



MINHACIENDA

Dirección General de Apoyo Fiscal

EL SECTOR SALUD EN LAS ENTIDADES TERRITORIALES Y PROPUESTAS DE AJUSTE A LA LEY DE TRANSFERENCIAS



Colombia. Ministerio de Hacienda y Crédito Público
El sector salud en las Entidades Territoriales y propuestas de ajuste a la Ley
de Transferencia / Ministerio de Hacienda y Crédito Público. — Bogotá: El Ministerio,
2015.

v. — ISBN: 978-958-9266-97-7

1 Transferencias presupuestales - propuestas 2 Salud 3 Entidades territoriales

CDD 20ed. 352.14

Catalogación en la publicación - CEP Colombia
Biblioteca "José María Del Castillo y Rada"

Ministerio de Hacienda y Crédito Público
www.minhacienda.gov.co

Ministro de Hacienda y Crédito Público
Mauricio Cárdenas Santamaría

Viceministra General
Carolina Soto Losada

Viceministro Técnico
Andrés Escobar Arango

Secretaria General
Claudia Isabel González Sánchez

Directora General de Apoyo Fiscal
Ana Lucía Villa Arcila

Subdirector de Fortalecimiento Institucional Territorial
Luis Fernando Villota Quiñones

Subdirector de Apoyo al Saneamiento Fiscal Territorial
Néstor Mario Urrea Duque

Coordinación Grupo de Saneamiento Hospitalario
Fernando Olivera Villanueva

Elaboración de este documento
Ana Isabel Aguilar Rugeles
Juan Camilo Villamil Lopez

Grupo Salud
Ana Isabel Aguilar Rugeles
Sonia Milena Cifuentes Cruz
Martha Liliana Caro Acevedo
Pablo Andrés Parra Cubides

Diseño y Diagramación
Olga Milena Carantonio Márquez

Edición abril 2015

© Ministerio de Hacienda y Crédito Público
Derechos exclusivos de publicación y distribución
Carrea 8a No. 6-64 Bogotá, D.C. - Colombia Fax. 381 1700 ext.3558
atencion_usuario@minhacienda.gov.co; www.minhacienda.gov.co
Depósito legal efectuado de acuerdo con la Ley 44 de 1993
Se permite la reproducción parcial del contenido de esta obra, siempre
y cuando se cite la fuente.
Impreso y hecho en Colombia por Panamericana Formas e Impresos S.A.



El sector salud en las entidades territoriales y propuestas de ajuste a la ley de transferencias

RESUMEN	4
1. INTRODUCCIÓN	9
2. Temas de análisis diagnóstico sector salud en entidades territoriales	11
2.1 Aseguramiento al Sistema de Seguridad Social en Salud	11
2.2 Distribución Asignación del Sistema General de Participaciones – Salud	12
2.3 Cierre Fiscal Fondos Departamentales en Salud Vigencia 2013	13
2.4 Gasto de los Departamentos en Prestación de Servicios de Salud.	15
2.5 Saldos en Cuentas Maestras del Sector Salud en Entidades Territoriales	18
2.6 Situación Financiera Hospitales Públicos (Empresas Sociales del Estado)	20
Resultados del Diagnóstico	23
3. Propuesta ajuste ley de transferencias	26

Reglas para la programación y ejecución presupuestal de las empresas sociales del estado

1. INTRODUCCIÓN	31
I) Análisis sobre la elaboración, conformación y ejecución del presupuesto de las Empresas Sociales del Estado enfocado a determinar el impacto del último desarrollo normativo.	32
II) Principales normas que deben seguir las Empresas Sociales del Estado para celebrar operaciones de endeudamiento.	36
III) Articulación entre las Redes Integradas de Servicios de Salud y las Empresas Sociales del Estado.	37
IV) Planes de Saneamiento Fiscal y Financiero de las Empresas Sociales del Estado y su efecto en la elaboración, conformación y ejecución del presupuesto.	38
V) Relación de las Empresas Sociales del Estado con el proceso administrativo de Cobro Coactivo.	41



Resumen

El propósito del documento es evaluar el desarrollo de las competencias asignadas a las entidades territoriales en el sector salud y la ejecución de recursos destinados al sector, principalmente los del Sistema General de Participaciones; a partir de los resultados encontrados se proponen ajustes en la asignación de recursos y a las funciones de los territorios.

El Sistema de Seguridad Social en Salud, reformado en 1993, tiene como uno de sus objetivos primordiales el aseguramiento universal a través de dos regímenes: subsidiado (población pobre y vulnerable sin capacidad de pago sujeta a un subsidio del Estado) y contributivo para personas con capacidad de pago. Por esta razón, se determinó que aquellas personas que estuvieran por fuera del sistema de aseguramiento, los llamados vinculados o población pobre no asegurada, debían ser objeto de aseguramiento en el régimen subsidiado; sin embargo, por razones de financiación tal proceso ha sido paulatino. La meta era llegar al aseguramiento universal en el año 2000, pero en 2013 se llegó al 92%.

En forma transitoria, se estableció que la prestación de los servicios de salud de dicha población sería financiada por las entidades territoriales certificadas, especialmente los departamentos y algunos municipios. Este documento, basado en el análisis financiero de los fondos locales de salud y de los saldos en las cuentas maestras, cuestiona la capacidad institucional de dichas entidades para realizar funciones de Asegurador. Luego de 13 años, su papel continúa enfocándose en la prestación de servicios de salud dirigida a población pobre y vulnerable, de tal forma que

en la práctica continúan administrando planes de beneficios como cualquier asegurador y además, en el caso de los Departamentos, a partir del 2008 gestionan la prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios de la población afiliada al régimen subsidiado.

Para financiar las competencias asignadas, durante el 2013 los departamentos reportaron recaudos por \$4,3 billones. De estos, el 29% (\$1,23 billones) correspondió a recursos del SGP para los componentes de prestación de servicios y de salud pública (22,49% para Prestación de Servicios de Salud \$971.424 millones y 6,14% \$265.341 millones- para Salud Pública), el 42% a rentas cedidas (\$1,8 billones) y el 29% restante (1.23 millones) a recursos transferidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, y otros de los departamentos para funcionamiento e inversión en el sector.

Asimismo, informaron compromisos por \$3,23 billones equivalentes a 75% de los ingresos recaudados. En consecuencia, el superávit de los Fondos de Salud de los Departamentos ascendió a \$1,08 billones.

Específicamente para el cierre 2013, 30 departamentos certificaron facturación y recobros por prestación de servicios de salud por \$1,08 billones y un déficit financiero de \$314.337 millones, además reportaron un déficit de vigencias anteriores de \$119.444 millones, consolidando un déficit al final al cierre de la vigencia de \$433.781 millones.

Al comparar el déficit de prestación de servicios de salud reportado (\$433.781 millones) con el superávit de los Fondos Departamentales de Salud (\$1,08 billones), puede suponerse que el déficit está cubierto desde el punto de vista de caja y asumir que dicho pasivo está compuesto por deudas no respaldadas por registros presupuestales y generado en facturación no registrada. Si se cruza el superávit contra el pasivo, se encuentra que aun existiría un superávit de \$646.219 millones en los recursos de los Fondos de Salud de los Departamentos. Adicionalmente, hay que tener en cuenta que se han habilitado para el año 2014 el uso de los recursos excedentes de las cuentas maestras de prestación de servicios para el pago de dichas deudas.

A junio de 2014, los saldos de las cuentas maestras de prestación de servicios de salud de los Departamentos sumaban \$743.491 millones⁽¹⁾.

Por otra parte, a enero de 2014 el saldo de las cuentas maestras del régimen subsidiado (Municipios y Distritos principalmente) llegaba a \$1,41 billones. De estos, \$636.175 millones estaban en las cuentas del Distrito Capital y \$777.292 millones en las de los restantes Municipios y Distritos. Con corte junio de 2014, el saldo general aumentó a \$1,43 billones (\$642.663 millones del Distrito Capital y \$794.420 millones de las restantes entidades). Estos saldos son recursos excedentes que se encuentran cesantes y pueden ser utilizados para el pago de deudas de prestación de servicios, programas de saneamiento fiscal y financiero de las Empresas Sociales del Estado en medio y alto riesgo y en, la modernización y dotación hospitalaria.

Lo anterior en un contexto en el que las Empresas Sociales del Estado (970) al cierre 2013 recaudaron \$8,1 billones y suscribieron compromisos por \$10,35 billones, generaron en consecuencia un déficit presupuestal de \$2,25 billones, consolidaron pasivos por \$3,01 billones y registraron una cartera de \$4,93 billones.

El diagnóstico indica que las competencias asignadas a los Departamentos en la Prestación de Servicios de Salud y a los municipios en el aseguramiento, son superiores a su capacidad institucional, estos hechos se reflejan en la no universalización del aseguramiento y en los

problemas con las bases de afiliados, por un lado y en la no ejecución de los recursos disponibles, dificultad para identificar y pagar las deudas a su cargo y escaso liderazgo en la consolidación de las redes públicas de prestación de servicios, por el otro. Al respecto, cambiar la organización del régimen subsidiado y hacer giros directos, ha disminuido el riesgo financiero, la posibilidad de generación de deudas, y promovido un mejor flujo de recursos al girar directamente a los prestadores de servicios por las acciones de primer nivel y contratación mediante capitación.



1. Según información consolidada por el Ministerio de Salud y Protección Social reportada por las entidades financieras. Sin embargo, este valor no incluye el valor de las cuentas bancarias de los Departamentos de Antioquia, Bolívar y La Guajira, información no reportada por los bancos.

Las propuestas de ajuste en asignación de recursos y competencias a cargo de las entidades territoriales se dirigen al logro de la universalización del aseguramiento, la asignación de una única bolsa de recursos por entidad territorial dirigida al aseguramiento y salud pública, al pago de los aportes patronales de las Empresas Sociales del Estado, y al cubrimiento de la estrategia de financiamiento complementaria de las ESE en condiciones especiales. La asignación deberá ser dinámica conforme al cumplimiento de metas y ejecución de recursos esto implica no asignar recursos si no se ejecutan los asignados o disponibles previamente.

Adicionalmente, los recursos de rentas cedidas y la explotación de juegos de suerte y azar de las entidades territoriales con destinación específica al sector salud deben dirigirse al aseguramiento universal y a programas de saneamiento o modernización hospitalaria, de cumplirse dichas prioridades los recursos excedentes pueden convertirse en recursos de libre destinación para el financiamiento de proyectos de inversión del sector en las entidades territoriales.

En cuanto a las competencias de las entidades territoriales, se propone eliminar la competencia transitoria de prestación de servicios a cargo de los Departamentos y algunos Municipios, por lo que se propone se especialicen en la gestión de las acciones de carácter colectivo, Plan de Intervenciones Colectivas de Salud Pública y acciones de inspección, vigilancia y control de los riesgos de la salud y el medio ambiente; para los Departamentos, estar a cargo incluso de dichas acciones en los Municipios de 4ta a 6ta categoría. Los Municipios deben enfocarse en realizar seguimiento y auditoría al aseguramiento

de la población pobre y vulnerable a cargo de los Aseguradores y reportar oportunamente la información de carácter territorial al Sistema de Seguridad Social en Salud.



Por otra parte, frente la situación fiscal de las Empresas Sociales del Estado, la propuesta se encamina hacia la optimización de la oferta pública, esto es, que se diseñe e implemente una red integral pública a nivel nacional coordinada con los niveles departamentales y municipales; para ello el programa de saneamiento hospitalario a cargo del Ministerio de Hacienda y Crédito Público (Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero de las ESE) y de la Superintendencia Nacional de Salud (Planes de Gestión del Riesgo e Intervenciones Administrativas) debe ser preciso en el cumplimiento de los compromisos establecidos de lo contrario la Superintendencia deberá llevar a cabo los procedimientos necesarios para la liquidación de las Empresas Sociales del Estado y en conjunto con el Ministerio de Salud y Protección Social diseñar estrategias de operación eficientes que garanticen el acceso a los servicios de salud en términos de oportunidad, calidad, eficiencia financiera e institucional.

Las Empresas Sociales del Estado en condiciones especiales podrán ser beneficiadas de un mecanismo de financiación de acuerdo con parámetros de eficiencia hospitalaria.

Asimismo, para mantener el equilibrio fiscal de las Empresas Sociales del Estado, que se alcance con el saneamiento de la red pública, se reafirma que el proceso de programación y ejecución presupuestal para dichas Empresas es el consignado en el artículo 28 de la ley 1508 de 2012, lo que implica que se elaboren los presupuestos anuales con base en el recaudo efectivo del año inmediatamente anterior y los ajustes se realicen conforme al recaudo real en la vigencia en que se ejecuta el presupuesto.

A partir de esta regla presupuestal, como regla de responsabilidad fiscal se propone que las ESE, indistintamente de su evaluación de riesgo, mantengan equilibrio corriente, mismo que será

monitoreado anualmente por los Departamentos y el Ministerio de Salud y Protección Social. Para ello, la herramienta que se adoptará formalmente será la metodología de saneamiento fiscal y financiero del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.



Introducción //

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es el modelo a través del cual se garantiza un seguro que cubre los gastos de salud de todos los habitantes del territorio colombiano. Para entrar a formar parte del Sistema, el usuario se afilia a una Empresa Promotora de Servicios de Salud - EPS, la que contrata la prestación de los servicios de salud con Instituciones Prestadoras de Servicios - IPS, de naturaleza pública, privada o mixta. El seguro de salud se denomina UPC Unidad de Pago por Capitación, este es el valor que reconoce el Sistema a cada Asegurador o EPS por la organización y garantía de la prestación de los servicios de salud contenidos en un Plan Obligatorio de Salud (POS). En la actualidad el POS de los dos regímenes (subsidiado y contributivo) se encuentra homologado, es decir que los dos regímenes incluyen los mismos servicios, medicamentos y tecnologías.

Diversos actores y competencias convergen en el Sistema de Seguridad Social en Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social coordina y dirige el Sistema, mientras la Superintendencia Nacional de Salud realiza inspección, vigilancia y control. Las entidades territoriales dirigen y administran la prestación de servicios de salud en los territorios; cofinancian el régimen subsidiado de su población; y hacen uso de los recursos del Sistema General de Participaciones para financiar prestación de servicios, asegurar la población pobre y vulnerable al régimen subsidiado y prestar servicios de Salud Pública.

Las competencias de las entidades territoriales en el sector salud se definen principalmente en las Leyes 715 de 2001, 1122 de 2007 y 1438 de 2011, estas se han reducido para los Municipios en la medida que no se suscriben contratos de régimen subsidiado y los pagos se realizan mediante giro directo desde un mecanismo financiero a los Prestadores o Aseguradores manteniendo a su cargo el seguimiento y auditoría. En tanto se encuentra aún población pobre y vulnerable sin afiliar, los municipios certificados se encargan de gestionar los servicios de primer nivel mientras los departamentos gestionan los servicios básicos de la población de los municipios no certificados y los de mediana y alta complejidad para la población pobre y vulnerable del departamento, además, gestionan los servicios de salud no contenidos en el plan de beneficios, homologado principalmente mediante recobros de los Aseguradores- EPS y órdenes judiciales.

En cumplimiento de la Sentencia T-760 los Departamentos y Distritos además de gestionar los servicios de salud a la población pobre y vulnerable no afiliada al régimen subsidiado quedaron a cargo de prestar los servicios de salud no cubiertos en el plan de beneficios del régimen subsidiado para la población afiliada en su jurisdicción; la baja capacidad institucional de las entidades territoriales para asumir competencias de asegurador, reflejada en hechos como el frágil esquema de contratación con instituciones prestadoras públicas y/o IPS privadas, deficiencias en el proceso de auditoría médica de cuentas y concurrente, el no adecuado registro contable y una debilidad semejante en las Empresas Sociales del Estado, originó el pasivo existente en estas entidades con los prestadores de servicios de salud.



2. Temas de análisis diagnóstico sector salud en entidades territoriales

2.1 Aseguramiento al Sistema de Seguridad Social en Salud

Años	% de afiliación Régimen Contributivo	% de afiliación Régimen Subsidiado	% de afiliación	% de población no afiliada
2010	41.08	47.63	88.71	11.29
2011	42.61	48.26	91.67	8.33
2012	42.84	48.53	92.21	7.79
2013	42.76	48.11	91.69	8.31

Fuente. Ministerio de Salud y Protección Social 2013

La política de aseguramiento tiene como propósito proteger financieramente a la población frente a los riesgos asociados a la salud, la vejez, la invalidez y la muerte. Para el cierre del año 2013, de la población nacional total de 47.123.430 habitantes 42.76% era a población con capacidad de pago asegurada en el régimen contributivo y 48.11% población asegurada en el régimen subsidiado. En consecuencia, la cobertura del Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia fue 91.69%.

El porcentaje de población asegurada en Colombia ha aumentado significativamente pasando de un 58,3% de población asegurada en el año 2000 a un 91,69% en el 2013. El régimen subsidiado pasó de un 23.60% en el año 2000 a un 48,11% en el año 2013, siendo 22.669.543 personas

las afiliadas a dicho régimen. Mientras que la afiliación al régimen contributivo no ha sido tan dinámica, pasando de un porcentaje de población afiliada de 35,22% en el 2000 a un porcentaje de 42,76% en el 2013. Al mismo tiempo, se observa la disminución de la población no afiliada al sistema, pasando de un 41,17% en el año 2000 a un 8,31% en el año 2013.

Se resalta que dentro de la población no afiliada se encuentran las 859.090 personas identificadas como población pobre no cubierta por subsidios a la demanda, esta población debe ser atendida por las entidades territoriales transitoriamente mientras se hace efectiva su afiliación; para el efecto el artículo 32 de la Ley 1438 de 2011 acerca de la universalización del aseguramiento, definió el procedimiento a seguir cuando una persona requiera atención en salud y no esté afiliado. Sin embargo, las entidades municipales y departamentales no aplican los procedimientos definidos asumiendo riesgo financiero y de prestación de servicios al ejecutar acciones de Asegurador. Una vez se asegure la población potencial los recursos disponibles para su atención se asignan a los subsidios a la demanda y las entidades territoriales reciben menos recursos SGP por prestación de servicios.

2.2 Distribución Asignación del Sistema General de Participaciones – Salud

Para la vigencia 2013, el monto total de recursos del Sistema General de Participaciones asignado para el sector salud fue de \$6,04 billones; al componente de prestación de servicios de salud se le asignaron \$1,56 billones (24.47%), al régimen subsidiado \$4,17 billones (65.53%) y a salud pública \$637 mil millones (10%).

La asignación se lleva a cabo calculando el porcentaje del régimen subsidiado y salud pública y la diferencia se asigna a prestación de servicios de salud. El monto asignado para el régimen subsidiado se divide por el número de usuarios con subsidios a la demanda multiplicado por los afiliados de entidad territorial. Los valores de salud pública se obtienen mediante la combinación de población por atender, factores de equidad y eficiencia administrativa. Para el año 2013, en el componente de salud pública se asignó a los departamentos \$266.591 millones y, a los Municipios y Distritos \$370.607 millones.

La asignación para el componente de Prestación de Servicios involucra una asignación para el FONSAET y luego la aplicación de factores de dispersión geográfica y acciones NO POS, compensaciones por SISBEN y Departamentos Especiales. Se descuentan los valores de los aportes patronales a cargo de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud y por último se obtiene la asignación para los municipios certificados quienes además de los departamentos reciben recursos con situación de fondos.



2.3 Cierre Fiscal Fondos Departamentales en Salud Vigencia 2013

Al cierre de la vigencia 2013, los departamentos a través del Formato Único Territorial reportaron en los Fondos Departamentales de Salud recaudados por \$4,3 billones. De estos, el 29% (\$1,23 billones) correspondió a recursos del SGP para los componentes de prestación de servicios y de salud pública (22,49% para Prestación de Servicios de Salud \$971.424 millones y 6,14% \$265.341 millones- para Salud Pública). El restante 71%

a ingresos provenientes de diferentes fuentes, principalmente de las rentas cedidas por Impuestos al consumo (cerveza, licores, cigarrillos) y de explotación de juegos de suerte y azar, involucró además recursos de transferencias del Ministerio de Salud y recursos de libre destinación de los departamentos dirigidos al sector salud.

Tabla. Cierre Fiscal Fondos Departamentales de Salud, Vigencia 2013 (Millones de \$)

Departamento	\$ Ingresos Recaudados Fondo Salud	\$ Gastos (Compromisos) Fondo Salud	\$ Superávit Presupuestal	% Superávit Presupuestal	Superávit Reportado FUT	Diferencia Superávit Pres. Vs Sup. Reporte	Superávit Reportado FUT SGP Salud Pública	Superávit Reportado SGP Prestación	% Superávit SGP	Superávit Reportado Rentas Cedidas
Amazonas	43.400	28.198	15.202	35%	-	(15.202)	-	-	0%	-
Antioquia	659.768	581.644	78.124	12%	19.471	(58.653)	17.841	1.630	100%	-
Arauca	78.285	72.037	6.248	8%	12.604	6.356	-	-	0%	12.604
Atlántico	200.470	136.104	64.366	32%	60.185	(4.181)	-	4.624	8%	55.561
Bolívar	143.901	103.579	40.322	28%	12.089	(28.233)	-	-	0%	12.089
Boyaca	166.629	113.432	53.197	32%	19.533	(33.664)	-	-	0%	19.533
Caldas	100.200	83.442	16.758	17%	16.734	(24)	1.883	4.848	40%	10.003
Caqueta	70.629	54.290	16.339	23%	18.470	2.131	3.145	13.584	91%	1.741
Casanare	110.202	38.328	71.874	65%	35.346	(36.528)	61	255	1%	35.030
Cauca	145.209	84.735	60.474	42%	60.909	435	5.362	36.101	68%	19.446
Cesar	105.866	65.341	40.525	38%	27.692	(12.833)	1.979	13.212	55%	12.501
Choco	45.166	32.944	12.222	27%	-	(12.222)	-	-	0%	-
Cordoba	164.633	117.508	47.125	29%	76.358	29.233	1.477	34.082	47%	40.799
Cundinamarca	348.660	314.858	33.802	10%	33.802	-	-	-	0%	33.802
Guainía	47.213	20.723	26.490	56%	8.074	(18.416)	1.682	5.311	87%	1.081
Guaviare	44.506	18.826	25.680	58%	23.434	(2.246)	2.254	18.148	87%	3.032
Huila	98.584	89.057	9.527	10%	1.376	(8.151)	1.375	-	100%	1
La Guajira	104.574	82.880	21.694	21%	16.328	(5.366)	3.298	7.969	69%	5.061
Magdalena	113.440	83.610	29.830	26%	31.480	1.650	275	14.608	47%	16.597
Meta	100.993	85.433	15.560	15%	15.560	-	1.161	1.680	18%	12.719
Nariño	176.196	120.756	55.440	31%	43.547	(11.893)	2.382	11.001	31%	30.164
Norte de Santander	128.466	109.313	19.153	15%	18.765	(388)	1.235	796	11%	16.734
Putumayo	44.947	27.208	17.739	39%	10.976	(6.763)	580	6.263	62%	4.133
Quindío	59.349	40.882	18.467	31%	18.081	(386)	620	7.740	46%	9.721
Risaralda	79.093	71.976	7.117	9%	6.804	(313)	825	86	13%	5.893
San Andres	25.255	10.153	15.102	60%	3.040	(12.062)	800	2.240	100%	-
Santander	207.304	159.852	47.452	23%	44.348	(3.104)	2.002	1.664	8%	40.682
Sucre	81.431	76.526	4.905	6%	-	(4.905)	-	-	0%	-
Tolima	148.650	107.145	41.505	28%	17.036	(24.469)	1.878	11.724	80%	3.434
Valle	449.762	289.358	160.404	36%	257	(160.147)	-	-	0%	257
Vaupés	9.995	7.694	2.301	23%	-	(2.301)	-	-	0%	-
Vichada	16.802	11.303	5.499	33%	5.499	-	-	-	0%	5.499
Total Departamentos	4.319.578	3.239.135	1.080.443	25%	657.798	(422.645)	52.115	197.566	38%	408.117

Fuente: CHIP, Ejecución Fondos de Salud a Diciembre de 2013.

Asimismo, reportaron compromisos por \$3,23 billones equivalentes a 75% de los ingresos recaudados. En consecuencia, el superávit de los Fondos de Salud de los Departamentos ascendió a \$1,08 billones. No obstante en el FUT se reportó un superávit de \$657.798 millones existiendo una diferencia de \$422.645 millones.

En cuanto a la especificación del superávit reportado del total de \$657.758 millones, el 38% (\$249.681 millones) correspondió a recursos del Sistema General de Participaciones desagregado en \$52.115 millones de salud pública y \$197.566 millones de prestación de servicios de salud. El restante 62% (\$408.117 millones) fueron recursos de rentas cedidas y recursos destinados a proyectos de inversión en salud.

Del superávit registrado en el sector salud de los Departamentos, se resalta que en promedio el 50% proviene del Sistema General de Participaciones. Las entidades departamentales que presentan un mayor superávit respecto a los ingresos totales recaudados en el año 2013 fueron: Guaviare 53%, Córdoba 46%, Cauca 42%, Vichada 33%, Quindío 30%, Atlántico 30%, Magdalena 28%, Cesar 26%, Caquetá 26%, Nariño 25% y Putumayo 24%.

2.4 Gasto de los Departamentos en Prestación de Servicios de Salud.

Como se dijo antes, en cumplimiento de la Sentencia T-760 los Departamentos y Distritos además de gestionar los servicios de salud a la población pobre y vulnerable no afiliada al régimen subsidiado quedaron a cargo de prestar los servicios de salud no cubiertos en el plan de beneficios del régimen subsidiado para la población afiliada en su jurisdicción.

Del análisis de la información de prestación de servicios de salud certificada a la Dirección de Apoyo Fiscal (MHCP) por los Departamentos, referente a los valores facturados por servicios de salud y recobros de las Empresas Promotoras de Servicios de Salud, pagos realizados, disponibilidad presupuestal para el pago de las facturas o recobros y valores de déficit por prestación de servicios de salud, en diferentes vigencias, se extraen las siguientes observaciones:

Para la vigencia 2010, de una muestra de 23 departamentos, se consolidó gasto por prestación de servicios de salud de \$1,68 billones. De este monto se reportó con respaldo presupuestal la suma de \$1,2 billones, lo que significa que se generó un déficit por prestación de servicios de salud de \$480 mil millones. Sumado a lo anterior, se encontró que de otras vigencias se adeudaban recursos por \$560 mil millones, por lo que se pudo establecer que el déficit total con corte 2010 ascendía a \$1.040 mil millones.

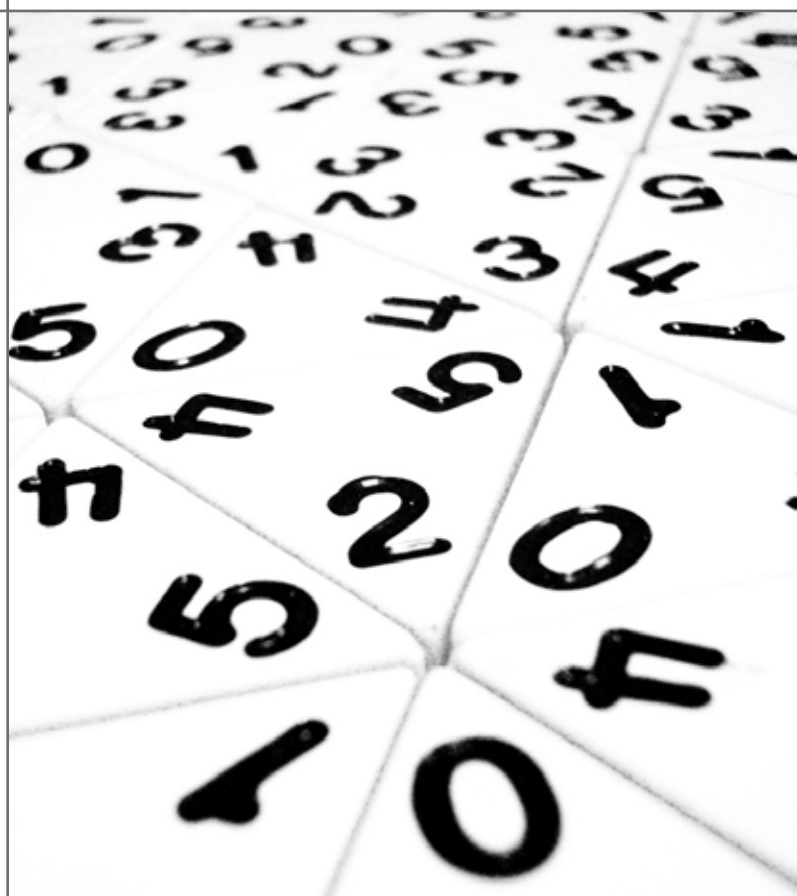
Al cierre 2011, para una muestra de 28 departamentos, se determinó que la facturación y recobros por prestación de servicios de salud sumó \$2,05 billones y que aquella sin respaldo presupuestal llegó a \$591 mil millones, además, se reportó un déficit de vigencias anteriores de \$385 mil millones, por lo que se encontró que el déficit al final del 2011 fue de \$976 mil millones. Se considera importante destacar que al cierre de 2011 se mantiene el valor del déficit, aun cuando el Ministerio de Salud, durante las vigencias 2010 y 2011, efectuó giros directos a las instituciones prestadoras de servicios para el pago de las deudas de los Departamentos y Distritos por \$1,17 billones, se aumentaron los afiliados del régimen subsidiado en 393 mil disminuyendo la población pobre no cubierta por subsidios a la demanda y por último, se homologaron los planes de beneficios para los menores de 18 años, lo que sin lugar dudas debió reducir los valores de prestación de servicios a cargo de las entidades territoriales.

Las cifras consolidadas al cierre 2012, con información de 28 departamentos, consolidó en \$1,41 billones el valor del gasto por prestación de servicios de salud y el déficit en \$353.085 millones, en la medida que se encontraban sin fuente de pago \$158.225 millones se definió que el valor del déficit sumó \$511.310 millones. Se resalta que a partir de julio de 2012 se homologó el plan de beneficios del régimen subsidiado frente al contributivo lo que implicaba reducción de gasto a cargo de las entidades departamentales al disminuir el gasto de las acciones no incluidas en el POS del subsidiado.

Durante el cierre 2013, para una muestra de 30 departamentos, el valor de la facturación y recobros por prestación de servicios de salud sumó \$1,08 billones, se constituyó un déficit de \$314.337 millones, que adicionado al déficit de vigencias anteriores de \$119.444 millones, alcanzó al final de la vigencia \$433.781 millones. Las cifras expuestas comparadas frente al 2012 muestran una disminución del 23% en el gasto por prestación de servicios de salud y 11% en el déficit.

El análisis de la información reportada muestra que el valor por recobros de las EPS del régimen subsidiado a las entidades departamentales se encuentra en aumento, para el año 2011 sumaba \$174.253 millones mientras que para el 2012 aumentó 30% llegando a \$249.575 millones; para el 2013, aumentó 22% ascendiendo a \$317.638 millones. Dado que los planes de beneficios fueron homologados y no pueden recobrase servicios incluidos en el POS, estos aumentos podrían estar relacionados con inducción a la demanda para el pago de medicamentos y procedimientos de alto costo, en otras palabras, las EPS prestan servicios o envían solicitud de medicamentos de

alto costo, no siempre necesarios y los recobran a los departamentos, los que tienen problemas para cuestionarlos debido a las dificultades institucionales identificadas para auditar las cuentas o autorizar medicamentos. También se encuentran los órdenes de servicios y otros, ordenados por los jueces mediante acciones de tutela.



En todo caso, si el déficit acumulado al cierre de 2013 de \$433.781 millones, es descontado del superávit de los fondos departamentales de salud que al cierre de la misma vigencia ascendió a \$1.08 billones, se encuentra que existen recursos suficientes para cubrir las deudas. Aunque el mal reporte al FUT muestra diferencias importantes entre el superávit del fondo (\$1.08 millones) y el superávit reportado por las entidades territoriales (\$657.798 millones), el hecho que la mayor parte de los \$657.798 millones reportados como superávit corresponda a recursos del SGP destinados a prestación de servicios (\$197.566 millones) y a rentas cedidas (\$408.117 millones), lleva a considerar improbable la existencia de un déficit real por prestación de servicios de salud y más bien permite afirmar que existe superávit financiero.

2.5 Saldos en Cuentas Maestras del Sector Salud en Entidades Territoriales

Según la información consolidada por el Ministerio de Salud y Protección Social de acuerdo con la Resolución 1021 de 2009, respecto al saldo en las cuentas maestras del sector salud de las entidades territoriales, con corte enero de 2014, se reportaron saldos del régimen subsidiado para una muestra de 1.106 Municipios y Distritos por valor de \$1,41 billones. De éstos, corresponden al Distrito de Bogotá recursos por \$636.175 millones, es decir que los saldos sin el Distrito Capital suman \$777.292 millones. Adicionalmente, con corte junio de 2014, se consolidó un saldo de \$1,43 billones que incluye \$642.663 millones del Distrito de Bogotá y \$794.420 millones de los restantes municipios y distritos.

Tabla. Saldo Consolidado Cuentas Maestras Régimen Subsidiado

Saldos Cuentas Maestras Régimen Subsidiado (\$ millones)	Enero de 2014	Junio de 2014
Total Nacional	1.413.467	1.438.590
Distrito de Bogotá	636.175	642.663
Total Nacional Sin Bogotá	777.292	794.420

Fuente. Ministerio de Salud y Protección Social – Dirección de Financiamiento Sectorial, Julio 2014

De lo anterior se resalta que el artículo 2, de la Ley 1608 de 2013 determinó que los recursos de saldos de las cuentas maestras del régimen subsidiado de salud, podrán usarse 1. Para asumir el esfuerzo propio a cargo de los municipios y distritos, que durante las vigencias de 2011, 2012 y 2013 se

deba aportar en la cofinanciación del Régimen Subsidiado de Salud; 2. En el pago de los servicios prestados a la población pobre no asegurada y para el pago de los servicios no incluidos en el Plan de Beneficios a cargo del departamento o distrito asumidos por Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud; 3. Para financiar programas de saneamiento fiscal y financiero de Empresas Sociales del Estado categorizadas en riesgo medio y alto en cumplimiento de la Ley 1438 de 2011 y; 4. En la inversión en el mejoramiento de la infraestructura y dotación de la red pública de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en el marco de la organización de la red de prestación de servicios.

De acuerdo con lo anterior y la Resolución 292 de 2013, las entidades distritales y municipales identificaron los saldos excedentes del régimen subsidiado con corte 2013 y especificaron los montos según los usos que la Ley determinó. No obstante, teniendo en cuenta que el régimen subsidiado se financia a través de giros directos del Ministerio de Salud y Protección Social a los Prestadores (IPS) y Empresas Promotoras de Salud (EPS) los saldos en las cuentas maestras del régimen subsidiado no se han ejecutado en lo corrido de las vigencias 2013 y 2014.

Por otra parte, respecto a los saldos en las cuentas maestras de prestación de servicios de salud, para una muestra de 522 entidades territoriales compuestas por los Departamentos, Distritos y Municipios Certificados, a enero de 2014 se consolidó un saldo total de \$721.635 millones, el Distrito Capital registró un saldo de \$114.097 millones por tanto las restantes entidades registran saldos de \$607.538 millones; Al corte junio de 2014, el saldo de las cuentas maestras es de \$936.317 millones de los cuales el Distrito Capital dispone \$115.936 millones y las entidades restantes \$820.381 millones.

Tabla. Saldo Consolidado Cuentas Maestras Prestación de Servicios

Saldos Cuentas Maestras Régimen Subsidiado (\$ millones)	Enero de 2014	Junio de 2014
Total Nacional	721.635	936.317
Distrito de Bogotá	114.097	115.936
Total Nacional Sin Bogotá	607.538	820.381

Fuente. Ministerio de Salud y Protección social – Dirección de Financiamiento Sectorial, Julio 2014

Al respecto, el Artículo 106 de la Ley 1687 de 2013 mediante la cual se decretó el presupuesto para la vigencia 2014, determinó que “los excedentes y saldos no comprometidos en el uso de recursos de oferta de salud del Sistema General de Participaciones a 31 de diciembre de 2013, se destinarán para el pago de deudas por prestación de servicios de salud de vigencias anteriores o programas de saneamiento fiscal y financiero de las Empresas Sociales del Estado definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social. En el caso de que el municipio haya perdido la competencia para administrar los recursos de prestación de servicios de salud o de no presentar deudas por concepto de prestación de servicios de vigencias anteriores dichos saldos serán girados al Departamento para financiar las actividades definidas en el presente inciso”.

De acuerdo con lo anterior, se disponen de recursos de excedentes SGP de Prestación de Servicios de Salud o de Oferta, que según los saldos en cuentas maestras presuntamente no se han ejecutado e incluso son superiores al corte junio de 2014. El saldo disponible en cuentas maestras, al compararlo con los recursos SGP de prestación de servicios reportados como superávit al cierre 2013 (\$197.566 millones) podrían ser los recursos excedentes mínimos disponibles para las destinaciones específicas según la Ley de Presupuesto, circunstancia que permitiría disminuir las deudas y/o el déficit financiero por prestación de servicios de salud a cargo de los departamentos.

2.6 Situación Financiera Hospitales Públicos (Empresas Sociales del Estado)

Cuadro. Comportamiento Financiero de la Red Pública Hospitalaria (2012 y 2013) en Millones \$

Año 2012 Cifras en Millones	Total Hospitales	INGRESOS RECONOCIDOS	INGRESOS RECAUDADOS	% REC	GASTOS COMPROMISOS	% GTO/ REC	DÉFICIT O SUPERÁVIT	PASIVOS	CARTERA
Nivel 1	842	4.265.702	3.225.448	76%	3.738.144	116%	-512.696	853.121	1.804.378
Nivel 2	126	3.871.876	2.173.740	56%	3.308.734	152%	-1.134.994	1.294.384	1.605.103
Nivel 3	26	3.301.770	1.601.862	49%	2.486.425	155%	-884.563	938.148	1.114.068
TOTAL	994	11.439.348	7.001.050	61%	9.533.304	136%	-2.532.253	3.085.653	4.523.550

Año 2013 Cifras en Millones	Total Hospitales	INGRESOS RECONOCIDOS	INGRESOS RECAUDADOS	% REC	GASTOS COMPROMISOS	% GTO/ REC	DÉFICIT O SUPERÁVIT	PASIVOS	CARTERA
Nivel 1	824	4.798.335	3.757.731	78%	4.178.430	111%	-420.699	856.160	1.221.944
Var. 2012		11%	14%		11%		-22%	0,36%	-48%
Nivel 2	121	4.299.317	2.519.115	59%	3.561.109	141%	-1.041.993	1.283.509	1.815.499
Var. 2012		10%	14%		7%		8%	-1%	12%
Nivel 3	25	3.554.313	1.823.630	51%	2.611.769	143%	-788.139	874.385	1.899.465
Var. 2012		7%	12%		5%		-12%	-7%	41%
TOTAL	970	12.651.966	8.100.476	64%	10.351.308	128%	-2.250.832	3.014.054	4.936.908
Var. 2012		10%	14%		8%		-13%	-2%	8%

Fuente: Cuadro elaborado por la DAF con base en información del Sistema de Hospitales SIHO, corte 2012 y 2013.

La red pública de prestación de servicios de salud organizada por las entidades departamentales o distritales, se compone de instituciones de carácter departamental, distrital o municipal en diferentes niveles de complejidad (por clasificación de servicios, así: para primer nivel en consultas de medicina general, atención inicial de urgencias, odontología, laboratorio básico y acciones de promoción y prevención; segundo nivel con consultas especializadas (medicina interna, pediatría, ginecología), hospitalización y cirugías no especializadas. Un tercer nivel con atención de supraespecialidades (cardiología, reumatología, oncología y otros) hospitalización y cirugías de alta complejidad, exámenes diagnósticos especializados).

De esta forma los prestadores públicos se organizan principalmente por niveles de complejidad de acuerdo con las necesidades de la población y servicios demandados, para el año 2012 la red pública estaba compuesta por un total de 994 hospitales de los cuales el 85% eran instituciones de primer nivel, 13% de segundo nivel y 3% de tercer nivel de atención.

El conjunto de prestadores obtuvieron ingresos reconocidos por \$11,4 billones, de estos se recaudaron \$7 billones es decir el 60% y se consolidó una cartera de \$4,5 billones.

Los gastos o compromisos suscritos fueron de \$9,53 billones, estos superaron el recaudo en un 36% y generaron un déficit financiero de \$2,5 billones. Sumado a lo anterior, se consolidaron pasivos de \$3,08 billones, concentrados principalmente en el segundo y tercer nivel. El análisis anterior muestra la tendencia a comprometer gastos respecto a los

ingresos reconocidos especialmente en las ESE de segundo nivel y la baja capacidad para gestionar la recuperación de cartera en todos los niveles de atención.

En otras palabras, se considera importante resaltar que las instituciones de primer nivel recaudaron en 2013 78% de los ingresos que reconocieron, mientras que las de segundo nivel 59% y las de tercer nivel 51%; sin embargo, todas las ESE se gastaron el 100% de lo que reconocieron como ingresos, es decir mucho más de lo que recaudaron, de ahí el déficit.



El análisis comparativo del año 2013 respecto al 2012, muestra un incremento en la venta de servicios de salud de las IPS públicas, los ingresos reconocidos aumentaron en 10% consolidando \$12,65 billones de ingresos; el recaudo a su vez aumentó un 14% llegando a un porcentaje del 64% y \$8,1 billones para el agregado de IPS públicas. Aunque los gastos aumentaron en un 8% (\$10,3 billones) dado el mayor recaudo de la vigencia el déficit financiero se disminuyó a \$2,25 billones (13%). Los pasivos al cierre 2013, presentan una disminución no significativa del 2% sumando \$3,01 billones. El valor de la cartera aumentó un 8%, consolidando un valor de \$4,96 billones, esto conlleva a un mayor envejecimiento de la cartera lo cual dificulta su cobro efectivo.

Por otra parte, la categorización de las Empresas Sociales del Estado a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social realizado durante el año 2013 ubicó en alto riesgo 410 ESE y en mediano riesgo 128 ESE, en consecuencia debieron adoptar Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero en los términos señalados en las normas de lo contrario serían sujeto de intervención a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud. Evaluadas el total de las 538 ESE categorizadas en riesgo medio o alto a través de la Res. 1877 de 2013, el resultado es: Viabilizados: 226; Traslados a SUPERSALUD : 236; No evaluados (fusión, liquidación o naturaleza jurídica): 73; En evaluación: 3.

El análisis de los programas presentados muestra una no optimización de la oferta pública de prestación de servicios en las redes departamentales

actualizadas en la medida que la mayor parte de los hospitales son de carácter municipal y tanto Alcaldías como Concejos Municipales no están dispuestos a liquidar o fusionar las IPS para optimizar la oferta, racionalizar gastos y equilibrar financieramente las instituciones.



Resultados del Diagnóstico

Dentro del proceso de descentralización y en la organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud se concibió a las entidades territoriales como los administradores del régimen subsidiado, líderes en salud pública y organizadores de las redes de prestación de servicios de salud; no obstante, en forma transitoria, mientras se llegaba a la universalización del aseguramiento, se les asignó la gestión de servicios de salud dirigidos a población pobre no cubierta por subsidios a la demanda.

En el seguimiento al desarrollo de sus competencias, se encontró que las entidades del orden municipal carecen de capacidades suficientes para administrar las bases de datos del régimen subsidiado, contratar y hacer interventoría en forma oportuna y más aún administrar eficientemente los recursos girados para el aseguramiento, en consecuencia, se encontraron duplicados, novedades sin identificar y otros en las bases de datos; no se realizaron los pagos pertinentes ni se liquidaron contratos, en cambio se generaron deudas por el aseguramiento cuando los recursos estaban garantizados. Adicionalmente, en salud pública la debilidad en la identificación de las necesidades en salud de la población, la no contratación de los servicios con Instituciones Públicas de Salud, impidieron el resultado esperado en la optimización de los recursos y mejores resultados en salud pública.

Por otra parte, los 423 Municipios Certificados en salud contratan principalmente los servicios de primer nivel de atención con las IPS públicas

mediante capitación de servicios, es decir mediante pagos fijos de acuerdo con una proyección por población potencial para atender, frente a lo cual en gran parte de los casos no se verifica la atención efectiva de los usuarios ni se validan los derechos de estos, encubriendo un subsidio de las entidades territoriales a los prestadores públicos sin la contraprestación de prestación de servicios de salud.

En cuanto a las entidades del orden departamental, a pesar de existir la competencia de organizar la red de prestación de servicios de salud en los territorios, la posibilidad de creación de una Empresa Social del Estado en cada Municipio y la creación de éstas de manera no coordinada con una instancia nacional en el momento de la transformación de los hospitales públicos en Empresas Sociales del Estado, promovió la constitución de más de 1000 ESE con plantas administrativas y costos financieros sin importar el tamaño de la infraestructura hospitalaria y la combinación de factores frente a una demanda efectiva de servicios. Además, la competencia de prestadores públicos y privados, las diferencias en las tarifas de los servicios de salud, el rezago entre los periodos de prestación de servicios y los pagos a la facturación, la tendencia de las ESE a comprometer gastos respecto a los ingresos reconocidos y la baja capacidad para gestionar la recuperación de cartera en todos los niveles de atención, han incidido negativamente en el equilibrio financiero y en los indicadores de calidad de los hospitales públicos.

Asimismo, los departamentos se encargan de gestionar la prestación de servicios de salud dirigidos a población pobre no cubierta por subsidios a la demanda de acuerdo con la capacidad de los prestadores públicos o mediante contratación con IPS privadas donde la oferta de servicios de salud de carácter público no satisface la demanda de servicios, promoviendo el pago de anticipos al iniciar los contratos, no ejecutando estos periódicamente y en la mayor parte sin auditar la facturación de servicios de salud y por tanto sin ejecutar o liquidar contratos o recursos disponibles para la prestación de servicios.

Por otra parte, los Departamentos y Distritos además de gestionar los servicios de salud a la población pobre y vulnerable no afiliada al régimen subsidiado quedaron a cargo de prestar los servicios de salud no cubiertos en el plan de beneficios del régimen subsidiado para la población afiliada en su jurisdicción; al respecto, se encuentran dificultades en la autorización y radicación de la facturación, registros contables, reconocimiento de las deudas y el pago de éstas, mientras los recursos financieros cesantes se acumulan en las cuentas maestras de las entidades territoriales.

El Ministerio de Salud y Protección Social destinó \$1,1 billones de recursos excedentes en la cuenta ECAT del FOSYGA para cerrar el déficit financiero de las entidades territoriales, generando pago a facturación no auditada ni glosada, esto, cuando al cruzar las cifras de prestación de servicios con los recursos disponibles del SGP y rentas cedidas se encuentra que existen recursos suficientes para pagar las deudas y aun así generar superávit financiero.

Respecto al desarrollo de las acciones de salud pública, la concurrencia de las entidades departamentales con los municipios para ejecutar

acciones del Plan de Intervenciones Colectivas difícilmente se ha llevado a cabo aun teniendo en cuenta que la mayor parte de los municipios son de categorías 4ta, 5ta y 6ta y sus presupuestos de salud pública son insuficientes frente a las necesidades reales. Por otra parte, las acciones de inspección, vigilancia y control de los riesgos en la salud y el medio ambiente a cargo de los Departamentos y de los municipios de 1era a 3ra categoría, se concentró en ejecutar gastos de gestión y en contratar técnicos y/o profesionales referentes para los ejes de acción que terminan trabajando en forma desarticulada con los municipios y los prestadores de salud.

En cuanto a la ejecución financiera de los recursos, los Municipios presentan debilidades en el registro de los recursos del régimen subsidiado sin situación de fondos mientras los departamentos generan superávit financiero causada por la no ejecución de los recursos en salud pública debido a la no contratación oportuna y, en prestación de servicios de salud, al asumir competencias de Asegurador sin auditar, pagar y registrar la facturación de servicios de salud a su cargo y por otra parte al no promover y vigilar los procedimientos de afiliación que los Municipios deben realizar.



3. Propuesta ajuste ley de transferencias

De acuerdo con el diagnóstico de la situación del sector salud en las entidades territoriales, se presenta para consideración las propuestas de reforma acerca de la distribución de las transferencias para el sector salud y la determinación de competencias.

1. Las transferencias destinadas al sector salud en las entidades territoriales deben asignarse en una única bolsa de recursos sin asignar por componentes de gasto. La asignación deberá atender criterios de población, equidad, eficiencia administrativa y cumplimiento de metas de acuerdo con la ejecución efectiva de recursos, por prioridades de gasto.

Teniendo en cuenta que el principal objetivo del Sistema de Salud es la universalización del aseguramiento, que los recursos destinados en el 2014 a la continuidad del régimen subsidiado son el 65,53% del SGP asignado para salud y que por Ley se tiene previsto llegar al 80% en el 2015, se propone llevar a cabo la transformación completa de recursos de oferta a demanda; es decir no asignar recursos de prestación de servicios de salud de acuerdo con la población PPNA, factores de ajuste por dispersión poblacional y factores NO POS, de esta manera se controla la fuga o la acumulación de recursos ocasionadas por las debilidades de los departamentos para actuar como aseguradores y se elimina el incentivo a la no afiliación de la población.

Los servicios de salud no incluidos en el Plan de Beneficios del régimen subsidiado de la Población Pobre no Asegurada y de la población con puntajes superiores al corte del SISBEN determinado para población pobre, se financiaría a través de una cuenta especial del Ministerio Sectorial o del mecanismo financiero.

De esta manera se evitaría generar déficit financiero e inducción a la demanda en prestación de servicios de salud a cargo de las entidades departamentales.



2. Optimizar la oferta pública de prestación de servicios de salud

Diseñar e implementar una red integral a nivel nacional coordinada con los niveles departamentales y municipales; el estudio de optimización de la red pública debe estar a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social. A partir de la red nacional, las Entidades Departamentales y Distritales deberán conformar las redes en sus territorios teniendo en cuenta el sistema de referencia, las redes departamentales deben estar articuladas con los planes bienales de inversión y los planes financieros territoriales en salud.

Es necesario determinar mecanismos efectivos de afiliación a cargo de los Prestadores y Empresas Promotoras de Servicios de Salud y dado que las entidades territoriales no aplicaron los procedimientos para afiliar la PPNA por las circunstancias ya explicadas, entre las que se encuentran incentivos para mantener los recursos sin ejecución, se propone fortalecer los estímulos para que la población pobre y vulnerable sea afiliada de manera efectiva en el momento en solicite servicios de salud; lo puede lograrse en la medida que no se asignen más recursos de oferta o prestación de servicios de salud y desaparezca la certificación para Municipios. La responsabilidad de la afiliación debe entregarse a los Prestadores y Aseguradores, esto debido a que los incentivos ya están dados a través del aseguramiento y la facturación de servicios. Los casos especiales de personas con enfermedades de alto costo debe regularse específicamente para no permitir barreras de acceso en el momento de la afiliación. Debe mantenerse la financiación de los aportes patronales de los funcionarios de las Empresas Sociales del Estado sin contraprestación por facturación de servicios de salud y a partir del cumplimiento de metas financieras y de calidad.

Las Empresas Sociales del Estado en condiciones especiales podrán ser beneficiadas con un mecanismo de financiación de acuerdo con parámetros de eficiencia hospitalaria.

Por otra parte, se debe garantizar que opere el principio de portabilidad nacional, es decir propender por el acceso a los servicios de salud en el territorio nacional, a través de acuerdos con prestadores de servicios de salud y Entidades Promotoras de Salud.

Para lograr una red óptima de carácter público el Programa de Saneamiento Hospitalario a cargo del Ministerio de Hacienda y Crédito Público (Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero de las ESE) y de la Superintendencia Nacional de Salud (Planes de Gestión del Riesgo e Intervenciones Administrativas) debe ser preciso en el cumplimiento de los compromisos establecidos de lo contrario la Superintendencia deberá llevar a cabo los procedimientos necesarios para la liquidación de las Empresas Sociales del Estado y en conjunto con el Ministerio de Salud y Protección Social diseñar estrategias de operación eficientes que garanticen el acceso a los servicios de salud en términos de oportunidad, calidad, eficiencia financiera e institucional.

Además, los procesos de selección y evaluación de los gerentes de las Empresas Sociales del Estado deben encaminarse al logro de resultados concretos, entre otros, al cumplimiento de los Programas de Saneamiento Fiscal y los Planes de Gestión de Riesgo.

Asimismo, para mantener el equilibrio fiscal de las Empresas Sociales del Estado, que se alcance con el saneamiento de la red pública, se reafirma que el proceso de programación y ejecución presupuestal para dichas Empresas es el consignado en el artículo 28 de la ley 1508 de 2012, lo que implica que se elaboren los presupuestos anuales con base en el recaudo efectivo del año inmediatamente anterior y los ajustes se realicen conforme al recaudo real en la vigencia en que se ejecuta el presupuesto. A partir de esta regla presupuestal, como regla de responsabilidad fiscal se propone que las ESE, indistintamente de su evaluación de riesgo,

mantengan equilibrio corriente, mismo que será monitoreado anualmente por los Departamentos y el Ministerio de Salud y Protección Social. Para ello, la herramienta que se adoptará formalmente será la metodología de saneamiento fiscal y financiero del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.



3. Administración y ejecución de los recursos de salud pública de los Municipios de categorías 4, 5 y 6ta a cargo de las entidades departamentales.

Teniendo en cuenta que para el año 2013, en el componente de salud pública se asignó a los Municipios y Distritos \$370.607 millones con cargo a los recursos del Sistema General de Participaciones y mediante las acciones de monitoreo, seguimiento y control al uso del recurso se identificó debilidades en los procesos de programación, contratación y ejecución de los recursos sin adecuados procedimientos de supervisión y evaluación de contratos; las acciones de salud pública y la asignación de recursos para el desarrollo de estas deben enfocarse hacia el cumplimiento de metas e indicadores estratégicos, por tanto no es eficiente asignar recursos a cada Municipio cuando estos pueden ser ejecutados en acciones de mayor impacto a través de las entidades departamentales.

4. Priorización las competencias de las entidades departamentales en el desarrollo de las acciones de salud pública y de inspección, vigilancia y control.

De acuerdo con los resultados obtenidos en la implementación del Sistema de Salud y el desarrollo de las competencias entregadas a los departamentos, se observa incapacidad administrativa y sectorial para gestionar prestación de servicios de salud y promover el aseguramiento de la población, por tanto deben asignarse funciones de liderazgo y de desconcentración de funciones del orden nacional a los departamentos priorizando el desarrollo de acciones de promoción y prevención sujetas al

cumplimiento de metas e indicadores de salud pública y de vigilancia y control de los actores del Sistema de Salud que operan en su territorio, es decir vigilancia a prestadores de servicios y aseguradores, así como las actividades referentes a los riesgos en salud, saneamiento ambiental y otros.

5. Los departamentos y distritos, podrán utilizar los recursos excedentes de las rentas cedidas y del SGP Prestación de Servicios en el pago de las deudas por prestación de servicios de salud, saneamiento fiscal y financiero de las Empresas Sociales del Estado y en el fortalecimiento de la infraestructura, la renovación tecnológica, subsidio a la oferta en condiciones especiales.

En la medida que se encuentran recursos excedentes del régimen subsidiado, de rentas cedidas destinadas al sector salud y recursos SGP prestación de servicios, se recomienda permitir el uso de los recursos excedentes primero en el pago de las deudas y segundo en el saneamiento hospitalario mediante programas de saneamiento fiscal a cargo de Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Planes de Gestión del Riesgo a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud o a través del programa de reorganización y modernización de las entidades territoriales para liquidación de Empresas Sociales del Estado.

Dirección General de Apoyo Fiscal
REGLAS PARA LA PROGRAMACION Y
EJECUCION PRESUPUESTAL DE LAS
EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO



MINHACIENDA



Introducción //

Las Empresas Sociales del Estado son las entidades encargadas de la prestación del servicio público de salud, en Colombia la prestación de servicios de salud se efectúa a través de redes integradas de servicios conformadas por Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de naturaleza pública, mixta o privada, definidas a nivel territorial, según el caso, por el respectivo departamento, distrito o municipio, las cuales son habilitadas por las entidades departamentales o distritales competentes.

La finalidad de las Empresas Sociales del Estado es asegurar la garantía al goce del derecho fundamental a la salud, y como entidad pública de todos los niveles de gobierno, colaborar con el objetivo fundamental del estado que es dar solución a las necesidades insatisfechas de salud, como lo reconoce la Constitución Política no sólo al hacer mención expresa de lo señalado, sino también al erigirnos como un Estado Social de Derecho que promueve la prosperidad general y garantiza la efectividad de los derechos fundamentales.

Conviene, sin embargo advertir que este documento se circunscribe en cuatro objetivos a saber: I) realizar un análisis sobre la elaboración, conformación y ejecución del presupuesto de las Empresas Sociales del Estado enfocado a determinar el impacto del último desarrollo normativo. II) destacar las principales normas que deben seguir las Empresas Sociales del Estado para celebrar operaciones de endeudamiento III) resaltar en el lector el concepto de articulación entre las Redes Integradas de Servicios de Salud y las Empresas Sociales del Estado. IV) reseñar la importancia de los Planes de Saneamiento Fiscal y Financiero de las Empresas Sociales del Estado y su efecto en la elaboración, conformación y ejecución del presupuesto. V) establecer la relación de las Empresas Sociales del Estado con el proceso administrativo de Cobro Coactivo.

1) Análisis sobre la elaboración, conformación y ejecución del presupuesto de las Empresas Sociales del Estado enfocado a determinar el impacto del último desarrollo normativo.

Con la creación de las Empresas Sociales del Estado se estableció que el régimen presupuestal de estas entidades sería el que se previera en el Estatuto Orgánico de Presupuesto⁽¹⁾, al respecto el artículo 5 del Decreto 111 de 1996 señaló que las Empresas Sociales del Estado se sujetarían al régimen de las empresas industriales y comerciales del estado. En consecuencia, en materia presupuestal las Empresas Sociales del Estado se rigen por lo establecido en el Decreto 115 de 1996, por el cual se establecen las normas sobre la elaboración, conformación y ejecución del presupuesto de las empresas industriales y comerciales del estado y de las sociedades de economía mixta sujetas al régimen de aquellas, dedicadas a actividades no financieras.⁽²⁾

La Ley 1508 de 2012⁽³⁾ determinó la regla presupuestal vigente para todas las Empresas Sociales del Estado, estableciendo que los presupuestos anuales se deben elaborar con base en el recaudo efectivo realizado en el año inmediatamente anterior al que se elabora el

presupuesto actualizado⁽⁴⁾, es decir con base en el recaudo total de los ingresos percibidos en tesorería para la vigencia inmediatamente anterior indexados con el índice de inflación proyectado por el Banco de la República para el siguiente año. Lo que quiere decir que los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado no pueden elaborar sus presupuestos con base en el sistema de reembolso contra prestación de servicios, por lo cual está prohibido que se presupueste con base a reconocimientos y/o facturación.



1. Los artículos 195 de la Ley 100 de 1993, 98 del Decreto Ley 1298 de 1994 y 18 del Decreto 1876 de 1994 establecen que el régimen presupuestal de las Empresas Sociales del Estado será el que se prevea en la ley orgánica de presupuesto, de forma que se adopte un régimen de presupuestación con base en el sistema de reembolso contra prestación de servicios.

2. De igual forma el artículo 83 de la Ley 489 de 1998 estableció que las Empresas Sociales del Estado se sujetarían al régimen previsto en la Ley 100 de 1993 y la Ley 344 de 1996

3. Artículo 28.

4. Todo esto en virtud del artículo 28 de la Ley 1508 de 2012. (La Ley 100 de 1993, el Decreto Ley 1298 de 1994 y el Decreto 1876 de 1994 establecían un régimen presupuestal de las Empresas Sociales del Estado diferente que se basaba en el sistema de reembolso contra prestación de servicios, es decir en el reconocimiento de deudas por servicios prestados.)

Por otro lado, la Ley 1508 también estableció que las Empresas Sociales del Estado que celebren esquemas de Asociaciones Público Privadas deberán elaborar su presupuesto anual de acuerdo al recaudo efectivo realizado actualizado con la inflación esperada para ese año, con la única diferencia de que podrán incluir hasta el 20% de la cartera pendiente por recaudar.

Por consiguiente, con la expedición de la Ley 1508 de 2012 se fortaleció la responsabilidad y disciplina fiscal en la presupuestación de todas las Empresas Sociales del Estado en los diferentes niveles de gobierno, con la finalidad de garantizar la estabilidad financiera de estas entidades y el eficaz cumplimiento de su responsabilidad social.

Para ilustrar mejor los efectos de presupuestar con base en el recaudo total de los ingresos percibidos en tesorería para la vigencia inmediatamente anterior, es necesario desagregar el presupuesto de ingresos que se compone por la disponibilidad inicial, los ingresos corrientes que se esperan recaudar durante la vigencia fiscal y los recursos de capital. La disponibilidad inicial comprende los saldos en caja, bancos e inversiones temporales efectivamente percibidas en tesorería para la vigencia inmediatamente anterior, indexados con el índice de inflación proyectado por el Banco de la República.

Por su parte, el rubro de ingresos corrientes se constituirá en el recaudo efectivo realizado para la vigencia inmediatamente anterior en función de su actividad por la venta de bienes y servicios, o

aquellos que por disposiciones legales le hayan sido asignados, todo esto indexado con el índice de inflación proyectado por el Banco de la República. Este rubro de ingresos se clasifica en Ingresos de Explotación, Aportes y Otros Ingresos Corrientes⁽⁵⁾.

Por último encontramos el rubro de recursos de capital que se conforman por los recursos de crédito interno, crédito externo, aportes de capital y donaciones percibidas efectivamente en tesorería para la vigencia inmediatamente anterior indexados con el índice de inflación proyectado por el Banco de la República. Respecto a los créditos es importante tener en cuenta lo señalado en la página 322 del libro de Aspectos Generales del Proceso Presupuestal Colombiano del Ministerio de Hacienda y Crédito Público “Es de resaltar que los créditos de tesorería, es decir los contratados con plazo igual o inferior a un año, no tienen efectos presupuestales con excepción del pago de los intereses que estos causen, los cuales se deberán imputar como un gasto financiero.”

Una vez elaborado el presupuesto la Empresa Social del Estado, el mismo será presentado a la entidad territorial para que el Consejo Superior de Política Fiscal o quien cumpla sus funciones en la entidad territorial a la que pertenezca la Institución Prestadora de Servicios de Salud Pública apruebe el presupuesto agregado mediante Resolución. Importante papel que cumplen los Departamentos, Distritos y Municipios verificando y comprobando el cumplimiento de la regla presupuestal impuesta por la Ley 1508 de 2012.

Luego de la aprobación del presupuesto de la Empresa Social del Estado de forma agregada, es responsabilidad del Gerente de la Empresa Social del Estado la desagregación del presupuesto de ingresos y gastos, conforme a las cuantías aprobadas por el Consejo Superior de Política Fiscal, quienes deberán presentar el presupuesto

desagregado a la Junta Directiva, para sus observaciones, modificaciones o refrendaciones mediante acuerdo antes del 1 de febrero de cada año, teniendo como referente la regla presupuestal basada en el recaudo efectivamente realizado.

Ahora bien, teniendo desarrollado el análisis de los efectos que surgieron en la elaboración del presupuesto de las Empresas Sociales del Estado como causa de la expedición de la Ley 1508, se hace necesario abordar una segunda arista presupuestal que también se vio afectada con la entrada en vigencia de la norma en mención, la ejecución del presupuesto de las Empresas Sociales del Estado, más específicamente las adiciones presupuestales.



En relación con las adiciones presupuestales de las Empresas Sociales del Estado se debe señalar que la Ley 1508 de 2012 dispuso que los ajustes que procedan al presupuesto se realizaran sólo con el recaudo real evidenciado, es decir con base a los ingresos efectivamente percibidos en tesorería para la vigencia en la que se está ejecutando el presupuesto.

Lo que significa que esta segunda regla presupuestal prohíbe adicionar recursos con base a la estimación del recaudo efectivo de ingresos que recibirá la empresa durante la vigencia en curso, toda vez que en virtud del artículo 28 de la Ley 1508 de 2012 sólo se podrán realizar adiciones al presupuesto de acuerdo con el recaudo real evidenciado.

En el mismo sentido, las adiciones que procedan al presupuesto deberán seguir las reglas establecidas en el Decreto 115 de 1996, por lo cual las adiciones que modifiquen el valor total de los gastos de funcionamiento, gastos de operación comercial, servicio de la deuda y gastos de inversión deberán ser aprobados por el Consejo Superior de Política Fiscal o quien cumpla sus veces en el nivel territorial.

En conclusión, todas las Empresas Sociales del Estado tienen dos reglas de imperativo cumplimiento que cambian de manera significativa la elaboración, conformación y ejecución del presupuesto, de un lado que los presupuestos anuales se deben elaborar con base en el recaudo efectivo realizado en el año inmediatamente anterior al que se elabora el presupuesto actualizado⁽⁶⁾, es decir con

base en el recaudo total de los ingresos percibidos en tesorería para la vigencia inmediatamente anterior indexados con el índice de inflación proyectado por el Banco de la República para el siguiente año. Como segunda regla presupuestal que las adiciones que procedan al presupuesto se realizaran sólo con el recaudo real evidenciado, es decir con base a los ingresos efectivamente percibidos en tesorería para la vigencia en la que se está ejecutando el presupuesto.

6. Todo esto en virtud del artículo 28 de la Ley 1508 de 2012. (La Ley 100 de 1993, el Decreto Ley 1298 de 1994 y el Decreto 1876 de 1994 establecían un régimen presupuestal de las Empresas Sociales del Estado diferente que se basaba en el sistema de reembolso contra prestación de servicios, es decir en el reconocimiento de deudas por servicios prestados.)

II) Principales normas que deben seguir las Empresas Sociales del Estado para celebrar operaciones de endeudamiento.

Los requisitos que tienen que cumplir las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para celebrar operaciones de endeudamiento están consagrados en el Código de Régimen Departamental⁽⁷⁾ y en el Código de Régimen Municipal⁽⁸⁾ respectivamente, tanto las operaciones de crédito público tradicional como los créditos de tesorería.

De igual forma, acatarán los requisitos establecidos en el Decreto 2681 de 1993 que reglamenta las operaciones de crédito público, las de manejo de la deuda pública, sus asimiladas y conexas y la contratación directa de las mismas.

Por último, es preciso mencionar que las Empresas Sociales del Estado no podrán gestionar endeudamiento externo ni efectuar operaciones de crédito público externo o interno con plazo superior a un año, si no han obtenido previamente la calificación sobre su capacidad de pago a través de una calificadoradora de riesgo que se encuentre debidamente certificada, en aplicación del Decreto 610 de 2002, por medio del cual se reglamenta el sistema obligatorio de calificación de capacidad de pago para las entidades descentralizadas del orden territorial.



7. Decreto 1222 de 1986

8. Decreto 1333 de 1986

III) Articulación entre las Redes Integradas de Servicios de Salud y las Empresas Sociales del Estado.

La Ley 1438 de 2011 estableció que la prestación de servicios de salud se efectúa a través de redes integradas de servicios de salud de naturaleza pública, mixta o privada, definidas a nivel territorial, según el caso, por el respectivo departamento, distrito o municipio, las cuales serán habilitadas por las entidades departamentales o distritales competentes, en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, de acuerdo con la reglamentación que para tal fin establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

En ese orden de ideas, las empresas sociales del estado que conforman la red pública hospitalaria tienen la finalidad de que el servicio de salud se brinde de forma precisa, oportuna y pertinente, para garantizar su calidad, reducir complicaciones, optimizar recursos y lograr resultados clínicos eficaces y costo-efectivos.

Aunado a esto, mediante el artículo 156 de la Ley 1450 de 2011 se definió el Programa territorial de reorganización, rediseño y modernización de las redes de Empresas Sociales del Estado que comprende el diagnóstico de la eficiencia de la operación y sostenibilidad financiera de estas instituciones, la definición y valoración de medidas y las acciones que permitan fortalecerlas financieramente, incluyendo medidas de ajuste institucional y el fortalecimiento de la capacidad instalada que deben realizar las entidades territoriales con las Empresas Sociales del Estado de su jurisdicción.



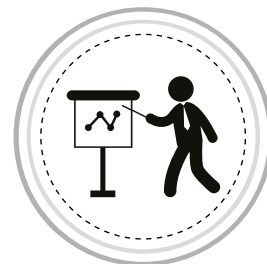
IV) Planes de Saneamiento Fiscal y Financiero de las Empresas Sociales del Estado y su efecto en la elaboración, conformación y ejecución del presupuesto.

Mediante la Ley 1438 de 2011 se estableció que le corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social determinar y comunicar anualmente a las Direcciones Departamentales, Municipales y Distritales de Salud, el nivel de riesgo en el que se categoricen las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial, teniendo en cuenta sus condiciones de mercado, de equilibrio y viabilidad financiera, a partir de sus indicadores financieros, sin perjuicio de la evaluación por indicadores de salud, de acuerdo a la reglamentación expedida por el citado Ministerio.

En el caso en que no se reciba información para la categorización del riesgo de una Empresa Social del Estado o se detecte alguna imprecisión en esta y no sea corregida o entregada oportunamente, dicha empresa quedará categorizada en riesgo alto y deberá adoptar un programa de saneamiento fiscal y financiero, sin perjuicio de las investigaciones que se deban adelantar por parte de los organismos de vigilancia y control.

Al mismo tiempo se determinó que las Empresas Sociales del Estado categorizadas en riesgo medio o alto deberán someterse a un Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero, con el acompañamiento de la Dirección Departamental o Distrital de Salud, en las condiciones que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.

Del otro lado, la Ley 1608 de 2013, definió los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero de las Empresas Sociales del Estado como un programa integral, institucional, financiero y administrativo que cubre la Empresa Social del Estado y que tiene como finalidad restablecer la solidez económica y financiera de la entidad. En virtud de lo anterior, el Gobierno Nacional expidió el Decreto 1141 de 2013 por el cual prescribió los parámetros generales de viabilidad, monitoreo, seguimiento y evaluación de los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero.



Ahora bien, la Dirección General de Apoyo Fiscal del Ministerio de Hacienda y Crédito Público es la encargada de emitir los conceptos de viabilidad de los Planes de Saneamiento Fiscal y Financiero de las Empresas Sociales del Estado teniendo como parámetros la consistencia de las medidas propuestas frente al restablecimiento de la solidez económica y financiera de la Empresa Social del Estado, la adecuación del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero a los parámetros generales de contenidos, seguimiento y evaluación determinados, los compromisos de apoyo a la ejecución del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero, por parte de la respectiva entidad territorial, determinados, cuantificados y ponderados en el tiempo, la identificación y valoración del pasivo a cargo de la Empresa Social del Estado y un análisis de la incorporación de ese pasivo en el Marco Fiscal de Mediano Plazo del Departamento, Distrito o Municipio como contingencia y la articulación de la Empresa Social del Estado con el Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de Redes de Empresas Sociales del Estado como lo examinamos en el título anterior.

Aquí hemos de referirnos al objetivo principal de este texto, y es establecer como se ve afectada la elaboración, conformación y ejecución del presupuesto de las Empresas Sociales del Estado que adoptaron Planes de Saneamiento Fiscal y Financiero viabilizados por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público en cumplimiento por lo dispuesto en los artículos 81 de la Ley 1438 de 2011 y 8 de la Ley 1608 de 2013 y el artículo 15 del Decreto 1141 de 2013 que establece:

“Programación de presupuesto. Para efectos de lo dispuesto en el presente decreto, las Empresas Sociales del Estado elaborarán sus presupuestos anuales con base en el escenario financiero que soporte el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero, viabilizado por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.”

Por lo cual, a las Empresas Sociales del Estado que el Ministerio de Hacienda y Crédito Público les haya viabilizado los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero elaboraran sus presupuestos con base en el escenario financiero que soporta el PSFF viabilizado por este Ministerio.

En conclusión, todas las Empresas Sociales del Estado deben elaborar sus presupuestos con base en el recaudo efectivo realizado, es decir con base al recaudo total de ingresos percibidos en tesorería para la vigencia inmediatamente anterior de acuerdo con el artículo 28 de la Ley 1508 de 2012, considerando que además de seguir esta regla, las Empresas Sociales del Estado a las que el Ministerio de Hacienda y Crédito Público les haya viabilizado los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero también tendrán en cuenta el escenario financiero que los sustenta en concordancia con el artículo 15 del Decreto 1141 de 2013.

V) Relación de las Empresas Sociales del Estado con el **proceso administrativo de Cobro Coactivo**.

Mediante el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo se determinó que las entidades descentralizadas de naturaleza pública, como las Empresas Sociales del Estado⁽⁹⁾ deben recaudar las obligaciones creadas a su favor, que consten en documentos que presten mérito ejecutivo, para lo cual las revistió para adelantar procesos administrativos de cobro coactivo. En consecuencia, las facultó para acudir a la jurisdicción civil y hacer exigible la obligación a su favor, a través de la iniciación de un proceso ejecutivo o para iniciar el proceso administrativo de cobro coactivo para recaudar las obligaciones creadas en su favor.

De ahí que las Empresas Sociales del Estado tienen la posibilidad de iniciar un proceso administrativo de cobro coactivo por cualquier obligación creada a su favor, sin tener en cuenta la naturaleza de la deuda, la cuantía a la que asciende o la calidad del sujeto deudor, pero si cumpliendo como requisito el poseer un documento que preste mérito ejecutivo como las sentencias ejecutoriadas que impongan la obligación de pagar una suma de dinero a su favor, los contratos en los que consten garantías con el acto administrativo que declara el incumplimiento o la caducidad, las actas de liquidación de los contratos, entre otros documentos que presten mérito ejecutivo de acuerdo con la

Ley 1437 de 2011⁽¹⁰⁾, obteniendo el pago de las obligaciones a su favor y sin necesidad de acudir a la jurisdicción contenciosa administrativa.

El procedimiento de cobro coactivo que deben seguir las Empresas Sociales del Estado es el señalado en el título IV de la Ley 1437 de 2011 y en el Estatuto Tributario Nacional, pues no tienen un procedimiento especial aplicable para tal efecto.



9. Ley 1437 de 2011 Art. 104 Parágrafo.

10. Art. 99.

Findeter es el Banco de Desarrollo Regional creado por el Gobierno Nacional desde hace 25 años para impulsar y financiar la sostenibilidad de la infraestructura en Colombia. Desde el año 2011, la Financiera del Desarrollo transformó su naturaleza jurídica, lo cual le permitió complementar su misión como Entidad de redescuento y prestar asistencia técnica y asesoría en la planeación y la formulación estratégica de proyectos, con el fin de “apoyar el desarrollo sostenible del país, generando bienestar en las regiones”.

Findeter actúa como articulador de la política pública de diferentes Ministerios y agencias de cooperación, a través de las diferentes fuentes de financiamiento, participando en el ciclo completo de la ejecución de proyectos, apoyando los procesos de planeación en las ciudades, identificando y priorizando intervenciones estratégicas, brindando asistencia técnica en su estructuración, y financiando el desarrollo de las mismas.

Para esto, la Financiera trabaja en la materialización de programas que tienen como objetivo impulsar el desarrollo sostenible de las regiones y brindar mejores condiciones de vida a sus habitantes: “Ciudades Sostenibles y Competitivas”, “Ciudades Emblemáticas” y “Diamante Caribe y Santanderes de Colombia”.



NUESTRO
PROYECTO
DE VIDA ES
COLOMBIA

Universidad Tecnológica de Santander

Corrección de Estilo y Diagramación financiada por la Cooperación del Gobierno Suizo-SECO



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Volkswirtschaftsdepartement EVD
Staatssekretariat für Wirtschaft SECO



MINHACIENDA

Carrera 8 No. 6C- 38 Bogotá D.C., Colombia