de servicios de salud para el período 2003 - 2006 la mejoría en los indicadores de: (i) porcentaje de fórmulas despachadas completas al pasar de 59.9% a 71.1%; (ii) insatisfacción con el trato al pasar de 12.9% a 10.2% y; (iii) proporción de quejas resueltas con un resultado alrededor de 68%. Por otro lado, se presenta una evolución en los índices de tiempos promedio de espera en consulta de medicina especializada y en consulta general.

---

<sup>12</sup> Fuente: ISS

Los resultados son favorables frente a los compromisos planteados en el convenio de desempeño. Para medicina general las metas fueron de 3 a 6 días y se obtuvo 2.1 días y para medicina especializada las metas de 16 a 40 días se cumplieron con un resultado de 14.8 días (Cuadro 3).

Aunque los resultados obtenidos se ajustan a las metas del plan de mejoramiento suscrito con la Contraloría General de la República, como consecuencia de su informe de auditoría gubernamental correspondiente a la vigencia de 2005, hoy existen servicios por especialidad en lista de espera que por consulta y cirugía alcanzan un número del orden de 50 mil.



Cuadro 3  
Metas y Resultados en Convenio de Desempeño EPS ISS  
Fuente: Vicepresidencia de la EPS del ISS.

Este tema de calidad en la prestación de los servicios de la EPS del ISS es objeto de investigación por parte de la SNS mediante auto número 1229 de Septiembre 8 de 2006.

La evaluación de la prestación de servicios también se puede medir a través de la percepción de los afiliados. La evaluación global de la satisfacción<sup>13</sup> de los afiliados a la EPS fue de 74,6 lo cual significa que está en el nivel “deficiente” de satisfacción.

Cuando la evaluación se da de forma espontánea, la satisfacción general para con la EPS, antes de evaluar cada atributo de forma particular, disminuye a 65.7, mostrando que su percepción inicial es más desfavorable.

Así mismo, la firma Yanhaas realizó una encuesta a 1300 personas en la cual se identificó que el 65% de los encuestados respondió a la pregunta ¿Qué tanta opinión tiene usted de la prestación de servicios de salud que hace el ISS? como mala o muy mala. La misma muestra al ser cuestionada sobre la necesidad de una transformación del ISS, respondió que estaba de acuerdo en un 85.5%.

La situación en la prestación de los servicios también se refleja en que durante el período comprendido entre el año 2002 y septiembre de 2006, la EPS del ISS ha

---

<sup>13</sup> Informe Técnico Proceso de Modernización del ISS, septiembre 22 de 2006 (HTM).

registrado 51.357 tutelas por valor de \$ 68.2 mm. Los motivos que han generado estas tutelas son la falta de oportunidad en la autorización y realización de procedimientos médicos hospitalarios y ambulatorios, enfermedades catastróficas y medicamentos.

Por último, en un estudio de la Defensoría del Pueblo<sup>14</sup> que, con fecha 12 de enero de 2007 remitió esta entidad al Gobierno Nacional, señala que después de visitar 21 seccionales en el país, el ISS presenta problemas de calidad y concluye que no se puede “...esgrimir como excusa la problemática financiera de la institución y las diversas dificultades por las que atraviesa no justifican la negación o represamiento de servicios”.

## 2.2.2 Situación Financiera EPS

La EPS del ISS tiene un problema actual y estructural de sostenibilidad financiera que resulta del desequilibrio entre sus ingresos y sus gastos. Por ejemplo, en el año 2005 los ingresos operacionales (\$1.390,9 mm) fueron insuficientes para cubrir el costo de prestación del servicio, que representa el 90.6% de los ingresos (\$1.259,7 mm) y el gasto de operación (\$784.4 mm) que representa el 56.3% de los ingresos, generando así un desequilibrio de 46.9%, es decir \$653.3 mm, anuales.

Para el año 2006 este déficit alcanzó un monto del orden de \$500 mm que se financió básicamente con recursos de un proceso especial de compensación (\$203 mm), con excedentes de la ARP (\$140 mm), y un crédito de la Nación (\$120 mm), fuentes todas ellas contingentes y extraordinarias que no permiten financiar déficits estructurales de manera permanente.

El ISS es una empresa industrial y comercial que en el caso de salud se encuentra en competencia con otras entidades privadas. Por esta circunstancia, de acuerdo con la ley 489 de 1998, la Nación no podría efectuarle aportes distintos a otorgarle créditos de presupuesto y a transferirle los recursos previstos por la ley 758 de 2002 para financiar las jubilaciones legalmente reconocidas por el ISS hasta el 23 de diciembre de 1993.

---

<sup>14</sup> Evaluación de los servicios de salud que brindan las empresas promotoras de salud 2005. Índice de insatisfacción de usuarios de salud –ISUS. Defensoría del Pueblo. Bogotá de 2005.

## GASTOS

La estructura de costos y gastos de la EPS está afectada, principalmente, por dos factores: (i) la inflexibilidad e ineficiencia laboral (convención colectiva, contratación civil y apoyo a la administradora general) y, (ii) el perfil epidemiológico de los afiliados al Instituto.

(i) La EPS debe aportar un porcentaje que asciende al 66% de los ingresos que la administradora general requiere para operar, pues, entre otras, cuenta con 2.323 personas, mientras que la EPS funciona hoy con 1.229 personas.

El ISS opera con 5.313 personas, de las cuales el 44% están en la planta de personal, es decir, 2.355 personas (ver Cuadro 4).

Cuadro 4  
Personal del ISS Diciembre 2006

Fuente ISS

La administradora general concentra hoy cerca del 44% del personal, es decir 2.323 personas, para atender las labores generales administrativas como dirección, planeación, jurídica, financiera y recursos humanos.

En la planta de personal del ISS cerca del 98% de los funcionarios son trabajadores oficiales y como se mencionó anteriormente, el personal se concentra en labores que no son destinadas a la operación directa o labores misionales, correspondientes a auxiliares, técnicos, ayudantes, porteros, secretarias y conductores.

Esta situación se presenta entre otras por la cláusula de estabilidad laboral que existe en la convención colectiva del ISS, que ha impedido realizar un proceso de reestructuración que permita definir una planta más acorde con las labores misionales, con

el impacto que esto significa no solo en gestión y eficiencia de la entidad, sino también impidiendo el ajuste en el costo de operación de los mismos.

A este hecho se adicionan los gastos inflexibles también establecidos por la convención colectiva que han impactado e impactan los gastos de personal. En el Conpes 3219 se hizo referencia al histórico de las asignaciones básicas pactadas en dicha convención a partir de 1991, y al factor salarial que resulta de los beneficios y prestaciones que lo constituyen y afectan adicionalmente el costo pensional. Se menciona también que mientras para los empleados públicos el factor prestacional alcanza el 29.16%<sup>15</sup>, para los empleados del ISS asciende a 43.7% excluida la retroactividad de las cesantías<sup>16</sup> y el pago de los factores pensionales de los ex - funcionarios, que exceden el Régimen General.

(ii) El costo de prestación del servicio en el período 2000-2005, en promedio, se ubicó en 97.5% del total de los ingresos operacionales y 109.2% de los ingresos por UPC. El costo promedio presentado en el período 2002-2005 para un grupo de EPS privadas del tamaño del ISS (Saludcoop y Coomeva) es de 83.28%<sup>17</sup>. Por lo tanto, la EPS del ISS ha tenido, en promedio, un sobre costo en la prestación frente a la competencia, de alrededor de 14.3 puntos porcentuales del ingreso recibido, superior a EPS del sector privado.

El costo de la EPS ISS se ve afectado también por el perfil epidemiológico de los usuarios. El perfil epidemiológico de la EPS del ISS presenta una desviación hacia alto costo debido a: (i) la concentración de 45% de sus afiliados en mayores de 45 años, aumentando la frecuencia y el costo de servicios y, (ii) la alta representación de enfermedades de alto riesgo (renales, VIH, Sida y Cáncer) entre sus afiliados.

---

<sup>15</sup> 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.

<sup>16</sup> La retroactividad de las cesantías quedó congelada por 10 años en la convención colectiva vigente.

<sup>17</sup> Análisis del Proceso de Ajustes y Reforma a la Actividad de Salud del Instituto de Seguros Sociales (ISS) durante el período 2000 – 2005. Documento DIFP-SPSD-61. Departamento Nacional de Planeación.

Cuadro 5  
Perfil Por Grupo Etario EPS ISS  
Fuente: ISS

El costo de las enfermedades de alto riesgo de la EPS del ISS de \$291.8 mm representa el 23.2% del costo total. Esta incidencia es alta debido a que los 43.540 usuarios de alto costo representan el 1.4% de la población afiliada. El CNSSS, en el acuerdo 287 de 2005, definió un coeficiente que se aplica a la UPC de cada año, en el Régimen Contributivo, para equilibrar las desviaciones que se presentan entre las distintas EPS en función del número de pacientes con enfermedades de alto costo.

El acuerdo del CNSSS mediante el cual se aumentó la UPC para el año 2007 señaló que este coeficiente se reemplazaría por otro mecanismo que incluyera la modificación de los ponderadores que se aplican por grupo etario. Este estudio está siendo realizado por el Ministerio de la Protección Social y debe presentarse al CNSSS a comienzos del presente año. Como un principio de ajuste en esta línea, el acuerdo definió un incremento diferencial de UPC por grupo etario para este año. Para los grupos de las personas mayores de 45 años el incremento definido fue del 9%.

## INGRESOS

La caída de afiliados que afectó a la EPS del ISS durante el período 2002-2006 ha incidido en la disminución de sus ingresos operacionales como se observa en el Cuadro 6.

## Cuadro 6 Ingresos Operacionales EPS 2000-2005

Fuente: 1-4 Estados Financieros ISS. 6. Supersalud para 2000-2001 e ISS para 2002-2005. 8. ISS

El monto de ingresos por UPC, que corresponde a los recursos que reconoce el Sistema de Seguridad Social en Salud (SSSS) por cada afiliado que tiene la EPS para la prestación del servicio y el funcionamiento de la empresa se reconoce mediante el proceso de compensación y se ve afectado, además, por el número de afiliados, por el proceso técnico que soporta la compensación y por los ponderadores que definen el monto de UPC que le corresponde a cada grupo etario, punto al cual ya se hizo alusión en este documento.

El proceso técnico de compensación es importante pues se puede recibir el recaudo de aportes, pero si no se realiza un eficiente proceso de compensación no se reciben los recursos del sistema de los afiliados que no se compensan, disminuyendo así los ingresos de la EPS del ISS. Para 2005, el estimado de los ingresos que se dejaron de recibir por efecto de compensación fue de \$182.9 mm, a pesar de alcanzar el más alto nivel de compensación en el período 2000-2005.

Los otros ingresos operacionales de la EPS (6.7% del total de ingresos) son derivados del pago de cuotas moderadoras, copagos, promoción y prevención, autorizados por el Sistema (SGSSS), estos dependen de la frecuencia de uso y el ingreso del número de afiliados a la EPS.

Todo lo anterior ha llevado a que, como resultado de las constantes pérdidas operacionales, el nivel de endeudamiento<sup>18</sup> sea crítico, alcanzando niveles de 284%. A

---

<sup>18</sup> Calculado como la participación de los pasivos totales sobre los activos totales.

diciembre de 2005, los activos por \$1.2 billones son inferiores en \$2.2 billones a los pasivos acumulados de \$3.4 billones. Las obligaciones de la EPS están representadas principalmente en la deuda pública por \$1.4 billones y pasivo pensional por \$1.2 billones.

Las pérdidas y la acumulación de pasivos han llevado a la EPS a un deterioro en su situación patrimonial registrando un saldo negativo de \$2.2 billones a diciembre de 2005. También han llevado al ISS a tener problemas de margen de solvencia que tienen impacto no solo en su prestación de servicios, sino que afectan la situación financiera de los proveedores. Con las medidas contingentes que se tomaron en el año 2006, el ISS pudo terminar el año, con una cartera no mayor a 60 días.

Esta situación estructural, como se señaló, se ha logrado sostener gracias a medidas contingentes que no es posible mantener de manera permanente, y necesariamente terminará impactando aún más el acceso y la calidad del servicio público de salud que presta la EPS del ISS, a pesar de todos los esfuerzos que hasta hoy ha realizado el Instituto.

Esto debe ser objeto de preocupación, tanto del Gobierno Nacional como de los organismos de inspección, vigilancia y control, y lleva a que el presente documento considere unas recomendaciones que conduzcan a que, en cualquier caso, pueda garantizarse la prestación del servicio público esencial de seguridad social en salud mediante el aseguramiento con participación del Estado, aspecto este que se considera de vital importancia como elemento regulador de calidad y de precios, en una actividad que por su naturaleza es un servicio público de carácter obligatorio y debe prestarse con sujeción a los principios de eficiencia, solidaridad y universalidad, de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 48 de nuestra Constitución Política.

### 2.3 Administradora de Riesgos Profesionales (ARP).

La posible revocatoria de la licencia de la EPS del ISS podría afectar el buen desempeño económico que, a la fecha, ha tenido el ISS en su unidad de negocios de Riesgos Profesionales, puesto que ésta medida necesariamente genera desconfianza frente al ISS como institución, y podría llevar a una eventual deserción de las empresas afiliadas

a la principal aseguradora publica de Riesgos Profesionales que existe en el país. El Gobierno también considera que la participación del Estado en una entidad que administre el Sistema General de Riesgos Profesionales es importante.

Adicional a lo anterior y ajeno a la posible decisión de la Superintendencia, existe la prohibición de la ley 1122 de 2007 para la utilización de los recursos de la UPC con destino al pago de pensiones, esto afectaría la financiación que hoy hace el ISS al respecto generando un impacto sobre la administradora general que afecta todos los negocios incluida la ARP.

La ARP ha incrementado en 13.4% el número de trabajadores afiliados entre el 2002 y junio de 2006, pasando de 1.290.738 a 1.463.569 afiliados. La afiliación, a nivel de empresas, fue de 35.2% llegando a un total de 275.651 a junio de 2006.

Según el reporte estadístico del Ministerio de la Protección Social, la ARP del ISS cubre el 28% de los trabajadores afiliados al Sistema General de Riesgos Profesionales y el 73% de las empresas afiliadas.

Cuadro 7  
Afiliados a la ARP del ISS  
Fuente: Instituto de Seguros Sociales ISS.

### 2.3.1 Prestación de Servicios ARP

Durante el año 2005 se recibieron 106.697 solicitudes de reembolsos por parte de las EPS e IPS por prestaciones asistenciales que, sumados a las 14.245 solicitudes pendientes del año 2004, alcanzaron un total de 120.942 solicitudes de reembolsos por un valor de \$22.701 millones.



De este número total de reembolsos solicitados, se decidieron 94.951 de la siguiente forma: (i) pagados: 75.988 reembolsos por \$12.879 millones y, (ii) negados: 18.963 reembolsos por \$5.085 millones. Con lo anterior se presentó un incremento de 17% en el número de reembolsos a decidir para el período 2004-2005.

Cuadro 8  
Reembolsos por Prestaciones Asistenciales 2004 – 2005  
Fuente: Vicepresidencia de ARP ISS

En el año 2005 se recibieron 78.398 solicitudes de incapacidades temporales que, sumadas a las 9.384 solicitudes pendientes del año 2004, significaron un total de 87.782 incapacidades temporales por valor de \$19.996 millones. Del total, se decidieron 83.276 incapacidades de la siguiente forma: (i) pagadas: 71.845 incapacidades por valor de \$15.749 millones y, (ii) negadas: 11.431 incapacidades por valor de \$2.934 millones.

Cuadro 9  
Gestión proceso de incapacidades temporales 2004 – 2005  
Fuente: Vicepresidencia de ARP

En comparación con el año 2004, durante el año 2005 se incrementó la atención en salud ocupacional a empresas afiliadas en un 187,8%. Con corte a junio de 2006 se han atendido 25.196 empresas afiliadas, tal como se muestra en el siguiente cuadro.

Cuadro 10  
Gestión en Salud Ocupacional  
Fuente: Vicepresidencia de ARP

Durante el año 2005 se atendieron 16.789 empresas con asesoría en Salud Ocupacional con recursos propios y contratación externa, y en lo que va del año 2006 a junio se han atendido 10.708 empresas. Por otra parte, durante el año 2005 se entregaron 16.797 cartillas de asesoría para empleadas de servicio doméstico y se realizaron capacitaciones para 2.350 empresas micropymes.

Con corte a junio de 2006 con el Programa de Prevención de Accidentalidad se han atendido 7.011 empresas y con el programa de Ampliación de Cobertura 7.477 empresas. El resultado del programa muestra el siguiente impacto:

Cuadro 11  
No de Accidentes de Trabajo Calificados ARP ISS  
Fuente: Vicepresidencia de ARP

Lo anterior significa que se ha disminuido en un 50.4 % los accidentes de trabajo del año 2005 a 2006. A su vez se disminuyeron los accidentes mortales en ese mismo período en un 43%, demostrando impacto positivo de la intervención. Así mismo, las incapacidades temporales disminuyeron en un 81.1 entre el año 2005 y el año 2006, tal como se muestra a continuación:

Cuadro 12  
Pagos de Incapacidades Temporales ARP ISS  
Fuente: Vicepresidencia de ARP

En cuanto a las prestaciones económicas se han pagado durante el primer semestre del año 2006 las siguientes: 27.796 incapacidades por valor de \$7.237 millones; 944 indemnizaciones por valor de \$3.082 millones; \$76.288 millones por pensiones de invalidez, sobrevivencia y sustitución pensional. Por prestaciones asistenciales se pagaron durante el primer semestre del año 2006, 42.903 reembolsos por valor de \$8.108 millones.

La evaluación global de la satisfacción<sup>19</sup> de los afiliados a la ARP fue de 70.4 lo cual significa que está en el nivel “deficiente” de satisfacción.

Las mejores evaluaciones fueron dadas a lo que tiene que ver con la Asesoría para la Prevención de ATEP con 78.9, destacándose la utilidad de la capacitación dada por la ARP.

### 2.3.2 Situación Financiera ARP

En el aspecto financiero, los ingresos de la unidad ARP provienen en un 34.5% de la cuota de manejo de las cotizaciones y en un 65.4% de los rendimientos del portafolio de inversiones de liquidez de la unidad.

El nivel de endeudamiento, calculado como pasivo total sobre activo total, es del 23.4% estando concentrado el 16.4% en el corto plazo. El nivel de liquidez es de 17.6 veces la razón corriente, calculada como activo corriente sobre pasivo corriente. El patrimonio de la ARP es de \$113.8 mm.

---

<sup>19</sup> Informe Técnico Proceso de Modernización del ISS, septiembre 22 de 2006 (HTM).

Cuadro 13  
Indicadores Financieros ARP ISS

La administradora de Riesgos Profesionales del ISS ha presentado superávit durante el período comprendido entre el 2003 y el 2005, el cual ha sido utilizado para constituir reservas técnicas las cuales hoy ascienden a \$2.6 billones.

2.4 Administradora de Pensiones (AP)

De acuerdo con la ley 100 de 1993, el ISS es una administradora del Régimen de Prima Media del Sistema General de Pensiones. Como administradora de pensiones el ISS presentó un incremento de 6.9% promedio anual en el número de pensionados. Este hecho y el traslado de un número importante de afiliados al Régimen de Ahorro Individual explican la caída que en afiliados cotizantes se ha dado de 4.2% promedio anual, desde el año 1997. En el traslado de afiliados cotizantes influyen aspectos tales como: la fuerte labor comercial realizada por los Fondos Privados de Pensiones las expectativas y condiciones propias de los trabajadores y la percepción de ventajas administrativas, operativas y comerciales en las Administradoras del Régimen de Ahorro Individual.

Cuadro 14  
Cotizantes y Pensionados AP  
Fuente: Instituto de Seguros Sociales ISS.

Por otra parte, en octubre de 2004 se agotaron las reservas financieras acumuladas por el ISS como administradora del régimen y se hizo necesario que la Nación en

cumplimiento de lo señalado por el artículo 138 de la Ley 100 de 1993 le transfiera anualmente los recursos necesarios para garantizar el pago de las pensiones a cargo del ISS.

#### 2.4.1 Prestación de Servicios AP

Durante el año 2005 se atendieron 137.047 trámites para reconocimiento de prestaciones económicas, registrando un incremento del 9% con respecto al año 2004.

Cuadro 15  
Expedientes Tramitados 2004 – 2005  
Fuente: Unidad de Planeación y Actuaría ISS.

La meta de la Vicepresidencia de Pensiones era reducir en el 2006 el tiempo de reconocimiento de prestaciones económicas a cuatro (4) meses dándole cumplimiento a la Ley y a Circular 035 /04 de la Superintendencia Bancaria. En los últimos 5 meses de 2005 se presentó una mejora en el tiempo promedio de reconocimiento de las prestaciones económicas al pasar de 10.8 a 9.26 meses, debido a la implementación de un plan de choque, que consistió en la estandarización de los procesos de recepción de documentos para el reconocimiento de prestación económica y el proceso de notificación e ingreso a nómina.

Cuadro 16  
Tiempo Promedio (meses) por tipo de Riesgo  
Agosto - Diciembre de 2005

Fuente: ISS.

Durante el año 2006 estos tiempos también registraron una mejoría pues se logró reducirlos a 6,76 meses para el mes de julio de 2006 tal como se denota en el siguiente gráfico:

Gráfico 5  
Tiempo Medio de Reconocimiento de Pensiones

Fuente: ISS

La gestión de reconocimiento de las prestaciones económicas se encuentra sometida a un seguimiento permanente mediante reportes diarios de resultados, indicadores de gestión, metas de cumplimiento de expedientes resueltos y medición de los tiempos de respuesta a las peticiones de reconocimiento.

Como resultado se observan los siguientes avances específicos: durante el año 2004 se resolvieron 106.622 expedientes, durante el año 2005 125.428 y en el 2006 se alcanzó la resolución de un número aproximado de 170.000 expedientes.

La evaluación global de la satisfacción<sup>20</sup> de afiliados recientes a la administradora de pensiones del ISS fue de 81,6 lo cual significa que está en el nivel “básico” de satisfacción.

En la decisión de afiliación según el estudio influyó de manera sustancial lo relacionado con la confianza en la entidad, que es una de las principales razones para tomar la decisión de afiliarse, aunque también influyó lo relacionado con el formulario de afiliación.

#### 2.4.2 Situación Financiera AP

La administradora del Régimen de Prima Media del ISS recibe una comisión como porcentaje de las cotizaciones que recauda de sus afiliados. Para el año 2005 el volumen de cotizaciones se incrementó de \$2.1 a \$2.3 billones, lo que le permitió recibir ingresos operacionales por \$173 mm. El crecimiento de estos ingresos frente al 2004 alcanzó el 7.5%.

#### Cuadro 17 Indicadores AP de ISS

Fuente: Estados Financieros ISS

El gasto de operación de la administradora ascendió en el 2005 a \$52.1 mm generando una rentabilidad operacional de 69.6%. Cabe señalar que de acuerdo con la Ley 100 de 1993, en su artículo 20, estos excedentes en la operación de la administradora deberán abonarse a las reservas de pensiones del ISS, como asegurador.

La administradora presenta un nivel de endeudamiento de 35.8% concentrado en un 72.9% en el corto plazo. El cubrimiento a los pasivos de corto plazo por parte de los activos corrientes es de 3.2 veces. El patrimonio es de \$172.3 mm.

---

<sup>20</sup> Informe Técnico Proceso de Modernización del ISS, septiembre 22 de 2006 (HTM).

Tal como se señaló anteriormente, en la administradora del Régimen de Prima Media del ISS hoy opera la garantía estatal por lo que para cubrir el faltante de recursos para el pago de pensiones, éstos se han asignado por el presupuesto general de la Nación por valor de \$1.1 billones en 2004, \$3.7 billones en 2005 y \$4.3 billones en 2006. Para 2007 se tiene previsto transferir al ISS un monto del orden de \$5.1 billones, de los cuales 500 mil millones corresponden a rezago y \$4.6 billones a la apropiación presupuestal de la vigencia 2007.

### III. ESTRATEGIA PARA GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DEL ASEGURAMIENTO PÚBLICO

La estrategia aquí planteada responde a los lineamientos del Estado Comunitario, plasmados en el Plan Nacional de Desarrollo, es decir, un Estado gerencial, eficiente y transparente al servicio de los ciudadanos, que debe erradicar la burocracia y el clientelismo como requisito indispensable para la eficiente prestación de los servicios que tiene a su cargo.

De presentarse la revocatoria de la autorización de funcionamiento de la EPS, el ISS se tendría que privar de prestar el servicio de aseguramiento en salud, con lo cual el Estado perdería su presencia en el aseguramiento del Régimen Contributivo del SGSSS, lo cual se considera importante preservar para ayudar a regular aspectos tales como calidad y precios, y para garantizar el acceso a la seguridad social en todo el territorio nacional en cumplimiento de las disposiciones constitucionales, esquema que además, responde al definido por la Ley 100 de 1993, que supone la participación pública y privada en la seguridad social.

El Gobierno Nacional considera necesario participar en el sector del aseguramiento del régimen contributivo, a través de una entidad que sea competitiva y que busque regular, positivamente el sector de la salud. Así mismo, en caso de que se presente la revocatoria de la licencia y mientras se implementa la estrategia diseñada, es necesario que se garantice la prestación de servicios y el aseguramiento de los actuales afiliados de la EPS del ISS



De esta manera, y previendo las dificultades que puedan presentarse en la EPS del ISS, el Gobierno Nacional ha evaluado diferentes alternativas que permitan asegurar, en colaboración con entidades vinculadas al sector solidario de la economía y/o con entidades privadas sin ánimo de lucro, pertenecientes al sector social, con experiencia en el Régimen Contributivo de Salud, la existencia y funcionamiento de una EPS con significativa presencia nacional y capacidad de influir positivamente en el sector de la salud y las actividades de otras empresas del mismo género. De modo que la calidad y oportunidad de los servicios de salud mejoren en general para toda la población afiliada al Régimen Contributivo del SGSSS.

Algunas Cajas de Compensación Familiar, entidades sin ánimo de lucro y pertenecientes al sector social, con experiencia y participación en el Régimen Contributivo de salud, han expresado al Gobierno Nacional su interés de participar, conjuntamente con el Estado, en el desarrollo de modelos innovadores de aseguramiento en salud.

Vale la pena mencionar que la Defensoría del Pueblo, en los estudios que ha realizado sobre las EPS del Régimen Contributivo ha calificado dentro de los primeros lugares de satisfacción de los usuarios a las EPS pertenecientes a las Cajas de Compensación Familiar del país. De las doce (12) primeras EPS calificadas en el año 2005, cinco (5) de ellas son pertenecientes a las Cajas, lo que demuestra el interés que estas entidades le prestan a la satisfacción de los usuarios.

Adicionalmente, es importante recordar que la ley 789 de 2002 incluye normas sobre la organización y el funcionamiento de las Cajas de Compensación Familiar que les permiten invertir en los regímenes de salud, riesgos profesionales y pensiones. Así mismo, el Artículo 16 de la misma Ley dispone que las Cajas de Compensación Familiar pueden realizar “actividades relacionadas con sus servicios, la protección y la seguridad social, directamente o mediante alianzas estratégicas con otras cajas de compensación o a través de entidades especializadas públicas o privadas”.

Sobre la identificación del instrumento para asegurar la participación del Estado se identificó la posibilidad de que La Previsora Vida S.A. pueda: i) participar activamente en la construcción de las alternativas para garantizar la participación estatal en el aseguramiento en salud y en riesgos profesionales atendiendo los traslados de la población

afiliada al ISS y sus potenciales nuevos usuarios y, ii) efectuar las inversiones necesarias, dado que su objeto y naturaleza se lo permitirían, porque cuenta con la capacidad legal para llevarlo a cabo y, adicionalmente, tiene experiencia en el aseguramiento de riesgos profesionales.

La participación conjunta de La Previsora Vida S.A. y las Cajas de Compensación Familiar en la construcción de las alternativas para la prestación del servicio de aseguramiento en salud, contará con la suscripción de un acuerdo de gobernabilidad que propenda por la calidad y eficiencia en la calidad del servicio, la satisfacción de los usuarios y la transparencia en la administración y manejo de la nueva entidad, considerando que en la actualidad algunas Cajas de Compensación Familiar son propietarias de Empresas Promotoras de Salud.

En lo que a la administración del Régimen de Prima Media se refiere, se continuará realizando dicha actividad administrando y manejando los recursos de cotizaciones, realizando la liquidación, reconocimiento y pago de las pensiones de las personas afiliadas a este régimen.

#### IV. RECOMENDACIONES

Los Ministerios de Hacienda y Crédito Público, de la Protección Social y el Departamento Nacional de Planeación recomiendan al CONPES, en el evento de presentarse la revocatoria de la autorización de funcionamiento de la EPS del ISS:

- 1) Adoptar la estrategia aquí formulada para garantizar la continuidad de la presencia del Estado y de la prestación de los servicios de aseguramiento en salud, pensiones y riesgos profesionales.
- 2) Solicitar a la EPS del ISS que durante el tiempo que resulte necesario, garantice la atención de los afiliados mientras se realicen los respectivos traslados, los cuales deben efectuarse conforme con la reglamentación vigente, buscando preservar la vida y la continuidad del servicio de los afiliados.
- 3) Solicitar a la EPS del ISS asegurar el pago de pasivos a su cargo con proveedores y prestadores y la realización de los procedimientos represados que tenga a su cargo.

- 4) Solicitar a las superintendencias que intervengan en este proceso, adoptar las medidas necesarias para facilitar y agilizar la adopción de la estrategia.
- 5) Solicitar a La Previsora Vida S.A. que, en desarrollo de la estrategia aquí planteada, estudie y concrete las condiciones para asociarse con las Cajas de Compensación Familiar que cuenten con experiencia en el Régimen Contributivo del SGSSS.
- 6) Solicitar al DNP agilizar la expedición de un documento Conpes de excedentes financieros del ejercicio 2006 correspondiente a las aseguradoras del grupo La Previsora.
- 7) Solicitar al ISS diseñar e implementar los mecanismos orientados a asegurar el pago de las jubilaciones de la EPS del ISS patrono.
- 8) Solicitar a los Ministerios de Hacienda y Crédito Público, de la Protección Social y al DNP adoptar las medidas que permitan continuar la administración del Régimen de Prima Media con Prestación Definida en términos de oportunidad y eficiencia, mejorando los niveles de satisfacción de los usuarios.
- 9) Solicitar al ISS adoptar las medidas que le permitan realizar la cesión de activos, pasivos y contratos a título oneroso a la Previsora Vida S.A., del negocio de riesgos profesionales.
- 10) Solicitar al Ministerio de la Protección Social, al Ministerio de Hacienda y Crédito Público y al DNP presentar al Conpes en un término de cinco (5) meses un informe sobre el desarrollo de la estrategia aquí presentada.

**Documento**  
**Conpes Social 106**  
**Consejo Nacional de Política Económica y Social**  
**República de Colombia**  
**Departamento Nacional de Planeación**

**DISTRIBUCIÓN DE LAS CINCO DOCEAVAS PENDIENTES POR  
ASIGNAR DE LOS RECURSOS PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS  
DE SALUD A LA POBLACIÓN POBRE NO ASEGURADA Y LAS  
ACTIVIDADES NO CUBIERTAS CON SUBSIDIO A LA DEMANDA Y  
AJUSTE A LA DISTRIBUCIÓN DE ONCE DOCEAVAS DE LA  
PARTICIPACIÓN PARA SALUD, COMPONENTES DE RÉGIMEN  
SUBSIDIADO Y SALUD PÚBLICA DE DOS MUNICIPIOS**

**AJUSTE A LA DISTRIBUCIÓN DE LAS ONCE DOCEAVAS DEL  
SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES POR LA CREACIÓN DEL  
MUNICIPIO DE GUACHENÉ (CAUCA)**

**AJUSTE A LA DESTINACIÓN DE LAS ONCE DOCEAVAS DE LA  
PARTICIPACIÓN DE PROPÓSITO GENERAL DEL SISTEMA GENERAL  
DE PARTICIPACIONES DE DOS MUNICIPIOS**

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

**Versión aprobada**

**Bogotá, D.C., 8 de agosto de 2007**

## **INTRODUCCIÓN**

El presente documento somete a consideración del Conpes para la Política Social, i) la distribución de las cinco doceavas pendientes por distribuir para la prestación de servicios a la población pobre no asegurada y el financiamiento de las actividades no cubiertas con subsidios a la demanda para la vigencia de 2007 y el ajuste a la distribución de las once doceavas de la Participación para Salud para la vigencia 2007, aprobada por el Conpes Social 104 de 2007, en el componente de Salud Pública y Régimen Subsidiado de **dos** municipios ; ii) el ajuste a la distribución de las once doceavas (11/12) del Sistema General de Participaciones, por efecto de la creación del municipio de Guachené en el departamento del Cauca; iii) el ajuste a la destinación de las once doceavas de la Participación de Propósito General de 2007 con destino al Fondo de Pensiones Territoriales –FONPET- de dos municipios.

### **I. ANTECEDENTES**

Mediante documento Conpes Social 104 de 2007 se realizó la distribución de seis doceavas del componente de prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada y las actividades no cubiertas con subsidios a la demanda (PS). 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, 177 de 2004 y 213 de 2007; y 2) las certificaciones del Ministerio de la Protección Social (MPS) sobre las variables empleadas para efectos de la distribución del componente SGP-PS.

De otra parte, el Decreto 2878 de 2007 (que reglamenta el literal a del numeral 1 del artículo 11 de la Ley 1122 de 2007) determina que “los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud (SGP-S) que se destinarán al componente de salud pública corresponderán al 10.1% de la bolsa del SGP-S, el porcentaje restante una vez descontado los recursos destinados por la Ley 1122 de 2007 a la financiación del régimen subsidiado, se destinará a la financiación de la prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada, y a las actividades no cubiertas con subsidios a la demanda”. El mismo decreto fija los criterios de distribución del Sistema General de Participaciones en Salud - prestación

de servicios de salud a la población pobre no asegurada y a las actividades no cubiertas con subsidios a la demanda (SGP-PS); y señala que para 2007 se deben reliquidar las once doceavas del SGP-PS respetando lo asignado en el Conpes Social 104 de 2007.

Adicionalmente, mediante oficio 165335 el Ministerio de la Protección Social corrigió la información que hace referencia a la población pobre no asegurada, y mediante oficio 12100- 002206 del 22 de junio ajustó el monto de los aportes patronales en virtud del incremento en el aporte para salud ordenado por la Ley 1122 de 2007.

Dado todo lo anterior se requiere realizar la distribución de las cinco doceavas pendientes por distribuir y ajustar la distribución del componente SGP-PS de acuerdo con lo establecido en el Decreto 2878 de 2007.

De otra parte, conforme a lo dispuesto por el artículo 87 de la Ley 715 de 2001, la comunicación del Departamento del Cauca mediante oficio N.º 20 del 3 de enero de 2007 en la cual informa al Departamento Nacional de Planeación la creación del municipio de Guachené (segregado de Caloto) y la certificación mediante oficio N.º 2007EE2565 de la Dirección de Censos y Demografía del DANE (29-05-07) sobre la población del nuevo municipio de Guachené (Cauca), se requiere ajustar la distribución de los recursos asignados por concepto del Sistema General de Participaciones 2007 de los municipios de Caloto y Guachené del Departamento de Cauca.

Por su parte, de conformidad con el procedimiento previsto en el artículo 49 de la Ley 863 de 2003, el Departamento Nacional de Planeación realizó el cálculo de la asignación de la Participación de Propósito General con destino al Fonpet para la vigencia 2007, aprobada mediante el documento Conpes Social 104 de 2007.

Sin embargo, de conformidad con las reglas previstas para el proceso de categorización señalado en el párrafo 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 el municipio de Puerto Colombia (Atlántico) por cambio en la categoría inicialmente empleada para este efecto.

Adicionalmente, dado el cambio en la certificación enviada por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público sobre los municipios en acuerdos de reestructuración de pasivos y que destinan recursos del SGP para el pago de sus obligaciones, el municipio de Agustín Codazzi (Cesar) requiere, por hacer parte de este grupo de municipios, un ajuste en la destinación de los recursos de la Participación de Propósito General con destino al Fonpet.

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 en el artículo 49 de la Ley 863 de 2003.

## **II. DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES SALUD (SGP-S).**

El artículo 11 de la Ley 1122 de 2007 y el artículo 47 de la Ley 715 de 2001 determinan que los recursos del SGP-S financian tres componentes de gasto: i) el régimen subsidiado<sup>1</sup>, ii) prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada y a las actividades no cubiertas con subsidios a la demanda<sup>2</sup> (PS) y iii) acciones en salud pública<sup>3</sup>.

Los recursos distribuidos mediante documento Conpes Social 104 de 2007, del SGP-S once doceavas, ascienden \$3.783.002,7 millones. Del total de recursos se asignaron a: i) régimen subsidiado, un total de \$2.118.482 millones, ii) prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada y a las actividades no cubiertas con subsidios a la demanda, un total de \$1.281.510 millones y iii) las acciones de salud pública, un total \$383.011 millones.

Sin embargo, en consideración al literal a, del numeral 1 del artículo 11 de la Ley 1122 de 2007 y al artículo 3 del Decreto 2878 de 2007, los recursos destinados a salud durante la vigencia 2007 se deben asignar así: i) un 56%, para el régimen subsidiado; ii) el 10.1%, para salud pública; y iii) el 33,9%, para prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada y a las actividades no cubiertas por subsidios a la demanda. (Ver cuadro 1).

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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 3003 de 2005. Incluye los aportes patronales para pago de obligaciones prestacionales (pensiones, cesantías, salud, riesgos profesionales) de la oferta hospitalaria pública en cada entidad territorial, en los términos señalados por la Ley 715 de 2001 y la Ley 1122 de 2007.

<sup>3</sup> 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, ajustado conforme al literal c del artículo 34 de la Ley 1122 de 2007. El Distrito Capital asume todas las funciones en salud pública. Los municipios tienen a su cargo las acciones en salud pública de fomento, promoción y prevención en los términos que señala el reglamento.

Cuadro 1  
RECURSOS DEL SGP PARA SALUD ONCE DOCEAVAS ASIGNADOS POR USOS  
2006-2007  
(Millones de pesos)

La aplicación del Decreto 2878 de 2007 implica un ajuste al monto total de los recursos que se distribuyen por el subcomponente de salud pública. Así, los recursos que el documento Conpes Social 104 de 2007 dejó pendientes por distribuir \$ 13.139 millones se deben ajustar a un valor de \$12.210 millones. Estos recursos (\$12.210 millones) serán distribuidos según los porcentajes establecidos en la Ley y los decretos reglamentarios, en un próximo Conpes Social, una vez se cumplan las condiciones previstas en el Decreto 213 de 2007. Lo anterior implica ajustes a la distribución y asignación territorial.

El presente documento en el caso de salud realizará el ajuste del nuevo municipio de Guachené (Cauca) y la redistribución de los recursos de prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada y a las actividades no cubiertas con subsidios a la demanda (once doceavas 2007), conforme a las disposiciones legales vigentes.

**III. DISTRIBUCIÓN CINCO DOCEAVAS DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES (SGP) PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD A LA POBLACIÓN POBRE NO ASEGURADA Y A LAS ACTIVIDADES NO CUBIERTAS CON SUBSIDIO A LA DEMANDA (PS).**

La distribución de los recursos del SGP para el componente de prestación de servicios



de salud a la población pobre no asegurada y a las actividades no cubiertas con subsidios a la demanda (SGP-PS) se realiza teniendo en cuenta lo siguiente:

1. El artículo 58 de la Ley 715 de 2001. La aplicación de este artículo garantiza el pago de los aportes patronales de los empleados del sector salud.
2. El artículo 86 de la Ley 715 de 2001. Lo anterior debido a la corrección en la población pobre no asegurada y aportes patronales, según certificación 165335 del Ministerio de la Protección Social.
3. El Decreto 2878 de 2007, por el cual se reglamenta parcialmente el literal a, del numeral 1 del artículo 11 de la Ley 1122 de 2007 y se fijan criterios los criterios de distribución y asignación de los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud (SGP-S).
4. El Conpes Social 104 de 2007, que aprueba la distribución de seis doceavas del SGP-PS.

El presente documento Conpes Social distribuye el 33.9% de las once doceavas de los recursos del SGP-S en virtud de lo señalado en el artículo 3 del Decreto 2878 de 2007. Dicho porcentaje corresponde a \$1.282.438 millones para la vigencia de 2007.

De otra parte, el artículo 8 del Decreto 2878 de 2007, determina que con el fin de evitar una disminución de los recursos que financian la PS en las entidades territoriales, de la base de los recursos del componente de PS para la vigencia de 2007 se destinarán para compensar dicha disminución el 15.6% de los recursos SGP-PS. Sin embargo, se debe tener en cuenta que para 2007 (año de transición) el artículo 9 establece que para determinar la asignación territorial definitiva se debe: i) aplicar la fórmula de distribución prevista en dicho decreto, ii) garantizar la asignación territorial realizada mediante documento Conpes Social 104 de 2007 y iii) armonizar la distribución a los recursos disponibles. En razón a lo anterior la armonización se debe realizar sobre los recursos de la compensación, ello en el evento de existir un mayor volumen de recursos producto de la aplicación de los puntos 1 y 2.

Dado lo anterior, en el cuadro 2 se presentan los montos a distribuir entre las entidades territoriales.

Cuadro 2  
DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS DEL SGP DE SALUD, COMPONENTE  
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD A LA POBLACIÓN POBRE NO  
ASEGURADA Y A LAS ACTIVIDADES NO CUBIERTAS CON SUBSIDIOS A LA  
DEMANDA  
Millones de Pesos

**4.1. Distribución general por fórmula:**

Conforme a lo anterior, la distribución de los recursos para prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada y a las actividades no cubiertas con subsidios a la demanda (\$1.282.438 Millones) se realiza por entidad territorial de la siguiente forma:

- (i) La distribución de los recursos se realiza sobre \$ 1.082.378 (ver cuadro 1).
- (ii) Se calcula la proporción de los recursos a ser distribuidos por concepto de población pobre no asegurada, ajustada por el factor de dispersión poblacional<sup>4</sup> (Artículo 4 del decreto 2878 de 2007).
- (iii) Se calcula la proporción de los recursos a ser distribuidos por concepto de la financiación de las actividades no cubiertas con subsidios a la demanda. El cálculo se realiza con base en la población afiliada al régimen subsidiado ponderada por un factor NOPOS-S<sup>5</sup> (artículo 4 del Decreto 2878 de 2007).
- (iv) La distribución por municipio, distrito y corregimiento departamental se realiza: a) multiplicando los recursos determinados en (ii) por la participación de la población pobre no asegurada (ajustada por dispersión poblacional) de cada municipio, distrito y corregimiento departamental en el total nacional (artículo 5 del Decreto 2878 de 2007), b) multiplicando los recursos determinados en (iii) por la participación de la población afiliada al régimen subsidiado de cada municipio, distrito y corregimiento departamental ponderada por el factor NOPOS-S en el total nacional. Para los municipios, distritos y corregimientos departamentales que tienen subsidios plenos y parciales la distribución se calcula con base

---

<sup>4</sup> Se utiliza el mismo factor dispersión poblacional aplicado a la distribución del Conpes Social 104 de 2007.

<sup>5</sup> Se utilizan los mismos factores de NOPOS aplicado en la distribución del Conpes Social 104 de 2007

en el peso relativo de cada población en el total de la participación que les corresponde.(artículo 6 del Decreto 2878 de 2007).

- (v) Sobre el monto calculado para cada municipio, distrito o corregimiento departamental en el literal a) del numeral iv) se asigna el 59% para los departamentos y el 41% para los municipios certificados. Sobre el monto calculado en literal b) del numeral iv) se asigna el 90% de los recursos que correspondan a subsidios plenos al departamento y el 10% a los municipios certificados. En el caso de los subsidios parciales el 50% se asigna a los departamentos y el 50% a los municipios certificados. En todo caso el 100% de los recursos distribuidos a los municipios no certificados y a los corregimientos departamentales se asignan a los departamentos debido a que estos tienen la responsabilidad de la prestación de los servicios en dichos territorios. Los distritos reciben el 100% de los recursos distribuidos. Los porcentajes aquí definidos son los utilizados por el Conpes Social 104 de 2007.
- (vi) El monto calculado por municipio, distrito y corregimiento departamental incluye el total de los aportes patronales. De todas formas, como mínimo se asegura el aporte patronal para aquellos municipios, distritos, y corregimientos departamentales donde el cálculo de los recursos previstos en v) son menores al aporte patronal certificado (artículo 7 Decreto 2878 de 2007).

#### **4.2. Compensación:**

De conformidad con lo previsto en el artículo 8 del Decreto 2878 de 2007, se aplica un factor de compensación en el componente de prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada y a las actividades no cubiertas con subsidios a la demanda para la vigencia 2007 con el fin de reducir el efecto de la disminución de los recursos que financian dicha prestación. Los recursos de compensación ascienden a un monto de \$200.060 millones, que equivalen al 15.6% del total de los recursos del SGP, que se destinan para este componente.

Se debe anotar que debido a la aplicación del artículo 9 del Decreto 2878 de 2007 (año de transición), en donde establece que: 1) los recursos asignados a las entidades territoriales mediante el documento Conpes Social 104 de 2007 se deben mantener y 2) se debe asegurar el aporte patronal; se hizo necesario armonizar el volumen de los recursos distribuidos por fórmula y asignados mediante Conpes Social 104 de 2007 con el total de los recursos disponibles, ello con cargo a los recursos de compensación. Por lo anterior se

ajustó el valor de la compensación de \$200.060 millones a \$172.473 millones.

La distribución de las once doceavas del componente de prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada y a las actividades no cubiertas con subsidios a la demanda de la vigencia de 2007 para el total de municipios descentralizados que asumieron la prestación de servicios, distritos y departamentos, es la siguiente:

Cuadro 3  
ASIGNACIÓN SGP  
SALUD  
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD A LA POBLACIÓN POBRE NO  
ASEGURADA YA LAS ACTIVIDADES NO CUBIERTAS CON SUBSIDIOS A LA  
DEMANDA  
AGREGADO POR TIPO DE ENTIDAD TERRITORIAL 2006  
Millones de Pesos

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 prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada y a las actividades no cubiertas con subsidios a la demanda para la vigencia de 2007, para los departamentos, municipios y distritos respectivamente, discriminando la asignación efectuada mediante Conpes Social 104 de 2007 y la asignación definitiva efectuada en el presente documento.

**IV. DIRECTRICES GENERALES DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES PARA SALUD:**

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; esta facultad 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:

- Continuar depurando la base de datos de la población afiliada al régimen subsidiado del SGSSS, con el objeto de establecer la existencia de multiafiliación.
- Reemplazar los cupos de los multiafiliados detectados con beneficiarios 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 multiafiliación.
- El Ministerio de la Protección Social deberá verificar la focalización de los subsidios a la demanda en salud que realizan los municipios conforme al Sisbén y las normas vigentes.
- El Ministerio de la Protección Social deberá priorizar la ampliación de cupos en aquellas entidades territoriales que presenten bajas coberturas en régimen subsidiado y reducciones en los recursos de prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada y a las actividades no cubiertas con subsidios a la demanda.

***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, distritos 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 pagodiferentes a la transferencia directa<sup>6</sup>. 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.

---

<sup>6</sup> Ley 1122 de 2007, artículo 20.

- Las entidades territoriales focalizarán la aplicación de los recursos en la atención de grupos prioritarios de población como son: madres gestantes, menores de cinco (5) años, ancianos, desplazados, discapacitados e indigentes.
- En tal sentido, la contratación de los recursos para atender la prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada y a las actividades no cubiertas con subsidios a la demanda, deberá fundamentarse en criterios de equidad y cobertura, priorizando los grupos señalados y aplicando en lo posible un per cápita departamental que corresponda a la garantía de unos beneficios mínimos según el 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.
- 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.
- De igual manera, orientar la asignación de los recursos para garantizar la complementariedad y subsidiariedad en la financiación de los servicios de salud a la población pobre no asegurada de su jurisdicción, sin discriminación municipal alguna.
- 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 los esquemas de seguimiento y control de los contratos las entidades territoriales deberán asegurarse que los prestadores de servicios de salud den cumplimiento a sus obligaciones de pago de los aportes parafiscales inherentes a la nómina, relacionados con:
  - (a) Cajas de Compensación Familiar<sup>7</sup>, (b) Instituto Colombiano de Bienestar Familiar<sup>8</sup>, (c) Escuelas Industriales e Institutos Técnicos<sup>9</sup>, (d) Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA)<sup>10</sup> y (e) Escuela Superior de Administración Pública (ESAP)<sup>11</sup>.

<sup>7</sup> De conformidad con los decretos 434 de 1971 y 1089 de 1983 y las leyes 21 de 1982 y 344 de 1996.

<sup>8</sup> De acuerdo con las leyes 27 de 1974 y 344 de 1996.

<sup>9</sup> Según las leyes 58 de 1963 y 21 de 1982.

<sup>10</sup> De conformidad con las leyes 21 de 1982, 119 de 1994 y 344 de 1996.

<sup>11</sup> De acuerdo con las Leyes 21 de 1982 y 344 de 1996.

- De igual manera los servidores públicos que hagan parte de las juntas directivas de las empresas sociales del Estado deberán propugnar porque la contratación que realice el Gerente con cooperativas y precooperativas de trabajo asociado cumpla con las disposiciones del Decreto 4588 de 2006 y la circular 0036 de 2007 del Ministerio de la Protección Social y las demás disposiciones que se expidan sobre el tema. Para lo anterior deberán solicitar los informes que estimen pertinentes.

### ***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, deben considerar el cumplimiento de las competencias asignadas en el numeral 3 de los artículos 43 y 44, lo pertinente del artículo 45 de la Ley 715 de 2001 y prever lo dispuesto en los capítulos VI y VII de la Ley 1122 de 2007. Las acciones de Salud Pública que emprendan las entidades territoriales deberán considerar las siguientes directrices:

1. Construir, analizar y utilizar los perfiles epidemiológicos. Lo anterior permite direccionar objetivamente las acciones de salud pública. Una de las herramientas básicas para construir los perfiles epidemiológicos son los Registros Individuales de Servicio de Salud (RIPS).
2. Actuar sobre los factores ambientales y sociales determinantes de la salud para lo cual se requiere de una articulación sectorial e intersectorial.
3. Construir y utilizar indicadores de salud pública que permitan realizar seguimiento y evaluación de las acciones de salud pública.
4. Fortalecer la concertación interinstitucional a nivel nacional y desarrollar a nivel territorial la Estrategia de Entornos Saludables.
5. Formular e implementar un Plan de seguridad alimentaria y nutricional.
6. Priorizar las acciones de salud pública en: Salud infantil, Salud mental, la reducción de violencia en todas sus modalidades, acciones que promuevan la reducción de enfermedades crónicas no transmisibles y transmisibles evitables, implementación de la Política de Salud Sexual y Reproductiva.
7. Promover los estilos de vida saludable para la prevención y control de las enfermedades

crónicas.

8. Fortalecer la inspección, vigilancia y control sanitario de la distribución y comercialización de alimentos y de los establecimientos gastronómicos y del transporte asociado a estas actividades.

## **V. AJUSTE DE LA DISTRIBUCIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES POR LA CREACIÓN DEL MUNICIPIO DE GUACHENÉ EN EL DEPARTAMENTO DEL CAUCA.**

Dado que el Departamento Nacional de Planeación recibió la certificación de creación del municipio de Guachené (segregado de Caloto) el pasado mes de enero<sup>12</sup> y en consideración a que el DANE certificó<sup>13</sup> el pasado 29 de mayo la población 2005 para el nuevo municipio de Guachené (Cauca) y el municipio de Caloto (Cauca), es necesario, en virtud del artículo 87 de la Ley 715 de 2001, realizar un ajuste a la distribución de las once doceavas de cada uno de los componentes del Sistema General de Participaciones de 2007 realizada al municipio de Caloto, Cauca, para determinar la asignación de recursos del SGP para la presente vigencia que corresponden al municipio de Guachené. .

El artículo 87 de la Ley 715 de 2001 determina que “Los municipios creados durante la vigencia fiscal en curso tendrán derecho a participar en el Sistema General de Participaciones”, la regla (en dicho artículo) define para efectos de distribución y asignación que “Si el municipio ha sido segregado del territorio de otro, el valor de la participación del municipio del cual se segregó que se encuentre pendiente de giro para el mes subsiguiente a la fecha en la cual se haya recibido en el Departamento Nacional de Planeación la comunicación del Gobernador del Departamento respectivo sobre su creación, se distribuirá entre los dos municipios en proporción a la población de cada uno de ellos.”

Conforme a la certificación del DANE se determina que la proporción de la población del nuevo municipio (Guachené) es del 52,9 % de la población del antiguo municipio de Caloto (el porcentaje restante de la población corresponde al municipio de Caloto). En consecuencia, se aplica esta proporción, sobre el valor equivalente a los giros efectuados a partir del mes de febrero (sobre 10 giros), de los recursos inicialmente asignados por el Conpes Social 104 de 2007 al municipio de Caloto, Cauca por concepto



de: i) Participación para educación, componente de calidad, ii) Participación para Salud, componente de Régimen Subsidiado y Salud Pública; iii) Participación de Propósito General; iv) Asignación especial para Alimentación Escolar. Vale aclarar que la distribución de recursos para prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada y a las actividades no cubiertas con subsidios a la demanda no se afecta, por cuanto estos municipios no

---

<sup>12</sup> Certificación de la Gobernación del Departamento del Cauca No. 20 del 3 de enero de 2007

<sup>13</sup> Certificación DANE 29-05-2007 No 2007EE2565 de la Dirección de Censos y Demografía el DANE

están certificados en salud. La competencia para la prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada y a las actividades no cubiertas con subsidios a la demanda es del Departamento.

La aplicación de los porcentajes de población, conforme la regla prevista en el artículo 87 de la Ley 715 de 2001, a los recursos distribuidos y asignados para cada uno de los componentes señalados<sup>14</sup> al municipio de Caloto, dan como resultado una redistribución de dichos recursos en favor del municipio de Guachené (Cauca). Los resultados de dicha redistribución se presentan en el anexo No 3

## **VI. AJUSTE A LA DESTINACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA PARTICIPACIÓN DE PROPÓSITO GENERAL CON DESTINO AL FONPET.**

El presente Conpes realiza un ajuste a la destinación de los recursos de la Participación de Propósito General del Sistema General de Participaciones para los municipios de Puerto Colombia (Atlántico) y Agustín Codazzi (Cesar), aprobada por el Conpes Social 104 de 2007, dadas las siguientes razones:

1. Según Resolución N°544 de 2006 de la Contaduría General de la Nación, el municipio de Puerto Colombia (Atlántico) en el 2007 se clasificó en 3ª categoría. No obstante, según la solicitud del municipio de Puerto Colombia (Atlántico) mediante la cual remite copia del Decreto 0208 del 20 de Octubre de 2006, el municipio se clasificó en 4ª categoría para la vigencia 2007.

De acuerdo con lo anterior y teniendo en cuenta que la categoría utilizada para el municipio de Puerto Colombia en el Conpes Social 104 de 2007 difiere de la

adoptada por el municipio, se aplica preferentemente para los efectos previstos en el artículo 49 de la Ley 863 de 2003, la categoría adoptada por la entidad territorial. En consecuencia, se procede a ajustar la destinación del monto de los recursos con destino al Fonpet.

2. Dado el cambio en la certificación del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, por inclusión del municipio de Agustín Codazzi (Cesar)<sup>15</sup> en la certificación de los municipios que se encuentran en procesos de reestructuración de pasivos y destinan recursos del SGP

---

al

14 Distribuidos y asignados mediante documento Conpes Social 104 de 2007.

15 Oficio No 2-2007-005715 del 3 de marzo de 2007. Dirección de Apoyo Fiscal del Ministerio de Hacienda y Crédito Público

pago de sus acreencias, se hace necesario ajustar la destinación al Fonpet de dicho municipio, prevista en el artículo 49 de la Ley 863 de 2003.

Por lo anterior, en el anexo 4 se detalla el ajuste en la destinación de los recursos de la Participación de Propósito General con destino al Fonpet, para los municipios señalados.

## **VII. RECOMENDACIONES:**

El Departamento Nacional de Planeación recomiendan al CONPES para la Política Social:

1. Aprobar el ajuste a la distribución territorial y sectorial del Sistema General de Participaciones de 2007 justificada en este documento y presentada en los anexos adjuntos.
2. Dada la especificidad de los ajustes al SGP de salud aprobados en este Conpes, solicitar a la Dirección de Desarrollo Social del Departamento Nacional de Planeación, comunicar a los departamentos, distritos y municipios, el monto correspondiente a los respectivos ajustes de las participaciones para 2007, con base en los valores aprobados en este documento.
3. Solicitar al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, al Ministerio de Protección Social y al Ministerio de Educación Nacional, ajustar los giros correspondientes conforme a lo aprobado en el presente documento y de acuerdo con la normatividad vigente.

4. Solicitar al Ministerio de la Protección Social :

- a) Ajustar y expedir las certificaciones de giro de acuerdo con las asignaciones previstas en este documento.
- b) 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 y la Ley 1122 de 2007.
- c) 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.
- 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 a lo dispuesto en la Ley 1122 de 2007, y proponer el ajuste correspondiente.
- e) 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.
- f) Desarrollar los estudios requeridos que permitan evaluar el impacto de la transformación de los recursos de SGP-S y rentas cedidas en la financiación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas, de acuerdo con lo establecido en la Ley 1122 de 2007.
- g) Avanzar 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, las entidades territoriales con menores coberturas y mayor variación negativa en la asignación del Sistema General de Participaciones componente prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada y a las actividades no cubiertas con subsidios a la demanda.
- h) Incluir en las acciones que desarrolle el Ministerio y en las directrices nacionales y territoriales, las estrategias y mecanismos necesarios para el logro de los objetivos

de las metas del milenio (Conpes Social 91 de 2005) y reportar los avances al Departamento Nacional de Planeación.

- i) Implementar las estrategias previstas en el documento Conpes 3447 de octubre de 2006, con el fin de lograr una gestión financiera adecuada de la cartera hospitalaria. Para el efecto deberá ejercer la coordinación de las acciones según corresponda.
- j) Desarrollar el modelo de inspección, vigilancia y control sanitario que debe ser adoptado por las entidades territoriales en la distribución y comercialización de alimentos, los establecimientos gastronómicos y el transporte asociado a estas actividades. Para lo cual se debe considerar:
  - a. Actualizar la normatividad sanitaria
  - b. Establecer manuales de procedimientos y protocolos de inspección
  - c. Adoptar indicadores que permitan establecer el estatus sanitario y los riesgos asociados a la preparación, distribución, comercialización y transporte de alimentos.
  - d. Definir el modelo de evaluación y seguimiento del sistema de inspección, vigilancia y control.

Para dar cumplimiento a esta recomendación, el Ministerio de Protección Social, deberá presentar un plan de trabajo a la Comisión Intersectorial de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias dentro de los 3 meses siguientes a la aprobación de la presente política.

- 5. Solicitar a la Superintendencia Nacional de Salud:
  - a) Agilizar las conciliaciones entre los actores del Sistema General de Seguridad Social de Salud con el fin de avanzar en el mejoramiento de la gestión financiera hospitalaria y en especial en la reducción de la cartera proveniente de la prestación de servicios de salud, con énfasis en el segundo y tercer nivel. Para el efecto dentro del mes siguiente a la expedición del presente documento coordinará con el Ministerio de la Protección Social el plan de auditorías a realizar en la presente vigencia.
- 6. Solicitar a los Ministerios de la Protección Social, Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial, Educación Nacional, y a la Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional, incorporar al DNP en las mesas de trabajo de la estrategia de

entornos saludables.

7. Solicitar al Departamento Nacional de Planeación

- a) Formalizar con las entidades territoriales los procedimientos de actualización del Nuevo SISBEN.
- b) Definir los criterios que permitan precisar qué se debe entender como actualización del SISBEN para efectos de lo dispuesto por el artículo 79 de la Ley 715 de 2001 y si es necesario plantear una reforma legal para establecer las disposiciones adecuadas para el propósito del artículo mencionado.

8. Solicitar a los departamentos, municipios y distritos:

- a) Realizar los ajustes presupuestales a que haya lugar, con base en la comunicación de esta distribución, de tal manera que se asegure la adecuada presupuestación y ejecución de los recursos.
- b) Adoptar las directrices para la ejecución de los recursos del sector salud señaladas en el presente documento.
- c) Aplicar y mantener actualizado el Sistema de Identificación de Beneficiarios de Programas Sociales.
- d) Incluir en las acciones que desarrollen las entidades territoriales, las estrategias (entornos Saludables) y mecanismos necesarios para el logro de los objetivos de las metas del milenio (Conpes Social 91 de 2005) y reportar los avances al Departamento Nacional de Planeación.
- e) Cooperar con el Instituto Nacional de Vigilancia de Alimentos y Medicamentos – INVIMA-, en la adopción de mecanismos de transición de las competencias asignadas a esta entidad en desarrollo de la Ley 1122 de 2007.
- f) Adoptar el modelo de inspección, vigilancia y control sanitario de la distribución y comercialización de alimentos, los establecimientos gastronómicos y el transporte asociado a estas actividades preparado por el Ministerio de Protección Social.

**Documento**

**Conpes 3494**

**Consejo Nacional de Política Económica y Social República de Colombia**

**Departamento Nacional de Planeación**

**AVANCES EN EL DESARROLLO DEL CONPES 3456 DE 2007: “ESTRATEGIA PARA  
GARANTIZAR LA CONTINUIDAD EN LA PRESTACIÓN PÚBLICA DE LOS SERVICIOS  
DE ASEGURAMIENTO EN LA SALUD, ASEGURAMIENTO EN PENSIONES DE  
RÉGIMEN DE PRIMA MEDIA CON PRESTACIÓN DEFINIDA Y ASEGURAMIENTO EN  
RIESGOS LABORALES”**

**Ministerio de la Protección Social**

**Ministerio de Hacienda y Crédito Público**

**DNP: DIFP - DDS**

**Versión aprobada**

**Bogotá, D.C., 13 de Noviembre de 2007**

## INTRODUCCIÓN

Este documento presenta a consideración del CONPES, el seguimiento a las recomendaciones establecidas en el documento Conpes 3456 de enero 15 de 2007 en lo relacionado con la evolución del aseguramiento en salud que se concreta a través de la participación de la Previsora Vida S. A, a nombre del Estado en una nueva EPS.

En el Conpes referido quedaron definidos los lineamientos que se debería seguir en cada una de las actividades (Riesgos profesionales, Pensiones y Salud) que realiza el Instituto de los Seguros Sociales. Adicionalmente, se hace énfasis en la necesidad de asegurar, la participación del Estado en el aseguramiento buscando la eficiencia, transparencia, calidad y oportunidad en cada una de ellas.

Los recursos asignados en el Presupuesto General de la Nación para el 2008 se calcularon teniendo en cuenta la necesidad de identificar, diagnosticar y tratar oportuna y efectivamente la población con nefropatía diabética e hipertensiva de acuerdo con los diferentes estadios, a partir de metodologías internacionalmente aceptadas. Se ha contrastado la prevalencia esperada del sistema contra la prevalencia estimada del ISS encontrándose que la desviación en la concentración del riesgo y por ende en el costo de la promoción y prevención de estas patologías, ascenderá para los próximos diez años a 310 mil millones de pesos.

La Ley 1122 de 2007 modificatoria de la Ley 100 de 1993 estableció y definió en los artículos 19 y 25, literal b, algunas características relacionadas con el aseguramiento de las enfermedades de alto costo y facultó al Gobierno Nacional para reglamentar este aspecto. Mediante esta última, el MPS definirá medidas necesarias para evitar la selección adversa y selección de riesgos de los usuarios por parte de las EPS y de los entes territoriales, para evitar la distribución inequitativa de los costos de la atención de los distintos tipos de riesgos. Atendiendo esta facultad los Ministerios de Hacienda y Crédito Público y de la Protección Social establecieron la creación de la cuenta de alto costo

mediante el Decreto 2699 de 2007, que fue a su vez reglamentado a través de las Resoluciones 2565 y 3215 de 2007.

De igual forma y en desarrollo del artículo 33 de la Ley 1122 de 2007 en el cual se instituyó la definición del Plan Nacional de Salud Pública - PNSP, fue expedido el Decreto 3039 de 2007 contenido de dicho PNSP, en el cual se orientó como “objetivo 6 disminuir las enfermedades no transmisibles y las discapacidades”, el promover las acciones de diagnóstico temprano de la Enfermedad Renal Crónica - ERC.

Con la implementación de las anteriores disposiciones, se reconoce la importancia de garantizar la atención y prevención de enfermedades que como la nefropatía diabética e hipertensiva son catalogadas como de alto costo.

## **I. ANTECEDENTES**

Las Cajas de Compensación Familiar que tenían participación en el régimen contributivo de salud y que voluntariamente expresaron su decisión de participar son: Colsubsidio, Cafam, Comfandi, Comfenalco Antioquia, Comfenalco Valle y Compensar. Estas entidades han realizado los estudios necesarios para la conformación de la nueva EPS, que se creará como una persona jurídica distinta de sus accionistas y en la que no existirá vínculo alguno con la EPS del ISS.

Durante el proceso se presentaron, entre otros por situaciones legales, algunos retrasos en los tiempos inicialmente previstos. Las Cajas, denominadas en adelante como la nueva EPS, ya presentaron la documentación requerida ante la Superintendencia de Industria y Comercio, entidad que no encontró objeción a la creación de la nueva entidad. Así mismo, hicieron los trámites ante cada uno de sus consejos directivos, los cuales autorizaron la creación de la nueva EPS, buscando que la nueva entidad tenga, de acuerdo a los estudios,



sostenibilidad en el tiempo y busque mejorar significativamente la calidad de atención a los usuarios.

En las últimas semanas fueron presentados los documentos ante la Superintendencia de Subsidio Familiar, entidad que se encuentra estudiando los mismos para poderse pronunciar. Así mismo, la nueva EPS adelanta las gestiones necesarias para obtener la autorización correspondiente por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

## **II. SITUACIÓN ACTUAL**

En desarrollo de las estrategias definidas en el documento CONPES No 3456 y el Acuerdo de Intención celebrado entre las Cajas de Compensación Familiar y la Previsora Vida S.A., se adelantaron los estudios, basados en la información disponible del sistema y la suministrada por la EPS del ISS, buscando determinar la viabilidad financiera de la nueva EPS.

Resultado de estos estudios se confirmó que, dentro de la población afiliada a la EPS del Seguro Social, existe un componente de alta siniestralidad derivado del perfil epidemiológico de la población afiliada a la EPS del ISS y otros como son:

- i) La concentración de pacientes con insuficiencia renal crónica,
- ii) La concentración de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial y diabetes mellitus (nefroprotección),
- iii) El estudio encontró unas tasas de uso bajas de la unidad de cuidados intensivos por parte de la EPS del ISS, comparadas con las reportadas por otras EPS, lo que podría incrementar el riesgo de sostenibilidad en la nueva EPS, en el caso de que efectivamente en su operación presente un comportamiento similar al de las EPS diferentes al ISS.

Frente a estos temas, es importante priorizar lo relacionado a la Insuficiencia Renal Crónica –IRC-: Recordemos que la Organización Mundial de la Salud –OMS- declaró que la Enfermedad Renal Crónica (ERC) es una epidemia que está

impactando la expectativa y calidad de vida de los seres humanos y los costos de atención en los diferentes sistemas de salud. En nuestro caso, se hace evidente este llamado de atención pues se calcula que, en 2007, existen alrededor de 20.000 pacientes en estadio V de la ERC que consumen cerca de 800 mil millones de pesos al año. Los registros muestran que tanto la prevalencia como los costos de esta enfermedad son crecientes, lo que exige hacer enormes esfuerzos para asegurar su tratamiento, pero, lo más importante hacer eficientes campañas de promoción y prevención que permitan disminuir, a lo largo del tiempo, la evolución de esta patología.

### **III. RECOMENDACIONES**

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

- 1) Solicitar al Ministerio de la Protección Social, el fortalecimiento de los programas de promoción y prevención de las enfermedades de alto costo y, muy especialmente, de la insuficiencia renal. Dada la tendencia de esta patología, se deben destinar recursos del presupuesto general de la nación, al igual que se hizo en el presupuesto del año 2008, para que dentro de los recursos de que dispone el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se puedan cofinanciar programas de promoción, prevención y, muy especialmente, las actividades encaminadas a la nefroprotección, de acuerdo con los lineamientos del Ministerio de la Protección Social.
- 2) Solicitar al Ministerio de Hacienda, al Departamento Nacional de Planeación y al Ministerio de la Protección Social, asegurar la disponibilidad de recursos que permitan la cofinanciación, durante los próximos ocho (8) o diez (10) años, de los programas de nefroprotección que debe adelantar el sistema, conforme al numeral anterior.

- 3) Solicitar al Ministerio de la Protección Social, en relación con la diferencia de frecuencia en la utilización de la unidad de cuidados intensivos, hacer una permanente observación de este tema y, de ser necesario llevarlo a discusión ante el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud o la entidad que haga sus veces. Lo anterior, con el ánimo de evitar un posible impacto negativo que se pudiera generar producto de esta situación.
- 4) Solicitar al Ministerio de Hacienda, al Ministerio de la Protección Social y al Instituto de los Seguros Sociales, tomar las medidas necesarias para garantizar la prestación de los servicios de sus afiliados, hasta tanto no se presente el traslado, según las normas que rigen para dicho efecto.
- 5) Solicitar a las Superintendencias de Subsidio y de Salud que, una vez se cumplan los requisitos que deben ser presentados, agilicen el estudio de los mismos, entendiendo la importancia que para el Sistema de Seguridad Social en Salud tiene esta decisión.
- 6) Reiterar a La Previsora Vida S.A., la necesidad de adelantar los trámites necesarios para que le permitan estar lista de modo que, una vez creada la nueva EPS por parte de las Cajas y de acuerdo a lo expresado en el Conpes 3456 de 15 enero de 2007, pueda entrar rápidamente a formar parte de la sociedad.
- 7) Reiterar al ISS, a la nueva EPS y en general al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y a la Superintendencia de Salud, la necesidad de tomar las medidas necesarias que permitan asegurar la prestación de servicios de salud a la población, no sólo en el proceso de creación de la nueva EPS, sino durante el proceso de traslado. La garantía de la prestación de servicios debe ser un elemento central en este proceso.
- 8) Instar a la nueva EPS para que, lo más rápido posible y después del cumplimiento de los requisitos exigidos por la ley, entre en funcionamiento

buscando, como quedó establecida en el acta inicialmente firmada, la necesidad de trabajar para ofrecer servicios de excelente calidad y oportunidad a sus afiliados, lo cual ayudará en la regulación del sistema.

- 9) Solicitar al Ministerio de la Protección Social, de acuerdo con lo establecido en las disposiciones generales del Presupuesto General de la Nación para el 2008, establecer los mecanismos e instrumentos de ejecución para realizar la distribución de los recursos asignados a los programas de nefropatía diabética e hipertensiva con cargo a estos recursos.

**Documento Conpes 118**  
**Social**  
**República de Colombia**  
**Departamento Nacional de Planeación**

**AJUSTE A LA DISTRIBUCIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE  
PARTICIPACIONES PARTICIPACIÓN EN SALUD  
VIGENCIA 2008**

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

**Versión aprobada**

**Bogotá, D.C., 27 de Octubre de 2008**

## **INTRODUCCIÓN**

El presente documento somete a consideración del CONPES para la Política Social, un ajuste a la distribución de las once doceavas del componente de financiación a la población pobre mediante subsidios a la demanda, continuidad y ampliación, de la Participación para Salud del Sistema General de Participaciones –SGP– para la vigencia 2008, originadas por certificación por parte del Ministerio de la Protección Social de la población afiliada al régimen subsidiado de los municipios de Caloto y Guachené (Cauca) con corte 31 de octubre de 2007.

### **I. ANTECEDENTES**

El Conpes Social 112 de 2008 realizó la distribución de las once doceavas del componente del Sistema General de Participaciones de Salud (Prestación de los Servicios, Régimen Subsidiado, y Salud Pública). Sin embargo, en dicha distribución no se incluyó la población afiliada al régimen subsidiado del municipio de Guachené (Cauca) debido a que a esa fecha el Ministerio de la Protección Social no disponía de la información correspondiente.

Sin embargo, el Ministerio de la Protección Social mediante oficio No 20086630252792 del 5 de septiembre de 2008, certifica el número de afiliados al régimen subsidiado por Guachené y Caloto en el departamento de Cauca a 2007.

En virtud de lo anterior se requiere realizar un ajuste a la distribución realizada mediante Conpes Social 112 de 2008 por concepto de régimen subsidiado. Se debe señalar que no se afectan los subcomponentes de prestación de servicios a la población pobre no asegurada y a las actividades no cubiertas con subsidios a la demanda y Salud Pública.

## **II. AJUSTE EN LA PARTICIPACIÓN PARA SALUD, SUBSIDIOS A LA DEMANDA, ONCE DOCEAVAS - 2008.**

El presente documento Conpes Social realiza el ajuste a los recursos distribuidos (once doceavas) en el Conpes Social 112 de 2008 por concepto de régimen subsidiado (Continuidad y Ampliación). El ajuste se realiza teniendo en cuenta los mismos criterios previstos en el documento Conpes Social 112 de 2008, y sobre el monto de \$2.503.780 millones. Ver cuadro 1.

### **Cuadro 1. Once doceavas Sistema General de Participaciones Régimen Subsidiado 2008 Millones**

**2.1. Redistribución SGP para Salud, Componente Subsidios a la Demanda – Continuidad 2008.** El presente documento redistribuye los recursos de once doceavas para este componente, que ascienden a \$2.378.591 millones de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 11 de la Ley 1122 de 2007, ajustando los datos certificados de afiliados al régimen subsidiado de Caloto y Guachené (Cauca).

La distribución se realiza de la siguiente forma: el monto a distribuir se divide por la población pobre atendida en el país mediante subsidios a la demanda en la vigencia 2007. El per cápita resultante se multiplica por la población afiliada de cada entidad territorial para encontrar el valor asignado por este componente. El valor definitivo asignado para cada entidad territorial (once doceavas) de continuidad se presentan en los anexos 1 y 2.

Los recursos redistribuidos de esta manera serán ejecutados por cada municipio y distrito, los departamentos ejecutarán recursos de este componente sólo en el caso de los corregimientos departamentales<sup>1</sup>. La redistribución resultante en el 2008 para el total de municipios, distritos y corregimientos departamentales es la siguiente:

---

<sup>1</sup> Áreas no municipalizadas ubicadas en los departamentos de Amazonas, Guainía y Vaupés.

**Cuadro 2**  
**ONCE DOCEAVAS PARTICIPACIÓN PARA SALUD SGP 2008**  
**CONTINUIDAD DE COBERTURAS RÉGIMEN SUBSIDIADO**  
**AGREGADO POR TIPO DE ENTIDAD TERRITORIAL**  
Millones de pesos corrientes

**2.2. Redistribución SGP para Salud, Componente Subsidios a la Demanda – Ampliación 2008.** Los recursos de once doceavas para este componente ascienden a \$125.189 millones. Estos recursos deben ser destinados a financiar la nueva afiliación de la población pobre mediante subsidios a la demanda. Para efectos de la redistribución, se mantienen los montos y criterios de distribución previstos en el Conpes Social 112 de 2008 para la vigencia 2008, y se ajusta el indicador de Guachené (Cauca), manteniendo el monto adicional a reconocer a Riosucio (Choco) en virtud de la redistribución 2007, efectuada en el Conpes Social 112 de 2008<sup>2</sup>.

Considerando que el municipio de Guachené (Cauca) participa por fórmula en la vigencia 2008 y que las variables para distribuir los recursos de ampliación no pueden ser determinadas para la presente vigencia, para dicho municipio, se aplica para efectos de distribución el mismo indicador calculado para el municipio de Caloto (Cauca). Lo anterior en virtud de lo dispuesto en el artículo 6 del decreto 159 de 2002, que establece:

*“Artículo 6°. Cálculo de variables para los nuevos municipios con información insuficiente. Para los efectos de la determinación de la asignación que corresponde a los nuevos municipios que hayan sido creados y reportados al Departamento Nacional de Planeación hasta el 31 de diciembre del año inmediatamente anterior a la vigencia fiscal para la cual se realiza la distribución de los recursos del Sistema General de Participaciones, se aplicarán los mismos indicadores del municipio del cual hubiere sido segregado, o el*

---

<sup>2</sup> La redistribución de ampliación se realiza sobre el valor de las once doceavas, descontando de la bolsa de recursos lo que se debía a Riosucio (Choco) vigencia 2007, para mantener el monto reconocido a dicha entidad.



*promedio si se hubiere segregado de varios en el evento de información certificada sobre una o más variables; con excepción de los datos de población e índice de Necesidades Básicas Insatisfechas para el nuevo municipio y el segregante, para la vigencia, los cuales deberán ser certificados en todo caso por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE. Sin la certificación del Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE, no se podrá realizar la asignación de recursos para el nuevo municipio..”.*

De esta manera en el caso de Guachené y Caloto (Cauca) se aplica el mismo indicador de Caloto (Cauca), el cual, corresponde al obtenido para la distribución realizada por el Conpes Social 112 de 2008.

La distribución por entidad territorial se puede apreciar en los anexos 1 y 2. La asignación de estos recursos en el total de municipios, distritos y corregimientos departamentales se presenta en el cuadro 3:

**Cuadro 3**  
**ONCE DOCEAVAS PARTICIPACIÓN PARA SALUD SGP 2008**  
**COFINANCIACIÓN AMPLIACIÓN DE COBERTURAS RÉGIMEN SUBSIDIADO**  
**AGREGADO POR TIPO DE ENTIDAD TERRITORIAL**  
**Millones de pesos corrientes**

### **2.3. Ajuste al giro once doceavas régimen subsidiado, por efecto de la redistribución.**

La Ley 715 de 2001 (artículo 64) determina que los giros de los recursos del Sistema General de Participaciones se realizan mes vencido, en tanto que a la fecha los giros realizados a los municipios corresponden a nueve doceavas. Al comparar los giros efectuados a la fecha del presente Conpes, conforme a lo ordenado en la Ley, con los recursos redistribuidos y asignados (numerales 2.1 y 2.2) para cada municipio se determina que el municipio de Caloto (Cauca) ha recibido \$200.515.178 de más en continuidad frente a los recursos que le corresponden, por la redistribución. Dado lo anterior, los valores que no alcanzan a descontarse de Caloto (Cauca) se

le mantienen en la redistribución efectuada en los numerales 2.1 y se descuentan de la asignación que le correspondía al municipio de Guachané (Cauca).

Por consiguiente, los recursos girados y asignados de más al municipio de Caloto (Cauca), se descontarán de las asignaciones de la siguiente vigencia, conforme el artículo 86 de la Ley 715 de 2001. Dichos recursos se reasignarán al municipio de Guachené (Cauca).

En los anexos 3 y 4 se observa la asignación de las once doceavas para los municipios y departamentos con corregimientos departamentales después de realizar el ajuste del presente numeral.

**Finalmente se aclara que el artículo 11 del decreto 313 de 2008 establece:** “*Ajustes por cambio en certificaciones.* Los ajustes a la distribución de los recursos del Sistema General de Participaciones a que haya lugar por efecto de las modificaciones a las variables de distribución reportadas por las entidades competentes después del 15 de septiembre de la vigencia para la cual se distribuyen los recursos, se efectuarán con cargo a los recursos del Sistema General de Participaciones de la vigencia siguiente. Para el efecto, la entidad que reporte un cambio de la información certificada, deberá explicar en la certificación las razones que motivan la expedición de nuevos datos.” Dado lo anterior, el ajuste realizado en el presente documento solo considera certificaciones realizadas por el Ministerio de la Protección Social antes del 15 de septiembre de 2008,<sup>3</sup> las certificaciones posteriores a esa fecha se considerarán para la vigencia siguiente.

---

<sup>3</sup> En relación con la certificación del Ministerio de la Protección Social radicada en el DNP con número 200866301298872 el 22 de octubre de 2008, relacionada con Resolución No 0221 del 25 de agosto de 2008 de la Gobernación del Tolima, donde se confirma que el municipio de Coyaima (Tolima) perdió la certificación en el año 2007, se aplica lo dispuesto en el decreto 313 de 2008 y dado que es un acto administrativo de 2008, se tendrá en cuenta para la vigencia 2009.

### **III. RECOMENDACIONES**

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

- a) Aprobar la redistribución territorial de la Participación en Salud del Sistema General de Participaciones de 2008 en el componente de régimen subsidiado, justificada en este documento y presentada en los anexos adjuntos.
- b) Solicitar a la Dirección de Desarrollo Territorial Sostenible del Departamento Nacional de Planeación comunicar a los departamentos, distritos, municipios el monto correspondiente a sus respectivas participaciones para 2008, con base en los valores aprobados en este documento.
- c) Solicitar al Ministerio de la Protección Social :
  - a. Ajustar los giros pendientes en consideración a la redistribución prevista en el presente Conpes Social.
  - b. Prestar la asistencia técnica a los municipios de Caloto y Guachené (Cauca), para ajustar los contratos de régimen subsidiado sin afectar la atención de la población.
  - c. Prestar la asistencia técnica a los nuevos municipios creados en 2007, de tal forma que se garantice la financiación de la población afiliada al régimen subsidiado en los nuevos municipios.
  - d. Solicitar a FOSYGA y al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud la distribución de montos faltantes para cubrir los contratos suscritos a la fecha con cargo a los recursos de la participación en salud para continuidad y ampliación.

- e. Continuar con el desarrollo de las recomendaciones expuestas en el Conpes Social 112 de 2008.

4. Solicitar a los departamentos, municipios y distritos:

- a) Realizar los ajustes presupuestales a que haya lugar, con base en la distribución aprobada en este documento, de tal manera que se asegure la adecuada ejecución de los recursos.
- b) Tomar las medidas administrativas necesarias para que el flujo de recursos en virtud de los contratos de aseguramiento no se vea afectados por los ajustes a la distribución efectuada en este documento y de la distribución del Fosyga derivada de esta distribución.

**Documento  
Conpes 3550  
Consejo Nacional de Política Económica y Social  
República de Colombia  
Departamento Nacional de Planeación**

**LINEAMIENTOS PARA LA FORMULACIÓN DE LA POLÍTICA INTEGRAL DESALUD  
AMBIENTAL  
CON ÉNFASIS EN LOS COMPONENTES DE CALIDAD DE AIRE, CALIDAD DE  
AGUA Y SEGURIDAD QUÍMICA**

**Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural - MADR  
Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial – MADDI  
Ministerio de Educación Nacional - MEN  
Ministerio de Comercio, Industria, y Turismo –MCIT  
Ministerio de Minas y Energía - MME  
Ministerio de la Protección Social – MPS  
Ministerio de Transporte – MT  
Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales – IDEAM  
Instituto Colombiano Agropecuario -ICA  
Instituto Nacional de Salud – INS  
Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, INVIMA  
Departamento Nacional de Planeación – DNP**

**Versión aprobada**

**Bogotá D.C., 24 de Noviembre de 2008**

## TABLA DE CONTENIDOS

I.	INTRODUCCIÓN .....	2
II.	ANTECEDENTES DE POLÍTICA Y NORMATIVIDAD.....	3
A.	Antecedentes de Política .....	3
B.	Antecedentes Normativos .....	5
III.	DIAGNÓSTICO .....	9
A.	Carga en Salud Atribuible a las Condiciones del Ambiente y su Costo en Colombia.....	9
B.	Diagnóstico de la Gestión de la Salud Ambiental en Colombia .....	19
IV.	MARCO CONCEPTUAL .....	27
V.	OBJETIVOS .....	30
VI.	LINEAMIENTOS .....	31
VI.	ORGANIZACIÓN INSTITUCIONAL .....	36
VII.	PLAN DE ACCIÓN .....	38
VIII.	RECOMENDACIONES.....	45
IX.	ANEXO.....	47

## I. INTRODUCCIÓN

Este documento somete a consideración del Consejo Nacional de Política Económica y Social CONPES, los lineamientos para la formulación de una Política Integral de Salud Ambiental, con el fin último de contribuir bajo un enfoque integral al mejoramiento de la calidad de vida y el bienestar de la población colombiana. El documento presenta un diagnóstico, marco conceptual, objetivos, lineamientos, organización institucional y un plan de acción que tienen como propósito fortalecer la gestión integral para la prevención, manejo y control de diferentes factores ambientales que tienen el potencial de originar efectos adversos en la salud humana, enfatizando especialmente en los componentes de calidad del aire en exteriores e interiores, calidad de agua y seguridad química.

La Salud Ambiental se define de manera general como el área de las ciencias que trata la interacción y los efectos que, para la salud humana, representa el medio en el que habitan las personas. De acuerdo a esto, los componentes principales de la salud ambiental tienen un carácter interdisciplinario, multicausal, pluri- conceptual y dinámico, y se imbrican mutuamente, en una relación dialéctica. Siendo conscientes de la complejidad y envergadura que demanda su abordaje, se decidió de manera unánime e intersectorial, abordar de manera gradual la salud ambiental en Colombia. Con el fin de propiciar y facilitar el abordaje de los lineamientos aquí descritos, se tendrán en cuenta algunos de los múltiples factores ambientales cuyo deterioro influye negativamente en la salud humana, entre ellos se incluyen de forma prioritaria la baja calidad de aire, baja calidad de agua para consumo humano y la gestión inadecuada de las sustancias químicas (seguridad química); esto debido a que se considera que la afectación de los anteriores factores deteriora considerablemente el medio ambiente y afecta negativamente la salud de la población, especialmente los grupos vulnerables (niños, mujeres gestantes, población adulta mayor y población en extrema pobreza). Estos factores se convierten en los problemas de más alto costo para la economía del país, según los datos proporcionados en el diagnóstico y el estudio de costos de la degradación ambiental del Análisis Ambiental País - AAP<sup>1</sup>. De forma complementaria en el Anexo 2, se presenta una lista indicativa de otros temas o componentes

---

<sup>1</sup> Sánchez-Triana, E., Ahmed, K. y Ase, Y. (2007), "Prioridades ambientales para la reducción de la pobreza en Colombia. Un análisis ambiental del país para Colombia. Washington: Banco Mundial, pág. 1.

importantes para la salud ambiental con el fin de trabajar en un listado oficial de componentes de la salud ambiental en Colombia que soporte el desarrollo de un análisis integral de sus interrelaciones.

## **II. ANTECEDENTES DE POLÍTICA Y NORMATIVIDAD**

### **A. Antecedentes de Política**

El país no cuenta con un marco de política explícito que regule integralmente el ámbito de la salud ambiental de manera integral. Dada la complejidad del proceso de formulación de una política de esta naturaleza se hace necesario contar con lineamientos nacionales que en su conjunto definan un marco conceptual capaz de orientar este proceso de manera coordinada y eficaz y avanzar en las metas establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2006 – 2010<sup>2</sup>.

En este sentido, el PND, prioriza la formulación de una Política Nacional de Salud Ambiental<sup>3</sup>, como se señala en el aparte 3.3.1 referente a “*Seguridad Social Integral*” de la estrategia “*Inserción de las familias al Sistema de Protección Social*” del capítulo 3 “*Reducción de la pobreza y promoción del empleo y la equidad*”, y en “*Prevención y control de la degradación ambiental*” de la estrategia de “*Planificación ambiental en la gestión territorial*” del capítulo 5 “*Una Gestión Ambiental que Promueva el Desarrollo Sostenible*”, y con el fin de prevenir y controlar los efectos adversos de la degradación ambiental sobre la salud de la población, efectos que generan elevados costos para la sociedad colombiana y una presión importante sobre las finanzas del Estado. Indica, igualmente que a través de esta Política se deberá promover la equidad y la protección hacia los grupos más vulnerables.

---

<sup>2</sup> Ley 1151 de 2007, Bases del PND.

<sup>3</sup> Según el PND, esta política debe ser desarrollada con base en el Plan Nacional de Salud Ambiental - PLANASA (2000 – 2010). Documento producido por el Ministerio de Salud (2000), de carácter indicativo (publicado, pero no adoptado), que representa un esfuerzo de planificación en el área de la Salud Ambiental, con un horizonte temporal de diez años. Propone y define de planes integrados de acción sectorial orientados a mejorar la calidad ambiental, la calidad del agua y su abastecimiento, y la eliminación de desechos, entre otros.



Complementariamente el PND prevé:

- La participación del Ministerio de la Protección Social (MPS), junto a otros Ministerios de la Comisión Técnica Intersectorial para la prevención y el control de la contaminación del Aire (CONAIRE), en la formulación de una política nacional de calidad de aire.
- El Acompañamiento por parte del MPS al Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial (MAVDT), en el desarrollo y reglamentación de la Política Nacional de Gestión Integral de Residuos Peligrosos.
- y define la necesidad de realizar Evaluaciones Ambientales Estratégicas –EAE- en el tema de Salud Ambiental<sup>4</sup>.

Asimismo, en el Plan Nacional de Salud Pública - PNSP<sup>5</sup> (para un horizonte temporal de 4 años (2007 – 2010)) y en la Agenda Ambiental Interministerial pactada por el MPS y MAVDT en el año 2007, se plantea explícitamente la necesidad de elaborar una Política Pública de Salud Ambiental. Adicionalmente, en esta Agenda Ambiental Interministerial se definen los temas prioritarios a incluir en la Política<sup>6</sup>. Especial atención merece la relación entre cambio climático y salud, que será desarrollada en la Política Nacional de Cambio Climático.<sup>7</sup>

Por otro lado, la firma de la Agenda Interministerial entre MPS, MAVDT, Ministerio de Educación Nacional (MEN), SENA, Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional (Organización Panamericana de la Salud<sup>8</sup>- OPS), establece el compromiso de avanzar en el desarrollo de las Estrategia de Entornos Saludables, dirigidas a contribuir en el mejoramiento de las condiciones de vida de las poblaciones, especialmente las más vulnerables.

---

<sup>4</sup>En Julio de 2008, se completó la EAE con énfasis en contaminación atmosférica en centros urbanos, como insumo e instrumento metodológico en la formulación de lineamientos para la política en salud ambiental, identificando y jerarquizando los factores causales de la salud ambiental en Colombia.

<sup>5</sup> Adoptado mediante decreto 3039 de 2007. Define, entre otros, las prioridades en salud, los objetivos, metas y estrategias para su cumplimiento, y las competencias de los actores involucrados.

<sup>6</sup> Manejo integral de los recursos hídricos (integrando calidad del agua y saneamiento básico), calidad del aire, las implicaciones de los desastres naturales causados por la actividad humana, el manejo racional de sustancias químicas, los impactos potenciales del cambio climático sobre la salud y la seguridad y protección de los alimentos, entre otros.

<sup>7</sup> Documento actualmente en elaboración que se presentará al CONPES para su aprobación.

<sup>8</sup> La Organización Panamericana de la Salud (OPS) es un organismo internacional dedicados a mejorar la salud y las condiciones de vida de los pueblos de las Américas. Goza de reconocimiento internacional como parte del Sistema de las Naciones Unidas, y actúa como Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Dentro del Sistema Interamericano, es el organismo especializado en salud.

Finalmente, la presente política se enmarca en los documentos de política Conpes “Lineamientos para la Formulación de la Política de Prevención y Control de la Contaminación del Aire”<sup>9</sup>, “Lineamientos y Estrategias de Desarrollo Sostenible para los Sectores de Agua, Ambiente y Desarrollo Territorial”,<sup>10</sup> “Metas y Estrategias de Colombia para el Logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio - 2015”,<sup>11</sup> entre otros.

## **B. Antecedentes Normativos**

Los Lineamientos para la formulación de la Política Integral de Salud Ambiental se enmarcan en los principios consagrados en la Constitución Política, específicamente en los Artículos 49, 81 y 366<sup>12</sup>.

El país cuenta con abundantes normas nacionales para la gestión ambiental y sanitaria, pero no existen antecedentes normativos explícitos que garanticen el accionar coordinado, eficaz y eficiente de las instituciones y sectores para una gestión integral de la salud ambiental. Como consecuencia, las acciones de prevención, manejo y control de la exposición a los factores ambientales que deterioran la salud, lideradas por las entidades ambientales y sanitarias, se han desarrollado de manera no articulada impidiendo una atención integral de la problemática asociada a la salud ambiental.

Se presentan a continuación, las normas generales que definen el marco normativo de la salud ambiental, las normas principales relacionadas con los temas de calidad del aire, agua y seguridad química (se prioriza avanzar inicialmente en estas áreas), y finalmente se enuncian los compromisos internacionales asumidos por el país.

### **– Normas Generales:**

El Decreto-Ley 2811 de 1974 “Código Nacional de los Recursos Naturales Renovables y de Protección al Medio Ambiente” – CNRN, constituye una de las fuentes principales de la política ambiental del país. Este Decreto-Ley fue expedido y se estableció como un conjunto de

---

<sup>9</sup> Conpes 3344 de 2005.

<sup>10</sup> Conpes 3343 de 2005.

<sup>11</sup> Conpes Social 91 de 2005.

<sup>12</sup> Ver Anexo 6.

normas coherentes, cohesionadas y armónicas que persiguen un fin común, como es la preservación y manejo sostenible de los recursos naturales renovables del país.<sup>13</sup>

La Ley 9 de 1979 - Código Sanitario Nacional, la cual articula el control ambiental, del consumo y de los servicios médicos en función de la salud pública y promueve la competencia e idoneidad de la autoridad sanitaria, con énfasis en lo preventivo.

La Ley 99 de 1993<sup>14</sup> reordenó el sector público encargado de la gestión y conservación del medio ambiente y los recursos naturales renovables, creó el Ministerio de Medio Ambiente, hoy MAVDT<sup>15</sup>, el Sistema Nacional Ambiental - SINA, y el Consejo Nacional Ambiental<sup>16</sup>. Así mismo establece que en temas relacionados con salud, el MAVDT realizará la consulta respectiva al MPS.

Por último, Ley 430 de 1998, por la cual se dictan normas prohibitivas en materia ambiental, referentes a los desechos peligrosos y se dictan otras disposiciones. Esta ley trata lo relacionado con introducción de desechos peligrosos al territorio nacional y la responsabilidad por el manejo integral de los generados en el país y en el proceso de producción, gestión y manejo de los mismos

- Normas principales relacionadas con la calidad del aire, agua y seguridad química.

#### 1. Calidad del Aire

Decretos: (i) Decreto 948 de 1995 en el cual contiene el Reglamento de Protección y Control de la Calidad de Aire (ii) el Decreto 2107 de 1995 y 979 de 2006 , por medio de los cuales se modifica parcialmente el Decreto 948 de 1995, que trata sobre los niveles de prevención, alerta y emergencia pos-contaminación del aire, y (iii) Decreto 244 de 2006 por el

---

<sup>13</sup> El Código es la principal norma sustantiva que tiene el país en el campo ambiental y tiene entre sus objetivos: lograr la preservación y restauración del ambiente y la conservación, mejoramiento y utilización racional de los recursos naturales renovables, según criterios de equidad que aseguren el desarrollo armónico del hombre y de dichos recursos, la disponibilidad permanente de estos y la máxima participación social, para beneficio de la salud y el bienestar de los presentes y futuros habitantes del territorio nacional.

<sup>14</sup> Esta ley tiene un número importante de intersecciones con la reglamentación sanitaria derivada de la Ley 9ª de 1979, como, por ejemplo: La contaminación de aguas superficiales y subterráneas, contaminación atmosférica, plaguicidas, entre otros.

<sup>15</sup> El Decreto 216 de 2003 dicta los objetivos y estructura orgánica del MAVDT. Este Decreto es modificado por el Decreto 3137 de 2006 por el cual se modifica la estructura del Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial, entre otras, para establecer las funciones del Vice ministerio de agua y saneamiento.

<sup>16</sup> El Consejo Nacional Ambiental tiene la función de asegurar la coordinación de políticas, planes y programas ambientales, según el artículo 14 de la Ley 99 de 1993 y demás funciones atribuidas por el Decreto 1124 de 1999 (Artículos 18 y 19.).

cual se crea y reglamenta la comisión Técnica Nacional Intersectorial para la Prevención y el Control de la Contaminación del Aire – CONAIRE.

Resoluciones: (i) la Resolución 601 de 2006 (MAVDT), por la cual se establece la norma de calidad del aire, (ii) la Resolución 909 de 2008 del (MAVDT), por la cual se establecen normas y estándares de emisión admisibles de contaminantes a la atmósfera por fuentes fijas y (iii) la Resolución 910 de 2008 (MAVDT), por la cual se reglamentan los niveles permisibles de emisión de contaminantes que deberán cumplir las fuentes móviles terrestres, entre otras.

## 2. Calidad del agua:

Decretos: (i) Decreto 1575 de 2007, por el cual se establece el “Sistema para la Protección y Control de la Calidad de Agua para consumo Humano”, (ii) Decreto 1323 de 2007 por medio del cual se crea el Sistema de Información de Recurso Hídrico - SIRH, (iii) Decreto 1875 de 1979, por el cual se dictan normas para la prevención de la contaminación del medio marino, y (iv) Decreto 1594 de 1984, el cual reglamenta el uso del agua y residuos líquidos, y el ordenamiento del recurso <sup>17</sup>.

Resoluciones: (i) Resolución 1433 de 2004 de MAVDT la cual reglamenta los Planes de Saneamiento y Manejo de Vertimientos - PSMV<sup>18</sup>, (ii) Resolución 0811 de 2008 de MAVDT y MPS la cual define los lineamientos a partir de los cuales la autoridad sanitaria y las personas prestadoras, concertadamente definirán en su área de influencia los lugares y puntos de muestreo para el control y la vigilancia de la calidad del agua para consumo humano en la red de distribución, (iii) Resolución 2115 de 2007 del MAVDT y MPS por medio de la cual se señalan características, instrumentos básicos y frecuencias del sistema de control y vigilancia para la calidad del agua para consumo humano y (iv) Resolución 1426 de 2008 del MPS por el cual se autoriza a algunos laboratorios para que realicen análisis físicos, químicos y microbiológicos al agua para consumo humano, entre otras.

---

<sup>17</sup> Decreto 1594 de 1984 (Reglamentario del CRNR y la Ley 9 de 1979), modificación parcial de Título I y Capítulo III de la Ley 9 de 1979.

<sup>18</sup> Resolución 1433 de 2004 del MAVDT, reglamenta con base en el artículo 12 del Decreto 3100 de 2003.

### 3. Seguridad química:

Decretos: (i) Decreto 1843 de 1991, el cual reglamenta uso y manejo de plaguicidas<sup>19</sup>, (ii) Decreto 321 de 1999, por el cual se adopta el Plan Nacional de Contingencia contra derrames de hidrocarburos, derivados y sustancias nocivas, (iii) Decreto 2676 de 2000, por medio del cual se reglamenta la gestión integral de residuos hospitalarios y similares<sup>20</sup>, (iv) Decreto 1443 de 2004, por el cual se reglamenta la prevención y control de la contaminación ambiental por el manejo de plaguicidas y desechos o residuos peligrosos provenientes de los mismos, (v) Decreto 4741 de 2005, el cual reglamenta parcialmente la prevención y el manejo de los residuos o desechos peligrosos generados en el marco de la gestión integral<sup>21</sup>, (vi) Decreto 502 de 2003, por el cual se reglamenta la Decisión Andina 436 de 1998 para el registro y control de plaguicidas químicos de uso agrícola<sup>22</sup> y (vii) Decreto 1609 de 2002, por el cual se reglamenta el manejo y transporte terrestre automotor de mercancías peligrosas por carretera, entre otras.

Resoluciones: (i) Resolución 1164 de 2002 de los Ministerios de Salud y Ambiente, por la cual se adopta el Manual del Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares, (ii) Resolución 693 de 2007 del MAVDT, por la cual se establecen criterios y requisitos que deben ser considerados para los planes de gestión de devolución de productos por posconsumo de plaguicidas y (iii) Resolución 1652 de 2007 del MAVDT, la cual prohíbe la fabricación e importación de productos que requieran sustancias que agotan la capa de ozono,

#### – Compromisos Internacionales

Del conjunto de compromisos internacionales asumidos por el país en el área de salud ambiental, se destacan: (i) La agenda de acuerdos entre los Ministros de Salud del Área Andina,

<sup>19</sup> Decreto 1843 de 1991 del Ministerio de Salud, el cual reglamenta uso y manejo de plaguicidas. Modificado por el Decreto 3830 de 2008 en cuanto a la integración del Consejo Seccional de Plaguicidas y por el Decreto 3213 de 2003 en cuanto a la modificación del Consejo Intersectorial de Plaguicidas.

<sup>20</sup> Decreto 2676 de 2000 de los Ministerios de Salud y Ambiente, por medio del cual se reglamenta la gestión integral de residuos hospitalarios y similares. Modificado casi en su totalidad por los Decretos 1669 de 2002 y 4126 de 2005.

<sup>21</sup> Decreto 4741 de 2005 del MAVDT, el cual reglamenta parcialmente la prevención y el manejo de los residuos o desechos peligrosos generados en el marco de la gestión integral. La Resolución 1402 de 2006 desarrolla parcialmente el decreto en cuestión en materia de residuos o desechos peligrosos

<sup>22</sup> El Decreto 502 de 2003, por el cual se reglamenta la Decisión Andina 436 de 1998 para el registro y control de plaguicidas químicos de uso agrícola. La Resolución 0662 de 2003 establece el procedimiento para la expedición del dictamen técnico-ambiental al que alude la Norma Andina para el Registro y Control de Plaguicidas Químicos de Uso Agrícola, Decisión 436, de la Comisión de la Comunidad Andina, sobre la importación de plaguicidas químicos de uso agrícola, y se adoptan otras determinaciones.

(ii) la agenda hemisférica de la Declaración de Mar del Plata<sup>23</sup> firmada entre los Ministerios de Salud y Ambiente de las Américas - MinSAmA, (iii) Las metas y estrategias del país para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio<sup>24</sup>, (iv) El Reglamento Sanitario Internacional<sup>25</sup>, (v) El Protocolo de Kyoto aprobado por Ley 629 de 2000<sup>26</sup>, (vi) El Protocolo de Montreal<sup>27</sup> aprobado por la Ley 29 de 1992, (vii) El Convenio de Basilea<sup>28</sup> aprobado por la Ley 253 de 1996, (viii) El Convenio de Rotterdam<sup>29</sup> ratificado por la Ley 1159 de 2007, (ix) El Convenio de Estocolmo<sup>30</sup> ratificado por la Ley 994 de 2005 y la Ley 1196 de 2008, entre otros.

### III. DIAGNÓSTICO

#### A. Carga en Salud Atribuible a las Condiciones del Ambiente y su Costo en Colombia

Según OPS (2007), una de las principales responsabilidades del sector salud es la protección del bienestar público, que posibilite el desarrollo humano sostenible y que proteja a las personas más vulnerables de la sociedad. Para tal fin, el sector salud necesita colaborar con otros sectores (ambiente, trabajo, agricultura, educación, comercio, transporte, entre otros) para monitorear y contrarrestar las causas del deterioro ambiental.

---

<sup>23</sup> Reunión de Ministros de Salud y Ambiente de las Américas - MINSAMA (2005). Declaración de Mar del Plata, junio 17 de 2005. En materia de Cooperación Regional en Temas Prioritarios, se señala: (i). Gestión Integrada de Recursos Hídricos y Residuos Sólidos, (ii) Manejo Seguro de Sustancias Químicas, y (iii) Salud Ambiental de los Niños y las Niñas.

<sup>24</sup> DNP (2005). CONPES 091. Metas y estrategias de Colombia para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio – 2015. Bogotá: DNP (2005).

<sup>25</sup> El Reglamento Sanitario Internacional (RSI)<sup>25</sup> representa una la doble iniciativa, auspiciada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), para lograr un impacto eficaz en la prevención de la propagación internacional de enfermedades.

<sup>26</sup> El Protocolo de Kioto sobre el cambio climático, es un acuerdo internacional que tiene por objetivo reducir las emisiones de seis gases provocadores del calentamiento global: dióxido de carbono (CO<sub>2</sub>), gas metano (CH<sub>4</sub>) y óxido nitroso (N<sub>2</sub>O), además de tres gases industriales fluorados: Hidrofluorocarbonos (HFC), Perfluorocarbonos (PFC) y Hexafluoruro de azufre (SF<sub>6</sub>), en un porcentaje aproximado de un 5%, dentro del periodo que va desde el año 2008 al 2012, en comparación a las emisiones al año 1990.

<sup>27</sup> El Protocolo de Montreal, elaborado en 1987 bajo los auspicios del Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente, entró en vigor el 1° de Enero de 1989. El Protocolo definió las medidas que debían adoptar sus signatarios para limitar la producción y el uso de sustancias controladas, inicialmente cinco CFC (Clorofluorocarbonos) y tres halones.

<sup>28</sup> El Convenio de Basilea es un tratado ambiental global que regula estrictamente el movimiento transfronterizo de desechos peligrosos y estipula obligaciones a las Partes para asegurar el manejo ambientalmente racional de los mismos, particularmente su disposición; fue adoptado el 22 de marzo de 1989 y entró en vigor el 5 de mayo de 1992.

<sup>29</sup> Convenio de Róterdam (PIC). El texto del Convenio fue adoptado el 10 de septiembre de 1998 por una Conferencia de Plenipotenciarios en Róterdam, Países Bajos. El Convenio entró en vigor el 24 de febrero de 2004. Tiene como objetivos promover la responsabilidad compartida y los esfuerzos conjuntos de las Partes en la esfera del comercio internacional de ciertos productos químicos peligrosos a fin de proteger la salud humana y el medio ambiente frente a posibles daños; y contribuir a su utilización ambientalmente racional.

<sup>30</sup> Convenio de Estocolmo. El Convenio de Estocolmo sobre COP es un instrumento internacional jurídicamente vinculante. Se firmó en Estocolmo, Suecia, el 23 de mayo de 2001 y entró en vigor el 17 de mayo de 2004. Establece la eliminación paulatina y control de sustancias conocidas como contaminantes orgánicos persistentes.

Se estima que la carga global en salud (morbilidad) y el número de defunciones atribuible a las condiciones del ambiente es del 24%<sup>31</sup> y el 23%,<sup>32</sup> respectivamente. Según la OMS (2004), en los países en desarrollo, el porcentaje de mortalidad atribuible a causas ambientales alcanza un 25% mientras que en los países desarrollados alcanza un 17%. Se estima que la carga en salud atribuible a las condiciones ambientales en Colombia es del 17%<sup>33</sup>, la cual puede estar relacionada con la inequidad en el acceso a servicios públicos, la falta de ingresos y el crecimiento acelerado del sector industrial, factores que incrementan los niveles de vulnerabilidad y exposición de la población, y su impacto negativo genera significativos niveles de carga de enfermedad.

Dada la relevancia de considerar la relación entre la salud y el ambiente, a continuación, se presentan los elementos de diagnóstico que permiten dar una visión de las condiciones actuales de salud ambiental con énfasis en la calidad de aire, la calidad de agua y la seguridad química.

En Colombia, según la OMS (2004), la carga en salud tiene un índice de 33 AVADs<sup>34</sup>/1000 cápita, por año<sup>35</sup>. Como referencia en el mundo, el índice menor de AVADs por 1000 cápita por año se encuentra en 14 AVADs/1000 y el mayor valor en 316 AVADs/1000 cápita por año. Adicionalmente se reportan para Colombia 46.000 defunciones al año atribuibles a condiciones ambientales.

---

<sup>31</sup> A. Prüss-Üstün, C. Corvalán, *Preventing disease through healthy environments* [En Línea], OMS 2006, pág. 9 <Disponible en la Web: [http://www.who.int/quantifying\\_ehimpacts/publications/preventingdisease.pdf](http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/preventingdisease.pdf)>

<sup>32</sup> Ibidem

<sup>33</sup> Con esta cifra es importante aclarar que persiste el subregistro, las investigaciones epidemiológicas de campo a profundidad, y en general la falta de conocimiento científico, que permita argumentar con mayores insumos técnicos una posible, pero real, mayor carga ambiental de la enfermedad en el país.

<sup>34</sup> Los AVADs (Años de Vida Ajustados por Discapacidad) son una medida estándar de la carga de morbilidad que combina los años potenciales de vida perdidos debido a mortalidad prematura y los años de vida productiva perdidos por discapacidad. Una AVAD es igual a un año de vida saludable perdido.

AVADs es calculado de la suma de años perdidos por mortalidad prematura (YLL en inglés) en la población y los años perdidos por discapacidad (YLD en inglés) por causas de salud. AVADs= YLL + YLD. YLL, corresponde al número de muertes multiplicado por el estándar de vida media a la edad en que la muerte ocurre. Por su parte YLD para un periodo en especial, se calcula por los casos de incidencia en el periodo establecido multiplicado por el promedio de duración de la discapacidad y un factor de peso el cual refleja la severidad de la enfermedad en una escala de 0 (salud perfecta) a 1 (muerte). Todo esto sin tener en cuenta ningún factor social. <Disponible en la Web:

<http://www.who.int/healthinfo/boddaly/en/index.html>>.

<sup>35</sup> Burden of Disease in Colombia, OMS 2004. (ANEXO)

Los factores ambientales que más contribuyen a muertes prematuras<sup>36</sup> en Colombia son la contaminación del aire en exteriores e interiores y las condiciones del agua, saneamiento e higiene<sup>37</sup> (ver gráfico no. 1). La identificación, diagnóstico y tratamiento de los eventos en salud relacionados con el deterioro de las condiciones ambientales, varía dependiendo de las diferencias socioeconómicas del país, y la localización geográfica encontrándose una mayor cantidad de información en las zonas urbanas que en las rurales.

**Gráfico no. 1. Número de muertes anuales por categoría en Colombia<sup>38</sup>, 2004.**

Fuente: Larsen, 2004

De acuerdo a un estudio realizado por Larsen (2004) para el MAVDT<sup>39</sup>, en donde se estimaron los costos sociales y económicos del deterioro ambiental en Colombia<sup>40</sup>, se observa que “los efectos negativos en la salud relacionados con la degradación ambiental son superiores a los de otros países con niveles de ingreso similar, alcanzando un costo en mortalidad y morbilidad del 2.8% del PIB”<sup>41</sup>, aproximadamente 5.2 billones de pesos al año (ver gráfico no. 2

---

<sup>36</sup> La situación es diferente para cada grupo de edad. En el caso de los niños en donde la insuficiencia de agua, saneamiento e higiene representa el riesgo más alto de mortalidad infantil, seguido de la contaminación intramural; en -Triana, E., Ahmed, K. y Awe, Y. (2007), Prioridades ambientales para la reducción de la pobreza en Colombia. Un análisis ambiental del país para Colombia. Washington: Banco Mundial, Capitulo 5, con base en información de Larsen (2004) “Cost of Environmental Damage: A Socio-Economic and Environmental Health Risk Assessment” (estudio contratado por el gobierno de Colombia con cargo a recursos de la Donación PHRD a través del Banco Mundial). Los resultados son preliminares y deben interpretarse teniendo en cuenta que en su estimación se usaron gran cantidad d supuestos debido a la escasez de información en el país.

<sup>37</sup> Ibid.

<sup>38</sup> Larsen, 2004. Cost of Environmental Damage: A Socio-Economic and Environmental Health Risk Assessment. Prepared for MAVDT, Colombia. En: Sánchez-Triana, (2007), Op. cit. pág.120.

<sup>39</sup> Ibid., pág. 1

<sup>40</sup> Los costos de degradación del agua se calculan de forma parcial e indirecta por la falta de información disponible. Este costo se tomó únicamente en términos de enfermedades transmitidas por el agua (diarreicas). Tampoco se calculan los impactos en salud de los metales pesados y los productos químicos, ni el valor recreativo.

<sup>41</sup> Ibid. “Estudios llevados a cabo en varios países de ingreso entre bajo y mediano, en el Líbano (un país de ingresos entre medianos y altos), en el África septentrional y el Medio Oriente, indican que (...) el valor monetario de la morbilidad y mortalidad continúa estando por debajo del 2% del PIB.: p. 118.



De forma desagregada, los daños ambientales que generan los mayores costos anuales se concentran en: las condiciones del agua, saneamiento e higiene, los desastres naturales, la calidad del aire en exteriores, la degradación de la tierra y la calidad del aire en interiores.<sup>42</sup>

**Gráfico no. 2. Costos de daños ambientales en Colombia por categoría  
en miles de millones de pesos, 2004**

Fuente: Larsen, 2004

El costo anual atribuible a las condiciones del agua, saneamiento e higiene en Colombia representa aproximadamente el 1.1% del PIB. De estas cifras, cerca del 70% (0.77% del PIB) es atribuible a los impactos en la salud (mortalidad y morbilidad) y el 30% restante es atribuible a costos de prevención (consumo de agua embotellada, el filtrado doméstico del agua y el hervido doméstico para su potabilización).<sup>43</sup>

El promedio del costo anual por la carga en la salud atribuible a la calidad del aire en exteriores asociado a material particulado menor a 10 micras en Colombia, representa el 0.8% del PIB (1.5 billones de pesos)<sup>44</sup>, mientras que los costos anuales en salud atribuibles a la calidad del aire en interiores por el uso de combustibles tradicionales sólidos es de 415.000 millones de pesos, lo que representa casi el 0.3% del PIB.<sup>45</sup>

– Carga en Salud Atribuible a la Calidad del Aire (en exteriores e interiores)

Las causas y los efectos de la contaminación atmosférica en las personas por efecto de la creciente urbanización se han convertido en una preocupación primordial en materia de salud

---

<sup>42</sup> Ibid., pág. 117, grafica 5.1. se presentan en orden de mayor a menor costo.

<sup>43</sup> Ibid., pág. 121.

<sup>44</sup> Sánchez-Triana, (2007), Op. cit. pág. 210.

<sup>45</sup> Sánchez Triana, (2007), Op. cit. pág.121.

pública. Los factores contaminantes nocivos para la salud provienen de múltiples fuentes como los gases<sup>46</sup> y partículas<sup>47</sup>, generados por fuentes externas o internas donde se desarrollan e interactúan los individuos. Larsen (2004) presenta evidencias sobre cómo el contaminante más fuertemente asociado a las muertes prematuras, bronquitis y afecciones respiratorias es el material particulado, en especial las partículas de menos de 2.5 micras de diámetro (PM<sub>2.5</sub>)<sup>48</sup>.

La evidencia sugiere así mismo, que las partículas de menos de 2.5 micras de diámetro (PM<sub>2.5</sub>) son las que tienen los mayores efectos sobre la salud.<sup>49</sup> Shah (1997) y Kojima (2001) han estimado que las acciones orientadas a reducir en un 50% la carga de sulfatos y partículas suspendidas en el aire de las áreas urbanas, podrían contribuir a reducir la tasa total de mortalidad en un 4,7%, y contribuir a un aumento de la expectativa de vida hasta en 9.6 meses<sup>50</sup>.

A nivel global, entre el 20 y el 42% de las infecciones de las vías respiratorias inferiores<sup>51</sup> y aproximadamente 24% de las infecciones respiratorias superiores<sup>52</sup> en países en desarrollo son atribuibles a la calidad del aire.<sup>53,54</sup> La contaminación del aire en general afecta la salud de 80 millones de personas en América Latina y el Caribe, a la cual se le atribuye más de 2,3 millones de casos de insuficiencia respiratoria en niños cada año, y más de 100.000 casos de bronquitis crónica en personas adultas.<sup>55</sup>

Se calcula que aproximadamente 6.000 muertes y 7.400 nuevos casos de bronquitis crónica anuales son atribuibles a la calidad del aire en exteriores<sup>56</sup>. Según Sánchez-Triana(2007), más del 30% de los casos se presentan en Bogotá y más del 20% en ciudades con menos de un millón de habitantes. Por otro lado, se estima que cerca de 1.000 muertes al año son

---

<sup>46</sup> Monóxido de carbono (CO), óxidos de azufre (SO<sub>x</sub>), hidrocarburos, óxidos de nitrógeno (NO<sub>x</sub>), ozono (O<sub>3</sub>), entre otros.

<sup>47</sup> Material particulado; partículas con tamaño menor a 10 micras (PM<sub>10</sub>) y partículas con tamaño menor a 2.5 micras (PM<sub>2.5</sub>).

<sup>48</sup> Larsen, B. (2004), Cost of environmental damage. A Socio-Economic and Environmental Health Risk Assessment. Bogotá: Informe Final.

<sup>49</sup> Morgenstern, R. y Sánchez-Triana, E. (2007), Control de la contaminación atmosférica. En: Sánchez-Triana, op.cit.

<sup>50</sup> Shah J.J., T. Nagpal y C. Brandon (eds) (1997). Urban Air Quality Management Strategy in Asia. Washington: The World Bank; Kojima M. y M Lovei (2001). Urban Air Quality Management: Coordinating Transport, Environment and Energy Policies in Developing Countries. Washington: The World Bank.

<sup>51</sup> Las vías respiratorias bajas o inferiores: la laringe, la tráquea, los bronquios y los pulmones los cuales son los órganos propios del aparato respiratorio.

<sup>52</sup> Las vías respiratorias altas o superiores- la nariz, la boca (que también forma parte del sistema gastrointestinal) y la faringe.

<sup>53</sup> A. Prüss-Üstün, C. Corvalán, OMS 2006, op.cit., pag 9.

<sup>54</sup> Ver otras contribuciones causales de este factor ambiental en ANEXO 3.

<sup>55</sup> "Environmental burden of disease: Country profiles - Colombia" OMS, 2004 [En Línea], <Disponible en la Web: [http://www.who.int/quantifying\\_ehimpacts/national/countryprofile/regions/en/index.html](http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/national/countryprofile/regions/en/index.html)>.

<sup>56</sup> Sánchez-Triana, Op. cit, pag 135.

atribuibles a la calidad del aire en interiores<sup>57</sup> por el uso de combustibles sólidos<sup>58</sup> (ver gráfico no. 1).

Adicionalmente, en Aristizabal (1997)<sup>59</sup> se describen dentro de los efectos crónicos nocivos, producidos por los contaminantes en el aparato respiratorio, la alteración estructural e inhibición del sistema mucociliar, hiperplasia celular epitelial e inflamación de la mucosa respiratoria. Como efectos agudos pueden considerarse la faringitis, laringitis, traqueítis y la neumonía, donde la población más susceptible son los niños menores de 5 años.

Para el año 2005, las principales causas de muerte en menores de un año se concentran en trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal, mientras la principal causa de mortalidad en menores de edad entre 1 y 4 años es la infección respiratoria aguda (ver tabla no. 1).

#### **Tabla no. 1. Primeras causas de mortalidad en Colombia, 2005**

Fuente: Situación de salud en Colombia - Indicadores básicos 2007, MPS, OPS.

#### **– Carga en Salud Atribuible a la Calidad del Agua**

El abastecimiento de agua no potable y el inadecuado saneamiento e higiene, es una fuente directa de enfermedades. En los países en vía de desarrollo, el efecto acumulativo de las enfermedades vinculadas con la calidad del agua reprime el crecimiento económico e impone

---

<sup>57</sup> En el caso de calidad de aire en interiores, se observan vacíos en la recolección de la información primaria. Los datos proporcionados solo tienen en cuenta los contaminantes por el uso de combustibles sólidos como leña, residuos agrícolas, boñiga o bosto animal y carbón vegetal y no incluyen combustibles como kerosene y gas natural como medio de combustión en los hogares.

<sup>58</sup> Sánchez-Triana, (2007), Op. cit. pág. 119.

<sup>59</sup> Aristizabal, Gustavo, Suescun, Jorge, Patiño, Rosa, “Contaminación del aire y enfermedad respiratoria en población infantil de Puente Aranda, Universidad del Bosque, Centro de Investigaciones, Bogotá 1997.

mayores cargas a los sistemas de salud. Se debe garantizar el aumento de cobertura y la prestación eficiente de acueducto y alcantarillado debido al impacto directo que tienen estos servicios sobre la salud de la población, especialmente en mujeres y niños.

Según la OMS (2002)<sup>60</sup>, a nivel mundial, se le atribuye al agua, saneamiento e higiene 3.1% de las muertes (1.7 millones) y 3,7% de los AVAD (54.2 millones de años).<sup>61</sup> El agua no apta para el consumo humano<sup>62</sup> y el saneamiento básico insuficiente, son las principales causas de enfermedades como la diarrea, la filariasis linfática, la esquistosomiasis, el tracoma, infección por nemátodos intestinales, entre otras enfermedades, cada una con una contribución causal del medio ambiente mayor al 25%.<sup>63</sup> Así mismo, se le atribuye a este factor el 88%<sup>64</sup> de las enfermedades diarreicas y el 94%<sup>65</sup> de carga de morbilidad por diarrea.

Según datos de la OMS 2004, “la mejora del abastecimiento de agua reduce entre un 6% y un 21% la morbilidad por diarrea, la mejora del saneamiento reduce la morbilidad por diarrea en un 32%, las medidas de higiene, entre ellas la educación sobre el tema y la insistencia en el hábito de lavarse las manos, pueden reducir el número de casos de diarrea en hasta un 45% y la mejora de la calidad del agua de bebida mediante el tratamiento del agua doméstica, por ejemplo con la cloración en el punto de consumo, puede reducir en un 35% a un 39% los episodios de diarrea”<sup>66</sup>.

En Colombia, de las 189.022 muertes producidas en todas las edades para el año 2005, 1.137 corresponden a muertes por enfermedades infecciosas intestinales (0.6%), de las cuales el 51.1% (581 casos) se presentaron antes de cumplir los 5 años de vida y por sexo (considerando todas las edades) el 49.2% corresponden a muertes femeninas.

Respecto al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en términos de garantizar las sostenibilidad ambiental para el año 2005, con base en la “Situación de salud en

---

<sup>60</sup> Global Burden of Disease, OMS 2002.

<sup>61</sup> Sánchez-Triana, (2007), Op. cit.pág. 169.

<sup>62</sup> Referirse al Decreto 1575 y a la Resolución 2115 del 2007.

<sup>63</sup> A. Prüss-Üstün, OMS 2006, Op. cit. Anexos, pág 80.

<sup>64</sup> A. Prüss-Üstün, OMS 2006, Op. cit., pág 34.

<sup>65</sup> Ibidem, pág 5.

<sup>66</sup> “Relación del agua, el saneamiento y la higiene con la salud, Hechos y cifras - actualización de noviembre de 2004” OMS 2004, [En Línea], <Disponible en la Web: [http://www.who.int/water\\_sanitation\\_health/publications/facts2004/es/index.html](http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/facts2004/es/index.html)>.

Colombia, indicadores básicos 2007<sup>67</sup>”, la población que utiliza fuentes mejoradas de agua potable a nivel nacional alcanza un 83.4% y aquella población que utiliza instalaciones mejoradas de saneamiento es de 73.1%.

Como se observa en los gráficos no. 4 y no. 5 del anexo 4, las coberturas de agua potable y de alcantarillado en Colombia muestran una relación inversa respecto a la mortalidad infantil, como se puede apreciar en el caso de la cobertura de agua y de saneamiento básico en el Departamento de Chocó, donde las bajas coberturas de servicios públicos están ligadas a altas tasas de mortalidad, mientras que Bogotá presenta altas tasas de cobertura relacionadas con menores tasas de mortalidad en menores de cinco años.

De otra parte, el Ministerio de Salud realizó en 1998, el “Segundo Inventario Nacional de Calidad de Agua”<sup>68</sup> en donde se evaluó el índice de riesgo de la calidad de agua - IR<sup>69</sup>, entre otras cosas. Este índice de riesgo se interpretó como “el grado de incidencia de las condiciones que afectan la calidad de agua sobre la salud, es decir, a un mayor valor del índice de riesgo corresponde una mayor probabilidad de que un individuo, de una población determinada se enferme mientras persistan las condiciones”.<sup>70</sup> Con este inventario se estableció que para 1998, el 60% de la población encuestada se encontraba con valores de riesgo entre 35 y 60 (riesgo medio alto y alto), el 6% de la población se encontraba con un índice (IR) de riesgo superior a 60 y el 35% de la población se encontraba con un índice de riesgo (IR) inferior a 35. Este indicador fue posteriormente desarrollado técnicamente y establecido por decreto.

En 2007, el Ministerio de la Protección Social definió mediante el decreto 1575 el Índice de Riesgo de Calidad de Agua (IRCA)<sup>71</sup>, el cual se interpreta como el grado de riesgo de ocurrencia de enfermedades relacionadas con el no cumplimiento de las características físicas, químicas y microbiológicas del agua para consumo humano. Según la Evaluación del

---

<sup>67</sup> Ministerio de la Protección Social, Organización Panamericana de la Salud, “Situación de Salud en Colombia – Indicadores Básicos 2007”, pág.3.

<sup>68</sup> Ministerio de Salud, Dirección de Promoción y Prevención, Subdirección de Ambiente y Salud, “Segundo Inventario Nacional de Calidad de Agua”, 1998.

<sup>69</sup> IR es el resultante de la suma ponderada de los parámetros ambientales que influyen sobre una localidad y que determinan su condición sanitaria. Los índices de riesgo (IR) han sido valorados desde 0, riesgo nulo, a 100, inhabilidad sanitaria total. Se considera a los valores de IR menores a 35 como riesgo controlado; valores de 35 a 50, como poblaciones de necesaria vigilancia sanitaria por parte de entidades de carácter nacional y departamental; valores entre 50 y 60, poblaciones de inmediata atención por entidades de carácter nacional; valores de 60 y superiores, como inviables sanitariamente.

<sup>70</sup> Ministerio de Salud, Op.cit. pág. 26.

<sup>71</sup> Índice de Riesgo de la Calidad del Agua para Consumo Humano, IRCA. Es el grado de riesgo de ocurrencia de enfermedades relacionadas con el no cumplimiento de las características físicas, químicas y microbiológicas del agua para consumo humano. Fórmula de cálculo en Anexo 6.

Desempeño Integral de los Municipios para el año 2006<sup>72</sup> (DNP, 2007) el promedio nacional del IRCA fue de 26%. Por otro lado, la calificación promedio de la eficiencia en la Calidad del Agua para el país fue del 75%, en donde los municipios con mayor eficiencia en la calidad de agua fueron, además de Bogotá, los ubicados en los departamentos de Valle del Cauca, Quindío y Atlántico, los cuales reportan eficiencias promedio por encima del 90%. Por el contrario, las menores eficiencias se encontraron en los departamentos del Vaupés, Putumayo y Meta (ver gráfico no. 3). Es importante resaltar que los municipios que menor eficiencia tienen son los departamentos con menor desarrollo tecnológico y capacidad funcional.

**Gráfico no. 3: Índice de eficiencia en calidad de agua potable, vigencia 2006**

Fuente: DNP – DDTs 2006

– Carga en Salud Atribuible a la Seguridad Química

El manejo de sustancias químicas implica la exposición a los riesgos inherentes a las mismas durante todo su ciclo de vida, desde su fabricación hasta su disposición final. La gestión racional de las mismas, permite minimizar los efectos adversos importantes para la salud humana y el medio ambiente.

---

<sup>72</sup> El decreto 1575 de 2007 plantea el IRCA, sin embargo, para la implementación del mismo se adelantó durante el 2006 pruebas pilotos en diferentes municipios de país.

Según la OMS (2006), la exposición a sustancias químicas da cuenta de más del 25% de las intoxicaciones y el 5% de los casos de enfermedades como cáncer, desórdenes neuropsiquiátricos y enfermedades vasculares a nivel mundial.<sup>73</sup>

En Colombia, el SIVIGILA<sup>74</sup> reportó 8.777 y 13.168 casos de intoxicaciones por sustancias químicas en 2006 y 2007 respectivamente. En 2007, el 47,5% de las intoxicaciones reportadas correspondieron a plaguicidas, el 29,0% a otras sustancias químicas, el 20,1% a fármacos, el 1,9% a solventes, el 1,1% a metanol<sup>75</sup>, y el 0,5% a metales pesados. Las muertes notificadas corresponden aproximadamente al 0,5% de los casos reportados en el SIVIGILA en 2007. Del total de muertes reportadas el 80% ocurrieron por plaguicidas, 12,3% por otras sustancias químicas, 4,6% por fármacos y 3,1% por metales pesados. No se reportaron al SIVIGILA casos de mortalidad por intoxicación aguda por solventes o alcohol metílico.

La alta incidencia de intoxicaciones y muertes que se producen anualmente, derivada de la inadecuada manipulación de los plaguicidas y su uso por personas sin entrenamiento adecuado, además de la contaminación que originan al medio ambiente, ha hecho que, en los países de América Latina y el Caribe, estos productos sean considerados como un problema grave de alto impacto en salud pública. Los datos disponibles sobre los kilogramos de plaguicidas utilizados y el número de intoxicaciones presentan el siguiente comportamiento para el periodo 2000 – 2005 en diferentes países de la región (Ver tabla no. 2):

---

<sup>73</sup> A. Prüss-Üstün, OMS 2006, Op. cit. Anexos.

<sup>74</sup> SIVIGILA -Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública-: Conjunto de usuarios, normas, procedimientos, recursos (financieros y técnicos) y talento humano, organizados para la recopilación, análisis, interpretación, actualización, divulgación y evaluación sistemática y oportuna de la información sobre eventos en salud para la orientación de la acción, INVIMA 2008 [En Línea] <Disponible en la web: <http://www.invima.gov.co/Invima/BVSalud/IVC/sivigilamodelogeneral130may06.pdf>>.

<sup>75</sup> No se contemplan intoxicaciones por bebidas alcohólicas.

**Tabla no. 2: Plaguicidas y número de intoxicaciones registradas 2000 – 2005**

Fuente: OPS, La salud en las Américas 2007

## **B. Diagnóstico de la Gestión de la Salud Ambiental en Colombia**

De acuerdo con la revisión de la normatividad y de la gestión de la salud ambiental<sup>76</sup> y tomando en consideración el diagnóstico presentado sobre la salud ambiental, se identificaron una serie de problemas que afectan el estado de la salud ambiental en Colombia que se agrupan en las siguientes cuatro áreas: (i) institucionalidad y normatividad, (ii) información y gestión del conocimiento, (iii) manejo social del riesgo y (iv) capacidad técnica y científica.

### **i. Institucionalidad y normatividad<sup>77</sup>:**

La gestión ambiental y sanitaria en Colombia, ha avanzado en el marco de la descentralización política, fiscal y administrativa, y ha permitido diferenciar las funciones específicas de los actores involucrados. Sin embargo, para la gestión de la salud ambiental, y a la luz de un enfoque sistémico de causa-efecto, se identifica la falta de precisión sobre los alcances, las competencias y las responsabilidades de cada uno de los actores, lo que resulta en problemas de coordinación, de gestión y de ejercicio de rectoría por parte de las autoridades públicas relevantes.

---

<sup>76</sup> Revisión hecha por el grupo de trabajo del presente Conpes.

<sup>77</sup> Entidades relacionadas con salud ambiental - ver Anexo 5.



Es así que la ausencia de una política integral de salud ambiental es consecuencia de: (i) la reciente inclusión del tema en la agenda política, (ii) la indefinición de las relaciones entre las entidades competentes en los ámbitos nacional y territorial, (iii) el desconocimiento de las agendas políticas y técnicas sectoriales por parte de todos los actores institucionales involucrados en el tema de salud ambiental, lo que resulta en intervenciones sectoriales desarticuladas, y en algunos casos no costo-efectivas para el país, y (iv) la falta de desarrollo de normas en la materia<sup>78</sup>, dentro de las competencias establecidas por la Constitución y la Ley, que clarifiquen la función, los límites y la concurrencia de cada uno<sup>79</sup>. Lo anterior genera descoordinación en la toma de decisiones sobre asuntos de salud ambiental, así como una administración confusa y discordante.

Con base en lo anterior, resulta evidente la falta de liderazgo y rectoría del gobierno en materia de salud ambiental, que se refleja principalmente en la indefinición de las prioridades en el tema a intervenir, la escasa destinación de recursos para su gestión, las deficiencias en cuanto a creación, revisión, actualización y aplicación de la normatividad y la ausencia de programas y proyectos de salud ambiental a nivel nacional, a pesar de los avances que se ha tenido a la fecha.

---

<sup>78</sup> **Seguridad química:** En el país persiste un desarrollo sectorial de la infraestructura necesaria para la gestión de sustancias químicas con grandes vacíos en normatividad, caracterizado por intervenciones desarticuladas. En 1998, se elaboró en el país el Perfil Nacional de Sustancias Químicas, que permitió identificar las principales necesidades del país sobre el tema y generar un conjunto de recomendaciones. Se encontró que la normatividad existente sobre la materia resultaba demasiado general y carente de instrumentos adecuados para su implementación y control. En 2005, en cumplimiento de los lineamientos del convenio de Estocolmo, el MAVDT realizó: un inventario preliminar de plaguicidas, fuentes de emisiones de dioxinas, furanos y compuestos bifenilos policlorados existentes en Colombia, una evaluación económica de los impactos sobre la salud asociados a los compuestos orgánicos, la política ambiental para la gestión integral de residuos peligrosos y con el MPS elaboró el Manual de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares. Adicionalmente se han realizado informes sobre el impacto ambiental y el potencial impacto a la salud humana de algunas sustancias. Sin embargo, a la fecha no se conoce el impacto real que estos contaminantes pueden estar generando a nivel nacional en la salud humana. Por otro lado el Consejo Colombiano de Seguridad ha desarrollado guías para manejo seguro y gestión ambiental de 25 sustancias químicas peligrosas y se está desarrollando un proyecto de identificación de las acciones necesarias para adscribir e implementar el enfoque estratégico para la gestión de productos químicos – SAICM (Strategic Approach to International Chemicals Management).

<sup>79</sup> Un ejemplo de la complejidad a atender es en calidad de agua: El MAVDT en cabeza del Viceministerio de Agua Potable y Saneamiento Básico tiene la competencia de formular, dirigir y coordinar las políticas, planes y programas en materia de agua potable y saneamiento básico. Así mismo, dentro de sus funciones el Viceministerio debe definir conjuntamente con el Ministerio de la Protección Social, los requisitos de calidad del agua que deben cumplir las personas prestadoras del servicio público domiciliario de acueducto. Igualmente ese Viceministerio debe coordinar con el IDEAM, la gestión de la información del Sistema Nacional Ambiental, en materia de Agua y Saneamiento. A nivel regional, los departamentos deben dar apoyo presupuestal, técnico, financiero y administrativo a las CARs, a los municipios y demás entidades territoriales, en la ejecución de programas y proyectos y en las tareas necesarias para la conservación del medio ambiente y los recursos naturales renovables. Las CARs, se encargan de la administración, el manejo y el aprovechamiento de recursos naturales, entre estos el recurso hídrico. A nivel local los municipios y distritos son los encargados de asegurar la prestación eficiente de los servicios públicos domiciliarios, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 142 de 1994. Los municipios, distritos y áreas metropolitanas cuya población sea superior a un millón de habitantes dentro del perímetro urbano y las autoridades creadas mediante la Ley 768 de 2002, ejercen en su jurisdicción las funciones de las CARs. Según la Ley 99, Artículo 65, los municipios deben ejecutar obras o proyectos de descontaminación de corrientes o depósitos de agua afectados por vertimiento del municipio, así como programas de disposición, eliminación y reciclaje de residuos líquidos y sólidos y de control a las emisiones contaminantes del aire.

ii. Información y gestión del conocimiento:

La producción, recopilación, manejo, divulgación y utilización de la información de salud ambiental es deficiente debido a: (i) la ausencia de sistemas de información compatibles al interior de los sectores y entre los sectores (salud y ambiente), (ii) el insuficiente uso y análisis de la información a nivel nacional, (iii) el insuficiente talento humano y deficiencia de insumos técnicos para el manejo de la misma, (iv) la carencia de un sistema integrado de indicadores de salud ambiental que permita elaborar diagnósticos para la formulación de políticas o planes de intervención, (v) la deficiente articulación y aprovechamiento de información generada por el sector privado, entre otras causas.

En cuanto a calidad de aire, se está consolidando una red nacional (SISAIRE - Sistema de Información de Calidad de Aire que hace parte del SIAC – Sistema de Información Ambiental de Colombia), que reciba información en tiempo real y que permita tomar medidas preventivas inmediatas en casos de picos de contaminación.<sup>80</sup>

Actualmente no existen sistemas de vigilancia en salud pública requeridos para monitorear el evento en salud resultante del factor ambiental; se encuentran falencias en el reporte de enfermedades del sistema respiratorio por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) al Instituto Nacional de Salud (INS).<sup>81</sup> Sin embargo, en el momento se están haciendo evaluaciones del efecto de la contaminación del aire en la salud, en las ciudades principales<sup>82</sup>, lo cual ayuda a cuantificar “los beneficios sobre la salud derivados de las intervenciones del gobierno en materia de prevención y control de la contaminación de aire”.<sup>83</sup>

Los monitoreos adelantados por las autoridades de salud y ambiente han sido por lo general aislados y discontinuos. Se requiere entonces, integrar el seguimiento de los impactos de la salud atribuibles a las condiciones del ambiente, basados en información epidemiológica.

---

<sup>80</sup> Sistema administrado por el IDEAM.

<sup>81</sup> Esta situación general, se puede confirmar también para las enfermedades causales del deterioro de la calidad de agua y seguridad química.

<sup>82</sup> Bogotá, Medellín y Santiago de Cali. Informe Anual sobre el Estado del Medio Ambiente y los Recursos Naturales renovables en Colombia: Calidad del Aire. 2007

<sup>83</sup> Documento Conpes 3344, “Lineamientos para la formulación de la política de prevención y control de la contaminación de aire”, Bogotá, 14 de Marzo de 2005, pág. 15

*“Esto implicaría sistemas de información integrados, con equipos de investigación y seguimiento. En el mejor de los casos con capacidad de análisis prospectivo y pronóstico.”<sup>84</sup>*

En cuanto a calidad de agua, el MAVDT creó el Sistema de Información del Recurso Hídrico – SIRH por medio del Decreto 1323 del 2007 como otro sistema parte del SIAC. El MPS y el INS desarrollan el programa de vigilancia de la calidad del agua para consumo humano, que incluye áreas de análisis físicos, químicos y microbiológicos de interés en salud pública, el cual está conformado por el Programa Interlaboratorios de Control de Calidad para Agua Potable –PICCAP y el Sub-sistema de Información de la Vigilancia de la Calidad del Agua Potable – SIVICAP<sup>85</sup>. Así mismo, el Decreto 1575 de 2007 ordena un enlace entre este subsistema y el Sistema Único de Información - SUI que administra la Superintendencia de Servicios públicos Domiciliarios<sup>86</sup>.

En cuanto a seguridad química, no se cuenta con fuentes y sistemas de información intersectorial que permitan tener un panorama claro del impacto que la exposición a sustancias químicas genera sobre la salud y con el cual se pueda elaborar un perfil nacional que soporte los procesos de gestión ambiental. La poca información disponible, se encuentra dispersa en diferentes organismos. Se cuenta con información del INS proveniente del programa de Vigilancia Epidemiológica de plaguicidas Organofosforados y carbamatos (VEO) a partir de 1993<sup>87</sup> y con la información proveniente del Sistema de Vigilancia en salud pública - SIVIGILA<sup>88</sup> que entre otras reporta intoxicaciones (medicamentos, metales pesados, plaguicidas, solventes y otras sustancias químicas). Por otro lado, se encuentra El Centro de Información de Seguridad sobre Productos Químicos CISPROQUIM<sup>89</sup> del Consejo Colombiano de Seguridad, el

---

<sup>84</sup> Ibidem.

<sup>85</sup> “Este sistema consolida información de los resultados enviados al INS por los LDSP (Laboratorios Departamentales del Agua Potable), que realizan la vigilancia de la calidad del agua mediante análisis fisicoquímicos y bacteriológicos de muestras de agua tomadas en la red de distribución, según decreto, y calcula el IRCA (índice de riesgo de calidad de agua potable), que es un indicador para la medición del impacto en salud”. Tomado de: Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial (MAVDT), Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE) y Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA), “Iniciativa Latinoamericana y Caribeña para el Desarrollo Sostenible: Indicadores de seguimiento”, Colombia 2007, pág. 48.

<sup>86</sup> El Decreto 1575 de 2007 Por el cual se establece el Sistema para la Protección y Control de la Calidad del Agua para Consumo Humano.

<sup>87</sup> Este programa de vigilancia emplea el método de Limperos y Ranta para la determinación de la acetilcolinesterasa (AChE) como indicador, con el fin de detectar precozmente los casos de absorción elevada de plaguicidas e impulsar el desarrollo de acciones de promoción, prevención y control, que disminuyan la incidencia de intoxicaciones agudas producidas por los plaguicidas inhibidores de la acetilcolinesterasa (AChE).

<sup>88</sup> Conjunto de usuarios, normas, procedimientos, recursos (financieros y técnicos) y talento humano, organizados para la recopilación, análisis, interpretación, actualización, divulgación y evaluación sistemática y oportuna de la información sobre eventos en salud para la orientación de la acción. Disponible en la web: <http://www.invima.gov.co/Invima/BVSalud/IVC/sivigilamodelogeneral130may06.pdf>.

<sup>89</sup> CISPROQUIM, hace parte del Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres – SNPAD como su Centro de Información para Atención de Emergencias Químicas, sistema dirigido por la Dirección de Prevención y Atención de Desastres del Ministerio del Interior y de Justicia. Disponible en la web: <http://www.cisproquim.org.co/qsomos.htm>

maneja información para atención de emergencias; CISPROMQUIM en alianza con la Universidad Nacional y el MPS funciona como el único centro nacional de información toxicológica y manejo del riesgo químico, suministrando asesoría médica toxicológica y técnica para la atención de intoxicaciones y eventos tecnológicos (derrames, accidentes, fugas). Adicionalmente existen bases de datos en el DANE, DIAN, ICA, Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, etc., las cuales no son utilizadas como soporte para la toma de decisiones por otros Ministerios<sup>90</sup>.

Con base en lo mencionado anteriormente, puede afirmarse que el país no dispone de un sistema integral de vigilancia en salud ambiental que permita monitorear las condiciones ambientales y evaluar su impacto en la salud de la población, razón por la cual uno de los principales retos de este proceso es promover y coordinar espacios de análisis de información intersectorial y comunitaria, que permitan construir evidencia nacional para orientar de manera técnica y científica la formulación de políticas, al igual que poner al alcance de la comunidad la información mínima requerida.

### iii. Manejo social del riesgo

El enfoque de riesgo para la salud ambiental en el país ha tenido una lectura limitada y ha estado centrada principalmente en las estrategias y acciones que permiten superar la materialización de un evento indeseable, sobre la base de la respuesta que la institucionalidad estatal pueda dar en un momento de crisis. Es decir, el enfoque se ha centrado en la superación de las consecuencias en los diferentes frentes sociales y sectoriales. El enfoque no ha: (i) abordado de forma sistémica la prevención y mitigación de los riesgos físicos y sociales derivados del medio ambiente; (ii) considerado la participación activa de responsabilidad de la sociedad y la familia en el esquema de abordaje del riesgo, y (iii) tenido en cuenta la capacidad que tienen los diferentes agentes para enfrentar, resistir y recuperarse de la materialización del riesgo, es decir no ha considerado la vulnerabilidad.

---

<sup>90</sup> “Lineamientos de Política para el Control de la Contaminación Hídrica en Colombia, Evaluación Ambiental Estratégica” MAVDT, Noviembre 2007.

Lo anterior demuestra la necesidad que tiene el país de definir un adecuado enfoque de riesgo. En dicho sentido el abordaje de la salud ambiental se realizará mediante el manejo social del riesgo, ello implica que si bien todas las personas, hogares y comunidades están expuestas al riesgo de padecer hambre o malnutrición, una enfermedad o pobreza debido a factores químicos, o relativos al aire (entre otros ambientales), las acciones del Estado y la Sociedad deben estar dirigidas principalmente a la población que mayor grado de vulnerabilidad y exposición a amenazas concretas<sup>91</sup>. Las familias corresponsablemente deben adoptar acciones, actitudes y mecanismos de protección, mitigación y superación que disminuyan la vulnerabilidad y la exposición a amenazas. Las estrategias que se enmarcan en manejo social del riesgo son: prevención y promoción, mitigación y superación.

Finalmente, los ejes de política no se materializan de forma separada, interactúan en forma de estrategias que involucran a la familia, la sociedad civil y al Estado. La estrategia con la cual el Estado, las familias y la sociedad civil en general responden y se anticipan a las situaciones de riesgo se denomina *manejo social del riesgo (MSR)*, que no es otra cosa que el arreglo institucional y el conjunto de acciones mediante el cual la sociedad se pone de acuerdo para protegerse frente a las contingencias que menoscaban su calidad de vida.

De la ausencia de un modelo integral de gestión en salud ambiental se deriva la ausencia de un sistema nacional de inspección, vigilancia, control y seguimiento en salud ambiental que articule a su vez un sistema nacional de información integrado.

Con el fin de evaluar las falencias en gestión en cada uno de las condiciones ambientales tratadas en este documento, se han realizado algunas Evaluaciones Ambientales Estratégicas (EAE), como la Evaluación Ambiental Estratégica con énfasis en Contaminación del Aire en Centros Urbanos<sup>92</sup>, la cual identificó y jerarquizó los factores que inciden en la salud ambiental en Colombia.

---

<sup>91</sup>(i) **Amenazas, choques o factores de riesgo:** eventos que menoscaban la seguridad alimentaria y nutricional de un grupo poblacional o de la población en general (alza y volatilidad en los precios de los alimentos de la canasta básica, caída de los ingresos en efectivo o en especie, pérdida de capital físico o capital humano, crisis económica, desastres naturales); (ii) **Vulnerabilidad:** susceptibilidad a eventos específicos que está determinada por la estructura de acumulación de capital físico y humano (y del estándar de vida) de la persona o familia; y (iii) **Riesgo:** Probabilidad de ocurrencia de un resultado indeseable, en este caso padecer hambre o malnutrición. Se basa en la ocurrencia potencial y en la exposición a eventos dañinos dada la vulnerabilidad de la población.

<sup>92</sup> “Evaluación ambiental estratégica para la formulación de política en materia de salud ambiental para Colombia, con énfasis en contaminación atmosférica en centros urbanos”. Documento técnico realizado por la Universidad Javeriana y Cendex, Bogotá, julio de 2008.

En relación con el recurso hídrico, la EAE<sup>93</sup>, permitió identificar las siguientes falencias en diferentes aspectos que se pueden relacionar con el impacto en la salud ambiental: ausencia de reglamentación en el reuso de aguas residuales, insuficientes instrumentos para el control efectivo de la contaminación por agroquímicos, e indefinición de criterios de calidad de cuerpos de aguas, en función de sustancias químicas y tóxicas.

En cuanto a la seguridad química, en 1998 se elaboró el Perfil Nacional de Sustancias Químicas, el cual permitió identificar las principales necesidades del país sobre el asunto y generó un conjunto de recomendaciones. De acuerdo con este Perfil Nacional, la normatividad existente sobre la materia resultaba demasiado general y carente de instrumentos adecuados para su implementación y control. Así mismo establece que en el país persiste un desarrollo sectorial de la infraestructura necesaria para la gestión de sustancias químicas, con grandes vacíos de información sobre emisiones, cantidad de residuos peligrosos generados por la industria y la comunidad, inventario de sustancias químicas, registro de sustancias químicas de uso industrial, protocolos de vigilancia para las intoxicaciones por fármacos, metanol, solventes, metales pesados y otras sustancias químicas, entre otros.

Por otro lado, existe una clara debilidad de los laboratorios de salud ambiental en adelantar las respectivas pruebas analíticas que sirvan de insumo para la generación de conocimiento, elaboración de diagnósticos y orientación de intervenciones sanitarias y ambientales. Esto se debe, en gran medida, a la falta de infraestructura tecnológica en laboratorios e institutos de salud pública, a la carencia de mecanismos/protocolos para la evaluación de la competencia, al bajo nivel en la implementación de sistemas de aseguramiento de la calidad analítica y a la carencia de personal y recursos en las entidades competentes.

Adicionalmente los laboratorios que gozan de algún grado de capacidad técnica no están integrados entre sí y no hay una clara diferenciación entre las actividades realizadas por los laboratorios de referencia y por los que apoyan la inspección, vigilancia y control. A este respecto, hay deficiencias en el ejercicio de la autoridad ambiental y sanitaria que se evidencia en la escasa capacidad sancionatoria.

---

<sup>93</sup> “Lineamientos de Política para el Control de la Contaminación Hídrica en Colombia, Evaluación Ambiental Estratégica” MAVDT, Noviembre 2007.

#### iv. Capacidad técnica y científica

Reconociendo que el país presenta deficiencias en la formación de recursos humanos calificados en salud ambiental, se resalta la necesidad de desarrollar y regular las competencias y condiciones laborales del personal técnico y profesional, de acuerdo con la normatividad sanitaria y ambiental vigente, de tal forma que se pueda garantizar su idoneidad, y la continuidad de los procesos en lo territorial, condiciones que entran a garantizar, entre otras, la calidad en la prestación de los servicios. Puntualmente puede mencionarse la Ley 1164 de 2007, la cual dicta disposiciones en materia del talento humano en salud, normando condiciones sobre el ejercicio de los profesionales autorizados legalmente. Autorización que se caracteriza por la competencia profesional.<sup>94</sup>

La escasa capacidad técnica y científica se origina también en el incipiente e insuficiente involucramiento del sector académico en formaciones de pregrado, posgrado e investigaciones requeridos para el abordaje de la salud ambiental en el país. Así mismo existe una escasa coordinación entre los investigadores y los formuladores de políticas.<sup>95</sup>

La ciencia de la salud ambiental es un campo multidisciplinario que aplica conocimientos básicos de las ciencias y de la ingeniería para el reconocimiento, evaluación y control de procesos físicos, químicos y biológicos del medio ambiente que influyen la salud y el bienestar humano, todo esto con aplicaciones a lo social, la gestión y las ciencias sociales. Se requiere entonces establecer lineamientos políticos y técnicos necesarios para poder ejercer los diferentes campos de la salud ambiental (política, toxicología, análisis de riesgos, epidemiología, investigación científica, formación en salud ambiental etc.) en Colombia. Estos campos deben abarcar, entre otros conocimientos, la química, física y biología, medio ambiente, toxicología, genética, bioquímica y nutrición. Por otro lado, las entidades de orden nacional, regional y local cuentan con insuficiente personal idóneo para ejercer los aspectos políticos, técnicos,

---

<sup>94</sup> En el sector de agua potable y saneamiento básico se exige a los profesionales el cumplimiento de las disposiciones mínimas que trae el Reglamento técnico del Sector de agua potable y saneamiento básico - RAS en cuanto a perfiles y experiencia mínima requerida para los profesionales que realicen diseños, supervisiones técnicas y la dirección de proyectos. Así mismo se cuenta con las Resoluciones 1076 de 2003 y 1570 de 2004, expedidas por el Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial, sobre certificación de competencias laborales del personal que labora en el sector, en especial para operadores de plantas potabilizadoras y fontaneros. La Resolución 2115 de 2007, reglamentaria del decreto 1575 de 2007, solicita la reglamentación por parte del Ministerio de la Protección Social, de las calidades y requisitos para los funcionarios responsables de la inspección, vigilancia y control sanitario de la calidad del agua para consumo humano (Artículo 32).

<sup>95</sup> Sánchez-Triana, (2007), Op. cit. pág. 63.

tecnológicos y científicos de la salud ambiental. Se requiere entonces fortalecer orgánica y funcionalmente las entidades con talento humano cualificado para esa labor.

Aun reconociendo los avances e intereses puntuales por fortalecer el ejercicio de la salud ambiental en Colombia, es importante mencionar que en los últimos años el abordaje de este proceso ha venido sufriendo un decrecimiento técnico debido a problemas estructurales relacionados con la falta de voluntad política y la no interpretación como un problema de salud ambiental y a problemas operativos relacionados con la estabilidad y remuneración laboral, condiciones de trabajo, asignación presupuestal y la vinculación de personal no idóneo; condiciones o situaciones que traen como resultante problemas de calidad en el ejercicio de las funciones sanitarias y ambientales lo cual repercute en la población.

#### IV. MARCO CONCEPTUAL

La presencia de factores ambientales adversos para la salud de la población colombiana, y sus manifestaciones y repercusiones expresadas en morbilidad, mortalidad, discapacidades, deben ser abordados en su conjunto, con la intervención de diferentes actores y sectores, tanto de carácter público, como privado y social, según competencias y responsabilidades, con el fin de lograr el impacto necesario y mejorar las condiciones de calidad de vida y salud, en el marco de un desarrollo sostenible.

La salud, el desarrollo y el ambiente están interrelacionados, se implican mutuamente. Como lo anota Cantú M.<sup>96</sup> “Tanto el *desarrollo insuficiente* que conduce a la pobreza, como el *desarrollo inadecuado* que redundando en el consumo excesivo; combinados con el crecimiento de la población mundial, pueden motivar graves problemas de salud relacionados con el ambiente en los países desarrollados y en los países en desarrollo”.

“La salud ambiental es el resultado de la interacción de factores que operan en distintos niveles de agregación y en el marco de procesos complejos, que van más allá de los componentes tradicionales biológicos, físicos y químicos del medio ambiente. Para su mejor comprensión, la

---

<sup>96</sup> Cantú Martínez, P.C. 1998. Apreciación Ecológica de la salud. Ambiente Sin Fronteras. Volumen 1 No. 11/12; 4 pp.



salud ambiental se puede contextualizar usando como referencia el marco de los factores determinantes de la salud (ver gráfico no. 6). Según este marco, hay una serie de factores determinantes estructurales de carácter social, económico, político, ambiental, tecnológico y de biología humana, algunos relacionados entre sí y en importante interacción con el sistema de salud. Estas relaciones dan lugar a su vez a factores determinantes intermedios que generan condiciones de vida deficientes, riesgos y peligros ambientales, y cambios en los estilos de vida y comportamiento, como consecuencia de los cuales se modifican los niveles de esperanza de vida, se producen enfermedades, daños, discapacidades y muertes, y se ve alterado el bienestar de la población”.<sup>97</sup>

**Gráfico no. 6: La salud y sus factores determinantes: Interacciones de salud y ambiente**

Fuente: Loyola E. Progress on Children’s Environmental Health in the Americas. Conference for the evaluation of global health strategies. Florence, Italy, 2006.

---

<sup>97</sup> “Salud de las Américas, Cap. 3, “Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental, 2007, pág. 222.

Para poder analizar estas relaciones en el país, el Plan Nacional de Salud Pública (2007 – 2010) presenta un marco orientado a mejorar las condiciones de salud, el bienestar y calidad de vida de la población, así como reducir la carga en salud atribuible a las condiciones del ambiente, en el cual se sustenta el desarrollo de la Política de Salud Ambiental.

El Plan Nacional de Salud Pública define la articulación y el trabajo integral de los siguientes enfoques:

- El enfoque poblacional, donde se plantea la necesidad de incorporar un conjunto de acciones simples o combinadas dirigidas a la población en general, con el fin de establecer modificaciones sobre los riesgos en cada momento del ciclo vital, los cuales incrementan la carga de morbilidad, mortalidad y discapacidad.
- El enfoque de gestión social del riesgo plantea la construcción de soluciones a partir del abordaje causal de los riesgos para la salud en poblaciones específicas, mediante su identificación, evaluación y modificación, conducentes a evitar desenlaces adversos, y teniendo en cuenta que muchos de los eventos de salud no ocurren al azar, sino que son predecibles y modificables con el concurso de los actores de salud, otros sectores comprometidos y la comunidad.
- El enfoque de los determinantes incorpora el conjunto de factores que inciden de forma indirecta en el estado de salud de los individuos y de las poblaciones, planteando que los resultados en salud de los individuos, grupos y colectividades dependen de la interacción de cuatro grupos de factores: ambientales, del comportamiento humano, de la herencia y de las respuestas de los servicios de salud.

La respuesta al abordaje de los problemas ambientales tanto de orden natural como antrópico, puede plantearse desde diferentes y complementarios enfoques y estrategias, adelantados desde el sector público, el sector privado, las organizaciones sociales y la comunidad, como son fundamentalmente: (i) *la prevención, el manejo y el control de los riesgos específicos*, tales como el mejoramiento de la calidad del agua, o las alternativas al uso de plaguicidas, (ii) *la modificación de los determinantes intermedios y estructurales que inciden sobre la salud*, a partir de las estrategias de promoción de la salud, reducción de la pobreza y

desarrollo sostenible, orientadas al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), y (iii) la *justicia ambiental* que se presenta como una herramienta para responder a las desigualdades y se concibe como “un conjunto de principios y prácticas que aseguran que ningún grupo social soporte una carga desproporcionada de las consecuencias ambientales negativas de operaciones económicas, decisiones políticas y de programas estatales y locales, así como la ausencia u omisión de tales políticas, permitiendo el acceso justo y equitativo a los recursos del país, acceso a informaciones relevantes para las comunidades afectadas y grupos vulnerables, favoreciendo la construcción de modelos alternativos y democráticos de desarrollo”<sup>98</sup>.

Con el fin de dimensionar la complejidad e integralidad para el abordaje de la salud ambiental, en el Anexo 2 se presenta un listado preliminar de los diferentes componentes de salud ambiental de acuerdo a un estudio presentado en la Revista Panamericana de Salud Pública en el 2000.

## **V. OBJETIVOS**

El objetivo principal del presente documento es definir los lineamientos generales para fortalecer la gestión integral de la salud ambiental orientada a la prevención, manejo y control de los efectos adversos en la salud resultado de los factores ambientales, como base para la formulación de la Política Integral de Salud Ambiental. Específicamente se pretende: (i) articular la política y la gestión de las entidades, desarrollar e implementar procesos y procedimientos tendientes al fortalecimiento de la gestión intersectorial, inter e intra-institucional en el ámbito de la salud ambiental, (ii) fortalecer las acciones de la política de salud ambiental bajo el enfoque poblacional, de riesgo y de determinantes sociales, (iii) fortalecer orgánica y funcionalmente las diferentes entidades de orden nacional, regional y local con competencias en salud ambiental en los aspectos administrativos, técnicos y de infraestructura, (iv) crear un sistema unificado de información en salud ambiental, y (v) fortalecer los procesos de capacitación e investigación requeridos para la problemática de salud ambiental en el país.

---

<sup>98</sup> Ibid., pág. 224.

## **VI. LINEAMIENTOS**

El fin último de la Política Integral de Salud Ambiental para la prevención, manejo y control de los efectos adversos en la salud causados por la degradación ambiental, debe ser contribuir al mejoramiento de la calidad de vida y bienestar de la población. Para formular esta política, el país necesita de unos lineamientos generales, un acuerdo institucional y un plan de acción. A continuación, se presentan los lineamientos generales que deberán ser tenidos en cuenta para la definición de la Política Integral de Salud Ambiental y de las políticas y estrategias asociadas, a nivel nacional y local.

### **Coordinación:**

La formulación e implementación armónica y efectiva de las políticas y acciones sobre salud ambiental requiere la presencia de una estructura de dirección, manejo y coordinación en el país (inicialmente en los componentes de calidad de aire, calidad de agua y seguridad química), conformada a través de un organismo de naturaleza intersectorial, que integre la gestión que cumplen los distintos Ministerios y entidades sobre la salud ambiental.

Una condición necesaria para la exitosa formulación e implementación de políticas, estrategias nacionales y locales debe ser su naturaleza intersectorial. Por lo tanto, se requiere un modelo de gestión integral de salud ambiental que tenga en cuenta los alcances, competencias y responsabilidades de cada uno de los actores que intervienen en salud ambiental de tal forma que las acciones emprendidas sean complementarias, eficaces, eficientes y costo-efectivas.

### **Información para las decisiones:**

El diseño, seguimiento, evaluación económica y ajuste de las políticas y estrategias nacionales y locales de prevención, manejo, y control relacionadas con la salud ambiental deberán basarse en información cuantitativa sobre sus costos y beneficios sociales. Para ello, se requiere contar inicialmente, con redes de monitoreo de calidad de aire y de calidad de agua, laboratorios, inventarios de sustancias químicas, información epidemiológica, entre otra información, adecuados a las realidades ambientales, económicas e institucionales de cada región. Resulta necesario fortalecer los procesos de recolección y análisis de la información

sobre salud pública y avanzar en el conocimiento de las relaciones entre factores de deterioro ambiental y la salud.

#### **Armonía regional:**

Las intervenciones de las autoridades de salud y ambiente de los distintos niveles territoriales en materia de salud ambiental se ejercerán de manera armónica. Sin embargo, las estrategias locales deberán reconocer las particulares condiciones ambientales, demográficas, económicas, posibilidades energéticas, institucionales y tecnológicas de cada ciudad o región. La información ambiental, sanitaria, institucional y económica que se colecte, será la base para formular y desarrollar políticas, estrategias y regulaciones nacionales a las cuales estará sujeto el accionar de las entidades ambientales y de salud con jurisdicción territorial.

#### **Complementariedad:**

Las políticas, regulaciones, proyectos y actividades que integran las estrategias nacionales, regionales y locales de salud ambiental deben ser explícitamente complementarios, para asegurar su refuerzo mutuo en aras de una mayor efectividad y eficiencia.

#### **Integralidad en la Visión de Salud Ambiental:**

Las intervenciones del gobierno en materia de prevención, manejo y control de la calidad sanitario ambiental deberán responder a un enfoque integral que analice las diferentes relaciones sanitario - ambientales desde un punto de vista simple y/o combinado, que busquen modificar o mitigar los efectos acumulados en cada uno de los momentos del ciclo vital que incrementan la carga ambiental de morbilidad, mortalidad y discapacidad.

Existen distintos enfoques para abordar el área de la salud ambiental. Será propósito del presente documento indicar la necesidad de formular un modelo integral de gestión en salud ambiental (incorporando un enfoque de manejo social del riesgo) que incluya, la definición de los diferentes componentes sanitario – ambientales para el país y un marco general de análisis de su interacción, desde el cual se evalúen el conjunto de políticas asociadas por separado y de manera agregada.

**Seguimiento y Evaluación:**

Las intervenciones del gobierno en materia de la calidad sanitario-ambiental serán evaluadas *ex ante*, *ex post* y en forma periódica y sistemática a lo largo de su implementación. Esas evaluaciones se harán teniendo en cuenta criterios de eficacia, eficiencia y equidad. Las evaluaciones periódicas serán la base para el ajuste de las intervenciones del gobierno, de acuerdo con las cambiantes realidades del entorno tecnológico, económico, institucional, cultural y social.

**Costo-efectividad:**

Las políticas, regulaciones, estrategias e inversiones sanitario-ambientales deben ser costo-efectivas. Ellas deberán permitir alcanzar las metas propuestas en la Política Integral de Salud Ambiental a los menores costos y generar los mayores beneficios posibles<sup>99</sup>. Las intervenciones del gobierno se priorizarán *ex - ante*, de acuerdo con estos criterios.

**Equidad:**

Las políticas, regulaciones, estrategias e inversiones en materia de salud ambiental deben ser socialmente equitativas. Sus beneficios y costos deberán ser distribuidos de manera justa entre la sociedad, asegurando la protección de los grupos socio-ambientalmente más vulnerables. Las intervenciones del gobierno se priorizarán *ex - ante*, de acuerdo con criterios de equidad.

**Corresponsabilidad:**

Las políticas que se desarrollen deberán considerar criterios de corresponsabilidad entre el Estado, la sociedad y las familias con el fin de adoptar acciones concretas que disminuyan la vulnerabilidad y la exposición a amenazas.

**Visión Territorial y Sectorial:**

Las intervenciones del gobierno en materia de prevención, manejo y control sanitario – ambiental serán evaluadas tomando en consideración criterios espaciales y temporales. Con este propósito será necesario identificar la dinámica espacial y temporal de las principales fuentes de

---

<sup>99</sup> El logro de compromisos internacionales del país deberán ser tenidos en cuenta en la política integral de salud ambiental

de contaminación ambiental (emisiones, vertimientos y desechos sólidos y de residuos tóxicos y peligrosos).

Lo anterior con el fin de incluir medidas explícitas dirigidas a disminuir los efectos adversos de la contaminación ambiental sobre la salud en los Planes de Ordenamiento Territorial<sup>100</sup> y los Planes de Desarrollo. Estas medidas deberán ser orientadas a promover la planificación urbana sostenible, favorecer la concentración, localización y relocalización de industrias, entre otras actividades productivas, hacia zonas de menor afectación social y ambiental. Las medidas desde un punto de vista territorial contribuyen en el análisis de las diferentes relaciones sanitario-ambientales en consideración del impacto global que todas las formas combinadas de degradación ambiental generan sobre la salud. Así mismo contribuyen con la disminución de costos de control y manejo sanitario ambientales por economías de aglomeración.

#### **Externalidades Positivas y Desarrollo de Incentivos Económicos:**

La Política Integral de Salud Ambiental deberá incluir instrumentos económicos e incentivos, articulando los existentes y/o evaluando la pertinencia de nuevos, que favorezcan el desarrollo y adopción de medidas que minimicen el impacto negativo (simple y/o combinado) de la degradación ambiental sobre la salud. Las políticas y estrategias asociadas, nacionales y locales, deberán ser evaluadas a la luz de la Política Integral de Salud Ambiental.

En los procesos de planificación, diseño e implementación de proyectos de inversión sectoriales (tales como desarrollo urbano, transporte y energía) se buscará de manera activa – además de los beneficios sectoriales – la generación de beneficios en materia sanitario – ambiental por la utilización de tecnologías eficientes y limpias, la optimización de procesos para minimizar la utilización de sustancias contaminantes que afectan la salud, así como la promoción de sustancias alternativas que tengan menor impacto en el ambiente y la salud. En la medida de lo posible se buscarán tanto beneficios ambientales locales como globales. Esto último con el objetivo de aprovechar las oportunidades de cofinanciación resultante de la implementación de acuerdos internacionales sobre Cambio Climático.

---

<sup>100</sup> A ser incluidas, bajo la orientación de las autoridades ambientales competentes, como determinante ambiental de los planes de ordenamiento territorial - POT, y bajo la orientación de las autoridades municipales, en los programas de ejecución de los POT

**Ajustes regulatorios:**

Las políticas, estándares y regulaciones relativas a la prevención, manejo y control de la calidad del aire, de la calidad de agua y de la seguridad química, deberán ser revisados y armonizados. Con base en esa revisión se desarrollarán y/o modificarán las políticas, estándares y regulaciones con el fin de identificar y llenar los vacíos de las mismas frente a aspectos de la gestión integral de la salud ambiental. Estos deberán ser actualizados periódicamente a la luz de nueva información sobre los efectos en salud del deterioro ambiental.

**Transparencia y publicación:**

Las políticas, estrategias, estándares y regulaciones que el Gobierno Nacional y las autoridades ambientales y de salud territoriales propongan para abordar la salud ambiental, deberán ser divulgados y consultados públicamente a fin de promover la amplia participación social en su diseño e implementación. La gestión e información sobre calidad del aire, calidad de agua y seguridad química, junto con sus efectos sobre la salud deben ser ampliamente difundidas.

**Fortalecimiento y articulación de las instituciones y organizaciones:**

Las políticas y estrategias orientadas y formuladas para el abordaje integral del impacto en salud causado por el deterioro ambiental, en los ámbitos nacional y territorial, deberán reconocer las fortalezas y debilidades de las instituciones públicas y privadas involucradas con la salud ambiental.

Los sectores de ambiente y salud unirán esfuerzos para articular un sistema de gestión integral de salud ambiental con el fin de coordinar alcances, competencias y responsabilidades de cada uno de los actores vinculados. Se priorizará en primera instancia, el fortalecimiento de la capacidad de las autoridades ambientales y sanitarias en el seguimiento y monitoreo de la calidad del aire, calidad de agua y seguridad química.



## VI. ORGANIZACIÓN INSTITUCIONAL

Para asegurar el coordinado diseño, formulación, implementación, seguimiento y evaluación de las políticas y estrategias nacionales de la Política Integral de Salud Ambiental (PISA) se propone crear como mecanismo de coordinación una **Comisión Técnica Nacional Intersectorial para la Salud Ambiental (CONASA)**, como una instancia de carácter técnico. Su principal función será articular a las entidades parte de la comisión en las diferentes áreas temáticas de salud ambiental y en particular promover la efectiva coordinación entre las políticas y estrategias de ambiente y salud. Así mismo, CONASA realizará un seguimiento al conjunto de las actividades productivas que tienen una afectación negativa sobre la salud a causa de la degradación ambiental.

Igualmente, en los casos en los cuales no existen mecanismos de coordinación en áreas temáticas relacionadas con salud ambiental, será función de CONASA establecer mesas de trabajo con el objeto de proponer a las diferentes entidades políticas, y estrategias para prevenir y controlar efectos negativos sobre la salud derivados de la degradación ambiental.

La CONASA tendrá carácter eminentemente asesor para todos sus miembros, y las decisiones que se adopten no son obligatorias y por lo tanto no constituirán pronunciamientos o actos administrativos de los miembros que la integren. No obstante, su gestión deberá permitir visibilizar los resultados de la gestión de las entidades que la integran, en el propósito de diseñar, formular, implementar, realizar seguimiento y evaluación a la PISA y al conjunto de políticas y estrategias que hagan parte de ella.

La CONASA, estará presidida de manera alterna por los Ministros de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial y Protección Social o sus delegados, por un lapso de 1 año cada uno, iniciando el MAVDT. La Comisión, estará integrada por los representantes o sus delegados de las siguientes instituciones:

- i. Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial.
- ii. Ministerio de la Protección Social.

- iii. Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural.
- iv. Ministerio de Comercio, Industria y Turismo.
- v. Ministerio de Educación Nacional.
- vi. Ministerio de Minas y Energía.
- vii. Ministerio de Transporte.
- viii. Departamento Nacional de Planeación, DNP.
- ix. Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, IDEAM.
- x. Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, INVIMA.
- xi. Instituto Nacional de Salud, INS.
- xii. Instituto Colombiano Agropecuario, ICA.
- xiii. Colciencias

Esta comisión contará con una Secretaría Técnica ejercida por el Departamento Nacional de Planeación - a través del Grupo de Política Ambiental y Desarrollo Sostenible de la Dirección de Desarrollo Urbano y Política Ambiental o quien haga sus veces.

La conformación de la CONASA, su funcionamiento y estructura, se establecerá por decreto en un plazo no mayor a 4 meses, sin perjuicio de estudiar en el futuro la pertinencia de modificar su composición y establecer la vinculación de nuevos miembros.

Así mismo, una vez conformada la CONASA, se deberá estudiar la posibilidad devincular o asignar, en apoyo a las tareas de los miembros del CONASA, funcionarios técnicos o contratistas de apoyo de dedicación preferente o exclusiva.

Se creará, a partir de los sistemas de información existentes y aquellos que fuere necesario desarrollar el Sistema de Unificado Información de Salud Ambiental (SUISA). El Sistema será la principal fuente de información para el diseño, implementación, seguimiento y evaluación de la Política Nacional Integral de Salud Ambiental. Será administrado por el Instituto Nacional de Salud (INS) en coordinación estrecha con el Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales (IDEAM), quienes homologaran los procedimientos de recolección y procesamiento de la información necesaria para alimentarlo. El Ministerio de

Protección Social y el Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial crearán y reglamentarán en un plazo no mayor a 12 meses el funcionamiento del SUIA.

## **VII. PLAN DE ACCIÓN**

A continuación, se presentan las acciones a ser abordadas de manera coordinada por CONASA, discriminadas de acuerdo con los objetivos de presente documento y orientadas a la formulación de la PISA:

*1. Objetivo: Articular la política y la gestión de las entidades y desarrollar e implementar procesos y procedimientos tendientes al fortalecimiento de la gestión intersectorial, inter e intrainstitucional en el ámbito de la salud ambiental.*

A. Modelo de gestión integral de salud ambiental con énfasis en calidad de aire, calidad de agua y seguridad química:

- Proponer criterios técnicos, financieros e institucionales para la realización de un diagnóstico de la gestión nacional y territorial de la salud ambiental, bajo coordinación del MAVDT y MPS, con el apoyo de las instituciones involucradas.
- Proponer la evaluación de los modelos de gestión integral de salud ambiental existentes a nivel mundial y analizar su posible adaptación a Colombia.
- Proponer el diseño de un modelo unificado de gestión integral de salud ambiental, inicialmente articulando los temas de calidad de aire, calidad de agua y seguridad química, para garantizar la complementariedad y sinergia de las intervenciones de los distintos actores y sectores, con base en el diagnóstico y las evaluaciones. Dentro de esta actividad se deberá evaluar la incorporación de un enfoque de manejo social del riesgo.

B. Instrumentos de política y normatividad para la implementación del modelo de gestión integral de salud ambiental:

- Proponer criterios técnicos, financieros e institucionales para la realización de un diagnóstico sobre los instrumentos de política y normatividad existentes en salud

ambiental a nivel nacional y territorial, inicialmente en los temas de calidad de aire, calidad de agua y seguridad química, con el fin de identificar vacíos e intersecciones entre los mismos que incluya:

Normas:

- Armonización de la Ley 9 del 1979 (Código Sanitario Nacional), el Decreto-Ley 2811 de 1974 (Código Nacional de Recursos Naturales y Medio Ambiente) y su desarrollo normativo, con la Ley 99 de 1993 y su desarrollo normativo en los aspectos de agua, aire y seguridad química.
- Análisis profundo de la Ley 9 de 1979 frente a la normatividad ambiental vigente, especialmente en temas de competencias que incluya:
  - El análisis del ejercicio de las entidades que ejercen como autoridades ambientales y de salud que hacen parte del SINA y del SGSSS.
  - La definición del significado, alcances y procedimientos de la función ejercida “en consulta” por parte del MAVDT al MPS con relación al Artículo 5 del Parágrafo 1 de la Ley 99 de 1993.

Política:

- Identificar para cada área temática de salud ambiental, el conjunto de políticas que le regulan, revisando los objetivos, lineamientos, instrumentos económicos y financieros y mecanismos institucionales, relevantes para el análisis de salud ambiental. Así mismo, se deberá indicar el estado de su implementación.
- A la luz del modelo de gestión integral de salud ambiental analizar el conjunto de políticas asociadas a cada área temática por separado y de manera agregada.
- Se resalta que se le dará prioridad a las áreas temáticas de salud ambiental con mayor impacto de las que trata este Conpes.
- Revisar las regulaciones sancionatorias relativas a la calidad de aire, calidad de agua y seguridad química y su relación con regulaciones sectoriales pertinentes, con el propósito de fortalecer la normatividad sancionatoria en los temas relativos a la salud ambiental.
- Las propuestas de ajustes de política y normatividad que proponga CONASA a las entidades integrantes, deberán recomendar un término fijo para su evaluación.

- Proponer ajustes al conjunto de políticas, normas y estrategias nacionales y regionales de prevención, manejo y control de los efectos adversos en la salud por factores ambientales. A partir de lo anterior, diseñar la propuesta de PISA a ser considerada por las entidades del Gobierno Nacional relacionadas con la materia, y que, siguiendo los lineamientos planteados en el presente documento, recoja los ajustes necesarios y adopte el modelo de gestión integral de salud ambiental, entre otras definiciones de política.

C. Instrumentos de planificación y espacios de participación comunitaria activos, dinámicos y con capacidad de decisión:

- Proponer una agenda y estrategias para la incorporación del tema de salud ambiental en instrumentos de planificación relevantes y en los espacios de toma de decisión asociados, evaluando la posibilidad de crear espacios interinstitucionales e intersectoriales en salud y ambiente a nivel territorial (Consejos Territoriales de Salud Ambiental – COTSA).
- Fomentar y crear espacios de participación, destinados al análisis, construcción y evaluación de alternativas y políticas en los temas de salud ambiental. Para ese fin se requiere fortalecer las organizaciones sociales y comunitarias para su participación en procesos de toma de decisión relevantes y crear mecanismos de sensibilización y participación comunitaria a nivel territorial.
- Proponer actividades de información y formación a la comunidad relacionadas con la calidad de aire, calidad de agua y al manejo adecuado de sustancias químicas y su impacto en el medio ambiente y salud.
- Proponer un plan de divulgación y sensibilización nacional y regional del Conpes de Lineamientos para la formulación de una Política Integral de Salud Ambiental con el fin de diagnosticar e integrar las líneas de acción del Conpes a las necesidades regionales.

2. *Objetivo: Fortalecer las acciones de la política de salud ambiental bajo el enfoque poblacional, de riesgo y de determinantes sociales.*

A. Sistemas Nacional de Inspección Vigilancia y Control - IVC basados en el modelo integral de salud ambiental:

- Identificar el conjunto de acciones de la política de salud ambiental a la luz del enfoque poblacional, de riesgo y determinantes sociales.
- Evaluar la pertinencia de estas acciones a la luz del modelo de gestión integral de salud ambiental.
- Proponer criterios técnicos, financieros e institucionales para la realización de un diagnóstico de los sistemas de IVC existentes en salud ambiental en Colombia.
- Evaluar los modelos de IVC existentes a nivel mundial que tengan como marcos los enfoques poblacionales, de determinantes y de gestión de riesgo, y analizar su posible adaptación a Colombia.
- Proponer un sistema de IVC en salud ambiental, para implementar a nivel territorial que incluya:
  - Proponer protocolos de evaluación de riesgo para la salud por calidad de aire, calidad de agua y sustancias químicas en cada una de las etapas de su ciclo de vida, de tal forma que permita adelantar vigilancia sanitaria, vigilancia ambiental y la vigilancia epidemiológica.
  - Proponer protocolos de manejo adecuado de los residuos hospitalarios, radioquímicos, farmacéuticos y de ingeniería genética, como elemento clave de la gestión hospitalaria y como prioridad en salud pública.
  - Proponer el diseño y ejecución de programas de comunicación social del riesgo de calidad de aire y calidad de agua, que permitan ofrecer información permanente acerca de las características del aire y agua.
  - Proponer protocolos para los estudios epidemiológicos relacionados con las actividades agroindustriales de alto impacto, tales como la quema de la caña de azúcar.

- Fomentar el fortalecimiento de la red de laboratorios de salud ambiental con énfasis en calidad de aire, calidad agua y seguridad química y fomentar la creación de laboratorios regionales especializados en toxicología sanitario-ambiental, integrándolos a la red nacional de laboratorios y la red nacional de toxicología<sup>101</sup>.
- Evaluar la posibilidad de desarrollar centros regionales de atención e información toxicológica adscritos al interior de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

B. Estrategia de entornos saludables para implementar e incluir el tema de salud ambiental en el ámbito territorial.

- Identificar y proponer la articulación de actores claves nacionales, en particular MAVDT, MPS, MEN, SENA, ACCIÓN SOCIAL, ICBF, DNP, INS, entre otros, en el marco de otras iniciativas o comisiones intersectoriales, distintas a CONASA.
- Proponer la inclusión dentro de la propuesta de la creación de los COTSA, la identificación y vinculación de los actores claves territoriales, en particular gobernaciones, alcaldías, corporaciones autónomas regionales, entre otros.
- Proponer el diseño e implementación del modelo de gestión y evaluación de la estrategia.
- Proponer el diseño e implementación de herramientas para la implementación de la estrategia en el ámbito territorial.
- Proponer la realización de un diagnóstico, monitoreo y seguimiento de la estrategia en el ámbito territorial.
- Proponer la implementación proyectos integrales y sostenibles de mejoramiento de las condiciones sanitarias de la vivienda y escuelas, con énfasis en el control del uso de combustibles tradicionales sólidos, el manejo de sustancias químicas y el abastecimiento de sistemas de agua y saneamiento.
- Promover proyectos de mejoramiento de las condiciones sanitarias en entornos tales como el ámbito laboral, institucional, entre otros.

---

<sup>101</sup> En este punto es importante señalar la articulación que debe haber entre los laboratorios y las autoridades encargadas de la inspección, vigilancia y control de la contaminación por automotores en la vía pública, aspecto contemplado en la propuesta del nuevo código de tránsito.

- La aplicación de entornos e IVC servirá para la implementación del modelo de gestión integral de salud ambiental.

3. *Objetivo: Fortalecer orgánica y funcionalmente las entidades de órdenes nacional, regional y local relacionadas con salud ambiental en los aspectos administrativos, técnicos y de infraestructura.*

A. Para el fortalecimiento del recurso humano en salud ambiental:

- Proponer la definición de las competencias laborales de la salud ambiental.
- Proponer el desarrollo de programas de capacitación/actualización en los aspectos técnicos y tecnológicos, dentro de las instituciones involucradas en salud ambiental.
- Propender por la disponibilidad técnica e idoneidad del recurso humano para la implementación y fortalecimiento de los diferentes procesos enmarcados en la gestión de la salud ambiental.

B. Promover el fortalecimiento de los recursos administrativos y de infraestructura relativos a las actividades de salud ambiental:

- Proponer estructuras administrativas para el ejercicio de las competencias de salud ambiental de conformidad con el modelo y productos definidos en este Conpes.
- Promover el fortalecimiento de los recursos administrativos y de infraestructura (infraestructura, logística, espacios locativos, insumos, transporte y soporte tecnológico) para la recolección y análisis de datos que permitan ejercer un mayor control sobre los factores ambientales que afectan la salud y apoyen la gestión de la salud ambiental en general.

4. *Objetivo: Crear un Sistema de Unificado Información de Salud Ambiental (SUISA).*

A. Sistema Unificado de Información en Salud Ambiental centrado inicialmente en la calidad del aire, calidad del agua y seguridad química:



- Evaluar modelos de sistemas de información de salud ambiental existentes a nivel mundial y analizar su posible adopción en Colombia. Sobre esta base, y de acuerdo al modelo de gestión integral de la salud ambiental, proponer los criterios de análisis para realizar un diagnóstico de información ambiental, salud (epidemiológicos, toxicológicos) y socio-económica existentes y definir la estructura y parámetros del sistema de información.
- Proponer criterios técnicos, financieros e institucionales, a la luz del enfoque integral de salud ambiental y en particular proponer:
  - El ajuste y actualización del perfil de sustancias químicas realizado en 1998 en el estudio: “Perfil para Evaluar la Infraestructura Nacional de la Gestión en Sustancias Químicas”, de los Ministerios: Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial, Salud, Agricultura, Trabajo y Seguridad Social, que incluirá el diagnóstico de carga ambiental en salud para la seguridad química.
  - La actualización de los inventarios nacionales de la calidad de agua y aire teniendo en cuenta los avances de las redes de monitoreo respectivas, incluyendo el estudio de cargas ambientales en salud (1998).
- Proponer la creación del Centro Nacional de Información Toxicológica.
- Proponer el desarrollo de un Sistema Unificado de Información de Salud Ambiental (SUISA) que articule, actualice y analice sistemas de información existentes, tales como: SISAIRE, SISPRO, RIPS, DANE, SIVICAP, SUI, INS-SIVIGILA, SIRH, y que vincule a las autoridades ambientales y de salud, y a los entes territoriales.
- Recomendar el establecimiento de un proceso de aseguramiento y control de la calidad de registro primario.
- Recomendar ajustes al sistema de control y registro de sustancias químicas a nivel nacional con el fin de optimizarlo.

5. *Objetivo: Fortalecer los procesos de capacitación e investigación requeridos para la problemática de salud ambiental en el país.*

A. Desarrollo del sector académico en salud ambiental:

- Fomentar la inclusión en los pensum académicos de carreras de ciencias naturales, ingenierías, técnicas y sociales la asignatura de salud ambiental.
- Promover la especialización en los diferentes sectores de la salud ambiental.

**B. Desarrollo de la investigación científica en salud ambiental:**

- Identificar y proponer el diseño y priorización de líneas de investigación en salud ambiental, bajo el liderazgo de Colciencias, en coordinación con el MPS, el MAVDT, el sector académico, INS, IDEAM y otros institutos de investigación relevantes.
- Aunar esfuerzos técnicos, humanos y financieros entre el sector público y privado que permitan obtener los recursos necesarios para lograr el desarrollo de la agenda de investigación en salud ambiental.
- La agenda se implementará haciendo énfasis inicialmente en calidad de aire y agua, calidad de agua y seguridad química.

**6. *Objetivo: Gestionar la consecución de recursos:***

Promover la gestión coordinada por parte del Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo territorial, Ministerio de la Protección Social y el Departamento Nacional de Planeación para la consecución de recursos para el funcionamiento óptimo de CONASA y la ejecución del plan de acción.

## **VIII. RECOMENDACIONES**

El Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial, el Ministerio de la Protección Social, el Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, el Ministerio de Minas y Energía, el Ministerio de Educación Nacional, el Ministerio de Transporte y el Departamento Nacional de Planeación recomiendan al Conpes:

1. Adoptar los lineamientos propuestos en este documento para la formulación de la Política Integral de Salud Ambiental (PISA) y el desarrollo de políticas y estrategias de salud ambiental que hagan parte de esta.

2. Solicitar al Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial, Ministerio de la Protección Social, Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, Ministerio de Minas y Energía, Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Transporte, bajo la coordinación del Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial, Ministerio de la Protección Social y el Departamento Nacional de Planeación, que en el término de 4 meses contados a partir de la fecha de aprobación del presente documento, acordar y adelantar los trámites necesarios para la creación de la Comisión Técnica Nacional Intersectorial de Salud Ambiental - CONASA.
3. Solicitar a las entidades que a partir de la fecha de conformación de la CONASA concurren coordinadamente en el desarrollo de las acciones indicadas en el plan de acción de este documento y en un término de 3 meses detallar y ajustar el plan de acción que garantice su efectiva implementación.
4. Solicitar a los Ministerios de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial y Protección Social que, en el término de 12 meses a partir de la fecha de aprobación del presente documento, acuerden y adelanten los trámites necesarios para la creación del Sistema Unificado de Información de Salud Ambiental (SUISA).
5. Solicitar al Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial, Ministerio de la Protección Social y el Departamento Nacional de Planeación gestionar coordinadamente la consecución de recursos para la ejecución del plan de acción del que trata el presente documento.
6. Solicitar a las entidades que a partir de la fecha de creación de la CONASA propongan una Política Integral de Salud Ambiental en un término máximo de 2 años. Esta Política incluirá entre otras cosas, ajustes normativos y de política y el modelo de gestión integral de salud ambiental.

## **IX. ANEXO**

### **Anexo 1. Perfil País de carga en salud por factores ambientales COLOMBIA, OMS (2004) –(\*corregido DNP-DDS)**

Mortalidad de menores de 5 años	21/1000 nacidos vivos
Expectativa de vida	73 años

#### **Carga de enfermedad por causas ambientales para factores de riesgo específicos**

Fuente: Burden of disease in Colombia, OMS 2004

## **Anexo 2. Propuesta de los diferentes componentes de salud ambiental**

Con el fin de dimensionar la complejidad e integralidad para el abordaje de la salud ambiental, se presenta un listado preliminar de los diferentes componentes de salud ambiental de acuerdo al enfoque presentado en la Revista Panamericana de Salud Pública, en su artículo “Salud Ambiental: conceptos y actividades” en el 2000<sup>102</sup>. Se considera este cuadro indicativo y preliminar para iniciar la discusión de los diferentes componentes de la salud ambiental y su relación. Estos componentes será objeto de acuerdos y ajustes por parte de la Comisión Técnica Intersectorial de Salud Ambiental que se propone en el presente documento (CONASA).

---

<sup>102</sup> Ordoñez, Gonzalo A., “Salud Ambiental: conceptos y actividades”, Revista Panamericana de la Salud Pública, vol7, n.3, Washington, DC, Marzo 2000.

1. Agua potable, saneamiento básico en higiene
  - Fuentes de agua superficial
  - Transporte y almacenamiento
  - Agua subterránea
  - Tratamiento de agua
  - Desinfección (incluyendo métodos electrolíticos in situ)}
  - Distribución de agua
  - Calidad de agua
  - Agua para industrias
  - Gestión y tecnologías
  - Políticas de tarifa
  - Recolección y transporte de aguas residuales
  - Eliminación in situ de excretas
  - Recolección y manejo de aguas lluvias
2. Recursos hídricos y contaminación
  - Manejo de cuencas y áreas de recolección
  - Hidrogeología
  - Contaminación de masas de aguas
  - Tratamiento de aguas residuales
  - Eliminación de aguas residuales
  - Efluentes industriales
  - Conservación, reciclaje y reutilización del agua
  - Gestión de tarifas
3. Desechos sólidos y protección del suelo
  - Normas
  - Recolección y transporte de desechos sólidos domésticos
  - Tratamiento y eliminación de desechos sólidos domésticos
  - Manejo de desechos sólidos industriales
  - Reciclaje, reducción, reutilización
  - Contaminación del suelo
4. Contaminación atmosférica
  - Normas
  - Monitorización
  - Contaminación de aire exterior
  - Controles de las emisiones de fuentes fijas y móviles
  - Contaminación del aire interior
5. Inocuidad de los alimentos
  - Normas
  - Higiene de los alimentos (producción, distribución, preparación, educación)
  - Enfermedades producidas por los alimentos (falta de higiene)
  - Uso de plaguicidas
  - Control en mataderos
6. Salud y seguridad ocupacional
  - Toxicología ocupacional
  - Peligros y riesgos ocupacionales
  - Contaminantes del lugar de trabajo
  - Ergonomía
  - Seguridad Industrial y agroindustrial
7. Seguridad química y desechos peligrosos
  - Toxicología ambiental
  - Manejo de sustancias químicas peligrosas
  - Manejo de plaguicidas
  - Manejo de residuos peligrosos
  - Manejo de residuos hospitalarios
8. Entornos de vivienda y espacios saludable
  - Higiene en la vivienda
  - Higiene de edificios públicos y áreas recreativas
  - Reparación
  - Desarrollo
9. Control de vectores y salud pública veterinaria
  - Manejo de vectores en la salud pública
  - Artrópodos y roedores
  - Control de zoonosis
10. Radiación ionizante y no ionizante
  - Manejo de desechos radioactivos
  - Fuentes radioactivas en servicios de salud
  - Fuentes radioactivas industriales
  - Campos electromagnéticos y salud
11. Contaminación por ruido
  - Ruido industrial
  - Ruido por transporte
  - Ruido por otras fuentes
12. Turismo y salud ambiental
  - Playas
  - Alojamiento de turistas
  - Piscinas de natación
  - Controles portuarios de salud
13. Planificación urbana y uso del suelo
  - Políticas de desarrollo urbano y rural
  - Evaluación de impacto ambiental
14. Seguridad en el transporte
  - Prevención de accidentes
15. Calidad de medicamentos
  - Bioseguridad en los laboratorios
16. Aspectos ambientales globales
  - Cambio climático
  - Energía y ambiente
  - Contaminación transfronteriza
  - Gestión ambiental
17. Desastres naturales
  - Prevención y mitigación de desastres tecnológicos y naturales

### **Anexo 3. Carga en salud por factores ambientales, 2006**

Fuente: Traducido de A. Prüss-Üstün, OMS 2006, Op. cit. Anexos, pág. 80.

**Anexo 4. Graficas de (i) Cobertura de Acueducto (%) y tasa de mortalidad en menores de 5 años (por cada 1.000 nacidos vivos) y (ii) Cobertura de Alcantarillado (%) y tasa de mortalidad en menores de 5 años (por cada 1.000 nacidos vivos)**

**Gráfico no. 4. Cobertura de Acueducto (%) y tasa de mortalidad en menores de 5 años (por cada 1.000 nacidos vivos)**

**Gráfico no. 5. Cobertura de Alcantarillado (%) y tasa de mortalidad en menores de 5 años (por cada 1.000 nacidos vivos)**

05

**Anexo 5. Entidades relacionadas con la salud ambiental en cuanto a la calidad de agua, calidad de aire y seguridad química en Colombia**



## Anexo 6. Anexo técnico Definiciones y comentarios de

algunos datos presentados en el documento:

### Antecedentes de política:

Los Lineamientos para la formulación de la Política Integral de Salud Ambiental se enmarca en los principios consagrados en la Constitución Política, específicamente en los Artículos 49, 81 y 366.

- Artículo 49- La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.
- Artículo 81- Queda prohibida la fabricación, importación, posesión y uso de armas químicas, biológicas y nucleares, así como la introducción al territorio nacional de residuos nucleares y desechos tóxicos.
- Artículo 366- El bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son finalidades sociales del Estado. Será objetivo fundamental de su actividad la solución de las necesidades insatisfechas de salud, de educación, de saneamiento ambiental y de agua potable. Para tales efectos, en los planes y presupuestos de la Nación y de las entidades territoriales, el gasto público social tendrá prioridad sobre cualquier otra asignación.

### IRCA:

Índice de Riesgo de la Calidad del Agua para Consumo Humano, IRCA. Es el grado de riesgo de ocurrencia de enfermedades relacionadas con el no cumplimiento de las características físicas, químicas y microbiológicas del agua para consumo humano. Fórmula de cálculo en Anexo Técnico.

Este índice se calcula por medio de puntajes de riesgo a ciertas características.

$$\text{IRCA (\%)} = \frac{\sum \text{puntajes de riesgo asignado a las características no aceptables}}{\sum \text{puntajes de riesgo asignados a todas las características analizadas}} * 100$$

Niveles de riesgo: (i) INVIABLE SANITARIAMENTE,  $70.1 < \% \text{IRCA} < 100$ - Agua no apta para el consumo humano y requiere vigilancia máxima, especial y detallada, (ii) ALTO,  $35.1 < \% \text{IRCA} < 70$  - Agua es no apta para el consumo humano y requiere una vigilancia especial., (iii) MEDIO,  $14.1 < \% \text{IRCA} < 35$  - Agua no apta para el consumo humano, susceptible de disminuir con una gestión directa, (iv) BAJO,  $5.1 < \% \text{IRCA} < 14$  - El agua cumple con todos o casi todos los aspectos, (v) SIN RIESGO,  $0 < \% \text{IRCA} < 5$ , El agua cumple en todos los aspectos.

# **Documento Conpes 121**

**Social**

**Consejo Nacional de Política Económica y Social República de Colombia**

**Departamento Nacional de Planeación**

**\* AJUSTE A LA DISTRIBUCIÓN DE LAS ONCE DOCEAVAS DE LA VIGENCIA 2008  
(EDUCACIÓN, SALUD, AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO básico, PROPÓSITO  
GENERAL Y ASIGNACIÓN ESPECIAL PARA ALIMENTACIÓN ESCOLAR,  
MUNICIPIOS RIBEREÑOS DEL RÍO MAGDALENA Y RESGUARDOS INDÍGENAS)**

**\* DISTRIBUCIÓN DE LA ÚLTIMA DOCEAVA Y DEL MAYOR VALOR,  
GENERADO POR EFECTO DE LA INFLACIÓN DEFINITIVA CAUSADA EN EL  
AÑO 2007, DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES VIGENCIA 2008**

**DNP: DDS – DDT - OJ**

**Ministerio de Hacienda y Crédito Público**

**Ministerio de Educación**

**Ministerio de la Protección Social**

**Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial**

**Versión aprobada**

**Bogotá, D.C., 24 de Diciembre de 2008**

## INTRODUCCIÓN

El presente documento somete a consideración del Conpes para la Política Social: 1) Un ajuste a la distribución de las once doceavas de la vigencia 2008 (Educación, Agua potable y Saneamiento Básico, Propósito General y asignación especial para alimentación escolar, municipios ribereños del río Magdalena y resguardos indígenas) y 2) La distribución de la última doceava y mayor valor del Sistema General de participaciones<sup>1</sup> de la vigencia 2008. Este mayor valor se causa por efecto de la diferencia entre la inflación 2007 estimada para la incorporación de recursos del SGP en el Presupuesto General de la Nación (4,5%) y la inflación efectivamente causada en 2007 (5.69%).

### I. ANTECEDENTES

Mediante Documentos Conpes Social 112, 114, 116, 118, 119 y 120 de 2008 se distribuyó el 100% de las once doceavas de las participaciones para Salud, Educación, Agua Potable y Saneamiento Básico y Propósito General; así como las Asignaciones Especiales para Alimentación Escolar, Municipios Ribereños del Río Magdalena y Resguardos Indígenas del Sistema General de Participaciones de la vigencia 2008.

Cabe resaltar que el Conpes Social 119 realizó la asignación de recursos de las once doceavas del SGP de Propósito General para el municipio de Norosí (Bolívar) creado en diciembre de 2007, ajustó la correspondiente al municipio de Río Viejo y distribuyó los recursos excedentes<sup>2</sup> entre todos los municipios del país.

El presente documento ajusta la distribución de las once doceavas de la participación de Educación, Agua potable y Saneamiento Básico y las asignaciones especiales para alimentación escolar vigencia 2008 del SGP, por la inclusión del municipio

---

<sup>1</sup> Igualmente, para el sector salud se incluye la distribución y asignación de los ahorros y de los excedentes por no ahorros de aportes patronales de las entidades territoriales en las once doceavas de prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda de 2008, incluyendo los ajustes por la participación del municipio de Norosí (Bolívar) y Guachené (Cauca).

<sup>2</sup> Excedentes del 0,5% de los recursos de Propósito General que se habían reservado para la asignación de los nuevos municipios de Norosí (Bolívar), Tuichín y San José de Uré (Córdoba). Finalmente, solo se pudo asignar a Norosí, porque de los otros dos aún no se dispone de la certificación del DANE sobre su población y NBI.

de Norosí - segregado del municipio de Río Viejo , considerando que el DNP recibió certificación de población 2008 y NBI del DANE antes del 15 de septiembre de 2008<sup>3</sup>.

Este municipio participa en la asignación de los recursos del SGP por fórmula ya que las variables para distribuir los recursos por cada componente de la Participación en Salud, Agua potable y Saneamiento Básico, no fueron certificadas por el ente competente en la presente vigencia, se procede a aplicar para efectos de distribución el mismo indicador calculado para el municipio de Río Viejo (Bolívar), excepto en los indicadores donde se utiliza la población 2008 y el NBI. Lo anterior, en virtud de lo dispuesto en el artículo 6 del decreto 159 de 2002, que establece:

*“Artículo 6°. Cálculo de variables para los nuevos municipios con información insuficiente. Para los efectos de la determinación de la asignación que corresponde a los nuevos municipios que hayan sido creados y reportados al Departamento Nacional de Planeación hasta el 31 de diciembre del año inmediatamente anterior a la vigencia fiscal para la cual se realiza la distribución de los recursos del Sistema General de Participaciones, se aplicarán los mismos indicadores del municipio del cual hubiere sido segregado, o el promedio si se hubiere segregado de varios en el evento de información certificada sobre una o más variables; con excepción de los datos de población e índice de Necesidades Básicas Insatisfechas para el nuevo municipio y el segregante, para la vigencia, los cuales deberán ser certificados en todo caso por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística, Dane. Sin la certificación del Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE, no se podrá realizar la asignación de recursos para el nuevo municipio.”.*

De conformidad con el artículo 85 de la Ley 715 de 2001, sobre la programación y distribución del SGP de los Departamentos, Distritos y municipios y con base en la reglamentación del Acto legislativo 04 de 2007, expedida mediante la Ley 1176 de 2007, se incorporó al Presupuesto General de la Nación para vigencia 2008, las suma de \$17.660.447 correspondientes a las once doceavas de la vigencia actual.

---

<sup>3</sup> La certificación del DANE fue recibida el 26 de agosto de 2008, según radicado No 2008-663-023970-2, antes del límite fijado por el artículo 11 del decreto 313 de 2008.

Adicionalmente, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público mediante oficio radicado DNP 2008-663-021787-2 del 06 de agosto de 2008 certificó al DNP la incorporación en el Presupuesto General de la Nación de 2009 la suma de \$1.605.495.143.451 correspondientes al valor de la última doceava de la vigencia 2008 y de \$208.802.100.625 por concepto de ajuste por mayor inflación registrada en el 2007<sup>4</sup> (Cuadro 1)

### **Cuadro 1**

#### **Distribución - Sistema General de Participaciones**

#### **Última doceava - Vigencia 2008 y mayor valor por inflación definitiva - Vigencia 2007**

De acuerdo con lo anterior y atendiendo lo dispuesto por el artículo 85 de la Ley 715 de 2001, corresponde al Departamento Nacional de Planeación realizar la distribución del Sistema General de Participaciones, la cual deberá ser aprobada por el Conpes para la Política Social.

Cabe señalar que, con el propósito de evitar los efectos negativos en la distribución del Sistema General de Participaciones, derivados de las variaciones de los datos censales, esta distribución tiene en cuenta lo establecido por el parágrafo 4 del artículo 4 del Acto Legislativo 04 de 2007 y por el Decreto 317 de 2008, en el sentido de orientar los recursos

---

<sup>4</sup> Artículo 27 ley 1176 de 2007.

necesarios para que no se disminuyan, por razón de la población y el Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas, los recursos que recibieron las entidades territoriales en la vigencia 2007.

Es importante aclarar, que una vez revisada la normatividad vigente, las Subdirecciones del DNP involucradas en la distribución del SGP y la Oficina Asesora Jurídica de la misma entidad concluyen que al municipio de Norosí (Bolívar) no le aplica lo establecido en el párrafo 4 del artículo 4 del Acto Legislativo 04 de 2007 y el Decreto 317 de 2008, por lo que el presente documento realiza un ajuste a la distribución de las once doceavas de la participación de Propósito General del SGP aprobada mediante documento Conpes social 119.

En el caso de la participación para salud, como consecuencia de la recertificación sobre excedentes generados por concepto de ahorros o variación del valor de los aportes patronales efectuada por el Ministerio de la Protección Social es necesario realizar un ajuste en aportes patronales de once doceavas de Prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda aprobado por el Conpes Social 118 de 2008.<sup>5</sup>

En la participación del sector educación, corresponde ajustar las once doceavas de 2008 (para reconocer los recursos a Norosí) y distribuir la última doce va y el mayor valor, con base en la información certificada por el Ministerio de Educación Nacional mediante el oficio No.2008EE77332 del 23 de diciembre de 2008

Finalmente, en atención a las disposiciones constitucionales y legales y la certificación del Ministerio de Hacienda y Crédito Público es necesario realizar la distribución de la última doceava de 2008 y el mayor valor generado por ajuste de la inflación apropiados en el Presupuesto General de la Nación de 2009, para cada uno de los componentes y asignaciones especiales del SGP. En el caso de educación se tienen como base para esta distribución la información certificada por el Ministerio de Educación Nacional mediante el Oficio No.2008EE77332 del 23de diciembre de 2008.

---

<sup>5</sup> Las certificaciones números 12100-6952 del 2 (dos) de diciembre (Radicado DNP No 2008-663-034273-2 del 3 de diciembre) y 12100-6965 del 3 (tres) de diciembre de 2008 (Radicado DNP 2008-663-034760-2 del 10 de diciembre) del Ministerio de la Protección Social.

## **II. AJUSTE A LA DISTRIBUCIÓN DE LAS ONCE DOCEAVAS Y DISTRIBUCIÓN DE LA ÚLTIMA DOCEAVA Y MAYOR VALOR DEL SGP DE LA VIGENCIA 2008**

### **1. PARTICIPACIÓN PARA EDUCACIÓN**

Teniendo en cuenta que el Departamento Nacional de Planeación recibió del DANE la certificación de creación del Municipio de Norosí que se segrega del Municipio de Río Viejo (Bolívar), en virtud del artículo 87 de la Ley 715 de 2001, es necesario ajustar las once doceavas de la vigencia 2008 de los recursos del SGP para calidad distribuidos en los documentos Conpes Sociales 112 y 116 de 2008, para garantizar a dicho municipio su derecho a asignación de recursos. Para ello se parte de la información de matrícula oficial de Norosí certificada por el Ministerio de Educación Nacional. Los resultados de esta redistribución se presentan en el anexo 7.

De otra parte, el presente documento Conpes Social distribuye los recursos de la participación para educación del Sistema General de Participaciones a los departamentos, distritos y municipios correspondientes a la última doceava de 2008, con base en los criterios y metodología descrita en los Conpes Social 112, 116, 119 y 120, así:

- i) Asignación de población atendida a los departamentos, distritos y municipios certificados por la suma de \$713.067 millones<sup>6</sup>.
- ii) Complemento a la asignación de población atendida a 58 departamentos, distritos y municipios certificados por un monto de \$106.487 millones.
- iii) Cancelaciones de Prestaciones Sociales del Magisterio para los departamentos y Bogotá D.C. por la suma de \$25.917 millones.

<sup>6</sup> Incluye la última doceava por concepto de la autorización máxima de gastos para ascensos en el escalafón docente (Anexos 1 y 2).

iv) Calidad educativa con destino a los distritos, municipios certificados y no certificados y áreas no municipalizadas de los departamentos de Amazonas, Guainía y Vaupés, por la suma de \$44.402 millones. (Con base en el Decreto 317 de 2008, artículo 1, numeral 2°).

Los resultados de esta distribución se presentan en los anexos 2, 7 y 8.

Con este ejercicio de distribución, se incluye el saldo pendiente de distribuir por valor de \$20.106 millones; este saldo, así como los recursos que le corresponden al sector por mayor valor por inflación se distribuye de la siguiente manera:

#### **A. ASIGNACIÓN POR POBLACIÓN ATENDIDA**

Con base en la información certificada por el Ministerio de Educación Nacional se realiza un ajuste a la asignación por población atendida distribuida en los documentos Conpes Social 112, 116 y 119 de 2008. Dicho ajuste se hace con la finalidad de atender necesidades de conectividad en los establecimientos educativos oficiales de las zonas urbana y rural. Para tal efecto el Ministerio de Educación Nacional certifica los porcentajes adicionales que deben aplicarse al valor de las tipologías educativas de las entidades territoriales certificadas relacionadas en el anexo 1 del documento Conpes Social 116. Los recursos distribuidos por este concepto ascienden a la suma de \$87.488 millones y se presentan en los anexos 1 y 2.

#### **B. COMPLEMENTO A LA ASIGNACIÓN POR POBLACIÓN ATENDIDA**

Considerando que (i) el artículo 16 de la Ley 715 de 2001 establece que la asignación por población atendida deberá garantizar como mínimo los costos del personal docente, directivo docente y administrativo con sus correspondientes prestaciones sociales, y ii) la asignación por población atendida en algunas entidades territoriales certificadas no alcanza para cubrir ese costo; los documentos Conpes Sociales 112, 116, 119 y 120 de 2008 reconocieron estos recursos a 58 entidades territoriales certificadas.

En el presente documento Conpes Social se distribuye un monto de \$38.339 millones por este concepto a 18 entidades territoriales certificadas. Igualmente, en esta



distribución se incluyen recursos para complementar la cuota de administración a 16 entidades territoriales certificadas que han adelantado procesos de modernización con el Ministerio de Educación Nacional. Esta distribución se presenta en los anexos 1 y 2.

### **C. POBLACIÓN POR ATENDER**

Según la Ley 715 de 2001, artículo 16, numeral 16.2 y el Decreto 2833 de 2004, una parte del saldo de los recursos del SGP se distribuirá por “población atender en condiciones de eficiencia”. Es así como en los documentos Conpes Sociales 116 y 119 de 2008 se distribuyeron recursos por este concepto a las entidades territoriales certificadas que demostraron incremento en la matrícula oficial.

Teniendo en cuenta que 75 entidades territoriales certificadas demostraron incrementos en la matrícula oficial de estudiantes en condición de discapacidad con necesidades educativas especiales en establecimientos educativos oficiales, se les asigna recursos por un valor adicional de \$11.542 millones. La distribución por este concepto se muestra en los anexos 1 y 2.

De acuerdo con los documentos Conpes Sociales 112, 116, 119, 120 y el presente documento, el total de recursos de la participación para educación distribuidos en la vigencia 2008 ascienden a \$11.037.016 millones.

En el Cuadro 2 se presenta el balance de la distribución de la participación para educación del SGP correspondiente a la vigencia 2008:

**Cuadro 2**  
**Participación para Educación - Vigencia 2008**  
**(Millones de pesos)**

\* Corresponde a la diferencia entre la inflación estimada (4.5%) y la inflación causada (5.69%)

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

**CONSIDERACIONES ESPECIALES DEL SECTOR**

**i. Aportes Patronales al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio**

Los mayores recursos ocasionados por el incremento en la cotización para salud y pensiones de los aportes patronales del personal docente y directivo docente, conforme con el artículo 81 de la Ley 812 de 2003 vigente según el artículo 160 de la Ley 1151 de 2007,

se encuentran apropiados en el presupuesto de funcionamiento del Ministerio de Educación Nacional y serán 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.

## **ii. Aportes del Afiliado al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio**

De acuerdo con el artículo 18 de la Ley 715 de 2001, los aportes del afiliado para seguridad social, 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.

## **iii. Pagos oportunos al personal docente, directivo docente y administrativo**

Con los recursos que se giran mensualmente de la participación para educación del SGP, los departamentos, distritos y municipios certificados deberán atender los pagos de sueldos del personal docente, directivo docente y administrativo y demás compromisos del mes y adicionalmente, efectuar las respectivas reservas presupuestales y provisiones para el pago de las prestaciones sociales que no son de exigibilidad mensual, tales como: prima de vacaciones, de navidad y dotación del personal docente y administrativo, según Ley 70 de 1988.

## **2. PARTICIPACIÓN PARA SALUD**

El monto pendiente por distribuir de la vigencia 2008 en salud corresponde a un total de \$ 422.251 millones. De éstos la última doceava asciende a \$ 373.141 millones y el mayor valor corresponde a \$ 49.110 millones.

Para calcular la distribución y asignación territorial de la última doceava y el mayor valor de cada subcomponente se procede en cada caso particular a: i) calcular la distribución y asignación territorial del total de la vigencia 2008 (doce doceavas con los recursos de mayor valor de la vigencia de 2008), incluyendo los ajustes correspondientes<sup>7</sup>; y ii) del monto calculado en el punto i) se procede a descontar las once doceavas asignadas en la vigencia 2008. Para el caso de la asignación de población pobre no asegurada y las actividades no cubiertas con subsidios a la demanda, el descuento se realiza sobre las once doceavas ajustadas por concepto de ahorros o menor valor de aportes patronales<sup>8</sup>.

Dado lo anterior, las doce doceavas y el mayor valor de la Participación para Salud en 2008 totalizan \$4.526.810 millones. Con dichos recursos, de acuerdo con el artículo 47 de la Ley 715 de 2001 y 11 de la Ley 1122 de 2007, se financian tres componentes de gasto: i) Régimen subsidiado (Subsidios a la Demanda)<sup>9</sup>; ii) acciones en salud pública<sup>10</sup>; y iii) Prestación del servicio de salud a la población pobre no asegurada y acciones no cubiertas con subsidios a la demanda<sup>11</sup>.

El artículo 3 del decreto 2878 de 2007 establece que los recursos con destino al componente de salud pública corresponderán al 10.1% de la bolsa total del SGP-S y que el porcentaje restante una vez descontados los recursos destinados por la Ley 1122 de 2007 a la financiación del régimen subsidiado (61% para el 2008), se destinará a la financiación de la prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada, y a las actividades no cubiertas con subsidios a la demanda.

Conforme con lo anterior los recursos de la participación para salud del SGP correspondientes a la vigencia 2008 se deben asignar así: i) 61% para el régimen subsidiado; ii) 10.1% para salud pública; y iii) 28,9% para prestación de servicios de salud

<sup>7</sup> Inclusión del municipio de Norosí (Bolívar), Guachené (Cauca), descuento de la vigencia 2007 y ajuste por dispersión.

<sup>8</sup> Las certificaciones números 12100-6952 del 2 (dos) de diciembre (Radicado DNP No 2008-663-034273-2 del 3 de diciembre) y 12100-6965 del 3 (tres) de diciembre de 2008 (Radicado DNP 2008-663-034760-2 del 10 de diciembre) del Ministerio de la Protección Social.

<sup>9</sup> Esta función también corresponde a los municipios, así como a los departamentos, en el caso de los corregimientos departamentales existentes en los departamentos creados por la Constitución Política de 1991.

<sup>10</sup> 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. Los municipios tienen a su cargo las acciones en salud pública de fomento, promoción y prevención en los términos que señala el reglamento.

<sup>11</sup> 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 por el decreto 3003 de 2005. Incluyen los aportes para pago de obligaciones prestacionales (pensiones, cesantías, salud, riesgos profesionales) de la oferta hospitalaria pública en cada entidad territorial.

a la población pobre no asegurada y a las actividades no cubiertas por subsidios a la demanda. La distribución por componente se presenta en el cuadro 3.

**Cuadro 3**  
**Distribución de la Participación en Salud 2008 por componentes**  
(Millones de pesos corrientes)

El presente documento incluye el nuevo municipio de Norosí (Bolívar) segregado del municipio de Río Viejo (Bolívar), considerando que el DNP recibió del DANE certificación sobre su población 2008 y NBI.

No obstante, para el caso de la Participación para Salud las variables para asignar al municipio de Norosí los recursos en cada componente no fueron certificadas por el ente competente (Ministerio de la Protección Social) en la presente vigencia, razón por la cual se procede a aplicar, para efectos de distribución, el mismo indicador calculado para el municipio de Río Viejo (Bolívar), del cual se segregó, excepto en los indicadores donde se utiliza la población 2008 y el NBI, certificada por el DANE. Lo anterior, en virtud de lo dispuesto en el artículo 6 del decreto 159 de 2002.

De esta manera en el caso de Norosí y Río Viejo (Bolívar) se aplica el mismo indicador utilizado en la distribución realizada en el Conpes Social 112 de 2008 para el municipio Río Viejo (Bolívar)<sup>12</sup>.

Para el caso de población pobre no asegurada y de las actividades no cubiertas con subsidios a la demanda, adicionalmente, se incluye en el cálculo de la distribución el municipio de Guachené (Cauca). Lo anterior debido a que el municipio no se incluyó en el cálculo de la distribución de las once doceavas del Conpes Social 112 de 2008 por falta de

---

<sup>12</sup> Para lograr el mismo indicador es necesario replicar las variables de distribución según corresponda.

información. Dado que a la fecha las variables no han sido certificadas, se aplica el mismo criterio que se utilizó para Norosí. Para el efecto, en el caso de Guachené: i) se dejan los datos de dispersión poblacional del municipio de Guachené, pues se disponen de las variables; ii) para población pobre no asegurada y actividades no cubiertas con subsidios a la demanda se mantiene el mismo indicador de Caloto (municipio del cual se segregó); y iii) para el ajuste por factor No POSS, se usa la población de régimen subsidiado certificado por el Ministerio de la Protección Social<sup>13</sup>. Por otra parte, para el municipio de Caloto (Cauca), dado que no se dispone de certificación nueva de población pobre no asegurada y para las actividades no cubiertas con subsidios a la demanda, se mantiene el valor correspondiente certificado para el Conpes Social 112 de 2008

En general, la distribución de los recursos de la Participación en Salud se realiza de conformidad con los criterios y fórmulas establecidas en los artículos 48 y 52 de la Ley 715 de 2001, la Ley 1122 de 2007, lo dispuesto en el artículo 17 de la Ley 1151 de 2007 y los Decretos 2878 de 2007, 159 de 2002, 177 de 2004, 313 de 2008 y 317 de 2008; así mismo, tiene en cuenta las certificaciones de información del Ministerio de la Protección Social (MPS), de la siguiente manera:

### **1.1. Subsidios a la Demanda - Continuidad.**

Para calcular la distribución y asignación territorial de la última doceava y el mayor valor de Subsidios a la Demanda - Continuidad se procede a: i) calcular la distribución y asignación territorial del total de la vigencia 2008 (doce doceavas incluyendo los recursos de mayor valor de la vigencia de 2008), incluyendo al municipio de Norosí, ii) se aplica el ajuste 2007 definido en el Conpes Social 112 de 2007 y iii) del monto calculado en el punto ii) se procede a descontar las once doceavas asignadas en la vigencia 2008 mediante Conpes Social 118 de 2008.

Los recursos totales de la vigencia 2008 (once doceavas, última doceava y mayor valor) para Subsidios a la Demanda - Continuidad ascienden a **\$2.623.286** millones. Este monto se divide por la población pobre atendida en el país mediante subsidios a la

---

<sup>13</sup> Certificación según oficio de septiembre 8 de 2008, con radicado DNP N° 2008-663-02579-2.

demanda en la vigencia 2008. El per cápita resultante se multiplica por la población afiliada de cada entidad territorial para encontrar el valor asignado por este componente. Esta distribución incluye el ajuste de la vigencia 2007 y el nuevo municipio de Norosí (Bolívar) segregado del municipio de Río Viejo (Bolívar), en los términos previstos en el artículo 6 del decreto 159 de 2002. En relación con el indicador de subsidios a la demanda continuidad, como se explicó en el numeral anterior, se aplica a Norosí el mismo indicador de Río Viejo (Bolívar), el cual, corresponde a lo obtenido para la distribución realizada por el Conpes Social 112 de 2008. En los anexos 10 y 11 se presentan las asignaciones territoriales de la vigencia 2008.

Al valor obtenido anteriormente se le descuenta el monto asignado en el Conpes Social 118 de 2008 que incluye el ajuste de giro (los valores descontados corresponden a los anexos 12 y 13 de dicho documento Conpes). En consecuencia, el monto obtenido corresponde a la última doceava y el mayor valor de 2008.

Los recursos distribuidos y asignados de esta manera serán ejecutados por cada municipio y distrito, los departamentos ejecutarán recursos de este componente sólo en el caso de los corregimientos departamentales<sup>14</sup>. La distribución resultante de las doce doceavas y mayor valor de 2008 para el total de municipios, distritos y corregimientos departamentales se encuentra en los anexos 12 y 13 del presente documento, incluyendo la definición de la última doceava y el mayor valor. En el cuadro N° 4 se observa el resumen de la distribución por componente.

---

<sup>14</sup> Áreas no municipalizadas ubicadas en los departamentos de Amazonas, Guainía y Vaupés, tal como se explicó en la sección anterior.

**Cuadro N° 4 Participación  
para Salud -SGP 2008  
Componente Régimen Subsidiado - Continuidad  
Agregado por Tipo de Entidad Territorial**  
(Millones de pesos corrientes)

**1. 2. Subsidios a la Demanda - Ampliación.**

Los recursos totales 2008 para este componente ascienden a \$138.068 millones, los cuales deben ser destinados a financiar la nueva afiliación de la población pobre mediante subsidios a la demanda. Atendiendo el artículo 17 de la Ley 1151 de 2007 y la transformación de recursos definida en el literal (a), numeral (1) del artículo 11 de la Ley 1122 de 2007, la diferencia porcentual entre las vigencias se aplica al total de los recursos del SGP Salud Régimen Subsidiado de la vigencia 2008 y se destina a ampliación de cobertura, como se expuso en el Conpes Social 112 de 2008.

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. Lo anterior, con el fin de contribuir a reducir la brecha existente en los niveles de cobertura entre entidades territoriales. Es así como, el presente documento procede a realizar la distribución de la siguiente manera:

- a) Se distribuyen doce doceavas 2008 incluyendo el mayor valor, con las mismas variables y criterios utilizados en los documentos Conpes Sociales 112 y 118 de 2008. De igual forma se incluye al municipio de Norosí (Bolívar), en virtud de lo dispuesto en el artículo 6 del decreto 159 de 2002, en relación con el indicador de equidad para subsidios a la demanda - ampliación. El indicador utilizado para



Norosí para el caso de la presente distribución es el mismo indicador de Río Viejo (Bolívar), conforme con el Decreto 159 de 2002.

- b) Una vez realizada la distribución de las doce doceavas con el mayor valor, se efectúa el ajuste 2007 definido en el Conpes Social 112 de 2007, como se observa en los anexos 10 y 11.
- c) Al valor obtenido en el literal anterior se le descuenta el monto asignado en el Conpes Social 118 de 2008, que incluye el ajuste de giro (los valores descontados corresponden a los anexos 12 y 13 de dicho documento Conpes). En consecuencia, el monto obtenido corresponde a la última doceava y mayor valor de 2008.

De esta forma, la distribución por entidad territorial se puede apreciar en los anexos 12 y 13. La asignación de estos recursos en el total de municipios, distritos y corregimientos departamentales se presenta en el cuadro 5:

**Cuadro N° 5 Participación  
para Salud -SGP 2008  
Componente Régimen Subsidiado - Ampliación  
Agregado por Tipo de Entidad Territorial**  
(Millones de pesos corrientes)

Vale anotar que el Conpes Social 118 de 2008 definió que el municipio de Caloto (Cauca) quedaba debiendo al municipio de Guachené (Cauca) la cifra de \$200.515.178 correspondientes al mayor giro realizado en las once doceavas; por lo que, en la presente distribución, se ajusta el valor correspondiente y se entiende incluido dentro de la redistribución efectuada en la última doceava y el mayor valor de 2008.

Sin embargo, como se observa en el Cuadro N° 6, en el caso del cálculo de la última doceava y el mayor valor, hay cuatro municipios a los que en las once doceavas asignadas por los Conpes Sociales anteriores en la vigencia 2008 se les asignaron recursos superiores a lo que se obtienen con la redistribución; por lo tanto, estos montos se ajustan al nuevo municipio de Guachené (Cauca) y deberán reconocerle en la vigencia 2009 \$26.336.857 para continuidad y \$869 en ampliación, descontándose de la asignación de 2009 correspondiente a estos cuatro municipios, que quedan debiendo estos recursos. Dicho ajuste está incluido en el anexo 13.

**Cuadro N° 6**  
**Ajuste pendiente 2009 Participación para Salud -SGP 2008**  
**Componente Régimen subsidiado**  
(Pesos corrientes)

**2.2.3. Acciones de Salud Pública.**

Los recursos totales para este componente ascienden a **\$457.208** millones (doce doceavas y mayor valor 2008). Estos recursos se asignan a las entidades territoriales teniendo en cuenta, los mismos criterios y variables utilizadas en el Conpes Social 112 de 2008. La distribución de las doce doceavas y el mayor valor, toma en consideración lo siguiente: i) el Decreto 317 de 2008, el cual determina que con el propósito de evitar los efectos negativos derivados de las variaciones de los datos censales en la distribución del Sistema General de Participaciones se orientarán los recursos necesarios para que no se disminuyan, por razón de la población y el Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas, los

recursos que recibieron las entidades territoriales en la vigencia 2007<sup>15</sup>; ii) el artículo 52 de la Ley 715 de 2001 y el Decreto 159 de 2002, y iii) la inclusión del municipio de Norosí (Bolívar).

La distribución de las doce doceavas y el mayor valor se realiza de la siguiente forma:

- a) Se distribuyen las doce doceavas de salud pública incluyendo el mayor valor, aplicando los criterios y variables utilizados en el Conpes Social 112 de 2008, incluyendo al nuevo municipio de Norosí (Bolívar) segregado del municipio de Río Viejo. Para los casos de los indicadores de población por atender y nivel de pobreza se toma la certificación de población 2008 y NBI del DANE; para el resto de los indicadores se replica el indicador del municipio de Río Viejo (municipio matriz) en Norosí en virtud del artículo 6 de decreto 159 de 2002. Vale anotar que, aunque hay certificación de área de Norosí (Bolívar) expedida por el IGAC, no hay población 2007, por lo cual, se replica el indicador de accesibilidad de Río Viejo.
- b) Una vez realizada la distribución de las doce doceavas con el mayor valor se efectúa el ajuste 2007 definido en el Conpes social 112 de 2007 (ver anexos 10 y 11).
- c) Finalmente, al monto obtenido en el numeral anterior se le descuenta el valor asignado en el Conpes Social 112 de 2008 en lo relacionado con los anexos 18 y 19 que incluyen el ajuste 2007, con lo cual se obtiene la última doceava y el mayor valor por Salud pública.

Como consecuencia de lo anterior, la distribución resultante en el 2008 para el total de municipios, distritos y departamentos se presenta en el cuadro N° 7. La distribución por entidad territorial se presenta en los anexos 12 y 13.

---

<sup>15</sup> Para el caso de Río Viejo (Bolívar) el valor que se toma como referencia en el año de 2007 corresponde a la proporción de población que le corresponde. Dado que Norosí (Bolívar), no existía en 2007 no se le garantiza un valor mínimo de dicha vigencia y participa por formula conforme las reglas vigentes.

**Cuadro N° 7.**  
**Participación para Salud -SGP 2008**  
**Componente Salud Pública**  
**Agregado por Tipo de Entidad Territorial**  
(Millones de pesos corrientes)

No obstante, en el cálculo de la última doceava y el mayor valor de salud pública, producto del ajuste al municipio de Rio Viejo (Bolívar) se le asignaron \$38.017.873, de más, pues el Conpes Social 112 de 2008 le reconoció \$199.858.154 y la redistribución definitiva doce doceavas con mayor valor es de \$161.840.281. Dado lo anterior, por ser producto del ajuste al municipio de Norosí (Bolívar), a la última doceava y mayor valor de este municipio, equivalente a \$ 92.121.002, se le descuentan los \$38.017.873, de tal forma que estos recursos deberán reconocerse a este municipio en la vigencia 2009 y descontarse del municipio de Rio Viejo (Bolívar).

**2.2.4. Prestación de Servicios de Salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda 2008.**

Los recursos totales para este componente ascienden a \$1.308.248 millones (doce doceavas y mayor valor 2008). Estos recursos se asignan a las entidades territoriales teniendo en cuenta los mismos criterios utilizados en el Conpes Social 112 de 2008. La distribución de las doce doceavas y el mayor valor toma en consideración la normatividad vigente y en particular lo siguiente:

- i) El artículo 58 de la Ley 715 de 2001. La aplicación de este artículo garantiza el pago de los aportes patronales.
- ii) El parágrafo 2 del artículo 7 del Decreto 2878 de 2007, que determina que el Conpes Social redistribuirá entre las entidades territoriales los mayores valores en la asignación por errores de estimación u otros no justificados

por concepto de modificación en los aportes patronales. En este caso el Conpes Social determina que los recursos por menor valor de aportes patronales se distribuyen en forma proporcional a la asignación territorial de las once doceavas recalculadas, entre las entidades territoriales que generaron ahorros y aquellas cuyos aportes patronales no sufrieron modificación con respecto a su estimación inicial. Adicionalmente, la distribución no aplica para aquellas entidades territoriales en donde su aporte patronal es mayor a la asignación por fórmula o quienes tienen cobertura universal y para aquellas entidades territoriales que presentaron la doble condición de ahorro y no ahorro.<sup>16</sup>.

- iii) El Decreto 2878 de 2007, por el cual se reglamenta parcialmente el literal (a), del numeral (1) del artículo 11 de la Ley 1122 de 2007 y se fijan los criterios de distribución y asignación de los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud (SGP-S)<sup>17</sup>.
- iv) El Decreto 2878 de 2007, el cual define el nivel de compensación aplicable a la vigencia de 2008;
- v) Las certificaciones números 12100-6952 del 2 (dos) de diciembre (Radicado DNP N° 2008-663-034273-2 del 3 de diciembre); 12100-6965 del 3 (tres) de diciembre de 2008 (Radicado DNP 2008-663-034760-2 del 10 de diciembre) del Ministerio de la Protección Social donde se determina el valor del ahorro o menor valor de los aportes patronales por entidad territorial de la vigencia 2008<sup>18</sup>;
- vi) La inclusión del municipio de Norosí (Bolívar) con los mismos indicadores de dispersión, población pobre no asegurada y actividades no cubiertas con subsidios a la demanda (PPNA) y factor de ajuste No POSS de Rio Viejo (Bolívar). Excepto en lo concerniente a aporte patronal pues el Ministerio de la Protección Social certificó que Norosí no tiene institución prestadora de servicios y los aportes se incluyen en el municipio de Rio Viejo<sup>19</sup>;

<sup>16</sup> Aquellas entidades territoriales que presentaron la doble condición de ahorro y no ahorro tampoco participan.

<sup>17</sup> Se utilizan los mismos factores de ajuste No POSS aplicados en la distribución del Conpes Social 112 de 2008.

<sup>18</sup> Certificaciones Radicado DNP N° 20086630019122 de 31 de enero de 2008 y Radicado 20086630016882 y 28 de enero de 2008

<sup>19</sup> Certificación Radicada en el DNP N° 2008 663 0346572 del 9 de diciembre de 2008.

- vii) En el caso de población pobre no asegurada, dado que no se dispone del ajuste de la PPNA del municipio de Caloto (Cauca) se deja el valor de la variable utilizada para la distribución realizada mediante documento Conpes Social 112 de 2008, y en el municipio de Guachené (Cauca) se colocan los mismos indicadores de PPNA que del municipio Caloto(Cauca), pues no se presentó ajuste a la certificación de PPNA entre los dos municipios. Para el cálculo del factor No POS, en Guachené (Cauca) se deja el valor de Régimen subsidiado certificado por el Ministerio de la Protección Social mediante oficio de septiembre 8 y radicado DNP 2008-663-02579-2, lo anterior en virtud del artículo 6 de decreto 159 de 2002; y.
- viii) Se incluye el ajuste 2007, conforme a lo definido en el Conpes Social 112 de 2008.

La distribución de las doce doceavas y el mayor valor se realiza, entonces, de la siguiente forma:

- a) En primer término, se realiza el recálculo de las once doceavas aplicando las normas vigentes, los procedimientos y los criterios utilizados en el Conpes Social 112 de 2008 y lo señalado en los puntos i) a viii) arriba mencionados, con el fin de determinar la asignación por concepto de ahorro y no ahorro patronal de las entidades territoriales<sup>20</sup>.

En el cuadro 8 se presenta el recálculo de las once doceavas, el aporte patronal y las diferencias que se reconocen a los municipios, distritos y departamentos en forma agregada. En los anexos 14 y 15 se observa la distribución y asignación del Ahorro del Aporte Patronal (AP) y de los Excedentes por menor valor de AP.

---

<sup>20</sup> Incluye los municipios de Norosí (Bolívar), Guachené (Cauca), ajustes por aporte patronal y dispersión.

**Cuadro 8**  
**Ajuste a las once doceavas**  
**Prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada y a las actividades no cubiertas con subsidios a la demanda, agregado por tipo de entidad territorial 2008<sup>21</sup>**  
**Millones de pesos**

1/ Disponible para uso en demanda o Prestación de servicios<sup>22</sup>.  
2/ Disponible para Prestación de Servicios

Se debe mencionar que el último inciso del párrafo 2 de la ley 715 de 2001 señala que “la reducción de los costos laborales y de los aportes patronales que hayan realizado o realice cada entidad territorial, cuando fuere el caso, se destinarán a la prestación de los servicios de salud de oferta o a la demanda, según defina el ente territorial que genere el ahorro”: Dado lo anterior, las entidades territoriales deberán destinar los recursos señalados en: i) la columna “Ahorro Aporte Patronal (AP)” para prestación de servicios de salud o para demanda según lo disponga la entidad territorial<sup>23</sup>; y ii) la columna “Excedentes por menor valor AP” para prestación de servicios de salud, debido a que estos recursos no fueron producto de un esfuerzo territorial.

b) **En segundo término**, se distribuyen las doce doceavas de población pobre no asegurada y actividades no cubiertas con subsidios a la demanda, incluyendo el mayor valor, aplicando las normas vigentes, los

---

<sup>21</sup> Se mantiene la condición de Coyaima (Tolima) de “certificado”, pues la Resolución 0221 es del 25 de agosto corresponde a la vigencia 2008 y la certificación llegó el 22 de octubre se aplica lo dispuesto en el decreto 313 de 2008, por lo cual, el Conpes Social 118 de 2008 definió que se considerará a partir de 2009.

<sup>22</sup> El último inciso del Párrafo 2 del artículo 49 de la Ley 715 de 2001 determina el uso de los ahorros generados por concepto de aporte patronales.

<sup>23</sup> Se debe recordar que la ley 1122 de 2007 determina que los recursos que se destinen para régimen subsidiado se deben mantener en cada vigencia, dado lo anterior si la entidad decide destinar estos recursos a demanda deberá prever su continuidad con otras fuentes diferentes a la acá utilizada.

procedimientos y los criterios utilizados en el Conpes Social 112 de 2008 y teniendo en cuenta el ahorro o menor valor de los aportes patronales calculado en el punto a), así como lo señalado en los puntos i) a viii) arriba mencionados. De igual forma, se reitera que se incluye el nuevo municipio de Norosí (Bolívar) segregado del municipio de Río Viejo<sup>24</sup> y al municipio de Guachené (Cauca)<sup>25</sup> segregado de Caloto, conforme lo expuesto en los numerales vi) a viii) de esta sección.

En el cuadro 9 se presenta un resumen de las doce doceava y el mayor valor, el aporte patronal, los ajustes de las vigencias 2007 y 2008 y las diferencias que se reconocen a los municipios, distritos y departamentos en forma agregada. En los anexos 16 y 17 se observa las doce doceavas y el mayor valor por departamentos y municipios incluyendo distritos.

#### **Cuadro 9<sup>26</sup>**

#### **Doce doceavas y mayor valor población pobre no asegurada y a las actividades no cubiertas con subsidios a la demanda, agregado por tipo de entidad territorial 2008** Millones de Pesos

<sup>24</sup> Vale anotar que, aunque hay certificación de área de Norosí (Bolívar) expedida por el IGAC, no hay población 2007, por lo cual, se replica el indicador de accesibilidad de Río Viejo. Para efectos del factor no POSS se replica en Norosí el indicador de Río Viejo según decreto 159 de 2002.

<sup>25</sup> El factor No POSS en Guachené (Cauca) es deferente de Caloto, debido a que hay dato de afiliados al régimen subsidiado certificado por el Ministerio de la Protección Social según oficio Radicado en DNP N° 20086630252792 del 5 de septiembre de 2008.

<sup>26</sup> Se mantiene la condición de Coyaima (Tolima) de certificado, pues la Resolución 0221 es del 25 de agosto corresponde a la vigencia 2008 y la certificación llegó el 22 de octubre se aplica lo dispuesto en el decreto 313 de 2008, por lo cual, el Conpes Social 118 de 2008 definió que se considerará a partir de 2009..



1/ Incluye Norosí, Guachené y ajuste por dispersión.

2/ Se ajusta el ahorro disponible en el evento que el ajuste de 2007 no alcance a descontarse del complemento y la compensación.

- c) Finalmente, al monto obtenido en el numeral anterior se le descuenta: i) la diferencia entre el valor total del Conpes Social 112 y los excedentes (ahorro y no ahorro) de cada entidad territorial, según certificación del MPS; y ii) el valor asignado en el numeral a) (anexos 5 y 6), para obtener de esta forma la última doceava y el mayor valor por población pobre no asegurada y a las actividades no cubiertas con subsidios a la demanda. En los anexos 18 y 19 se observa la última doceava y mayor valor para departamentos, distritos y municipios. En el cuadro 10 se presenta un resumen de la distribución de la última doceava.

**Cuadro 10<sup>27</sup>**

**Última doceava y mayor valor de población pobre no asegurada y actividades no cubiertas con subsidios a la demanda, agregado por tipo de entidad territorial 2008**

Millones de Pesos

---

<sup>27</sup> Se mantiene la condición de “certificado” de Coyaima, pues el Conpes Social 112 definió que aplica a partir de 2009.

1/ Estos recursos corresponden a los recursos totales del Conpes Social 112 menos el valor reportado por el MPS de ahorro y no ahorro.

2/ El cálculo por entidad territorial del No ahorro implica el recálculo de las 11/12 distribuidas y asignadas en el documento Conpes Social 112. Ello debido a la inclusión de los municipios de Norosí (Bolívar) y Guachené (Cauca) y el ajuste por dispersión. La distribución del No Ahorro se realiza en proporción al total de las 11/12 y en tanto se deben calcular sobre la 11/12 ya corregidas.

3/ Corresponde al valor recibido por las entidades territoriales como once doceavas de 2008

### **3. PARTICIPACIÓN PARA AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO básico**

El monto pendiente por distribuir de la vigencia 2008 en agua potable y saneamiento básico corresponde a un total de \$ 93.068 millones, de éstos la última doceava asciende a \$ 82.243 millones y el mayor valor por crecimiento de la economía corresponde a \$10.824 millones. Del monto por distribuir, \$14.165 millones corresponden a la participación de departamentos y \$79.108 millones a la participación de municipios y distritos; en esta última se incluye el municipio de Norosí<sup>28</sup> en virtud del artículo 87 de la Ley 715 de 2001.

A continuación, se describe en mayor detalle la metodología de distribución por cada uno de estos conceptos:

#### **A. PARTICIPACIÓN DE MUNICIPIOS Y DISTRITOS**

##### **Cuadro 2 DISTRIBUCIÓN DE LA TRANSICIÓN VIGENCIA 2008 EN LOS MUNICIPIOS Millones de pesos corrientes**

\* Incluye última doceavas y mayor valor

\*\* Incluye doce doceavas y mayor valor

<sup>28</sup> El 25 de agosto de 2008, el Departamento Nacional de Planeación recibió del DANE la certificación de creación del municipio de Norosí, que se segrega del Municipio de Río Viejo en el departamento de Bolívar mediante oficio 20082300072491.

➤ **Distribución por Básica - Metodología Artículo 7 de la Ley 1176:**

El artículo 9 de la Ley 1176 establece un periodo de transición en la aplicación de la fórmula de distribución, el cual consiste para la vigencia de 2008 en que el 70% de los recursos de los distritos y municipios se distribuye aplicando la proporción directa de los recursos asignados a cada entidad territorial en 2007, para el sector de Agua Potable y Saneamiento Básico de la participación de Propósito General del Sistema General de Participaciones. Este Conpes distribuye \$ 55.650 millones por concepto de básica, como se muestra en el cuadro 2.

El municipio de Norosí no participa de la distribución por este concepto, pues por su reciente creación no tuvo asignación de recursos para el sector de Agua Potable y Saneamiento Básico en el año 2007.

➤ **Distribución por fórmula - Metodología Artículo 7 de la Ley 1176:**

La distribución de la última doceava de la participación de agua potable y saneamiento básico se hizo, conforme a lo establecido en la Ley 1176 de 2007 y en el decreto 313 de 2008, con base en los siguientes criterios: i) déficit de coberturas; ii) población atendida y balance del esquema solidario, iii) Esfuerzo de la entidad territorial en la ampliación de coberturas iv) nivel de pobreza del respectivo distrito o municipio; y, v) cumplimiento de criterios de eficiencia fiscal y administrativa de cada entidad territorial en la gestión sectorial. Por este concepto el presente Conpes distribuye \$ 23.458 millones, como se muestra en el cuadro 2.

La asignación de recursos para Agua Potable y Saneamiento Básico al municipio de Norosí en el departamento de Bolívar, se hizo a partir de los criterios de formula establecidos en la Ley 1176 de 2007, aplicando lo establecido en el Decreto 159 de 2002 para aquellos en los que la información era insuficiente para su cálculo; en este sentido se aplicaron los mismos coeficientes del municipio de Río Viejo para el cálculo de: i) Población atendida y balance del esquema solidario; ii) Esfuerzo de la entidad territorial en

la ampliación de coberturas, y iii) cumplimiento de criterios de eficiencia fiscal y administrativa.

En los Conpes 112 y 120 no se distribuyeron recursos al municipio de Norosí, y la asignación del municipio de Río Viejo fue calculada con la población y el NBI del CENSO 2005, información que fue actualizada por el DANE. Al hacer el reajuste de las once doceavas partes de la participación de los municipios con la información actualizada, la agnación correspondiente al municipio de Río Viejo es menor a lo asignado en el Conpes 120. Por lo anterior a los dos municipios mencionados se les debe hacer un reajuste en las once doceavas partes de la vigencia 2009 (ver anexo 22).

**Cuadro 3**  
**PARTICIPACIÓN POR CRITERIO DE DISTRIBUCIÓN - VIGENCIA 2008**  
(Millones de pesos corrientes)

\* Incluye última doceavas y mayor valor

\*\* Incluye doce doceavas y mayor valor

El párrafo del artículo 9 de la ley 1176 de 2007 establece que la distribución de la participación para agua potable y saneamiento básico debe garantizar los montos por concepto de deuda comprometidos por las entidades territoriales a la fecha de expedición de la Ley. Por ello, la distribución entre municipios y distritos de las once doceavas partes, realizada mediante el Conpes Social 120, tomó en consideración los montos mínimos certificados por el Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial para este

efecto. Como resultado del análisis de compromisos, a siete<sup>29</sup> municipios se les distribuyeron en total \$555 millones por encima de lo que resultaba su asignación sin considerar compromisos; sin embargo, una vez distribuidas las doce doceavas de la participación sectorial, el monto de Ajuste por Transición se reduce a \$162 millones.

Esta modificación se debe a que en cinco<sup>30</sup> de los siete municipios, se deja de requerir Ajuste por Transición al asignar doce doceavas de la participación, pues el valor resultante es mayor que el compromiso adquirido. En estos casos el valor asignado en la presente distribución se calcula como la diferencia entre la asignación de las doce doceavas partes y el compromiso adquirido.

En los otros dos municipios<sup>31</sup> el monto del compromiso sigue siendo superior a la asignación de doce doceavas, por lo cual se mantiene la necesidad de Ajuste por Transición, pero en el agregado, esta necesidad es menor.

## **ii) PARTICIPACIÓN DE DEPARTAMENTOS Y DISTRITO CAPITAL**

El presente documento Conpes distribuye \$14.166 millones que corresponden a la última doceava de los recursos de la participación para Agua Potable y Saneamiento Básico del Sistema General de Participaciones con destino a departamentos y al distrito capital y se realiza teniendo en cuenta la participación de los distritos y municipios de su jurisdicción por concepto de los siguientes criterios:

- i) déficit de coberturas,
- ii) población atendida y balance de esquema solidario, y
- iii) esfuerzo de la entidad territorial en el aumento de coberturas.

Para cada departamento se suman los coeficientes que por concepto de los criterios mencionados obtuvieron los distritos, municipios y áreas no municipalizadas bajo su jurisdicción y se obtiene un coeficiente por departamento. Este coeficiente se multiplica por

---

<sup>29</sup> Los municipios a los que se les asignaron recursos adicionales para el cumplimiento de compromisos fueron Jericó (Antioquia), Malambo (Atlántico), Sabanagrande (Atlántico), Santo Tomas (Atlántico), Manizales (Caldas), Timbiquí (Cauca) y Sahagun (Córdoba).

<sup>30</sup> Una vez distribuidas las 12/12 no requerían ajuste por transición Malambo (Atlántico), Sabanagrande (Atlántico), Manizales (Caldas), Timbiquí (Cauca) y Sahagun (Córdoba).

<sup>31</sup> Una vez distribuidas las doce doceavas partes los Municipios que requieren Ajuste por Transición son Jericó (Antioquia) y Santo Tomas (Atlántico)

el monto total de la última doceava a distribuir entre departamentos por concepto de la participación para agua potable y saneamiento básico, de forma que se determina el monto total correspondiente a cada uno de ellos. Posteriormente se calcula la diferencia entre el monto total y el monto asignado de forma acumulada por los documentos Conpes 112 y 120 de 2008 a cada departamento y se obtiene la asignación correspondiente a cada departamento de los recursos que se distribuyen en el presente documento, resultados que se muestran en el anexo 21.

#### **4. PARTICIPACIÓN DE PROPÓSITO GENERAL**

El Conpes Social 119 de 2008 aprobó el Ajuste a la distribución territorial de recursos de las once doceavas de la participación de propósito general del sistema general de participaciones –SGP– para la vigencia 2008 (FONPET, libre destinación y libre inversión), atendiendo los criterios de distribución definidos por la Ley 1176 de 2007 y lo dispuesto por los Decretos 313, 317 y 924 de 2008. El ajuste se realizó teniendo en cuenta al Municipio de Norosí (Bolívar), creado recientemente.

No obstante, y conforme a la normatividad vigente, las Subdirecciones del DNP involucradas en la distribución del SGP y la Oficina Asesora Jurídica de la misma entidad concluyeron que al municipio de Norosí (Bolívar) no le aplica lo establecido en el párrafo 4 del artículo 4 del Acto Legislativo 04 de 2007 y el Decreto 317 de 2008, por lo que el presente documento realiza un ajuste a la distribución de las once doceavas de la participación de Propósito General del SGP aprobado en el documento Conpes social 119. Este ajuste se realizará con cargo a la distribución de la última doceava y mayor valor generado por la inflación 2007 y las once doceavas del 2009.

Igualmente, el artículo 27 de la Ley 1176 de 2008, establece lo siguiente

*” Artículo 27. Ajuste del Sistema General de Participaciones por Inflación. Para el cumplimiento de lo dispuesto en el párrafo transitorio 1° del artículo 4° del Acto Legislativo 04 de 2007, cuando la inflación causada certificada por el DANE sea diferente a la inflación con la cual se programó el Presupuesto General de la Nación, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, calculará el ajuste positivo o negativo correspondiente a las modificaciones de la tasa de inflación y lo aplicará en la programación del siguiente proyecto de Ley Anual*

*de Presupuesto General de la Nación, que el Gobierno Nacional presente a consideración del Congreso de la República”.*

De acuerdo con lo anterior y atendiendo a certificación del Ministerio de Hacienda y Crédito Público mediante la cual informa al Departamento Nacional de Planeación la incorporación en el Presupuesto General de la Nación de 2009, de la última doceava de 2008 y el mayor valor por ajuste de inflación<sup>32</sup>, el monto a distribuir de la Participación de Propósito General por concepto de última doceava y mayor valor generado por la inflación 2007 asciende a \$238.631 millones. La distribución de recursos de la Participación de Propósito General se realiza atendiendo los criterios de distribución definidos por la Ley 1176 de 2007 y lo dispuesto por los Decretos 313, 317 y 924 de 2008 (ver cuadro 13).

**Cuadro 13**  
**Criterios de Distribución**  
**Última Doceava y Mayor Valor – Participación de Propósito General del SGP**  
Millones de pesos

Concepto	Última Doceava y Mayor Valor por inflación 2007
	<b>1</b>
Propósito General	\$ 156.824.971.973
Esfuerzo Fiscal	\$ 12.037.935.581
Esfuerzo Administrativo	\$ 12.037.935.972
Población	\$ 66.374.550.210
Pobreza Relativa	\$ 66.374.550.210

Para el caso del municipio de Norosí y Rioviejo en el ajuste a la distribución de las once doceavas de 2008 de la participación de propósito general del presente documento serán tenidas en cuenta las variables de población y NBI certificadas por el DANE.

Los resultados de la distribución de la última doceava por entidad territorial y criterio de distribución de esta participación se presentan en los anexos 23, 24 y 25.

Por su parte, el anexo 24 presenta la destinación sectorial correspondiente a los recursos de la última doceava de 2008 y mayor valor generado por la inflación 2007

<sup>32</sup> En la certificación 2-2008-022294 del 6 de agosto de 2008 del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

prevista por el artículo 21 de la Ley 1176 de 2007 para los recursos de la Participación de Propósito General del SGP.

## **5. ASIGNACIÓN ESPECIAL PARA ALIMENTACIÓN ESCOLAR**

Considerando los criterios de distribución establecidos en la Ley 1176 de 2007, artículo 17, el documento Conpes Social 112 de 2008 distribuyó a los distritos y municipios las once doceavas de los recursos para la asignación especial de alimentación escolar de la vigencia 2008, que corresponden a la suma de \$87.257 millones.

En el presente documento Conpes Social se redistribuyen las once doceavas de 2008, por efecto de la inclusión del municipio de Norosí y por los cambios en la matrícula oficial, certificada por el Ministerios de Educación; así mismo se distribuyen la última doceava y el mayor valor por inflación para alimentación escolar a los distritos y municipios por la suma de \$8.976 millones. En los anexos 26, 27 y 28 se presentan los resultados de esta distribución.

## **6. ASIGNACIÓN ESPECIAL PARA RESGUARDOS INDÍGENAS**

Los recursos de la asignación especial para los resguardos indígenas legalmente constituidos y reportados por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) al Departamento Nacional de Planeación para la distribución de este documento ascienden a \$ 9.336 millones, de los cuales \$8.250 millones corresponden a la última doceava de la vigencia 2008 y \$1.806 millones al mayor valor generado por la inflación definitiva de la vigencia 2007. Su distribución se realiza en proporción a la participación depoblación (población proyectada a 2007 con base en el Censo de 2005) del resguardo respectivo en el total de la población indígena reportada por el DANE.

Cabe señalar que para la distribución de los recursos de esta asignación especial se aplica lo dispuesto por el Decreto 317 de 2008, en el sentido de garantizar que no se disminuyan los recursos asignados, con respecto a la asignación 2007, por razón de los



cambios en la variable de población 2008 (con base en el Censo 2005) certificada por el DANE.

Al respecto el artículo 1 numeral 4 del Decreto 317 de 2008 establece lo siguiente:

*“ARTÍCULO PRIMERO. Transiciones en la aplicación de los resultados del censo 2005 en la distribución de los recursos del Sistema General de Participaciones. Con el propósito de evitar los efectos negativos derivados de las variaciones de los datos del Censo 2005 en la distribución del Sistema General de Participaciones y de garantizar la adecuada prestación de los servicios a cargo de las entidades territoriales, en la distribución de los recursos del Sistema General de Participaciones, se tendrá en cuenta lo siguiente:*

*4. En la distribución de los recursos de la asignación especial para resguardos indígenas del Sistema General de Participaciones, se les garantizará, como mínimo, el monto correspondiente a lo asignado en las doce doceavas de la vigencia 2007, teniendo en cuenta los recursos disponibles para esta asignación”.*

Para esta distribución participan 788 resguardos indígenas reportados por el DANE. Los resultados de esta distribución se aprecian en el anexo 30

## **7. ASIGNACIÓN ESPECIAL PARA MUNICIPIOS RIBEREÑOS DEL RÍO MAGDALENA**

Los recursos correspondientes a los municipios ribereños del Río Magdalena Planeación producto total a distribuir en este documento son \$1.436 millones, de los cuales \$1.269 corresponden a la última doceava de la vigencia 2008 y \$167 millones al mayor valor generado por la inflación de la vigencia 2007. Su distribución se realiza en proporción a la ribera de cada municipio, según la certificación del IGAC al Departamento Nacional de Planeación.

Para esta distribución participan 111 municipios reportados por el IGAC. Los resultados de esta distribución se aprecian en el anexo 29

## **V. RECOMENDACIONES**

El Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el Ministerio de la Protección Social, Ministerio de Educación Nacional y el Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial 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 2008 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 2008, con base en los valores aprobados en este documento.
3. Solicitar al Ministerio de Educación Nacional:
  - Expedir las certificaciones de giros de acuerdo con las asignaciones aprobadas en este documento.
  - Efectuar el seguimiento a las partidas asignadas 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.
4. Solicitar al Ministerio de la Protección Social:
  - a) Prestar asistencia técnica a los municipios de Norosí y Rio Viejo (Bolívar), Guachené y Caloto (Cauca), San José de Ure, Montelíbano, Tuchin, Chima y San Andrés de Sotavento (Córdoba), para que estos puedan articular la política de salud y la ejecución de los recursos del régimen subsidiado y salud pública, en forma coordinada.

- b) Realizar las gestiones y procedimientos necesarios para garantizar la prestación de los servicios y las coberturas en régimen subsidiado en los municipios recién creados.
- c) Asesorar, apoyar, coordinar y realizar las acciones necesarias que permitan la operación, financiación, ampliación y mantenimiento del régimen subsidiado en los nuevos municipios y en los municipios de los cuáles se segregaron los mismos.
- d) Ajustar el valor de los giros pendientes conforme la distribución aprobada en el presente documento, considerando el efecto del ahorro y menor valor generado en los aportes patronales.
- e) 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.
- f) Avanzar 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.
- g) 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.
- h) 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 conforme los resultado de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA) y proponer el ajuste correspondiente.

- i) Brindar asistencia técnica a las entidades territoriales en la organización de redes de prestación de servicios de salud para lograr lo dispuesto en el artículo 33 de la Ley 1151 de 2007.

5. Solicitar a los departamentos, municipios y distritos:

- a) Realizar los ajustes y modificaciones presupuestales correspondientes con las asignaciones señaladas en el presente documento Conpes
- b) Informar a los resguardos indígenas los resultados de la distribución de los recursos de la asignación especial para los resguardos indígenas del SGP señalada en el presente documento Conpes.
- c) Aplicar y mantener actualizado el Sistema de Identificación de Beneficiarios de Programas Sociales.
- d) Incluir en las acciones que desarrollen las entidades territoriales, las estrategias y mecanismos necesarios para el logro de los objetivos de las metas del milenio (Conpes Social 91 de 2005) y reportar los avances al Departamento Nacional de Planeación.

**Documento**

**Conpes 130**

**Consejo Nacional de Política Económica y Social República de Colombia**

**Departamento Nacional de Planeación**

**DISTRIBUCIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES:**

**\*ÚLTIMA DOCEAVA 2009 Y DEL MAYOR VALOR, GENERADO POR EFECTO DE LA INFLACIÓN DEFINITIVA CAUSADA EN EL AÑO 2008 PARA LOS COMPONENTES DE EDUCACIÓN, SALUD, AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO BÁSICO Y PROPÓSITO GENERAL Y LAS ASIGNACIONES ESPECIALES PARA ALIMENTACIÓN ESCOLAR, RESGUARDOS INDÍGENAS Y MUNICIPIOS RIBEREÑOS DEL RÍO MAGDALENA.**

**\* ÚLTIMA DOCEAVA DE 2008, MAYOR VALOR DE 2007 Y ONCE DOCEAVAS DEL 2009 DE LA ASIGNACIÓN ESPECIAL PARA EL FONDO DE PENSIONES DE LAS ENTIDADES TERRITORIALES –FONPET-**

**DNP-DDTS-DDS-DDU-OAJ**

**Ministerio de Hacienda y Crédito público**

**Ministerio de Educación Nacional**

**Ministerio de la Protección Social**

**Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial**

**Versión aprobada**

**Bogotá D.C., 24 de diciembre de 2009**

## **Resumen**

Este documento presenta ante el Conpes la distribución de los recursos del Sistema General de Participaciones para todos sus componentes y asignaciones especiales, correspondientes a la última doceava 2009 y del mayor valor generado por efecto de la inflación, diferencia entre inflación estimada de 2008 (6%) y la inflación real (7,67%). Adicionalmente, presenta la distribución territorial de los recursos de la asignación especial para el Fondo de Pensiones de las Entidades Territoriales –FONPET-, Correspondientes a última doceava de 2008, mayor valor de 2007 y once doceavas de 2009.

**Clasificación:** O822

**Palabras claves:** Sistema General de Participaciones, Última Doceava 2009 y Mayor Valor 2008, Educación, Salud, Agua Potable y Saneamiento Básico, Propósito General, Asignaciones Especiales FONPET.

## **CONTENIDO**

<b>I.</b>	<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>4</b>
<b>II.</b>	<b>ANTECEDENTES .....</b>	<b>4</b>
<b>III.</b>	<b>DISTRIBUCIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES ÚLTIMA DOCEAVA DE 2009 Y MAYOR VALOR DE 2008.....</b>	<b>8</b>
<b>IV.</b>	<b>ASIGNACIÓN ESPECIAL PARA EL FONDO DE PENSIONES DE LAS ENTIDADES TERRITORIALES FONPET .....</b>	<b>50</b>
<b>V.</b>	<b>RECOMENDACIONES .....</b>	<b>52</b>

## **I. INTRODUCCIÓN**

Para concluir el proceso de distribución entre las entidades territoriales del 100% de los recursos del Sistema General de Participaciones de la vigencia 2009, que se deben asignar a los departamentos, distritos, municipios y resguardos indígenas, el presente documento somete a consideración del Conpes para la Política Social la distribución de la última doceava y mayor valor para todos los componentes sectoriales y las asignaciones especiales para alimentación escolar, resguardos indígenas y municipios ribereños del río Magdalena. Cabe señalar que el mayor valor se causa por efecto de la diferencia entre la inflación 2008 estimada para la incorporación de recursos del SGP en el Presupuesto General de la Nación (6%) y la inflación efectivamente causada en 2008 (7.67%).

Estos recursos, una vez aprobada la distribución por el Conpes Social, se deben girar a las entidades territoriales en el mes de enero, y éstas los deben incorporar a sus presupuestos de la vigencia 2010.

Por otra parte, con base en los resultados de la distribución de la última doceava de 2008 y las once doceavas de 2009, de los componentes sectoriales (Educación, Salud, Agua Potable y Saneamiento Básico, y Propósito General), se realiza la distribución territorial de los recursos para la asignación especial para el Fondo de Pensiones de las Entidades Territoriales -FONPET-, que deben ser girados a dicho Fondo e incorporados en las cuentas de cada entidad territorial en la presente vigencia, es decir aquellos que corresponden a la última doceava 2008 y mayor valor de 2007 y las once doceavas de la vigencia 2009.

## **II. ANTECEDENTES**

En cumplimiento de las disposiciones del Acto Legislativo 04 de 2007, la Ley 1176 de 2007 y sus normas reglamentarias, mediante los documentos Conpes Social 122, 123, 125, 126, 127 y 128 de 2009 se distribuyó el 100% de las once doceavas del Sistema General de Participaciones de la vigencia 2009, correspondiente a los componentes de



Educación, Salud, Agua Potable y Saneamiento Básico y Propósito General; así como a las Asignaciones Especiales para Alimentación Escolar, Resguardos Indígenas y municipios Ribereños del Río Magdalena.

En el Conpes Social 127, dando cumplimiento a lo establecido por el parágrafo transitorio del artículo 29 de la Ley 1176 de 2007, se distribuyó entre departamentos, distritos y municipios, un tercio de la última doceava de la participación para Educación.

Cabe resaltar que en los Conpes Sociales 126 y 128 se realizó, con base en los criterios definidos por la normatividad vigente, la asignación de recursos de las once doceavas del SGP de Propósito General y Agua potable, respectivamente, para el municipio de San José de Uré (Córdoba) que, aunque fue creado a finales de 2007, por efecto de disponibilidad de información, su derecho a estos recursos se reconoció completamente para estos componentes en 2009. Quedó pendiente, en espera de información puntual del municipio, por parte de los ministerios correspondientes, la asignación de los recursos correspondientes para Educación, Salud y para la asignación especial de Alimentación Escolar.

En cuanto al monto de los recursos distribuidos, de conformidad con el artículo 85 de la Ley 715 de 2001, sobre la programación y distribución del SGP de los Departamentos, Distritos y municipios y con base en la reglamentación del Acto Legislativo 04 de 2007, expedida mediante la Ley 1176 de 2007, se incorporó al Presupuesto General de la Nación para vigencia 2009, la suma de \$19.636.385 millones correspondientes a las once doceavas de la vigencia actual.

Adicionalmente, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público mediante oficio radicado DNP 2009-663-023212-2 del 04 de agosto de 2009<sup>1</sup> certificó al DNP la incorporación en el Presupuesto General de la Nación de 2010 la suma de \$ 1.447.903

---

<sup>1</sup> Ajustado por el Ministerio de Hacienda con oficio 5.1.1 de fecha 22-12-09

millones, correspondientes al valor de la última doceava de la vigencia 2009 y de \$321.418 millones, por concepto de ajuste por mayor inflación registrada en el 2008<sup>2</sup> (Cuadro 1).

**Cuadro 1**  
**Distribución - Sistema General de Participaciones**  
**Última doceava - Vigencia 2009 y mayor valor por inflación definitiva - Vigencia 2008**

\* Un tercio de este valor fue distribuido en el Documento Conpes Social 127

\*\*Pendiente por distribuir en un próximo Conpes

De acuerdo con lo anterior y atendiendo lo dispuesto por el artículo 85 de la Ley 715 de 2001, corresponde al Departamento Nacional de Planeación realizar la distribución del Sistema General de Participaciones, la cual deberá ser aprobada por el Conpes para la Política Social.

Cabe señalar que, con el propósito de evitar los efectos negativos en la distribución del Sistema General de Participaciones, derivados de las variaciones de los datos censales, esta distribución tiene en cuenta lo establecido por el parágrafo 4 del artículo 4 del Acto Legislativo 04 de 2007 y por el Decreto 317 de 2008, en el sentido de orientar los recursos necesarios para que no se disminuyan, por razón de la población y el Índice de Necesidades

---

<sup>2</sup> Artículo 27 ley 1176 de 2007.

Básicas Insatisfechas, los recursos que recibieron las entidades territoriales en la vigencia 2007.

Es importante aclarar, que una vez revisada la normatividad vigente a los municipios creados recientemente Norosí (Bolívar), Tuchín y San José de Uré (Córdoba), no les aplica lo establecido en el párrafo 4 del artículo 4 del Acto Legislativo 04 de 2007 y el Decreto 317 de 2008.

Con base en lo anteriormente señalado, en atención a las disposiciones constitucionales y legales y teniendo en cuenta la certificación del Ministerio de Hacienda y Crédito Público es necesario realizar la distribución de la última doceava de 2009 y el mayor valor generado por ajuste de la inflación apropiados en el Presupuesto General de la Nación de 2010, para cada uno de los componentes del Sistema General de Participaciones (Educación, Salud, Agua Potable y Saneamiento Básico, y Propósito General) y para las asignaciones especiales para Alimentación Escolar, Resguardos Indígenas y municipios Ribereños del Río Magdalena.

Por otra parte, con base en los recursos correspondientes a la última doceava de la vigencia 2008 en los sectores de Educación, Salud, Agua Potable y Saneamiento Básico, y Propósito General que fueron aprobados por el Conpes 121, el presente Conpes realiza la distribución de los recursos de la asignación Especial para FONPET correspondientes a la última doceava 2008 y mayor valor de 2007; igualmente una vez realizada la distribución de las once doceavas para los componentes de Educación, Salud, Agua Potable y saneamiento Básico y Propósito General y teniendo en cuenta las disposiciones de la Ley 715 sobre los criterios de distribución para la asignación especial para el FONPET, en este Conpes se realiza la distribución de los recursos que por este concepto se deben incorporar a la presente vigencia, y que corresponden a las once doceavas de 2009, para un total a distribuir entre las entidades territoriales en este Conpes de \$ 614.867 millones.

### **III. DISTRIBUCIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES ÚLTIMA DOCEAVA DE 2009 Y MAYOR VALOR DE 2008.**

#### **A. DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS DE LA PARTICIPACIÓN PARA EDUCACIÓN**

##### **1. DISTRIBUCIÓN DE LAS DOS TERCERAS PARTES DE LA ÚLTIMA DOCEAVA DE LA VIGENCIA 2009**

En virtud del párrafo transitorio del artículo 29 de la Ley 1176 de 2007, en la vigencia 2009 el giro de los recursos de la participación para educación correspondiente al mes de diciembre se realizará de la siguiente forma: una tercera parte en los últimos diez (10) días del año y el saldo en los tres (3) primeros días del mes siguiente al que corresponde la transferencia. Conforme con esta disposición a través del Conpes Social 127, se distribuyeron \$337.223 millones que corresponden a la tercera parte de la última doceava de 2009 de la participación para educación del SGP. En consecuencia, en el presente documento Conpes Social se deben distribuir los recursos que corresponden a las dos terceras partes de la última doceava de la vigencia 2009, por la suma de \$674.445 millones, con base en las distribuciones de las once doceavas efectuadas en los documentos Conpes Social 122 y 125, y de la tercera parte de la última doceava realizada en el Conpes Social 127, así:

i) Asignación por población atendida a los departamentos, distritos y municipios certificados por la suma de \$526.060 millones.

ii) Asignación de complemento a población atendida a 62 entidades territoriales: departamentos, distritos y municipios certificados por un monto de \$47.538 millones.

iii) Asignación de Cancelaciones de Prestaciones Sociales del Magisterio para los departamentos y Bogotá D.C, por la suma de \$18.374 millones.

iv) Asignación de calidad educativa con destino a los municipios, distritos y áreas no municipalizadas de los departamentos de Amazonas, Guainía y Vaupés por la suma de \$30.688 millones.

v) Asignación de población por atender a 68 entidades territoriales certificadas por la suma de \$40.457 millones.

vi) Dado que los recursos para gratuidad se distribuyen en un solo momento, una vez se asignan, éstos no impactan la última doceava, por lo cual el valor correspondiente en ésta se destinará a complemento a la asignación por población atendida. En este documento Conpes se distribuye a 63 entidades territoriales certificadas lo correspondiente a las dos terceras partes de la última doceava para complemento adicional por un valor de \$11.328 millones.

La distribución de las dos terceras partes de la última doceava de los recursos de la participación para educación del SGP por entidad territorial se presenta en los Anexos Nos. 1 a 3.

## **2. AJUSTE Y DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS DE CALIDAD EDUCATIVA POR CREACIÓN DEL MUNICIPIO DE SAN JOSÉ DE URÉ EN EL DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA**

Con motivo de la creación del municipio de San José de Uré, por Ordenanza 11 de 2007, el cual se segrega del municipio de Montelíbano en el departamento de Córdoba, y conforme con el artículo 87 de la Ley 715 de 2001, es necesario reconocer el derecho del municipio de San José de Uré a participar de los recursos del SGP desde la vigencia 2008. Este derecho se reconoce, una vez el DANE comunica las cifras oficiales del municipio de población y NBI.

Para el reconocimiento de este derecho se calcula cual hubiera sido la participación del municipio en 2008, con base en la proporción que segregó del municipio de Montelíbano, posteriormente se calcula por fórmula su participación en 2009 y los totales se le reconocen con cargo a la última doceava de 2009, haciendo los ajustes respectivos para el municipio de Montelíbano.

De esta manera, en la vigencia 2008 se calculan los recursos para calidad educativa distribuidos a los municipios de Montelíbano y San José de Uré en proporción a la población 89% y 11%, respectivamente. Para este caso, el ajuste correspondiente debe hacerse para once meses del año 2008. En el cuadro siguiente se presenta el ajuste a la distribución de los recursos de calidad de la vigencia 2008:

**Cuadro 2.**  
**Ajuste a los recursos de Calidad vigencia 2008 por efecto de la creación del Municipio de San José de Úre – Córdoba**

Para la vigencia 2009, el cálculo de los recursos para calidad educativa que le corresponden a San José de Uré se realiza con base en el Índice de Necesidades Insatisfechas – NBI - certificado por el Departamento Nacional de Estadística – DANE que le corresponden al municipio. De otra parte, debido a que, de acuerdo con certificación del Ministerio de Educación Nacional, éste no dispone de la información de matrícula oficial de 2008 para San José de Uré, se procede tal como lo establece el Decreto 159 de 2002, ante la ausencia de información para el municipio segregado se aplican los mismos indicadores del municipio del cual se segregó, para este caso Montelíbano. Los resultados de la asignación de recursos para San José de Uré con base en el procedimiento mencionado se presenta en el Anexo 3.

### **3. DISTRIBUCIÓN DEL MAYOR VALOR POR DIFERENCIA ENTRE LA TASA DE INFLACIÓN ESTIMADA Y LA CAUSADA DE 2008**

#### **a. AJUSTE A LA DISTRIBUCIÓN DE CALIDAD PARA GRATUIDAD EDUCATIVA**

Con cargo a los recursos del mayor valor, el presente documento Conpes Social realiza un ajuste a los recursos de calidad para gratuidad educativa de los estudiantes de SISBEN 1 y 2, desplazados, con discapacidad e indígenas no registrados en el SISBEN, matriculados en establecimientos educativos oficiales, distribuidos en los documentos Conpes Social 122 y 125 a los municipios, distritos y áreas no municipalizadas de los departamentos de Amazonas, Guainía y Vaupés. Este ajuste se realiza debido a que en las revisiones y validaciones efectuadas por el Ministerio de Educación Nacional se evidenció que existen estudiantes matriculados pertenecientes a los niveles 1 y 2 del SISBEN, desplazados, en situación de discapacidad e indígenas que no fueron reconocidos en la certificación realizada por el MEN al DNP para la distribución del Conpes Social 125, situación que conlleva a ajustar la distribución de los recursos para garantizar la gratuidad educativa a favor de 86 municipios por la suma adicional de \$177 millones. Esta distribución se muestra en los Anexos 2 y 3.

#### **b. AJUSTE A LA DISTRIBUCIÓN DE COMPLEMENTO A LA ASIGNACIÓN POR POBLACIÓN ATENDIDA**

Teniendo en cuenta que: i) el artículo 16 de la Ley 715 de 2001 establece que la asignación por población atendida 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 distribuida en el Conpes Social 122 no alcanza a

cubrir este costo en algunas entidades territoriales certificadas durante la vigencia 2009<sup>3</sup>, el presente documento distribuye recursos adicionales para complemento a 63 entidades territoriales certificadas por un total de \$180.332 millones. En los Anexos 1 y 2 se presenta la **distribución** de estos recursos por entidad territorial certificada en educación.

Para los ajustes al complemento a la asignación por población atendida se tuvo en cuenta la metodología definida por el Ministerio de Educación Nacional descrita en el Conpes Social 127, con base en los soportes sobre los costos de las plantas de personal, contratación de la prestación del servicio educativo y descuentos por ineficiencias sustentados por cada una de las entidades territoriales.

En el cuadro 3 se presenta el balance definitivo de la distribución de los recursos de la participación para educación del SGP para la vigencia 2009:

---

<sup>3</sup> Esta situación se presenta cuando algunas entidades territoriales certificadas presentan costos de la prestación del servicio educativo superiores a los cubiertos por las asignaciones correspondientes de población atendida y por atender.



**Cuadro No. 3**  
**Participación para Educación Vigencia 2009**  
**Millones de Pesos Corrientes**

\* Diferencia entre inflación estimada de 2008 (6%) y la inflación real (7.67%).

**B. PARTICIPACIÓN PARA SALUD**

Para el sector salud, teniendo en cuenta que las once doceavas fueron distribuidas en el Conpes Social 122 y ajustadas mediante Conpes Social 123, los montos pendientes por distribuir de la vigencia 2009 corresponden a la última doceava (\$ 414.957 millones) y al mayor valor (\$75.597 millones).

Las doce doceavas y el mayor valor de la Participación para Salud en 2009 totalizan \$5.055.088 millones. Con dichos recursos, de acuerdo con los artículos 47 de la Ley 715 de 2001 y 11 de la Ley 1122 de 2007, se financian tres subcomponentes de gasto: i) Régimen

subsidiado (Subsidios a la Demanda)<sup>4</sup>; ii) Acciones en salud pública<sup>5</sup>; y iii) Prestación del servicio de salud a la población pobre no asegurada y acciones no cubiertas con subsidios a la demanda<sup>6</sup>.

Para calcular la distribución y asignación territorial de la última doceava y el mayor valor de cada subcomponente se procede a: i) calcular la distribución y asignación territorial del total de la vigencia 2009 (doce doceavas 2009 con los recursos de mayor valor generado por efecto de la inflación definitiva causada en el año 2008), incluyendo los ajustes correspondientes<sup>7</sup>; y ii) del monto calculado en el punto i) se procede a descontar las once doceavas asignadas en la vigencia 2009 según el Conpes Social 123 de 2009. Para el caso de la asignación de población pobre no asegurada y las actividades no cubiertas con subsidios a la demanda, el descuento se realiza sobre las once doceavas ajustadas por concepto de ahorros o menor valor de aportes patronales<sup>8</sup>.

El cálculo de los recursos para cada subcomponente se realiza con base en la Ley 1122 de 2007 y el artículo 3 del Decreto 2878 de 2007. La Ley 1122 determina que, del total de los recursos de la bolsa del Sistema General de Participaciones de Salud, el 65% se deben destinar para la financiación del régimen subsidiado, y el Decreto 2878 establece que los recursos con destino al componente de salud pública corresponderán al 10.1% de la bolsa total del SGP para Salud y que el porcentaje restante, una vez descontados los recursos destinados por la Ley 1122 de 2007 al régimen subsidiado, se destinarán a la

---

<sup>4</sup> Esta función también corresponde a los municipios, así como a los departamentos, de Amazonas, Guañá y Vaupés, para atender sus áreas no municipalizadas..

<sup>5</sup> 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. Los municipios tienen a su cargo las acciones en salud pública de fomento, promoción y prevención en los términos que señala el reglamento.

<sup>6</sup> 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 por el Decreto 3003 de 2005. Incluyen los aportes para pago de obligaciones prestacionales (pensiones, cesantías, salud, riesgos profesionales) de la oferta hospitalaria pública en cada entidad territorial.

<sup>7</sup> Mediante oficio N° 12220 (MPS), radicado DNP N° 2009663030074-2 el Ministerio de la Protección Social certificó ajustes en la población afiliada al régimen subsidiado y en la población pobre no asegurada de los municipios de Achí (Bolívar) y Santa Bárbara (Nariño). Adicionalmente mediante certificación N° 387894 (MPS), radicado DNP 20096630386812 el Ministerio de la Protección Social certificó los datos de salud pública de los municipios nuevos o afectados por su creación e igualmente certificó que para 2008 en el régimen subsidiado no era posible contar con la información desagregada para los municipios creados y sus matrices, por lo cual, se aplica lo dispuesto en el Decreto 159 de 2009.

<sup>8</sup> Certificación ahorro y no ahorro de aportes patronales por parte del Ministerio de la Protección Social, mediante oficio N° 385849 del 9 (nueve) de diciembre de 2009, radicado DNP 20096630391662 del 14 de diciembre de 2009.

financiación de la prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada y a las actividades no cubiertas con subsidios a la demanda.

Conforme a lo anterior los recursos de la participación para salud del SGP correspondientes a la vigencia 2009 se deben asignar así: i) un 65%, para el régimen subsidiado; ii) el 10.1%, para salud pública; y iii) el 24,9%, para prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada y a las actividades no cubiertas por subsidios a la demanda. La distribución por componente se presenta en el cuadro 4.

**Cuadro 4**  
**Distribución de la Participación en Salud 2009 por componentes**  
**(Millones de pesos corrientes)**

El presente documento tiene en cuenta lo siguiente:

- La participación del municipio de San José de Uré (Córdoba) desde febrero de 2008, como lo indicó el Conpes Social 119 de 2008. Debido a que en la vigencia de 2008 no se asignaron recursos al municipio de San José de Uré en razón a que el DANE no había certificado la población de dicho municipio y el de su matriz (Montelíbano).
- Que el DANE certificó las poblaciones de dichos municipios en 2009<sup>9</sup>, por lo cual, se hace necesario recalcular la asignación de la vigencia de 2008 (de cada

---

<sup>9</sup> Certificación Población DANE radicado DNP No. 2009-663-023910-2 del 11 de agosto de 2009.

subcomponente) para cada municipio (San José de Uré y Montelíbano), en proporción a la población 2008, según el decreto 159 de 2002, con el fin de descontar de la asignación de la última doceava 2009 y mayor valor generado por efecto de la inflación definitiva causada en el año 2008 del municipio matriz lo que corresponda para asignarlo al municipio segregado.

El cálculo de los recursos correspondientes a la vigencia 2008 para el municipio de San José de Uré y el respectivo ajuste a Montelíbano se presenta en el cuadro N° 5.

**Cuadro N° 5**  
**Redistribución SGP –Participación Salud 2008 Municipios De San José De Uré Y**  
**Montelíbano (Córdoba)**

\*Corresponde al monto a descontar a Montelíbano (Córdoba) en 2009, para reconocerla a San José de Uré (Córdoba) 2009.

\*\*En atención a que el decreto 2878 de 2007 y la Ley 715 de 2001 establecen que en todo caso se deberá garantizar el valor de los aportes patronales, en este caso al Montelíbano se le garantizan los mismos, lo que no es objeto de ajuste proporcional, con San José de Uré.

\*\*\* El 89% y 11% corresponden a la proporción de la población 2008 de Montelíbano y San José de Uré (Córdoba), respectivamente, según certificación del DANE radicado DNP No. 2009-663-023910-2 del 11 de agosto de 2009.

- Un ajuste en la población pobre no asegurada y a actividades no cubiertas con subsidios a la demanda (PPNA) y régimen subsidiado de los municipios de Achí (Bolívar), y Santa Bárbara (Nariño) <sup>10</sup>, la información actualizada de salud pública<sup>11</sup> y los ajustes de NBI y Población 2009 certificados por el DANE<sup>12</sup> y Área certificados por el IGAC<sup>13</sup>.
- Los ahorros y no ahorros realizados por concepto de aporte patronal.

No obstante, se aclara que el Ministerio de la Protección Social no certificó las variables de algunos municipios y en tanto, el presente documento Conpes mantiene, para los municipios nuevos sin variables e indicadores, los calculados en los Conpes Sociales 122 y 123. Adicionalmente, se asigna el indicador del municipio de Montelíbano (Córdoba) al municipio de San José de Uré (Bolívar), excepto en los indicadores donde exista información. Todo lo anterior, en virtud de lo dispuesto en el artículo 6 del decreto 159 de 2002, que establece:

*“Artículo 6°. Cálculo de variables para los nuevos municipios con información insuficiente. Para los efectos de la determinación de la asignación que corresponde a los nuevos municipios que hayan sido creados y reportados al Departamento Nacional de Planeación hasta el 31 de diciembre del año inmediatamente anterior a la vigencia fiscal para la cual se realiza la distribución de los recursos del Sistema General de Participaciones, se aplicarán los mismos indicadores del municipio del cual hubiere sido segregado, o el promedio si se hubiere segregado de varios en el evento de información certificada sobre una o más variables; con excepción de los datos de población e índice de Necesidades Básicas Insatisfechas para el nuevo municipio y el segregante, para la vigencia, los cuales deberán ser certificados en todo caso por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística, Dane. Sin la certificación del Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE, no se podrá realizar la*

---

<sup>10</sup> Certificación oficio N° 12220 (MPS), radicado DNP N° 2009663030074-2.

<sup>11</sup> Certificación oficio N° 387894 (MPS), radicado DNP N° 20096630386812 <sup>12</sup> Certificación Población DANE, radicado DNP N° 20096630239102.

<sup>13</sup> Certificación del IGAC, radicado DNP N° 20096630011802.

*asignación de recursos para el nuevo municipio.”.*

En general, la distribución de los recursos de la Participación en Salud se realiza de conformidad con los criterios y fórmulas establecidas en los artículos 48 y 52 de la Ley 715 de 2001, la Ley 1122 de 2007, lo dispuesto en el artículo 17 de la Ley 1151 de 2007 y los Decretos 2878 de 2007, 159 de 2002, 177 de 2004, 313 de 2008, 317 y 4815 de 2008, así como, teniendo en cuenta las certificaciones de información del Ministerio de la Protección Social (MPS), de la siguiente manera:

## **1. RÉGIMEN SUBSIDIADO**

a. **Subsidios a la Demanda - Continuidad.** Para calcular la distribución y asignación territorial de la última doceava y el mayor valor de Subsidios a la Demanda - Continuidad se procede a: i) calcular la distribución y asignación territorial del total de la vigencia 2009 (doce doceavas 2009 incluyendo los recursos de mayor valor generado por efecto de la inflación definitiva causada en el año 2008), ii) del monto calculado en el punto i) se procede a descontar las once doceavas asignadas en la vigencia 2009 distribuidos por el Conpes Social 123 de 2009 y, por lo tanto, se obtienen el monto equivalente a la última doceava 2009 y mayor valor generado por efecto de la inflación definitiva causada 2008.

Los recursos totales de la vigencia 2009 (once doceavas, última doceava y mayor valor) para Subsidios a la Demanda - Continuidad ascienden a \$3.154.375 millones. Este monto se divide por la población pobre atendida en el país mediante subsidios a la demanda en la vigencia 2009. El per cápita resultante se multiplica por la población afiliada de cada entidad territorial para encontrar el valor asignado por este componente. Esta distribución incluye el ajuste de la vigencia de 2008 para los municipios de San José de Uré y Montelíbano (Córdoba), así como, los ajustes certificados por el Ministerio de la Protección

Social para Achí (Bolívar) y Santa Bárbara (Nariño), y para los municipios nuevos<sup>14</sup> a los cuales el Ministerio de la Protección Social no certificó variables se aplican los mismos criterios y metodología utilizada en el Conpes Social 123 de 2009.

Una vez calculadas las doce doceavas 2009 se procede a realizar el ajuste en la asignación de Tuchín (Córdoba) 2008, aprobado por el Conpes Social 122 y 123 de 2009, descontando esta asignación de los municipios matrices, lo cual se encuentra en el anexo 8.

Dado que al realizar el cálculo de la última doceava y el mayor valor se encuentran municipios con asignaciones negativas (debido a los cambios en la información certificada por el MPS), significando esto que en las once doceavas se le asignaron mayores recursos de los que realmente le correspondían, se procede a ajustar la asignación de la última doceava y el mayor valor con el siguiente procedimiento:

- a) Se define la proporción para todos los municipios y distritos cuya última doceava y mayor valor no es negativa, tomando la asignación de la última doceava y mayor valor en relación con el total de los recursos positivos. El resultado obtenido se multiplica por el monto total de recursos negativos, obteniendo los recursos a descontar por cada municipio.
- b) Al valor distribuido y asignado inicialmente como última doceava y mayor valor de cada municipio y distrito se le descuentan los recursos obtenidos en el numeral anterior. Cabe señalar que a los municipios con valores negativos no se le asignan recursos por concepto de la última doceava<sup>15</sup>.

---

<sup>14</sup> Basado en certificación del Ministerio de la Protección Social, radicado en el DNP N° 20096630016762 del 28 de enero de 2009. En dicha certificación anexa nota del Director de Gestión de la Demanda que dice “Atendiendo la solicitud de certificación sobre las variables de afiliación al régimen subsidiado necesarias para la distribución de recursos del Sistema General de Participaciones, correspondientes a cada municipio, es decir Norosí en el departamento de Bolívar, San José de Uré y Tuchín en el departamento de Córdoba, le informo que las entidades territoriales en mención no remitieron a esta Dirección la información solicitada conforme el decreto 159 de 2002, por lo tanto estas variables serán tenidas en cuenta para la distribución del próximo año”. En consecuencia, en el caso de población afiliada y población pobre no asegurada, para el municipio de Norosí (Bolívar) y Tuchín (Córdoba) se aplica lo dispuesto en el decreto 159 de 2002, utilizando para Norosí (Bolívar) los mismos indicadores de Río viejo (Bolívar), así mismo se hace con San José de Uré (Córdoba) se toman los mismos indicadores de Montelíbano (Córdoba). Para el caso de Tuchín se utiliza el promedio de los indicadores de Chimá y San Andrés de Sotavento (Córdoba), conforme al decreto 159 de 2002.

<sup>15</sup> Con base artículo 86 Ley 715 de 2001.

- c) El valor que resulta de multiplicar lo asignado de más a los municipios con valores negativos por la proporción señalada en el punto a) son los recursos que dichos municipios a quienes se les reconoció más de lo distribuido en las doce doceavas, quedan debiendo al resto de municipios y distritos. Dichos recursos se descontarán en las vigencias siguientes en tanto se asignen recursos a dichos municipios por este subcomponente.
- d) Por otra parte, dado que al municipio de Montelíbano se le asignaron recursos de más en la vigencia de 2008, producto de no contar con la información de población, dada la segregación del municipio de San José de Uré, se procede en la última doceava y mayor valor de 2009 a descontar los recursos correspondientes y asignarlos al municipio de San José de Uré.
- e) Finalmente, las doce doceavas de la vigencia 2009 resultan de sumar los recursos calculados en d) más las once doceavas asignadas mediante Conpes Social 123.

Los recursos distribuidos y asignados de esta manera serán ejecutados por cada municipio y distrito, en tanto que los departamentos de Amazonas, Guainía y Vaupés ejecutarán recursos de este componente sólo en el caso de las áreas no municipalizadas<sup>16</sup>. La distribución resultante de las doce doceavas y mayor valor de 2009 para el total de municipios, distritos y áreas no municipalizadas se encuentra en los anexos 7 y 8 del presente documento, incluyendo la definición de la última doceava y el mayor valor, ajustados. En el cuadro N° 6 se observa el resumen de la distribución por componente.

---

<sup>16</sup> Áreas no municipalizadas ubicadas en los departamentos de Amazonas, Guainía y Vaupés, tal como se explicó en la sección anterior.



**Cuadro N° 6**  
**Participación para Salud -SGP 2009**  
**Componente Régimen Subsidiado - Continuidad**  
**Agregado por Tipo de Entidad Territorial**  
**(Millones de pesos corrientes)**

b. **Subsidios a la Demanda - Ampliación.** Los recursos totales 2009 para este componente ascienden a \$ 131.432 millones, los cuales deben ser destinados a financiar la nueva afiliación de la población pobre mediante subsidios a la demanda. Atendiendo el artículo 17 de la Ley 1151 de 2007 y la transformación de recursos realizada en el literal (a), numeral (1) del artículo 11 de la Ley 1122 de 2007, la diferencia porcentual entre las vigencias se aplica al total de los recursos del SGP Salud Régimen Subsidiado de la vigencia 2009 y se destina a ampliación de cobertura.

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, tal como se definió en los Conpes Sociales 122 y 123 de 2009. Lo anterior, con el fin de contribuir a reducir la brecha existente en los niveles de cobertura entre entidades territoriales. Es así como, el presente documento procede a realizar la distribución de la siguiente manera:

- a) Se distribuyen doce doceavas 2009 incluyendo el mayor valor, con las mismas variables y criterios utilizados en el documento Conpes Social 123 de 2009, incluyendo los ajustes de las certificaciones respectivas. Una vez calculadas las

doce doceavas 2009 se procede a realizar sobre éstas el ajuste en la asignación de Tuchín (Córdoba) 2008, aprobado por el Conpes Social 122 y 123 de 2009, descontando esta asignación de los municipios matrices. De igual forma se incluye el ajuste de la vigencia de 2008 para los municipios de San José de Uré y Montelíbano (Córdoba), así como los ajustes certificados por el Ministerio de la Protección Social. Vale aclarar que en el caso de municipios nuevos sobre los cuales el Ministerio de la Protección Social no certificó variables, se aplican los mismos criterios y metodología utilizada en el Conpes Social 123 de 2009, conforme al Decreto 159 de 2002.

- b) Al valor obtenido en el literal anterior se le descuenta el monto asignado por once doceavas en el Conpes Social 123 de 2009. En consecuencia, el monto obtenido corresponde a la última doceava y mayor valor de 2009.
- c) Al realizar el cálculo de la última doceava y el mayor valor se encuentran municipios con asignaciones negativas (debido a los cambios en la información certificada por el MPS), significando esto que en las once doceavas se le asignaron mayores recursos de los que realmente le correspondían, por ello se procede a ajustar la asignación de la última doceava y el mayor valor.
- d) Se define la proporción para todos los municipios y distritos cuya última doceava y mayor valor no es negativo, tomando la asignación de la última doceava y mayor valor en relación con el total de los recursos positivos. El resultado obtenido se multiplica por el monto total de recursos negativos, obteniendo los recursos a descontar para cada municipio y distrito.
- e) Al valor distribuido y asignado a cada municipio y distrito se le descuenta el valor resultante del numeral anterior, obteniendo para cada municipio y distrito el total de la última doceava y mayor valor calculado inicialmente. Cabe señalar que a los

municipios con valores negativos no se le asignan recursos por concepto de la última doceava<sup>17</sup>.

- f) El valor que resulta de multiplicar lo asignado de más a los municipios con valores negativos por la proporción señalada en el punto d) son los recursos que dichos municipios quedan debiendo al resto de municipios y distritos. Dichos recursos se descontarán en las vigencias siguientes en tanto se asignen recursos a dichos municipios por este subcomponente.
- g) Por otra parte, dado que al municipio de Montelíbano se le asignaron recursos de más en la vigencia de 2008, producto de no contar con la información de población, dada la segregación del Municipio de San José de Uré, se procede en la última doceava y mayor valor de 2009 a descontar los recursos correspondientes y asignarlos al municipio de San José de Uré. No obstante, queda un saldo por descontar a Montelíbano en ampliación por \$ 24.788.046, el cual deberá descontarse en 2010 para adicionarlo a San José de Uré en dicha vigencia. -
- h) Finalmente, las doce doceavas de la vigencia 2009 resultan de sumar los recursos calculados en g) más las once doceavas asignadas mediante Conpes Social 123.

De esta forma, la distribución por entidad territorial se puede apreciar en los anexos 7 y 8. La asignación de estos recursos en el total de municipios, distritos y corregimientos departamentales se presenta en el Cuadro 7:

---

<sup>17</sup> Con base artículo 86 Ley 715 de 2001.

**Cuadro N° 7**  
**Participación para Salud -SGP 2009**  
**Componente Régimen Subsidiado - Ampliación**  
**Agregado por Tipo de Entidad Territorial**  
**(Millones de pesos Corrientes)**

**2. ACCIONES DE SALUD PÚBLICA**

Los recursos totales para este componente ascienden \$ 510.564 millones (doce doceavas y mayor valor 2009). Estos recursos se asignan a las entidades territoriales teniendo en cuenta, los mismos criterios y variables utilizadas en el Conpes Social 123 de 2009. La distribución de las doce doceavas y el mayor valor, toma en consideración lo siguiente: i) el Decreto 317 de 2008, el cual determina que con el propósito de evitar los efectos negativos derivados de las variaciones de los datos censales en la distribución del Sistema General de Participaciones se orientarán los recursos necesarios para que no se disminuyan, por razón de la población y el Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas, los recursos que recibieron las entidades territoriales en la vigencia anterior; ii) el artículo 52 de la Ley 715 de 2001 y el Decreto 159 de 2002, y iii) el ajuste de la vigencia de 2008 para los municipios de San José de Uré y Montelíbano (Córdoba), así como, los ajustes certificados por el Ministerio de la Protección Social y en el caso de municipios nuevos sobre los cuales el Ministerio de la Protección Social no certificó variables, se aplican los mismos criterios y metodología utilizada en el Conpes Social 123 de 2009 conforme al decreto 159 de 2002.

La distribución de las doce doceavas y el mayor valor se realiza de la siguiente forma:

- a) Se distribuyen las doce doceavas de salud pública incluyendo el mayor valor, aplicando los criterios y variables utilizados en el Conpes Social 123 de 2009, y los datos certificados por el Ministerio de la Protección Social y los nuevos municipios<sup>18</sup>. Sobre las doce doceavas 2009 se procede a realizar el ajuste en la asignación de Tuchín (Córdoba) 2008, aprobado por el Conpes Social 122 y 123 de 2009, descontando esta asignación de los municipios matrices.
- b) Al monto obtenido en el numeral anterior se le descuenta el valor asignado en el Conpes Social 123 de 2009 (once doceavas). Obteniendo, así la última doceava y el mayor valor por Salud pública.
- c) Al realizar el cálculo de la última doceava y el mayor valor se encuentran municipios con asignaciones negativas (debido a los cambios en la información certificada por el MPS), significando esto que en las once doceavas se le asignaron mayores recursos de los que realmente le correspondían, por ello se procede a ajustar la asignación de la última doceava y el mayor valor.
- d) Al igual que en componente anterior, se define la proporción para todos los municipios y distritos que tienen como resultado última doceava y mayor valor positivo, tomando la asignación de la última doceava y mayor valor en relación con el total de los recursos positivos. El resultado obtenido se multiplica por el monto total de recursos negativos, obteniendo los de recursos a descontar para cada municipio y distrito.

---

<sup>18</sup>El monto a garantizar de la vigencia 2007 se ajusta en doce doceavas, para los municipios nuevos así: a) para el caso de Río Viejo (Bolívar) y Montelíbano (Córdoba) el valor que se toma como referencia en el año de 2007 corresponde a la proporción de población que le corresponde. Dado que Norosí (Bolívar) y San José de Uré (Córdoba), no existían en 2007 no se les garantiza un valor mínimo de dicha vigencia y participa por fórmula conforme las reglas vigentes. Siguiendo dicho criterio, en el caso de Tuchín (Córdoba) por no existir en 2007 no se le garantiza un mínimo 2007, en tanto que a Chimá y San Andrés de Sotavento (Córdoba) se les garantiza como mínimo el monto 2007 en proporción a la población 2008, una vez segregado el nuevo municipio.

- e) Al valor distribuido y asignado a cada municipio y distrito se le descuenta el valor calculado en el numeral d) con lo cual se obtiene la última doceava y mayor valor ajustado. Cabe señalar que a los municipios con valores negativos no se le asignan recursos por concepto de la última doceava<sup>19</sup>.
- f) El valor que resulta de multiplicar lo asignado de más a los municipios con valores negativos por la proporción señalada en el punto d) son los recursos que dichos municipios quedan debiendo al resto de municipios y distritos. Dichos recursos se descontarán en las vigencias siguientes en tanto se asignen recursos a dichos municipios por este subcomponente.
- g) Por otra parte, dado que al municipio de Montelíbano se le asignaron recursos de más en la vigencia de 2008, producto de no contar con la información de población, dada la segregación del municipio de San José de Uré, se procede en la última doceava y mayor valor de 2009 a descontar los recursos correspondientes y asignarlos al municipio de San José de Uré. Sin embargo, quedó un saldo por descontar a Montelíbano por Salud Pública equivalente a \$ 13.682.847, el cual deberá descontarse en 2010 para adicionarlo a San José de Uré.
- h) Finalmente, las doce doceavas de la vigencia 2009 resultan de sumar los recursos calculados en g) más las once doceavas asignadas mediante Conpes Social 123.

Como consecuencia de lo anterior, la distribución resultante en el 2009 para el total de municipios, distritos y departamentos se presenta en el cuadro N° 8. La distribución por entidad territorial se presenta en los anexos 9 y 10.

---

<sup>19</sup> Con base artículo 86 Ley 715 de 2001.

**Cuadro N° 8**  
**Participación para Salud -SGP 2009**  
**Componente Salud Pública**  
**Agregado por Tipo de Entidad Territorial**  
**(Cifras en millones de pesos corrientes)**

**3. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD A LA POBLACIÓN POBRE EN LO NO CUBIERTO CON SUBSIDIOS A LA DEMANDA 2009.**

Los recursos totales para este componente ascienden a \$1.258.717 millones (doce doceavas y mayor valor 2009). Estos recursos se asignan a las entidades territoriales teniendo en cuenta los mismos criterios utilizados en el Conpes Social 123 de 2009. La distribución de las doce doceavas y el mayor valor toma en consideración la normatividad vigente y en particular lo siguiente:

- i) El artículo 58 de la Ley 715 de 2001. La aplicación de este artículo garantiza el pago de los aportes patronales.
- ii) El parágrafo 2 del artículo 7 del Decreto 2878 de 2007, que determina que el Conpes Social redistribuirá entre las entidades territoriales los mayores valores en la asignación por errores de estimación u otros no justificados por concepto de modificación en los aportes patronales. En este caso el Conpes Social determina que los recursos por menor valor de aportes patronales se distribuyen en forma proporcional a la asignación territorial de las once doceavas recalculadas entre las entidades territoriales que generaron ahorros y aquellas cuyos aportes patronales no sufrieron modificación con respecto a su estimación inicial. Adicionalmente, la distribución no aplica para aquellas entidades territoriales en donde su aporte

patronal es mayor a la asignación por fórmula o quienes tienen cobertura universal<sup>20</sup>.

- iii) El Decreto 2878 de 2007, por el cual se reglamenta parcialmente el literal (a) del numeral (1) del artículo 11 de la Ley 1122 de 2007, se fijan los criterios de distribución y asignación de los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud (SGP-S). y se define el nivel de compensación aplicable a la vigencia de 2009.
- iv) Se utilizan los mismos factores de ajuste No POSS aplicados en la distribución del Conpes Social 123 de 2009, conforme al Decreto 4815 de 2008.
- v) La certificación N° 385849 del 9 (nueve) de diciembre de 2009 (radicado DNP 20096630391662 del 14 de diciembre de 2009) del Ministerio de la Protección Social donde se certifica el valor del ahorro o menor valor de los aportes patronales por entidad territorial de la vigencia 2009;
- vi) Para efectos de distribución y cálculo del indicador de PPNA para San José de Uré se aplica lo dispuesto en el Decreto 159 de 2009, en tanto el MPS no certificó dichos datos para el municipio.
- vii) La certificación número N° 12220 (MPS) del 5 (cinco) de octubre de 2009 (radicado DNP N° 2009663030074-2), donde se ajusta la población pobre no asegurada (PPNA) para Achí ( Bolívar) y Santa Bárbara ( Nariño);
- viii) Se incluye el ajuste de la vigencia de 2008 para San José de Uré y Montelíbano (Córdoba), aplicando la norma sobre los recursos de complemento, compensación y ahorros o no ahorros de Aportes patronales, según aplique.

---

<sup>20</sup> Aquellas entidades territoriales que presentaron la doble condición de ahorro y no ahorro tampoco participan.



ix) La aplicación del área certificada a 2009 por el IGAC<sup>21</sup>

A partir de lo enunciado, la distribución de las doce doceavas, la última doceava y el mayor valor se realiza, de la siguiente forma:

- a) En primer término, se realiza el recálculo de las once doceavas aplicando las normas vigentes, los procedimientos y los criterios utilizados en el Conpes Social 123 de 2009 y lo señalado en los puntos i) a vi) arriba mencionados, con el fin de determinar la asignación por concepto de ahorro y no ahorro patronal de las entidades territoriales.

En el cuadro 9 se presenta el recálculo de las once doceavas, el aporte patronal y las diferencias que se reconocen a los municipios, distritos y departamentos en forma agregada. En los anexos 11 y 12 se observa la distribución y asignación del Ahorro del Aporte Patronal (AP) y de los Excedentes por menor valor de AP.

**Cuadro 9**  
**Ajuste a las once doceavas**  
**Prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada y a las actividades**  
**no cubiertas con subsidios a la demanda, agregado por tipo de entidad territorial 2009**  
**Millones de pesos**

1/ Incluye Barranquilla.

Se debe mencionar que el parágrafo 1 del Decreto 2878 de 2007 señala que “Cuando por efecto de la reducción de los costos laborales, se reduzcan los requerimientos de recursos para los aportes patronales, los excedentes se destinarán a la prestación de

---

<sup>21</sup> Conforme a la certificación con radicado DNP N°20096630011802.

servicios de salud a la población pobre no asegurada y a las actividades no cubiertas con subsidios a la demanda”.

b) **En segundo término**, para el cálculo de la última doceava y el mayor valor se procede de la siguiente forma:

- i. Se calculan las doce doceavas, que deberían asignarse a cada entidad territorial. Este cálculo se realiza aplicando las normas vigentes, los procedimientos y los criterios utilizados en el Conpes Social 123 de 2009 y teniendo en cuenta el ahorro o menor valor de los aportes patronales calculado en el punto a), así como lo señalado en los puntos i) a ix) arriba mencionados<sup>22</sup>.
- ii. Al monto obtenido en el numeral anterior se le descuenta el valor asignado en el numeral a) de este apartado (once doceavas con ahorros). Obteniendo así la última doceava y el mayor valor para este subcomponente.
- iii. Al realizar la operación señalada en el numeral ii) se evidencia que el municipio de Achí (Bolívar) presenta una cifra negativa, significando esto que en las once doceavas se le asignaron mayores recursos de los que realmente le correspondían. Ello debido al ajuste de PPNA certificado por el Ministerio de la Protección Social.
- iv. Dado lo anterior, se procede a aplicar lo dispuesto en el artículo 9 del Decreto 313 de 2008<sup>23</sup> para el cálculo de la última doceava y el mayor

---

<sup>22</sup> Para el cálculo de las doce doceavas es necesario recalcular las 11/12 con ahorros de aportes patronales con la información actualizada de PPNA. Esto permite calcular las doce doceavas que se deben asignar a los municipios, distritos y departamentos.

<sup>23</sup> ARTÍCULO 9o. Decreto 313 de 2008. AJUSTE A DISTRIBUCIÓN. “Cuando para ajustar la distribución debido a deficiencias de información, y conforme al artículo 86 de la Ley 715 de 2001, no existan en la vigencia en la cual corresponda realizar el ajuste recursos suficientes del Sistema General de Participaciones

valor, así: al valor distribuido y asignado en el numeral ii) a cada municipio y distrito se le descuenta el valor resultante de multiplicar el valor girado de más al municipio de Achí (Bolívar) por la proporción que cada municipio y distrito tiene en el total de la última doceava y mayor valor calculado en ii) (sin incluir Achí (Bolívar)). Cabe señalar que al municipio de Achí no se le asignan recursos por concepto de la última doceava.

- v. El valor que resulta de multiplicar lo asignado de más al municipio de Achí (Bolívar) y la proporción señalada en el punto iv) son los recursos que el municipio de Achí (Bolívar) queda debiendo a los municipios y distritos. Dichos recursos se descontarán en las vigencias siguientes en tanto se asignen recursos a dicho municipio por concepto de atención a la población pobre no asegurada y a las actividades no cubiertas con subsidios a la demanda.
- vi. Por otra parte, dado que al municipio de Montelíbano se le asignaron recurso de más en la vigencia de 2008, producto de no contar con la información de población, dada la segregación del municipio de San José de Uré, se procede en la última doceava y mayor valor de 2009 a descontar los recursos correspondientes y asignarlos al Departamento de Córdoba, quien asumió la competencia respecto a San Jode de Uré, dado que éste no es un municipio certificado en salud. El cálculo del descuento (vigencia 2008) se hace sobre los recursos totales asignados por concepto de prestación de servicios de salud a la población pobre noasegurada y a las actividades no cubiertas con subsidios a la demanda

---

para la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, correspondientes a aquellas entidades que recibieron recursos de más, el ajuste a la distribución se hará hasta por el monto que los recursos de la respectiva vigencia lo permitan, en forma proporcional.”

descontados los aportes patronales<sup>24</sup>. Sin embargo, quedó un saldo por descontar a Montelíbano equivalente a \$16.621.104, el cual deberá descontarse en 2010 para adicionarlo al Departamento de Córdoba.

- vii. Finalmente, las doce doceavas de la vigencia 2009 resultan de sumar los recursos calculados en iv) más los recursos calculados en numeral a) del presente apartado, se incluye aquí lo señalado en el numeral vi).

En el cuadro 10 se presenta un resumen de las doce doceavas, la última doceava y el mayor valor, y las diferencias pendientes favor de los municipios y distritos. En los anexos 13 y 14 se presentan los datos por entidad territorial.

**Cuadro 10**  
**Doce doceavas y mayor valor población pobre no asegurada y a las actividades no**  
**cubiertas con subsidios a la demanda, agregado por tipo de entidad territorial 2009**  
**Millones de Pesos**

---

<sup>24</sup> La Ley 715 de 2001 y el decreto 2878 de 2007 señalan que como mínimo el monto de los aportes patronales se debe mantener.

## **C. PARTICIPACIÓN PARA AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO BÁSICO**

El Conpes Social 122 de 2009 distribuyó el 90% de las once doceavas partes de la participación de agua potable y saneamiento básico para departamentos, el 90% por concepto de la asignación básica<sup>25</sup> entre municipios y distritos, y el 90% de once doceavas de los recursos correspondientes a los siguientes criterios de la asignación por fórmula: i) déficit de coberturas; ii) población atendida y balance del esquema solidario; iii) esfuerzo en la ampliación de coberturas; y, iv) nivel de pobreza del respectivo distrito o municipio; quedando pendiente la distribución del 100% de los recursos correspondientes al criterio de eficiencia fiscal y administrativa de cada entidad territorial en la gestión sectorial y el 10% del resto de la asignación para departamentos, distritos y municipios. En consecuencia, el Conpes Social 128 de 2009 distribuyó los recursos pendientes para completar el 100% de las once doceavas de la participación para agua potable y saneamiento básico. Este Conpes tomó en consideración la disposición del parágrafo del artículo 9 de la Ley 1176 de 2007<sup>26</sup>, en relación con los montos mínimos que se deben garantizar a aquellos municipios y distritos que reportaron compromisos adquiridos previamente a la fecha de expedición de dicha Ley, dentro del plazo legalmente establecido, y que fueron certificados por el Ministerio de Ambiente Vivienda y Desarrollo Territorial. Adicionalmente, garantizó a los municipios clasificados en categorías 2, 3, 4, 5 y 6 que hayan reportado compromisos adquiridos, que el 85% de la asignación total de la participación de agua potable y saneamiento básico para la vigencia 2009 deberá corresponder como mínimo al monto del compromiso requerido para su pago, el cual no podrá incluir lo referente a subsidios, según

---

<sup>25</sup> Se denomina asignación básica los recursos que de conformidad al Artículo 9 de la Ley 1176 de 2007 se distribuyen en proporción directa al valor definitivo que se les haya asignado a los municipios y distrito en 2007 por concepto de la destinación de agua potable y saneamiento básico de la participación de propósito general.

<sup>26</sup> Parágrafo. Sin perjuicio de lo señalado en el presente artículo, con el propósito de que la distribución de recursos por distrito y/o municipio garantice el monto que la respectiva entidad haya comprometido a la fecha de expedición de la presente Ley, con cargo a los recursos de la participación para agua potable y saneamiento básico, para pagar créditos o compromisos derivados de la estructuración financiera de un contrato con un tercero, que tengan como propósito garantizar la prestación de estos servicios, el distrito o municipio deberá informar, dentro de los seis (6) meses siguientes a la expedición de la presente ley, acerca de la existencia de tales compromisos al Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial. Con base en la información reportada por las entidades territoriales el Gobierno Nacional determinará el tiempo de transición para la distribución de los recursos que garantice el cumplimiento de estos compromisos.

lo definido por el Decreto 4192 de 2009. El 15% restante se asigna para garantizar el cumplimiento del pago de la destinación específica de la entidad territorial para subsidios.

De esta forma, quedó por distribuir el monto correspondiente a la última doceava y mayor valor de la participación de agua potable y saneamiento básico de la vigencia 2009<sup>27</sup>, que se muestra en el Cuadro 11:

**Cuadro 11**  
**Distribuciones parciales por entidad territorial de la vigencia 2009**  
**(Millones de pesos corrientes)**

\*Incluye última doceavas y mayor valor

El Conpes Social 128 distribuyó en total \$139.087 millones de pesos entre municipios y departamentos, de los cuales \$15.091 millones correspondieron a lo asignado a departamentos<sup>28</sup> y \$123.997 millones a la distribución entre municipios. De estos últimos, \$42.175 millones fueron asignados por Básica y \$80.657 millones por los criterios de déficit de cobertura, población atendida y balance del esquema solidario, esfuerzo en la ampliación de coberturas, nivel de pobreza, y eficiencia fiscal y administrativa.

---

<sup>27</sup> En la vigencia 2009 el crecimiento de la economía fue mayor al proyectado, por consiguiente, los recursos de la participación de agua potable y saneamiento básico se incrementaron de \$1.097.520 millones a \$1.114.183 millones.

<sup>28</sup> El monto adicional asignado a los departamentos de Amazonas, Guainía y Vaupés, para asegurar la prestación en áreas no municipalizadas de su jurisdicción, conforme al parágrafo 2° del artículo 3 de la Ley 1176 de 2007, se encuentra sumado a la asignación municipal en el Cuadro 1, no obstante, en el Anexo 16 se asigna a los departamentos de Amazonas, Guainía y Vaupés.

La distribución de recursos realizada por los Conpes Social 122 y 128 se efectuó atendiendo las disposiciones del Acto Legislativo 04 de 2007, de la Ley 1176 de 2007 y de sus respectivos decretos reglamentarios<sup>29</sup>.

El monto pendiente por distribuir de la vigencia 2009 en agua potable y saneamiento básico corresponde a un total de \$ 108.123 millones, de éstos la última doceava asciende a \$ 91.460 millones y el mayor valor ajuste de la inflación de 2008 corresponde a \$16.662 millones. Del monto por distribuir, \$16.218 millones corresponden a la participación de departamentos y \$91.904 millones a la participación de municipios y distritos; en la presente distribución se incluyen los municipios de Tuchín y San José de Uré en el departamento de Córdoba, y Norosí en el Departamento de Bolívar, los cuales fueron creados en el año 2007.

A continuación, se describe en mayor detalle la metodología de distribución por cada uno de estos conceptos:

## **1. PARTICIPACIÓN DE MUNICIPIOS Y DISTRITOS**

### **Cuadro 12 Recursos distribuidos vigencia 2009 Millones de pesos corrientes**

\*Incluye última doceava y mayor valor

---

<sup>29</sup> Decreto 313 de 2008, Decreto 315 de 2008, Decreto 4475 de 2008, Decreto 276 de 2009 y el Decreto 4192 de 2009.

**i) Distribución por Básica - Metodología Artículo 7 de la Ley 1176:**

El artículo 9 de la Ley 1176 establece un periodo de transición en la aplicación de la fórmula de distribución, el cual para la vigencia 2009 implica que el 50% de los recursos de los distritos y municipios se distribuye aplicando la proporción directa de los recursos asignados a cada entidad territorial en 2007, para el sector de Agua Potable y Saneamiento Básico de la participación de Propósito General del Sistema General de Participaciones. Este Conpes distribuye \$ 46.427 millones por concepto de básica, como se muestra en el Cuadro 12.

Los municipios de Tuchín y San José de Uré en el departamento de Córdoba, y Norosí en el Departamento de Bolívar no participan de la distribución por este concepto, pues por su reciente creación no se les asignaron recursos para el sector de Agua Potable y Saneamiento Básico en el año 2007.

**ii) Distribución por fórmula - Metodología Artículo 7 de la Ley 1176 de 2007:**

La distribución de la última doceava de la participación de agua potable y saneamiento básico se realizó, conforme a lo establecido en la Ley 1176 de 2007 y en el Decreto 313 de 2008, con base en los siguientes criterios: i) déficit de coberturas; ii) población atendida y balance del esquema solidario, iii) Esfuerzo de la entidad territorial en la ampliación de coberturas iv) nivel de pobreza del respectivo distrito o municipio; y v) cumplimiento de criterios de eficiencia fiscal y administrativa de cada entidad territorial en la gestión sectorial. Por este concepto el presente Conpes distribuye \$ 46.427 millones, como se muestra en el Cuadro 12.

**iii) Ajuste por transición - Parágrafo del Artículo 9 de la Ley 1176 de 2007:**

Conforme a la Ley 1176 de 2007, la distribución de la participación para agua potable y saneamiento básico debe garantizar los compromisos de las entidades territoriales



a la fecha de expedición de la Ley, con cargo a los recursos de la participación para agua potable y saneamiento básico, destinados a pagar créditos o compromisos derivados de la estructuración financiera de un contrato con un tercero, que tengan como propósito garantizar la prestación de estos servicios<sup>30</sup>.

Para ello, la Ley estableció que el distrito o municipio debía reportar al Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial, a más tardar el 28 de junio de 2008, la existencia de tales compromisos, con base en lo cual el MAVDT certificó al DNP el listado de municipios y montos mínimos que debían ser garantizados en la distribución. Los resultados generales del Conpes 128 muestran que 72 municipios reportaron compromisos<sup>31</sup> y a 8 municipios<sup>32</sup> se les debió aumentar los recursos de las once doceavas de 2009 en una cuantía total de \$1.164 millones (ver cuadro 12); sin embargo, una vez distribuidas las docedoceavas de la participación sectorial y con base en una nueva certificación del MAVDT radicado DNP 2009-663-034774-2 del 10 de noviembre de 2009, se determinó que a cinco municipios no se les debe hacer ajuste por transición, ya que la asignación por fórmula de distribución es mayor que el compromiso reportado; en los otros tres municipios<sup>33</sup> el monto del compromiso sigue siendo superior a la asignación de doce doceavas, por lo cual se mantiene la necesidad de Ajuste por Transición en una cuantía total de \$215 millones. Para el cumplimiento de lo anterior se redistribuye el monto total de recursos liberado de dichos cinco municipios entre todos los municipios y distritos del país, de tal forma que sea posible mantener los mínimos necesarios para que todos los municipios y distritos honren sus compromisos.

---

<sup>30</sup> El periodo de transición fue reglamentado por el Decreto 4475 de 2008 y el Decreto 276 de 2009.

<sup>31</sup> Según oficio 5000 - E2 - 96548 del 18 de septiembre de 2008 del Ministerio de Ambiente Vivienda y Desarrollo Territorial.

<sup>32</sup> Los municipios a los que se les aumentó su asignación en el Conpes 128, con el fin de garantizar compromisos y destinación para subsidios fueron Jericó y Turbo en el departamento de Antioquia, Sabanagrande en Atlántico, Manizales en Caldas, Timbiquí en Cauca, Sahagun en Córdoba, y la Peña y Tenjo en Cundinamarca.

<sup>33</sup> Los municipios a los que se les aumentó su asignación en la presente distribución con el fin de garantizar compromisos y destinación para subsidios fueron Jericó en el departamento de Antioquia, Sahagun en el departamento de Córdoba y La Peña en el departamento de Cundinamarca.

De igual manera, se utilizó el mismo procedimiento para garantizar que los municipios de categoría 2, 3, 4, 5 y 6 cumplan con la destinación de recursos para subsidios, según lo definido por el parágrafo 2 del artículo 11 de la Ley 1176 de 2007<sup>34</sup>, el cual exige que dichos municipios destinen como mínimo el 15% de su asignación total a subsidios.

Para los municipios de Sabanagrande y Soledad en Atlántico, y Turbo en Antioquia, el Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial presentó aclaración<sup>35</sup> de los compromisos reportados, de la siguiente forma:

**Cuadro 13**  
**Aclaración de compromisos 2009 (Pesos)**

Al modificar la anterior información en el modelo de distribución de la última doceava parte de los recursos de la participación de Agua Potable y Saneamiento Básico se encontró que la asignación del Conpes 128 para los municipios de Turbo y Sabanagrande, es mayor a la asignación de las doce doceavas de la vigencia 2009<sup>36</sup>, por lo tanto, en la

---

<sup>34</sup> Reglamentado por el Decreto 4192 de 2009.

<sup>35</sup> Según oficio 5000-2-133691 del 6 de noviembre de 2009

<sup>36</sup> Hecho el ejercicio de distribución con la aclaración de compromisos de Turbo y Sabanagrande se encontró que se debe ajustar a los demás municipios una cuantía total de \$16.981.287, para lo cual se distribuyó este valor de acuerdo a su participación en la bolsa total y se restó a su asignación en la vigencia 2009. Para la vigencia 2010 se descontarán los \$16.981.287 de la asignación de los municipios de Turbo y Sabanagrande, y se compensará este valor a los demás municipios con el mismo criterio utilizado en la vigencia 2009.

presente distribución no se asignan recursos a estos municipios, y para la vigencia 2010 se debe ajustar su participación en las siguientes cuantías:

**Cuadro 14**  
**CUANTÍAS POR AJUSTAR EN LA VIGENCIA 2010 (Pesos)**

La asignación de la última doceava y mayor valor de 2009 de la participación de Agua potable y saneamiento básico para municipios y distritos, al igual que el resumen de las doce doceavas se presentan en el anexo 15.

**2. PARTICIPACIÓN DE DEPARTAMENTOS Y DISTRITO CAPITAL**

El presente documento Conpes distribuye \$16.218 millones, que corresponden a la última doceava de los recursos de la participación para Agua Potable y Saneamiento Básico del Sistema General de Participaciones, con destino a departamentos y al distrito capital y se realiza teniendo en cuenta la participación de los distritos y municipios de su jurisdicción por concepto de los siguientes criterios:

- i) déficit de coberturas,
- ii) población atendida y balance de esquema solidario, y
- iii) esfuerzo de la entidad territorial en el aumento de coberturas.

Para cada departamento se suman los coeficientes que por concepto de los criterios mencionados obtuvieron los distritos, municipios y áreas no municipalizadas bajo su jurisdicción y se obtiene un coeficiente por departamento. Este coeficiente se multiplica por el monto total de la última doceava a distribuir entre departamentos por concepto de la

participación para agua potable y saneamiento básico, de forma que se determina el monto total correspondiente a cada uno de ellos, los resultados se muestran en el anexo 16.

#### **D. PARTICIPACIÓN DE PROPÓSITO GENERAL**

Los Conpes Sociales 122 y 126 de 2009 aprobaron la distribución territorial del total de recursos de las once doceavas de la participación de Propósito General del Sistema General de Participaciones –SGP– para la vigencia 2009, atendiendo los criterios de distribución definidos por la Ley 1176 de 2007 y lo dispuesto por los Decretos 313, 317 y 4815 de 2008.

De acuerdo con lo anterior y atendiendo a certificación del Ministerio de Hacienda y Crédito Público mediante la cual informa al Departamento Nacional de Planeación la incorporación en el Presupuesto General de la Nación de 2010, la última doceava de 2009 y el mayor valor por ajuste de inflación<sup>37</sup>, el monto a distribuir de la Participación de Propósito General por concepto de última doceava y mayor valor generado por la inflación 2008 asciende a \$ 232.263 millones. Cuadro 15.

---

<sup>37</sup> En la certificación 2-2009-0232122 del 4 de agosto de 2009 del Ministerio de Hacienda y Crédito Público y oficio 511 del 22 de diciembre de 2009.

**Cuadro 15**  
**Última Doceava y Mayor Valor – Participación de Propósito General del SGP**  
**Millones de pesos corrientes**

En consecuencia, las doce doceavas de la Participación de Propósito General para la vigencia 2009, incluyendo mayor valor por ajuste de inflación ascienden a \$ 2,33 billones, de los cuales \$ 2.161.167 millones corresponden a las once doceavas distribuidos en los documentos Conpes Sociales 122 y 126 de 2009 y el presente documento Conpes realiza la distribución de \$232.263 millones correspondientes a última doceava 2009 y mayor valor 2008, con base en los criterios definidos por la normatividad vigente:

**1. Recursos exclusivos para municipios menores de 25.000 habitantes:**

Corresponde al 17% de los recursos de Propósito General. En total este Conpes distribuye por este concepto \$39.485 millones, así:

- El 60% según la pobreza relativa, para ello se toma el grado de pobreza de cada municipio medido con el índice de Necesidades Básicas Insatisfechas, NBI, o

el indicador que lo sustituya determinado por el DANE, en relación con el nivel de pobreza relativa nacional.

El total distribuido en este Conpes por este criterio asciende a \$ 23.691 millones.

- El 40% en proporción a la población urbana y rural, para lo cual se toma la población urbana y rural del municipio en la respectiva vigencia y su proporción sobre la población urbana y rural total del país, según los datos de población certificados por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, que deben tener en cuenta la información sobre la población desplazada. El total distribuido en este Conpes por este criterio asciende a \$ 15.794 millones.

## **2. Recursos a distribuir entre todos los municipios y distritos del país, incluidos los menores de 25.000 habitantes:**

Corresponden al 83% del total de la Participación de Propósito General. En este documento se distribuyen \$ 192.778 millones por este concepto, así:

El 40% según la pobreza relativa, para ello se toma el grado de pobreza de cada municipio medido con el índice de Necesidades Básicas Insatisfechas, NBI, o el indicador que lo sustituya determinado por el DANE, en relación con el nivel de pobreza relativa nacional.

Adicionalmente la distribución efectuada por este criterio contempla lo dispuesto por el Decreto 317 de 2008.

El total distribuido en este Conpes por este concepto asciende a \$77.111 millones.

El 40% en proporción a la población urbana y rural, para lo cual se tomará la población urbana y rural del municipio en la respectiva vigencia y su proporción sobre la

población urbana y rural total del país, según los datos de población certificados por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, que deben tener en cuenta la información sobre la población desplazada. El total distribuido en este Conpes por este criterio asciende a \$77.111 millones.

Adicionalmente la distribución efectuada por este criterio contempla lo dispuesto por el Decreto 317 de 2008.

El 10% por eficiencia fiscal se distribuye de acuerdo con el crecimiento promedio positivo de los ingresos tributarios per cápita de las tres últimas vigencias fiscales, con base en la información reportada por los municipios y distritos al Departamento Nacional de Planeación y refrendada por la Contaduría General de la Nación. El total distribuido en este Conpes por este criterio asciende a \$15.706 millones.

En todo caso, atendiendo lo dispuesto por el literal c numeral 2 del artículo 23 de la Ley 1176 de 2007, el total de recursos asignados por el criterio de eficiencia fiscal a cada distrito y municipio, no supera el 50% de la asignación que les corresponda por los criterios de población y pobreza relativa del 83% de la Participación de Propósito General señalada anteriormente.

Con base en la información reportada por las administraciones municipales sobre recaudo de ingresos tributarios correspondientes a las vigencias 2005, 2006, 2007 y 2008 y el respectivo cálculo del crecimiento del recaudo tributario per cápita, en la distribución de los recursos por este criterio participan 861 municipios (correspondiente al 78% de municipios del país).

Teniendo en cuenta lo dispuesto por el párrafo del artículo 23 de la Ley 1176 de 2007, a 33 municipios que se encuentran en Acuerdos de Reestructuración de Pasivos y Saneamiento Fiscal, se les reconoce como mínimo el promedio nacional del indicador de

eficiencia fiscal, de acuerdo con la certificación de cumplimiento de los acuerdos, expedida por la Dirección de Apoyo Fiscal del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

El 10% por eficiencia administrativa en la racionalización del gasto entendida como el incentivo a los distritos y municipios que cumplan con los límites establecidos para los gastos de funcionamiento de la administración central de que trata la Ley 617 de 2000 o las normas que la modifiquen, sustituyan o adicionen.

De acuerdo con lo dispuesto por la Ley 1176/07, el indicador utilizado para la distribución del 96% de estos recursos (\$14.935 millones) es la diferencia (certificada por la Contaduría General de la Nación) entre el límite establecido por la Ley 617 de 2000 y el porcentaje de gastos de funcionamiento certificado para cada municipio y distrito, por la Contraloría General de la República a la Contaduría General de la Nación.

Al igual que para la eficiencia fiscal se tiene en cuenta lo dispuesto por el parágrafo del artículo 23 de la Ley 1176 de 2007, por lo cual a 33 municipios que se encuentran en Acuerdos de Reestructuración de Pasivos y Saneamiento Fiscal, se les reconoce como mínimo el promedio nacional del indicador de eficiencia administrativa, de acuerdo con la certificación de cumplimiento de los acuerdos, expedida por la Dirección de Apoyo Fiscal del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Como resultado de lo anterior, en la distribución de recursos por este criterio participaron 996 municipios.

El 4% restante de este criterio, \$771 millones, se distribuye de acuerdo con la actualización del Sisbén certificada por la Dirección de Desarrollo Social del DNP, entre las entidades territoriales que participaran de los recursos anteriormente mencionados.

Dicho porcentaje (4%) se estableció a partir del gasto realizado en 2007 para este propósito, por los municipios y distritos. En este 4% restante participaron 939 municipios que, además de cumplir con los requisitos para participar en eficiencia administrativa en la



racionalización del gasto, cumplieron al enviar las 3 actualizaciones periódicas del Sisbén que tiene establecidas la Dirección de Desarrollo Social del DNP.

Finalmente, de acuerdo con lo dispuesto por el literal d numeral 2 del artículo 23 de la Ley 1176 de 2007, el total de recursos asignados por el criterio de eficiencia administrativa a cada distrito y municipio, no supera el 50% de la asignación que les corresponda por los criterios de población y pobreza relativa del 83% de la Participación de Propósito General señalada anteriormente.

Los resultados de la distribución de la última doceava por entidad territorial y criterio de distribución de esta participación se presentan en el anexo 17.

Por su parte, el anexo 18 presenta la destinación sectorial correspondiente a los recursos de la última doceava de 2009 y mayor valor generado por la inflación 2008 prevista por el artículo 21 de la Ley 1176 de 2007 para los recursos de la Participación de Propósito General del SGP.

Posterior a la asignación y con base en sus resultados y la asignación mínima resultante para deporte y cultura en cada municipio, en este ejercicio de distribución se da cumplimiento a lo establecido por el Decreto 4815 de 2008, según el cual la asignación para deporte y cultura de cada municipio debe ser como mínimo igual a la de la vigencia 2008, ajustada por inflación. El total de estas compensaciones asciende a \$7.144 millones.

Es importante mencionar que, el municipio de Garagoa – Boyacá radicó el 21 de octubre de 2009 en el DNP una certificación expedida por la empresa de correo 472, Red Postal de Colombia, en la cual se evidencia que el 18 de abril el municipio entregó a dicha empresa los formatos con las ejecuciones presupuestales de 2007 (SICEP 801) con el fin de que fueran remitidos al DNP. Dado que el plazo oficial para el envío de dicha información o su radicación directa en el DNP había sido ampliado hasta el 18 de abril, por el Decreto 808/08, es claro que el municipio cumplió con el término legal y una vez surtido el proceso de refrendación de los Ingresos Tributarios por parte de la Contaduría General

de la Nación, según certificación SCE-400 radicado DNP No.2009-663-037701-2 se aumenta el valor refrendado de ingresos tributarios para la vigencia 2007 incrementando su participación en el criterio de eficiencia fiscal para 2009.

El resumen con la asignación definitiva de las doce doceavas del SGP de Propósito General para 2009 se presentan en los anexos 19 y 20

## **E. ASIGNACIONES ESPECIALES**

### **1. ASIGNACIÓN ESPECIAL PARA ALIMENTACIÓN ESCOLAR**

Teniendo en cuenta los criterios de distribución definidos en el artículo 17 de la Ley 1176 de 2007, el documento Conpes Social 122 de 2009 distribuyó a los distritos y municipios las once doceavas de los recursos para la asignación especial de alimentación escolar de la vigencia 2009, que corresponden a la suma de \$97.035 millones.

En el presente documento Conpes Social se distribuye la última doceava por la suma de \$8.821 millones y el mayor valor por la diferencia entre la inflación estimada y causada del año 2008 para alimentación escolar a los distritos y municipios por la suma de \$1.607 millones. De esta manera la asignación total del presente Conpes asciende a la suma de \$10.426 millones. En el Anexo 21 se presentan los resultados de esta distribución.

Adicionalmente, debido a la creación del municipio de San José de Uré en el Departamento de Córdoba (Ordenanza 11 de 2007), el cual se segrega del municipio de Montelíbano y conforme a lo dispuesto por el artículo 87 de la Ley 715 de 2001, es necesario calcular cual hubiera sido la asignación para alimentación escolar del municipio de San José de Uré en el 2008 y el ajuste de Montelíbano..

En la vigencia 2008 los recursos de alimentación escolar correspondientes a estos dos municipios se calculan en proporción a la población de los municipios de Montelíbano (89%) y San José de Uré, (11%). Para este caso, el cálculo correspondiente debe hacerse

para once meses del año 2008. En el cuadro siguiente se presenta el ajuste a la distribución de los recursos de alimentación escolar de la vigencia 2008:

**Cuadro 16**  
**Ajuste a los recursos de Alimentación Escolar vigencia 2008 por efecto de la creación del Municipio de San José de Úre – Córdoba**

Así mismo, para la vigencia 2009 la asignación de los recursos de alimentación escolar se realiza con base en el Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas NBI, el área y la población de los municipios de San José de Úre y Montelíbano certificada por el Departamento Nacional de Estadística – DANE-<sup>38</sup>. De otra parte, debido a que no se dispone de la información de matrícula oficial de 2008 para San José de Úre, se procede tal como lo establece el Decreto 159 de 2002, que ante la ausencia de información para el municipio segregado se aplican las mismas variables del municipio del cual se segregó, para este caso Montelíbano.

## **2. ASIGNACIÓN ESPECIAL PARA RESGUARDOS INDÍGENAS**

Los recursos de la asignación especial para los resguardos indígenas legalmente constituidos y reportados por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) al Departamento Nacional de Planeación para la distribución de este documento ascienden a \$ 10.846 millones, de los cuales \$9.174 millones corresponden a la última doceava de la vigencia 2009 y \$1.671 millones al mayor valor generado por la inflación definitiva de la vigencia 2008. Su distribución se realiza en proporción a la participación de

---

<sup>38</sup> Certificación Población DANE, radicado DNP N° 20096630239102.

población (población proyectada a 2008 con base en el Censo de 2005) del resguardo respectivo en el total de la población indígena reportada por el DANE.

Cabe señalar que para la distribución de los recursos de esta asignación especial se aplica lo dispuesto por el Decreto 317 de 2008, en el sentido de garantizar que no se disminuyan los recursos asignados, con respecto a la asignación 2008, por razón de los cambios en la variable de población 2009 (con base en el Censo 2005) certificada por el DANE.

Al respecto el artículo 1 numeral 4 del Decreto 317 de 2008 establece lo siguiente:

*“ARTÍCULO PRIMERO. Transiciones en la aplicación de los resultados del censo 2005 en la distribución de los recursos del Sistema General de Participaciones. Con el propósito de evitar los efectos negativos derivados de las variaciones de los datos del Censo 2005 en la distribución del Sistema General de Participaciones y de garantizar la adecuada prestación de los servicios a cargo de las entidades territoriales, en la distribución de los recursos del Sistema General de Participaciones, se tendrá en cuenta lo siguiente:*

*4. En la distribución de los recursos de la asignación especial para resguardos indígenas del Sistema General de Participaciones, se les garantizará, como mínimo, el monto correspondiente a lo asignado en las doce doceavas de la vigencia 2007, teniendo en cuenta los recursos disponibles para esta asignación”.*

De acuerdo al ajuste realizado en el Conpes Social 123 al resguardo indígena Santa Rosa de Juanambú ubicado en los municipios de Villa Garzón y Puerto Caicedo del departamento de Putumayo se hace necesario aclarar el ajuste a realizar para un próximo Conpes así:

**Cuadro 17**  
**Ajuste Asignación Resguardo Indígena Santa Rosa de Juanambú**

Para esta distribución participan 712 resguardos indígenas reportados por el DANE. Los resultados de esta distribución se presentan en el anexo 22.

**3. ASIGNACIÓN ESPECIAL PARA RIBEREÑOS**

Los recursos correspondientes a los municipios ribereños del Río Magdalena a distribuir en este documento son \$1.669 millones, de los cuales \$1.411 millones corresponden a la última doceava de la vigencia 2009 y \$257 millones al mayor valor generado por la inflación de la vigencia 2008. Su distribución se realiza en proporción a la ribera de cada municipio, según la certificación del IGAC al Departamento Nacional de Planeación.

Para esta distribución participan 111 municipios reportados por el IGAC. Los resultados de esta distribución se aprecian en el anexo 23.

**IV. ASIGNACIÓN ESPECIAL PARA EL FONDO DE PENSIONES DE LAS ENTIDADES TERRITORIALES FONPET-.**

El artículo 2 del Decreto 1584 de 2002 establecía que los recursos del Sistema General de Participaciones que se causen a favor del Fondo Nacional de Pensiones de las Entidades Territoriales, de conformidad con el parágrafo 2 del artículo 2 de la Ley 715 de 2001, a partir del año 2002 se distribuirían por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público

entre las entidades territoriales, en la misma proporción en que se distribuyeran los recursos del Sistema General de Participaciones distintos de las asignaciones especiales establecidas en el citado párrafo.

El artículo 3 del Decreto 946 de 2006 modificó el mencionado Decreto y estableció lo siguiente:

*“Artículo 3o. El artículo 2o del Decreto 1584 de 2002 quedará así: "Artículo 2º. Recursos del Sistema General de Participaciones. Los recursos del Sistema General de Participaciones que se causen a favor del Fondo Nacional de Pensiones de la Entidades Territoriales, Fonpet, de conformidad con el párrafo 2o del artículo 2o de la Ley 715 de 2001, a partir del año 2002 se distribuirán por el Departamento Nacional de Planeación entre las entidades territoriales en la misma proporción en que se distribuyan los recursos del Sistema General de Participaciones distintos de las asignaciones especiales establecidas en el citado párrafo. Estos recursos se trasladarán al Fonpet con la misma periodicidad y oportunidad prevista para los recursos del Sistema General de Participaciones y se abonarán anualmente en las cuentas de las entidades territoriales.”.*

Con base en lo anterior, la competencia para la distribución de los recursos de la asignación especial del SGP para el Fondo Nacional de Pensiones de las Entidades Territoriales -FONPET- fue trasladada al Departamento Nacional de Planeación.

En consecuencia, el presente documento somete a consideración del Conpes la distribución territorial, elaborada con base en los criterios definidos por el artículo 2 del Decreto 1584 de 2002, modificado por el artículo 3 del Decreto 946 de 2006, de los recursos de la última doceava 2008 y las once doceavas de 2009, de la asignación especial del SGP para el Fondo de Pensiones de las Entidades Territoriales -FONPET-, que ascienden a \$614.867 millones (\$52.063 millones de la última doceava de 2008 y mayor valor generado por efecto de la inflación definitiva causada en el año 2007 y \$ 562.804 millones de las once doceavas de 2009).

La distribución resultante para el total de departamentos, municipios y distritos se presenta en el Cuadro 18. Los resultados de esta distribución por entidad territorial se presentan en los anexos 24 a 27.

**Cuadro 18**  
**Distribución Territorial de la Asignación Especial del SGP con Destino al Fondo**  
**Nacional de Pensiones de las Entidades Territoriales –FONPET-**  
**Última Doceava de 2008 y Once Doceavas de 2009**  
**(Millones de pesos)**

Es necesario señalar que la asignación especial con Destino al FONPET será informada a cada entidad territorial sin que se requiera su incorporación en el presupuesto de la entidad.

**V. RECOMENDACIONES**

Los Ministerios de Educación Nacional, Protección Social, Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial y Hacienda y Crédito Público, 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 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, municipios y resguardos indígenas la distribución y ajustes realizados en el presente documento.
4. Solicitar al Ministerio de Educación Nacional:
  - a) Expedir las certificaciones de giro de acuerdo con las asignaciones previstas en este documento.

- b) Realizar el seguimiento a los recursos distribuidos en este documento.
  - c) Continuar con las auditorías de matrícula y realizar las acciones necesarias para aplicar el Artículo 96 de la Ley 715 de 2001.
5. Solicitar al Ministerio de la Protección Social:
- a) Ajustar el valor de los giros pendientes conforme la distribución aprobada en el presente documento, considerando el efecto del ahorro y menor valor generado en los aportes patronales.
  - b) Prestar asistencia técnica a los municipios de Norosí y Rio Viejo (Bolívar), Guachené y Caloto (Cauca), San José de Uré, Montelíbano, Tuchín, Chima y San Andrés de Sotavento (Córdoba), para que estos puedan articular la política de salud y la ejecución de los recursos del régimen subsidiado y salud pública, en forma coordinada y el MPS pueda certificar los datos requeridos para la distribución 2010.
  - c) Realizar las gestiones y procedimientos necesarios para garantizar la prestación de los servicios y las coberturas en régimen subsidiado en los municipios recién creados.
  - d) Asesorar, apoyar, coordinar y realizar las acciones necesarias que permitan la operación, financiación, ampliación y mantenimiento del régimen subsidiado en los nuevos municipios y en los municipios de los cuáles se segregaron los mismos.
  - e) 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.



- f) Avanzar 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.
  - g) 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.
  - h) 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 conforme los resultado de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA) y proponer el ajuste correspondiente.
  - i) Brindar asistencia técnica a las entidades territoriales en la organización de redes de prestación de servicios de salud para lograr lo dispuesto en el artículo 33 de la Ley 1151 de 2007.
6. Solicitar al Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial:
- a) Expedir las certificaciones de giro de acuerdo con las asignaciones previstas en este documento.
7. Solicitar al Ministerio de Hacienda y Crédito Público:
- a) Realizar los giros correspondientes conforme a lo aprobado en el presente documento y de acuerdo con la normatividad vigente.
  - b) Realizar los ajustes relacionados con los recursos de la Participación de Propósito General asignados al Fonpet y efectuar los reintegros a las entidades territoriales a que haya lugar.

- c) Abonar a las cuentas de las entidades territoriales en el FONPET, los recursos de la asignación especial para el Fondo Nacional de Pensiones de las Entidades Territoriales, de acuerdo con las asignaciones aprobadas en este documento.
8. Solicitar a las entidades territoriales, en virtud del artículo 16 de la Ley 1176 de 2007:
- a) Realizar la presupuestación y ejecución de los recursos del SGP acorde con la normatividad vigente y en forma eficiente, aplicando las disposiciones presupuestales previstas en el estatuto de presupuesto municipal, el cual debe ser la adaptación del Estatuto Orgánico del Presupuesto Nacional. Con el fin de evitar eventos de riesgo en el uso de los recursos o en la prestación de los servicios financiados con cargo a ello, establecidos en el Decreto 028 de 2007 “Por el cual se define la estrategia de monitoreo, seguimiento y control al SGP”, en este sentido, los recursos de la última doceava 2009 y el mayor valor de la vigencia generado por efecto de la inflación definitiva causada en el año 2008, deben ser incorporados en el presupuesto de la vigencia 2010, en concordancia con el principio de anualidad consagrado en el Estatuto Orgánico de Presupuesto.
  - b) Informar a los resguardos indígenas los resultados de la distribución de los recursos de la asignación especial para los resguardos indígenas del SGP señalada en el presente documento Conpes.
  - c) Aplicar y mantener actualizado el Sistema de Identificación de Beneficiarios de Programas Sociales.
  - d) Atender las directrices definidas en el presente documento en armonía con las disposiciones legales vigentes y las directrices de los diferentes Ministerios.

- e) En el caso de departamento con municipios nuevos, brindar la asistencia técnica correspondientes a los municipios matrices y a sus segregados nuevos, garantizando la continuidad en la prestación de servicios a la población.

## República de Colombia

### Departamento Nacional de Planeación

Distribución de recursos pendientes de las once doceavas del Sistema General de Participaciones -SGP- 2010: Componentes Educación y Salud.

Ajustes a la distribución de once doceavas 2010 de las participaciones de: Educación (componente prestación de servicios), Salud (Componente de Salud Pública) y Propósito General.

Departamento Nacional de Planeación: DDTS- DDS –OAJMinisterio

de Hacienda y Crédito Público  
Ministerio de Educación Nacional  
Ministerio de la Protección Social

Versión aprobada

Bogotá, D.C., Abril 14 de 2010

## INTRODUCCIÓN

El presente documento presenta a consideración del Conpes para la Política Social:

1. La distribución de recursos adicionales de las once doceavas del Sistema General de Participaciones en sus componentes Educación (gratuidad de la educación) y Salud (siete doceavas para prestación de servicios la Población Pobre no Asegurada y no cubiertas con subsidios a la demanda –PPNA-.)
2. Ajuste a la distribución de las once doceavas del SGP 2010 realizada mediante Conpes Social 131 y 132, en los componentes de Educación, Salud y Propósito General.

### I. ANTECEDENTES

El Conpes Social 131 realizó la distribución parcial de recursos de las once doceavas del SGP de educación de la vigencia 2010, quedando pendiente de distribución \$1.316 mil millones; así mismo realizó la distribución del 100% de las once doceavas de la participación de Propósito General y de las asignaciones especiales.

Por su parte, el Conpes social 132 de 2010 realizó la distribución del 100% de las once doceavas de la Participación para Agua Potable y Saneamiento Básico del Sistema General de Participaciones y en el caso de la Participación para Salud, se distribuyó el 100% de las once doceavas de los recursos correspondientes a Régimen Subsidiado y a Salud Pública, en tanto para prestación de servicios a la población pobre no asegurada y actividades no POSS- –PPNA-, realizó una distribución parcial de cuatro doceavas.

Lo anterior porque, como lo especifica el Conpes Social 132<sup>1</sup> de 2010, entre tanto se definía la gradualidad de que trata el artículo 4 del Decreto Ley 132 de 2010<sup>2</sup>, el porcentaje de la

---

<sup>1</sup> El Conpes Social 132 de 2010, expresamente definió lo siguiente “En consideración a que el artículo 4 del Decreto 132 de 2010<sup>4</sup> determina que el porcentaje del total de la bolsa del Sistema General de Participaciones de Salud (SGP-Salud) para el régimen subsidiado se debe incrementar a partir de 2010, de forma progresiva de acuerdo con la gradualidad de la unificación de los planes obligatorios de salud que defina el Gobierno Nacional, el Conpes conceptúa que, entre tanto se define la gradualidad de que trata el Decreto citado, el porcentaje de la bolsa total del SGP-Salud que se debe destinar para financiar la continuidad del régimen subsidiado en la presente vigencia es como mínimo del 65%<sup>5</sup>. A su vez, el Decreto 2878 de 2007 determina una asignación para la financiación de la prestación de servicios a la población pobre no asegurada y a las actividades no cubiertas con subsidios a la

bolsa total del SGP-Salud que se debía destinar para financiar la continuidad del Régimen Subsidiado en la presente vigencia sería como mínimo del 65%<sup>3</sup>. Dado lo anterior y con el fin de poder determinar el porcentaje incremental destinado a financiar el Régimen Subsidiado, la estrategia y los recursos a transformar de los recursos de PPNA, el Conpes Social, decidió distribuir cuatro doceavas de los recursos del subcomponente de PPNA de la vigencia 2010, hasta que el Gobierno expidiera el reglamento que definiera la gradualidad de la unificación de los planes obligatorios de salud. Considerando que el Gobierno Nacional expidió el Decreto N° 965 del 24 de marzo de 2010, se hace necesario distribuir los recursos pendientes por distribuir del subcomponente PPNA, de conformidad con la gradualidad allí definida.

Por otra parte, lo que respecta a Salud Pública, considerando que el Ministerio de la Protección Social, mediante comunicación radicada DNP N° 20106630045122 del 15 de febrero de 2010, certificó una corrección a algunas variables de distribución del subcomponente de Salud Pública y en atención a que el mediante documento Conpes Social 132 de 2010 se realizó la distribución del 100% de las once doceavas de dicho subcomponente, según las normas vigentes, se hace necesario ajustar la distribución de las once doceavas de la presente vigencia.

En lo que toca con la distribución de la participación de educación, a principios del mes de abril, el Ministerio de Educación Nacional solicita al DNP la distribución de los recursos del SGP de Educación para Gratuidad y allegó la certificación de la información necesaria para el efecto; así mismo remitió los soportes de la certificación que se le concedió al municipio de Sabaneta en educación y, por consiguiente, envió la información pertinente para que se realice el ajuste

---

demanda (PPNA) del porcentaje restante luego de descontar el porcentaje asignado para salud pública (10.1%)<sup>6</sup>. Sin embargo, dado que al momento de la distribución no se dispone de la información para determinar el porcentaje de transformación de que trata el artículo 4 del Decreto 132 de 2010 este documento Conpes Social realiza una distribución parcial correspondiente a cuatro doceavas<sup>7</sup> en el subcomponente de PPNA. Lo anterior, con el propósito de que el Gobierno Nacional defina, en dicho lapso de tiempo (4 meses), la gradualidad aplicable a la presente vigencia, de la transformación para la unificación de los planes obligatorios de salud y proceder con ello a determinar el porcentaje incremental destinado a financiar el régimen subsidiado y el valor restante para financiar la prestación de servicios a la población pobre no asegurada y a las actividades no cubiertas con subsidios a la demanda.”

<sup>2</sup> “ARTICULO 4°.-TRANSFORMACIÓN DE RECURSOS. Modifíquese el literal a) del numeral 1) del artículo 11 de la ley 1122 de 2007 que modificó que el artículo 214 de la ley 100 de 1993, el cual quedará así: los recursos del Sistema General de Participaciones en salud - SGPS que se destinarán previo concepto del CONPES, y en una forma progresiva al Régimen Subsidiado en salud: en el año 2007 el 56%, en el año 2008 el 61%, año 2009 el 65%. A partir del año 2010 este porcentaje se incrementará de manera progresiva de acuerdo con la gradualidad de la unificación de los planes obligatorios de salud entre el Régimen Subsidiado y contributivo que determine el Gobierno Nacional, sin superar el 90%...”

<sup>3</sup> No se distribuyen recursos para ampliación en consideración a que el artículo 17 de la Ley 1151 de 2007 aplicaba sólo hasta 2009.

necesario a la distribución de los recursos para la prestación de servicios entre el municipio de Sabaneta y el Departamento de Antioquia<sup>4</sup>.

Respecto a la participación de Propósito General se presentaron modificaciones a algunas variables necesarias para la distribución, por lo cual se hace necesario realizar ajustes a la distribución, dichas modificaciones son las siguientes:

- Los municipios de Tocancipá (Cundinamarca) y Candelaria (Valle) enviaron copia del decreto por el cual adoptan su categoría para la presente vigencia (artículo 2º. Ley 617 de 2000), la cual es diferente a la categoría certificada para ellos por el Ministerio del Interior y de Justicia. (oficios 2010-663-002832-2 y 2010-663-006833-2)
- La Contaduría General de la Nación, mediante oficio 2010-663-008293-2 ajustó la refrendación de recaudo de ingresos tributarios de la vigencia 2008 para el municipio de Puerres (Nariño) y por solicitud del DNP, igualmente la Contaduría General de la Nación refrendó los ingresos tributarios de la vigencia 2008 para el municipio de Ulloa (Valle) teniendo en cuenta que este municipio presentó el soporte en el cual se evidencia que cumplió con el plazo establecido en el Decreto 852 de 2009, para la entrega del SICEP 804<sup>5</sup>.
- El Ministerio de Hacienda y Crédito Público, mediante oficio 2010-663-009433-2, aclaró la destinación de los recursos de la participación de Propósito General a la financiación del acuerdo de reestructuración de pasivos, por parte del municipio de Casabianca (Tolima).

## II. PARTICIPACIÓN PARA EDUCACIÓN

---

<sup>4</sup> Oficio Radicado DNP No. 2010-663-012948-2

<sup>5</sup> Oficio Radicado DNP No. 2010-663-006756-2

En este documento se distribuyen los recursos para gratuidad entre todos los municipios y distritos del país y se realiza un ajuste en la distribución de recursos para prestación de servicios entre el departamento de Antioquia y el municipio certificado de Sabaneta, conforme a los criterios legales y normativos vigentes y teniendo en cuenta las certificaciones allegadas al DNP por el Ministerio de Educación Nacional.

## 2.1 Distribución de recursos adicionales para Gratuidad

En el presente documento Conpes Social se ajustan los recursos de calidad distribuidos a los municipios, distritos y áreas no municipalizadas de los Departamentos de Amazonas, Guainía y Vaupés en el Conpes Social 131, con el propósito de distribuir en la vigencia 2010 los recursos asignados para gratuidad educativa a los estudiantes de SISBÉN 1 y 2, desplazados, con discapacidad e indígenas no incluidos en el SISBÉN<sup>6</sup>, matriculados en establecimientos educativos oficiales, sin contar la matrícula contratada<sup>7</sup>.

Para tal efecto, el Ministerio de Educación Nacional certificó la información correspondiente como resultado del *cruce de la matrícula oficial por municipio clasificada en los niveles de educación preescolar, básica y media reportada al Sistema de Información de Matrícula - SIMAT en 2009 por las entidades territoriales, con las bases de datos oficiales del SISBÉN del Departamento Nacional de Planeación, el Sistema de Información de Población Desplazada – SIPOD de la Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional y la Base de Datos Única de Afiliados del Ministerio de la Protección Social para el caso de la población indígena.*

De esta manera, se liquida la suma de \$34.000 por estudiante de los niveles de educación preescolar a la básica y \$61.000 por estudiante del nivel de educación media. Los recursos distribuidos por este concepto ascienden a la suma de \$196.770 millones y se registran en el Anexo 1.

---

<sup>6</sup>Si un estudiante cumple con más de una condición de vulnerabilidad de las mencionadas, se reconoce una sola vez.

<sup>7</sup>Los alumnos que son atendidos en ciclos de adultos y aquellos atendidos mediante contratación no se tienen en cuenta para la asignación de los recursos para gratuidad, dado que los cobros por derechos académicos y servicios complementarios van incluidos en el valor de los contratos.



En consecuencia, con la distribución de los recursos para gratuidad el balance de la distribución a la fecha de los recursos de la participación para Educación se presenta en el siguiente cuadro.

Cuadro No. 1  
PARTICIPACIÓN PARA EDUCACIÓN DEL  
SGP

Vigencia 2010  
Millones de pesos corrientes

2.2 Ajuste de la asignación para prestación de servicios debido a la certificación del municipio de Sabaneta (Antioquia)

2.2.1 Redistribución de recursos por Población Atendida

Debido a que el Municipio de Sabaneta, conforme con el Decreto 2700 de 2004 que reglamenta el artículo 20 de la Ley 715 de 2001, acreditó ante el Departamento de Antioquia los requisitos para la administración de la prestación del servicio educativo, es necesario ajustar la distribución de las once doceavas de la asignación por población atendida al Departamento de Antioquia de la vigencia 2010 efectuada en el Conpes Social 131, con base en la información certificada por el Ministerio de Educación Nacional sobre los alumnos atendidos con recursos del SGP en instituciones educativas oficiales y no oficiales en el año 2009 en el Municipio de

Sabaneta. Así mismo, el Ministerio de Educación Nacional certificó que dicho municipio se clasifica en el Grupo No. 1 de las tipologías educativas presentadas en el Anexo 1 del Conpes Social 131.

### 2.2.2 Ajuste al Complemento a la asignación por Población Atendida

Igualmente, con motivo de la certificación del Municipio de Sabaneta para la administración de la prestación del servicio educativo, se hace necesario ajustar la distribución del complemento a la asignación por población atendida efectuada al Departamento de Antioquia en el Conpes Social 131. Para tal efecto, el Ministerio de Educación Nacional certificó la información correspondiente.

Teniendo en cuenta que a la fecha ya se realizó el giro de las tres primeras doceavas del año, este Conpes realiza el ajuste de las ocho doceavas restantes, en el Cuadro 2 y en el Anexo No. 2 se presenta el ajuste a la asignación de población atendida y complemento para las dos entidades territoriales certificadas.

#### Cuadro No. 2

#### AJUSTE A LOS RECURSOS DISTRIBUIDOS EN EL CONPES 131 POR POBLACIÓN

#### ATENDIDA Vigencia 2010

/1 Para el municipio de Sabaneta, Antioquia, los recursos distribuidos en el presente Conpes corresponden a ocho doceavas de la vigencia 2010, teniendo en cuenta que ya fueron giradas las tres primeras doceavas de esta vigencia.

### III. PARTICIPACIÓN DE SALUD

El presente documento procede a efectuar la distribución de la Participación de Salud del Sistema General de Participaciones de la vigencia 2010, conforme a los criterios legales y normativos vigentes, para siete doceavas de prestación de servicios a la población pobre no asegurada y a las actividades no cubiertas con subsidios a la demanda (PPNA) y la redistribución de salud pública en el 100% de las once doceavas.

El artículo 4 del Decreto Ley 132 de 2010<sup>8</sup> determinó que el porcentaje del total de la bolsa del Sistema General de Participaciones de Salud (SGP-Salud) para el Régimen Subsidiado se debe incrementar a partir de 2010, de forma progresiva de acuerdo con la gradualidad de la unificación de los planes obligatorios de salud que defina el Gobierno Nacional. Es así como, el Decreto 965 de 2010, por medio del cual se reglamenta parcialmente el artículo 4 del Decreto Ley 132 de 2010, determina la gradualidad y la definición de la forma de cálculo del porcentaje incremental de recursos del Sistema General de Participaciones destinados a la financiación del Régimen Subsidiado.

Por consiguiente, en virtud de la facultad asignada al Conpes por el Decreto Ley 132 de 2010 y en aplicación de lo establecido en el artículo 4 del Decreto 965 de 2010, el Conpes Social conceptúa que para la vigencia 2010 el porcentaje inicial de la bolsa total del SGP-Salud que se debe destinar para financiar la continuidad del Régimen Subsidiado en la presente vigencia es como mínimo del 65%<sup>9</sup>, y que el porcentaje final del Sistema General de Participaciones de Salud destinado al componente de Régimen Subsidiado de la vigencia 2010 será el resultado de considerar la sumatoria del monto equivalente al porcentaje inicial de distribución antes enunciado (65%), más el monto total de recursos que las entidades territoriales decidan transformar en la presente vigencia, dividido en el total de recursos destinados al Sistema General de Participaciones en Salud de la vigencia de 2010.

---

<sup>8</sup> “ARTICULO 4º.-TRANSFORMACIÓN DE RECURSOS. Modifíquese el literal a) del numeral 1) del artículo 11 de la ley 1122 de 2007 que modificó que el artículo 214 de la ley 100 de 1993, el cual quedará así: los recursos del Sistema General de Participaciones en salud - SGPS que se destinarán previo concepto del CONPES, y en una forma progresiva al Régimen Subsidiado en salud: en el año 2007 el 56%, en el año 2008 el 61%, año 2009 el 65%. A partir del año 2010 este porcentaje se incrementará de manera progresiva de acuerdo con la gradualidad de la unificación de los planes obligatorios de salud entre el Régimen Subsidiado y contributivo que determine el Gobierno Nacional, sin superar el 90%...”

<sup>9</sup> No se distribuyen recursos para ampliación en consideración a que el artículo 17 de la Ley 1151 de 2007 aplicaba sólo hasta 2009.

De esta forma, el porcentaje restante una vez descontados los recursos para Régimen Subsidiado y Salud Pública, será efectivamente destinado a prestación de servicios a la población pobre no asegurada y a las actividades no cubiertas con subsidios a la demanda (PPNA).

Conforme a lo anterior los recursos de la Participación para Salud del SGP correspondiente a once doceavas de la vigencia 2010 se ratifica la distribución definida en el Conpes Social 132 de 2010 (Cuadro N° 3).

Cuadro N° 3  
SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES 2010  
ONCE DOCEAVAS PARTICIPACIÓN PARA SALUD POR USOS  
Millones de Pesos corrientes

1/Los valores y porcentajes finales de estos subcomponentes podrán variar de acuerdo con la decisión que las entidades territoriales tomen en relación con la transformación de recursos de PPNA que para el efecto realicen, de conformidad con lo previsto en el Decreto 965 de 2010.

2/ El artículo 3 del Decreto 2878 de 2007 define que el 10.1% de los recursos del SGP de salud se deben destinar a financiar las acciones de salud pública.

Con base en estos montos globales establecidos, la distribución de los recursos de la Participación en Salud del SGP se realiza de conformidad con los criterios y las fórmulas previstas en los artículos 48 y 52 de la Ley 715 de 2001, la Ley 1122 de 2007, Decreto Ley 132 de 2010, decretos 2878 de 2007, 159 de 2002, 177 de 2004, 313 y 317 de 2008, y 5026 de 2009, así como las certificaciones de información del Ministerio de la Protección Social (MPS) y demás entidades competentes, de la siguiente manera:

3.1. Prestación de Servicios de Salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y actividades no cubiertas con subsidios a la demanda.

El presente documento distribuye el 24.9% (\$1.217.284 millones) para este componente, lo cual se efectúa manteniendo la información, criterios y condiciones expuestas en el Conpes

Social 132 de 2010, para lo cual se obtienen las once doceavas completas de la vigencia 2010<sup>10</sup>, de las cuales se conservan las cuatro doceavas distribuidas en dicho documento y se asignan las siete doceavas restantes.

Así mismo, como lo había efectuado el Conpes Social 132 de 2010, la distribución y asignación territorial realizada para la presente vigencia se ajusta debido a que en la vigencia de 2009 quedó un monto proporcional a ajustar definido en el Conpes Social 130 de 2009 (en su anexo 14), el cual se aplica afectando incluso el monto de aportes patronales, conforme al Decreto 313 de 2008, definiendo así \$540 millones que quedarían pendientes de ajuste en la última doceava<sup>11</sup>.

De esta forma, la distribución resultante en el 2010 para el total de municipios, distritos y departamentos se presenta en los Anexos 3 y 4.

Se precisa que los efectos de la transformación de recursos del SGP que en virtud del Decreto 965 de 2010, realicen las entidades territoriales durante el presente año serán considerados para estimar el porcentaje final del componente de Régimen Subsidiado en la vigencia 2010, el cual será equivalente al porcentaje inicial del SGP – Régimen Subsidiado de la vigencia 2011, de conformidad con el inciso tercero del artículo 4 y el parágrafo 4 del artículo 2 del Decreto 965 de 2010, de acuerdo con la certificación del Ministerio de la Protección Social y Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

### 3.2. Acciones de Salud Pública.

En consideración a que el Ministerio de la Protección Social modificó, mediante comunicación radicada DNP N° 20106630045122 del 15 de febrero de 2010, la certificación de Salud Pública, el presente documento procede a ajustar la distribución de las once doceavas de Salud Pública realizada por el Conpes Social 132, para todas las entidades territoriales, cuyos recursos ascienden a \$493.758 millones (11/12).

---

<sup>10</sup> En las once doceavas se reconoce el 100% de los aportes patronales de la vigencia 2010.

<sup>11</sup> Igualmente, el Conpes Social 130 de 2009 había definido un valor pendiente a ajustar al Municipio de Montelíbano (Córdoba) por \$16.621.104, el cual fue descontado en la asignación de las cuatro doceavas iniciales aprobadas mediante Conpes social 132, para asignarlo al Departamento de Córdoba. Lo anterior debido a que el municipio de San José de Uré (Córdoba) no es certificado en salud.

La distribución se realiza manteniendo los criterios y condiciones expuestas en el Conpes Social 132 de 2010, asignando los recursos a las entidades territoriales conforme a: 1) el Decreto 317 de 2008, mediante el cual se determina que en la distribución de los recursos del componente de Salud Pública por los criterios de población por atender, nivel de pobreza, población a riesgo de dengue, población a riesgo de malaria y población susceptible de ser vacunada, se garantizará a todos los municipios y distritos, como mínimo el monto correspondiente de lo asignado en la vigencia 2007, con el fin de evitar los efectos negativos derivados de las variaciones de los datos censales en la distribución del Sistema General de Participaciones; y 2) el artículo 52 de la Ley 715 de 2001 y el Decreto 159 de 2002, relacionados con los criterios de distribución y las fórmulas de cálculo.

Igualmente, la distribución y asignación territorial realizada en el presente Conpes Social se ajusta debido a que en la vigencia de 2009 quedó un monto proporcional pendiente por ajustar definido en el Conpes Social 130 de 2009 (anexo 10). Al aplicar este ajuste al municipio de Norosí (Bolívar) no se le alcanza a descontar en los recursos asignados por los criterios indirectos; por lo tanto, el monto pendiente -negativo para Norosí (Bolívar)-, se distribuye proporcionalmente entre todos los municipios y distritos, sin afectar el total de los criterios indirectos, en consecuencia, dicho ajuste deberá descontarse a Norosí y adicionarse al resto de municipios y distritos, en la última doceava 2010. Además, se descuentan a Montelibano (Córdoba) \$13.682.847 para asignarlos a San José de Uré (Córdoba), conforme a lo definido en el Conpes 130 de 2009,<sup>12</sup> tal como lo efectuó el Conpes Social 132 de 2010.

De esta forma, la distribución resultante en Salud Pública en el 2010 para el total de municipios, distritos y departamentos se presenta en los Anexos 5 y 6.

### 3.3. DIRECTRICES GENERALES PARA LA EJECUCIÓN DE LA PARTICIPACIÓN DEL SGP PARA SALUD:

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; esta facultad le permite orientar el uso de los recursos destinados al sector con

---

<sup>12</sup> Página 26 del Conpes Social 130 de 2009.

el fin de alcanzar las metas de interés para el país. Para el efecto, se mantienen las directrices generales del Conpes Social 132 de 2010, adicionadas en lo siguiente:

En caso de decidir la transformación de recursos, dar aplicación al Decreto 965 de 2010, en especial definir la transformación del SGP para la vigencia conforme al plan general financiero de la unificación de planes obligatorios de salud entre Régimen Subsidiado y contributivo, incluir el plan de transformación de recursos requerido para la unificación, en armonía con el literal b) del artículo 4 del Decreto Ley 132 de 2010. Este plan general deberá garantizar la sostenibilidad de la universalización y de la unificación de los planes obligatorios de salud entre el Régimen Subsidiado y contributivo, así como, considerar todas las fuentes, incluyendo claramente los recursos del SGP para la vigencia fiscal, así como, los efectos financieros y fiscales que sobre la red pública de prestadores de servicios de salud cause la unificación,

En todo caso, el plan general deberá contar con el concepto favorable del Ministerio de Hacienda y Crédito Público y del Ministerio de la Protección Social, entidades que deberán adelantar el seguimiento respectivo. Para lo cual, deberá considerar igualmente los componentes previstos en el artículo 6 del Decreto 965 de 2010.

Las entidades territoriales competentes para la gestión de la red pública hospitalaria al realizar la transformación de recursos, bajo cualquier circunstancia, serán responsables de garantizar el equilibrio financiero de las Empresas Sociales del Estado de su jurisdicción, dadas las condiciones de la unificación y de la transformación prevista, tal como lo prevé el literal g) del artículo 6 del Decreto 965 de 2010 y el párrafo 1 del artículo 2 del mismo Decreto.

Las entidades territoriales que decidan realizar el proceso de transformación y unificación, para la sostenibilidad de la continuidad del Régimen Subsidiado incluida la unificación, deberán considerar lo previsto en el inciso segundo del artículo 3 de Decreto 965 de 2010.

Finalmente, el artículo 4 del Decreto Ley 132 de 2010 determina la posibilidad de transformar los recursos de aportes patronales, en cuyo caso la transformación cambia el carácter y uso de este recurso, por lo cual, para efectos de la operación del Régimen Subsidiado no se deberán introducir inflexibilidades en relación con el tema de los aportes patronales. Por lo anterior,

el Ministerio de Hacienda y Crédito Público deberá tomar las acciones que permitan reducir los efectos fiscales de dicha medida.

#### IV. PARTICIPACIÓN DE PROPÓSITO GENERAL

El monto total de recursos de las once doceavas de la Participación de Propósito General asciende a \$2.314. 646 millones, el 100% de estos recursos se distribuyó en el Conpes Social<sup>131</sup>; no obstante, se debe ajustar dicha distribución por cambios en certificaciones de variables relacionadas las fórmulas de asignación de algunos de los criterios de distribución.

Dichas certificaciones y su efecto se presentan a continuación:

- Aclaración por parte de los alcaldes de Tocancipá (Cundinamarca) y Candelaria (Valle) sobre las categorías adoptadas oficialmente en sus municipios para la vigencia 2010, con base en las disposiciones de la Ley 617 de 2000.

El Ministerio del Interior y de Justicia había certificado para el caso de Tocancipá, categoría 6ª, y para Candelaria, categoría 4. De acuerdo con la aclaración de los municipios los dos se encuentran en categoría 3ª.

En consecuencia, estos municipios pierden el derecho de destinar libremente como máximo el 42% de su Participación de Propósito General.

Al aplicar los porcentajes mínimos para deporte y cultura (4% y 3%) sobre el 100% de la asignación, los recursos asignados resultan mayores, y por lo tanto la compensación para estos sectores (Decreto 5026 de 2009) se disminuye. Por la misma razón la asignación del 10% para el FONPET de estos dos municipios se incrementa.

- La Contaduría General de la Nación ajustó la refrendación de recaudo de Ingresos tributarios de la vigencia 2008 al municipio Puerres (Nariño)<sup>13</sup> y refrendó el recaudo de Ingresos tributarios de la vigencia 2008 al municipio Ulloa (Valle)<sup>14</sup>.



<sup>13</sup> La Contaduría General de la Nación realizó este ajuste según consta en oficio No. 2010-663-008293-2.

Los dos municipios entran a ser beneficiarios de la distribución de recursos por el criterio de eficiencia fiscal.

- Aclaración del MHCP sobre fecha en la cual el Municipio de Casabianca (Tolima) firmó el acuerdo de reestructuración de pasivos y sobre la destinación de recursos de la Participación de Propósito General, para la financiación de dicho acuerdo.

El efecto de esta aclaración es que al municipio de Casabianca (Tolima) no se le debe descontar el 10% de los recursos de la Participación de Propósito General con destino al FONPET

Según lo anterior, para realizar este ajuste el DNP debe tener en cuenta los giros que el Ministerio de Hacienda y Crédito Público ya realizó al FONPET a favor de este Municipio, en tanto que estos recursos ya fueron abonados a la cuenta del Municipio en dicho Fondo y éste no puede hacer el reintegro de los recursos. Lo que procede es que el Municipio realice el trámite de desahorro de los mencionados recursos ante el FONPET.

De esta forma, la redistribución de las once doceavas de la participación de Propósito General para la vigencia 2010 para el total de municipios y distritos del país, la destinación de recursos y la diferencia frente a la asignación del Conpes Social 131 se presenta en los Anexos 7 al 10.

## V. RECOMENDACIONES

Los Ministerios de Educación, de la Protección Social y de Hacienda y Crédito Público, 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 2010 justificada en este documento y presentada en los anexos adjuntos.

---

<sup>14</sup> Este municipio demostró ante el DNP, con certificación expresa de la empresa de correos 472 que envió la información correspondiente al SICEP 804 (ejecución anual de 2008) en la fecha establecida en la normatividad vigente. Por lo tanto, se solicitó a la CGN su refrendación. Oficio No. 2010-663-012860-2.

2. Solicitar a la Dirección de Desarrollo Territorial Sostenible del Departamento Nacional de Planeación comunicar a los departamentos, distritos y municipios la distribución y ajustes realizados en el presente documento.
3. Solicitar al Ministerio de Educación Nacional
  - a) Expedir las certificaciones de giro de acuerdo con las asignaciones previstas en este documento.
  - b) Realizar el seguimiento a los recursos distribuidos en este documento.
  - c) Continuar con las auditorías de matrícula y realizar las acciones necesarias, conforme al establecido por el Artículo 96 de la Ley 715 de 2001.
4. Solicitar al Ministerio de la Protección Social, en forma adicional a las recomendaciones del Conpes Social 132 de 2010:
  - a) Expedir las certificaciones de giro de acuerdo con las asignaciones previstas en este documento.
  - b) Prestar la asistencia técnica que le permita a las entidades territoriales la transformación de recursos que financian la prestación de servicios a la PPNA, para la estructuración y viabilización del Plan General financiero y el correspondiente plan de transformación en los términos establecidos en el Decreto 965 de 2010.
5. Solicitar a los ministerios de la Protección Social y de Hacienda y Crédito Público
  - a) Certificar al Departamento Nacional de Planeación, antes del 15 de diciembre de 2010, el monto de los recursos efectivamente transformados por las entidades territoriales en la vigencia de 2010, conforme a lo dispuesto el artículo 4 del Decreto 965 de 2010.
  - b) Certificar al Departamento Nacional de Planeación, antes del 15 de diciembre de 2010, las entidades territoriales que transformarán recursos que financian las prestaciones de servicios a la PPNA en la vigencia de 2011. La certificación deberá incluir el Plan General Financiero de que trata el Decreto 965 de 2010, debidamente aprobado.

c) Remitir al DNP la información sobre frecuencias de uso (por patología y grupos edad), costos, los impactos sobre la red pública hospitalaria, evasión y elusión y los cálculos de suficiencia y sostenibilidad de la financiación de la unificación de los planes obligatorios de salud de los regímenes Contributivo y Subsidiado que se recopile en las pruebas piloto que se realicen en la presente vigencia u otras fuentes, en virtud de lo establecido en el artículo 5 del Decreto 965 de 2010, cada tres meses después de iniciada la prueba piloto.

6. Solicitar al Ministerio de Hacienda y Crédito Público

a) Prever el impacto fiscal de la posible transformación de los aportes patronales del SGP- Prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, en virtud del Decreto 965 de 2010.

b) Implementar acciones a través de la UGPP para evitar la evasión del pago de los aportes patronales de las Empresas Sociales del Estado. El Ministerio deberá informar al Conpes las acciones realizadas y la posible contingencia generada en la respectiva vigencia.

7. Solicitar a las entidades territoriales, en forma adicional a las recomendaciones del Conpes social 132 de 2010:

a) Realizar los ajustes presupuestales a que haya lugar, con base en la distribución aprobada en este documento, de tal manera que se asegure la adecuada presupuestación y ejecución de los recursos, con el fin de evitar eventos de riesgo en el uso de los recursos o en la prestación de los servicios financiados con cargo a ellos, en el marco de lo establecido por el Decreto 028 de 2007 “Por el cual se define la estrategia de monitoreo, seguimiento y control al SGP”

b) Para efectos de la transformación del SGP aplicar lo dispuesto en el Decreto 965 de 2010, en especial el Plan general financiero de la unificación de planes obligatorios de salud entre régimen subsidiado y contributivo, el cual incluirá el plan de transformación de recursos requerido para la unificación, en armonía con el literal b)

del artículo 4 del Decreto Ley 132 de 2010, en tanto la entidad territorial decidatransformar recursos.

- c) En caso de realizar transformación de recursos del SGP considerar el cálculo del impacto financiero en cada Empresa Social del Estado del nivel territorial en la jurisdicción conforme a su red prestadora de servicios, definiendo la estrategia de financiamiento del déficit, en caso de que lo hubiere, considerando el artículo 4° del Decreto Ley 133 de 2010.
- d) Considerar que para efectos de la sostenibilidad del plan general financiero de la unificación de planes obligatorios de salud entre Régimen Subsidiado y contributivo, que incluye el plan de transformación de recursos requerido para la unificación, la entidad territorial deberá garantizar el mantenimiento de la transformación, de conformidad con el literal e) del artículo 11 de la Ley 1122 de 2007. Para la sostenibilidad de la continuidad del Régimen Subsidiado incluida la unificación deberá aplicarse lo previsto en el artículo 50 de la Ley 715 de 2001.