

TRANSFERENCIAS GUBERNAMENTALES COMO MECANISMO DE SANEAMIENTO  
FISCAL: EL CASO DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BARICHARA.

Presentado por:

HENRY GÓMEZ PÉREZ

Universidad de Manizales  
Facultad de Ciencias Contables, Económicas y Administrativas  
Programa de Economía Virtual  
Manizales  
2019

## CONTENIDO

<b>RESUMEN .....</b>	<b>6</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>8</b>
<b>1. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>12</b>
<b>1.1 TEORÍAS ECONÓMICAS.....</b>	<b>12</b>
1.1.1 Papel de la economía neoclásica. ....	13
1.1.2 Teorías sobre el desarrollo y bienestar .....	15
1.1.3. Deseos y necesidades .....	18
<b>1.2 TEORÍA ECONÓMICA DEL SERVICIO PÚBLICO.....</b>	<b>18</b>
<b>1.3. MERCADO DE LA SALUD .....</b>	<b>20</b>
1.3.1 Descentralización. ....	21
1.3.2 América Latina.....	21
1.3.2.1 Antecedentes .....	22
1.3.2.2 Conclusiones. ....	23
1.3.2.3 Equilibrio de poderes entre las autoridades territoriales. ....	25
<b>1.4. GASTO PÚBLICO .....</b>	<b>25</b>
1.4.1 Sistema General de Participaciones. ....	26
1.4.1.1 Antecedentes, funcionamiento y evolución reciente. ....	26
1.4.1.2 Metodología y resultados. ....	28
1.4.1.3 Conclusiones y recomendaciones. ....	28
1.4.2 Transferencias territoriales.....	29
1.4.3 Influencia de las transferencias sobre el gasto. ....	29
<b>1.5 SEGURIDAD SOCIAL.....</b>	<b>30</b>
1.5.1 Sistema de salud en Colombia. ....	33
1.5.1.1 Antecedentes. ....	34
<b>1.6 IMPACTO DE LA POLÍTICA FISCAL.....</b>	<b>35</b>
1.6.1 Antecedentes. ....	35
1.6.2 Metodología .....	35

1.6.3 Tesis central. ....	36
1.6.4 Conclusiones. ....	37
1.6.5 Contratación pública. ....	37
<b>1.7 MARCO JURÍDICO.....</b>	<b>37</b>
1.7.1 Orígenes constitucionales. ....	37
1.7.2. Contexto normativo de las transferencias. ....	38
1.7.3 Fosyga. ....	41
2.7.4 Evolución de las transferencias. ....	42
<b>2. ASPECTOS METODOLOGICOS.....</b>	<b>43</b>
<b>2.1 TIPO DE ESTUDIO .....</b>	<b>43</b>
<b>2.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>43</b>
<b>2.3 POBLACIÓN Y MUESTRA.....</b>	<b>43</b>
2.3.1 Método de selección de muestra. ....	43
2.3.2 Tamaño de la muestra. ....	44
2.3.3 Criterios de inclusión y exclusión. ....	44
<b>2.4 INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS .....</b>	<b>44</b>
2.4.1 Análisis de contenido. ....	45
<b>2.5 VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>45</b>
2.5.1 Independiente. ....	45
2.5.2 Dependiente. ....	45
<b>2.6 DEFINICIÓN CONCEPTUAL.....</b>	<b>45</b>
2.6.1 Transferencias financieras a los hospitales públicos. ....	45
2.6.2 Equilibrio financiero. ....	45
<b>2.7 DEFINICIÓN OPERACIONAL.....</b>	<b>46</b>
2.7.1 Transferencias financieras a los hospitales. ....	46
2.7.2 Equilibrio financiero. ....	46
2.7.2.1 Indicador. ....	46
<b>2.8 METODOLOGÍA DE CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO.....</b>	<b>47</b>
2.8.1 Categorización del riesgo de las ESE por vigencias. ....	49
2.8.2 Fuentes de información. ....	50

2.8.3 Programa de saneamiento fiscal y financiero.....	50
<b>3. RESULTADOS .....</b>	<b>51</b>
<b>3.1 PROCESOS CONEXOS CON LAS TRANSFERENCIAS .....</b>	<b>51</b>
3.1.1 Naturaleza legal .....	51
3.1.2 Naturaleza Normativa Departamental.....	52
<b>3.2 ESTRUCTURA DE LOS INGRESOS ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN DE DIOS DE BARICHARA .....</b>	<b>52</b>
<b>3.3 PREVIO AL PROGRAMA DE SANEAMIENTO FISCAL Y FINANCIERO – PSFF .....</b>	<b>53</b>
<b>3.4 DURANTE EL PROGRAMA DE SANEAMIENTO FISCAL Y FINANCIERO – PSFF ..</b>	<b>58</b>
3.4.1 Ingresos no ligados a la venta de servicios de salud .....	58
3.4.2 Financiamiento del programa.....	60
3.4.3 Matriz de financiamiento de pasivos a junio 30 de 2013 .....	60
3.4.4 Flujo de Recursos del PSFF a Junio 30 de 2013 .....	61
<b>3.5 IMPACTO DE LAS TRANSFERENCIAS EN EL PSFF .....</b>	<b>62</b>
<b>4. CONCLUSIONES .....</b>	<b>63</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>65</b>

## LISTA DE CUADROS

Cuadro 1. Reseña del proceso de descentralización .....	25
Cuadro 2. Marco legal de las competencias a cargo de las entidades territoriales .....	39
Cuadro 3. Categorización del riesgo de la ESE Hospital Integrado San Juan de Dios de Barichara durante las vigencias 2012 a 2017 .....	49
Cuadro 4. Municipios de Santander cofinanciados con el PSFF .....	49
Cuadro 5. Histórico de ingresos no relacionados con la venta de servicios de salud .....	54
Cuadro 6. Comparativo estados de actividad financiera, económica, social y ambiental vigencias 2008-2013 .....	57
Cuadro 7. Ingresos No relacionados con la venta de servicios de salud. ....	58
Cuadro 8. Matriz de financiamiento de pasivos a junio 30 de 2013 .....	61
Cuadro 9. Estado de Flujo de Recursos del PSFF a junio de 2013 .....	61
Cuadro 10. Relación PSFF Viabilizado – Departamento de Santander .....	62

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Sistema General de Participaciones. ....	27
--	----

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfica 1. Ingresos por venta de servicios Vigencias 2008-2013 .....	53
Gráfica 2. Relación Ingresos Venta de Servicios vs No Operacionales .....	55
Gráfica 3. Costos y gastos ESE Hospital Barichara vigencias 2008-2012 .....	56
Gráfica 4. Ejercicio no operacional ESE Hospital Barichara vigencias 2008-2012 .....	57

## RESUMEN

El presente documento expone los resultados de la investigación realizada al Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero presentado por la ESE Hospital Integrado San Juan de Dios del Municipio de Barichara, Departamento de Santander (Colombia). Determinar si las transferencias corrientes conducen al equilibrio financiero en la entidad se configuró como el objetivo principal de esta investigación, teniendo en cuenta un conjunto de datos cualitativos y cuantitativos en el periodo 2012-2017. Provistos por el Sistema de Información del Ministerio de Salud y la revisión de fichas técnicas del Programa de Saneamiento, la cual, fue posteriormente corroborada con la suministrada por la Gerencia de la ESE hospital. El apalancamiento con dineros provenientes de las transferencias le han permitido a la ESE Hospital de Barichara guardar equilibrio entre sus ingresos y sus gastos, de igual forma se registran actividades relevantes en la disminución de los gastos en las prestación de los servicios de salud.

**Palabras Claves:** Saneamiento Financiero, Transferencias, Descentralización, Equilibrio Financiero, Sector Salud.

## ABSTRACT

This document presents the results of the research carried out to the fiscal and financial sanitation program presented by the ESE San Juan de Dios Integrated Hospital of the Barichara

Mayor's Office, Department of Santander (Colombia). Determining whether current transfers lead to a financial balance in the entity was configured as the main objective of this investigation, taking into account a set of qualitative and quantitative data in the period 2012-2017. Provided by the Information System of the Ministry of Health and the review of technical sheets of the Sanitation Program, which was subsequently corroborated with that provided by the General Management of the hospital. The leverage with money from transfers has allowed the ESE Hospital of Barichara to maintain a balance between their income and their expenses, in the same way there are relevant activities in the reduction of expenses in the provision of health services.

**Keywords:** Finance for Sanitation, Budget Transfers, Fiscal Decentralization, HealthCare industry.

## INTRODUCCIÓN

La salud, hoy reconocido como derecho fundamental, se ha constituido en el mayor activo perseguido por el hombre desde el inicio de la humanidad. Los territorios administran su sistema de salud por delegación constitucional, y por el efecto de la descentralización de poderes por parte del gobierno. En el ejercicio de la prestación de servicios de salud, los gerentes públicos se ven abocados a la administración de recursos limitados, su inversión se ve reflejada en un beneficio de carácter social ya que su impacto tiene como consecuencia el mejoramiento del estado de salud de la población.

Aunado, el Estado Colombiano ha adoptado numerosas políticas y programas para garantizar la sostenibilidad fiscal del sistema de salud. Galindo (2015) asegura que incluso asigna partidas del presupuesto de la Nación que sufragen la prestación de los servicios a los sectores más vulnerables de la sociedad; las fallas en el mercado de la salud se le atribuyen a la deficiente asignación de los recursos o a la indebida administración de los que se encuentran disponibles.

Aquí se exponen los resultados de la investigación realizada al Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero – PSFF, suscritos por la ESE Hospital Integrado San Juan de Dios del Municipio de Barichara, Departamento de Santander (Colombia). Los hospitales públicos catalogados por la Ley 100 de 1993, como Empresas Sociales del Estado (ESE), una categoría especial, con carácter descentralizado, tienen como misión la prestación de servicios de salud en el área de influencia, con autonomía y autosostenibilidad, las cuales desde el año 2012 han sido auditadas en su entorno financiero por el ministerio de la protección social, a través de los informes trimestrales que son requeridos por el ente rector. Cada año hasta la fecha a través de acto administrativo son categorizadas en uno de los cuatro niveles de riesgo: alto, medio, bajo o sin riesgo fiscal y financiero. Consecuencia de lo anterior, la ESE Hospital de Barichara para el año 2012 fue categorizado en Riesgo Alto.

Pese a la plétora de normatividades y jurisprudencias subyacentes se evidencia una crisis en la salud, o mejor llamada, insostenibilidad del sistema de salud, con una clara insuficiencia de cobertura de servicios como causa de la desintegración de la oferta hospitalaria, los servicios



ofrecidos por ésta y sus aseguradores, debido a barreras de tipo geográfico, económico y político, entre otros, amén de la falta de voluntad para que el sistema funcione como una red matricial.

De acuerdo con lo hasta ahora relatado, se evidencia que los principales actores del sistema son: el Estado, los prestadores y los aseguradores. Cardona (2015) incorpora el concepto de fallos de mercado, atribuyéndole a la estructura amorfa de la competencia perfecta los orígenes de la operación que presenta la prestación de los servicios de salud.

Las Empresas Sociales del Estado - ESE, corresponden a entidades autónomas y auto sostenibles que por delegación del Estado<sup>1-2</sup> deben prestar los servicios de salud a la población de cada municipio, para nuestro caso la ESE del municipio de Barichara, Santander, de forma eficiente y como consecuencia del correcto uso de los recursos económicos<sup>3</sup> transferidos por los niveles local, departamental y nacional en sus diversas modalidades. La realidad, es que se evidencian dificultades financieras<sup>4</sup> para la correcta prestación de los servicios de salud, reflejadas en ineficiencias desde el punto de vista del talento humano, de la dotación médica, insumos y dispositivos médicos restringidos.

Tal desequilibrio financiero es generado principalmente por dos fenómenos: ingresos corrientes insuficientes, correspondientes a la venta de servicios de salud y consecuencia de lo anterior, el aumento de los pasivos debido a la iliquidez, los cuales, pese a los aportes del nivel local, departamental y nacional, las Empresas Sociales del Estado no han cumplido con el principio normativo de auto sostenibilidad económica.

Ante lo anteriormente argumentado, surge el siguiente interrogante: ¿Las transferencias corrientes son la solución para el equilibrio financiero de la Empresa Social del Estado Hospital Integrado San Juan de Dios de Barichara?

Para dar respuesta el objetivo general se considera determinar si las transferencias provenientes de fuentes locales, departamentales y nacionales conllevan al equilibrio financiero de la Empresa Social del Estado Hospital Integrado San Juan de Dios de Barichara.

---

<sup>1</sup> En la Constitución Política de Colombia, Artículo 49 fue considerada como un servicio, mediante Sentencia T-597 de 1993, la salud se consideró en conexidad con el derecho a la vida, para el año 2015 mediante la Ley 1751 se exige “garantizar el derecho fundamental a la salud”.

<sup>2</sup> El Estado, es la organización política dotada de atribuciones soberanas e independientes, que integra a la población de un país. Hace referencia a la organización social, política, coactiva y económica, conformada por un conjunto de instituciones que tienen la atribución de regular la vida en sociedad.

<sup>3</sup> La economía de lo público es una disciplina que se encuentra en un proceso de transición y se refiere, según Fernando Rojas (1996), a la manera como se priorizan y se satisfacen, con recursos escasos, los bienes y servicios de interés colectivo.

<sup>4</sup> El estructuralismo identifica obstáculos estructurales al desarrollo económico y social de la región, similares a las brechas estructurales que analiza actualmente la CEPAL. Las brechas estructurales incluyen: el rezago tecnológico, la restricción externa, la desigualdad, la heterogeneidad estructural, la inestabilidad (volatilidad real), la economía política de las relaciones de dependencia y de poder articuladas bajo el binomio centro-periferia.

Para el desarrollo del objetivo se pretende, identificar los procesos conexos con las transferencias para las Empresas Sociales del Estado en Santander; evidenciar el modelo de gasto y/o inversión implementado por la Empresa Social del Estado Hospital Integrado San Juan de Dios de Barichara para las vigencias 2012 – 2017; analizar el impacto de las transferencias en los estados de situación financiera y en los estados de actividad financiera, económica, social y ambiental<sup>50</sup>, de la Empresa Social del Estado Hospital Integrado San Juan de Dios de Barichara.

En el primer capítulo se tratan las teorías económicas que sustentan esta investigación y en ese mismo sentido se abordarán los conceptos claves para la comprensión de este proyecto. Así mismo, se revisó la literatura concerniente a los antecedentes sobre transferencias o investigaciones afines para lograr dar respuesta a cuestionamientos similares a este proyecto. En resumen, este capítulo será el marco de referencia que reunirá el marco conceptual, las teorías y el estado del arte de la investigación.

En el segundo capítulo, expone el marco metodológico, delimitando la investigación, donde convergen variables cualitativas y cuantitativas, la unidad de investigación es la ESE Hospital Integrado San Juan de Dios de Barichara, Santander, se evaluara la información de forma retrospectiva y finalmente se desarrolla de la metodología utilizada por el Ministerio de Salud para la categorización del riesgo financiero de la ESE en estudio.

En el tercer capítulo expone el caso de la ESE Hospital del Municipio de Barichara, bajo la revisión de datos históricos en el periodo 2012-2017 para lo cual se requirió el acceso a la información financiera reportada en la página del Sistema de Información del Ministerio de Salud y las fichas técnicas del Programa de Saneamiento, corroborada con la entregada por la Gerencia de la ESE. Posteriormente, fueron analizados los estados financieros que condujeron a reportar las principales discusiones y conclusiones; como la importancia de comprender el impacto estabilizador que ejercen las transferencias en las finanzas de las Empresas Sociales del Estado; transferencias que obedecen a una decisión político-administrativo.

Posteriormente analiza la información propiamente dicha, comenzando con la identificación de los procesos conexos con las transferencias para las ESE en Santander, luego con el análisis previo (2008-2012) y durante la ejecución del modelo de gasto y/o inversión implementado por el Hospital Integrado San Juan de Dios de Barichara para las vigencias 2012 a 2017, denominado “Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero” en cabeza de los Ministerios de Hacienda y

Crédito Público y finalmente, culmina con el estudio del impacto de las transferencias en los estados de situación financiera y en los estados de actividad financiera, económica, social y ambiental del Hospital Integrado San Juan de Dios de Barichara.

# **TRANSFERENCIAS GUBERNAMENTALES COMO MECANISMO DE SANEAMIENTO FISCAL: EL CASO DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BARICHARA.**

## **1. MARCO TEÓRICO**

En este capítulo se tratarán las teorías económicas que sustentan esta investigación, tales como las *teorías sobre el desarrollo y el bienestar* (2.1.2), las de los *deseos y necesidades* (2.1.3) y la *teoría económica del servicio público* (2.2); y en ese mismo sentido se abordarán los conceptos claves para la comprensión de este proyecto como el de *mercado de la salud* (2.3) y la *descentralización* (2.3.1), el *gasto público* (2.4), qué es el *Sistema General de Participaciones – SGP-* (2.4.1) y qué son las *transferencias territoriales* (2.4.2), la *seguridad social* (2.5) y cómo está conformado el *Sistema de Salud en Colombia* (2.5.1), la *política fiscal* y su *impacto* en el sector de la salud (2.6) y la importancia de la *contratación pública* (2.6.5), así como todo el marco jurídico (2.7) en el que se fundamenta desde sus *orígenes constitucionales* (2.7.1) y el *contexto normativo de las transferencias* (2.7.2), hasta saber qué es el *Fosyga* (2.7.3) y conocer cuál ha sido la *evolución de las transferencias* (2.7.4). Así mismo, se revisará la literatura concerniente a los antecedentes sobre *transferencias* o investigaciones afines para lograr responder a cuestionamientos similares a este proyecto. En resumen, este capítulo será el marco de referencia que reunirá el marco conceptual, teorías y estado del arte de la investigación.

### **1.1 TEORÍAS ECONÓMICAS**

A mediados del siglo XVI, los mercantilistas reclamaban la presencia de gobiernos fuertes tal como lo plantea Marsili (2007), permitiendo la consolidación de estados nacionales. Para la gran mayoría de los ciudadanos acumular oro y plata garantizaba la riqueza individual. Algunas sociedades organizadas consideraron la riqueza a través de la expansión de su comercio y de dominar mercados locales y extranjeros.

Posteriormente, los fisiócratas plantean el orden natural en los mercados y en la generación de riqueza, sin la intervención del Estado. Según Marsili (2007) la escuela clásica da continuidad al

orden natural como principio de racionalidad, sin embargo, toma partido el análisis de la relación entre el gobierno y los mercados privados. Termina el periodo clásico con la aparición del capitalismo abanderando los principios liberales e igualitarios.

Para Burkun y Spagnolo, (1987) citado por Marsili (2007), la aparición del marxismo, concreta la propuesta de aquellos pensadores que consideraban importante la intervención del Estado, en especial para mantener el funcionamiento de la relación de explotación entre capitalistas y trabajadores.

Entre la segunda mitad del siglo XIX y la primera del Siglo XX, el utilitarismo fue el enfoque hegemónico en la filosofía política y ética. Con las transformaciones sociales del capitalismo, el cuerpo humano se reduce a una fuerza de trabajo y fuente de utilidad. Del mismo modo, la salud pasa a ser comprendida como un mecanismo que garantiza la producción por medio de la recuperación del cuerpo individual, visto como una máquina donde la enfermedad se tenía como un defecto a ser arreglado.

Al mismo tiempo, su incapacidad para explicar la complejidad del mundo hizo emerger una discusión epistemológica y la aparición de nuevos paradigmas basados en la pluralidad, en la subjetividad y en la multiplicidad de modos de comprensión y de intervención. No obstante, la discusión epistemológica no será el eje central de este documento aun cuando se apoyará en ésta.

### **1.1.1 Papel de la economía neoclásica.**

Para Falconi (2002), la economía neoclásica asume una separación entre la eficiencia económica y la igualdad distributiva, debido a que tienen dos enfoques distintos. Continúa, en torno a la contribución de la teoría de bienestar, basándose en sus dos etapas secuenciales: la asignación, permitiéndose la maximización de la eficiencia (bajo el concepto óptimo de Pareto) y la segunda que corresponde a la distribución para la equidad.

La economía neoclásica construye modelos y utiliza supuestos para dar respuesta a la necesidad de bienestar del individuo y la sociedad. Para los neoclásicos existen unos elementos generales: el individualismo metodológico propuesto por Max Weber citado por González (1993). La estructura del modelo explica que el análisis económico se fundamenta en la unidad de análisis, es decir, el individuo y la explicación del todo a partir del análisis de las partes.

La escasez como el costo de oportunidad en el modelo neoclásico es el punto de partida para explicar los problemas económicos. Explica que la necesidad es igual al deseo, las necesidades no se pueden cumplir ya que los recursos son escasos, por lo tanto, los individuos deben tomar decisiones y cada decisión lleva implícito un costo de oportunidad.

El comportamiento racional de los individuos garantiza la coherencia entre fines y medios (marginalidad), productores (ganancia) y consumidores (utilidad), se materializa la idea de “egoísmo” inicialmente planteada en los clásicos (A. Smith) en la cual la utilidad es sinónimo de placer o dolor (pérdida). El enfoque de la utilidad social es la suma de las utilidades individuales (reformas políticas), se presentan problemas como la afectación a las minorías (étnicas principalmente), posteriormente se adopta el criterio de optimalidad de Pareto, hoy punto de equilibrio, y a partir de allí se generan metodologías para dar paso al bienestar social (elección social) y la competencia, entre otros.

Toma partida la escuela austriaca y como antecedente presenta el concepto de los bienes, y cómo estos bienes no están exclusivamente circunscritos a los individuos, sino que también pueden generar valor a nivel comunitario, es así que para Von Wieser<sup>5</sup>, la existencia de la economía comunal es equivalente a los esfuerzos que realiza el Estado a través de la economía estatal por garantizar el bienestar de los ciudadanos.

Pareciera que, bajo el concepto del socialismo, el Estado estaría dispuesto a cumplir con el bienestar<sup>6</sup> de los ciudadanos, no obstante, en palabras de Keynes<sup>7</sup>, y como contra sentido, la demanda agregada y los elementos que la componen dan respuesta a la crisis económica de los países posterior a la posguerra y a los fenómenos económicos tales como la inflación y el desempleo<sup>8</sup> de forma individual; respuestas que son vigentes hoy en día. Aparece la figura del planificador benevolente, los postkeynesianos, en particular Samuelson (1942) sostiene que el Estado es el depositario del interés colectivo de aquellos problemas que la sociedad no puede resolver a través del mercado.

---

<sup>5</sup> Los bienes comunes corresponden a una categoría especial de bienes o necesidades; para Friedrich Von Wieser “Generalmente se asume que el objeto de una economía individual es el servicio de las necesidades del individuo... Y que la economía de una comunidad satisface las necesidades comunes o colectivas; es decir, aquellas que son experimentadas por individuos como miembro de una comunidad”.

<sup>6</sup> El bienestar no es una variable observable; representa formalmente el nivel de utilidad o satisfacción de los individuos. (...) La utilidad es una variable no observable, por esta razón es que en bienestar gran parte del esfuerzo se enfoca en encontrar medidas de bienestar ante la limitante de poder medir y cuantificar la utilidad. (Mendieta, 2007, p. 4)

<sup>7</sup> “Desde esta perspectiva, argumentamos que el Estado debe doblar al mercado a fin de alcanzar el pleno empleo y la equidad distributiva, ya que el libre juego de oferta y la demanda no garantizan aquellos anhelos de la sociedad” (Ramales, p.35).

<sup>8</sup> “Un hombre que está desempleado “involuntariamente”, no tendrá con que comer; al no tener con que comer, entrará en un estado de desnutrición; al entrar en un estado de desnutrición, su salud empezará a ser débil; al empezar su salud a ser débil, su capacidad potencial de trabajo tenderá a bajar, lo que significa que está desempleado “involuntariamente”, lo que a su vez significa que no tendrá para comer...” Keynes (1936) citado por Ramales (p.41)

Caen las políticas keynesianas debido a que los mercados y los gobiernos presentaron la denominada Estancflación<sup>9</sup>, y las fórmulas de solución a los problemas de la posguerra aportadas por John M. Keynes, no daban respuesta al nuevo escenario de inflación y desempleo, es así como se alteró la perspectiva de intervención del Estado.

Con la crisis del petróleo, la concepción de que las políticas de gobierno condujeron a la creciente inflación y al desempleo se hace uso de las ideas liberales que nacieron en los años 40 bajo el impulso de Friedrich Hayek (escuela austriaca), conduciendo un modo radical en el modo de concebir la política económica (Marsili, 2007).

De conformidad con Marsili (2007) la política económica neoliberal desmontó todos los obstáculos que se imponen a la libre competencia de tal forma que institucionalmente se presenta la división entre lo social y lo económico, como precepto para generar progreso en las regiones.

Lo dicho hasta este momento, registra cómo el Estado ha tenido una función central en el proceso de cambio estructural y cómo se ha realizado el recorrido histórico filosófico que evidencia el crecimiento con modelos intervencionistas.

De acuerdo con lo dicho por Oszlak (2014) citado por Marsili (2007): “la experiencia en Medio Oriente nos enseñó que la intervención<sup>10</sup> en la economía ejercida por los Estados, puede corregir las imperfecciones propias del desenvolvimiento “libre” del mercado y permitir un desarrollo económico con equidad.” (p.4)

### **1.1.2 Teorías sobre el desarrollo y bienestar**

Lo propuesto por Taylor (2013) citado por Marsili (2007) en relación con las teorías que analizan el crecimiento y el desarrollo, identifican dos teorías opuestas acerca del papel que debe cumplir el Estado. En primer lugar, presentan el “Gran Impulso”, asegura Marsili (2007) “... los proyectos de inversión pública pueden elevar la demanda en la medida suficiente para hacer rentables los procesos productivos con gastos generales fijos que tienen ingresos marginales

---

<sup>9</sup> Históricamente ha existido en el mundo dos posturas económicas en pugna: “Librecambismo” y el “Intervencionismo”. En la época moderna, hasta el estallido de la Primera Guerra Mundial en 1914, el planeta vivió predominantemente una era de “libre mercado”, donde las personas podían desplazarse libremente de un territorio a otro y donde los bienes eran comercializados según las reglas naturaleza de oferta y demanda, la popular “mano invisible” que autorregula el mercado, metáfora acuñada por el filósofo- economista Adam Smith en su libro “Una investigación sobre la naturaleza y causa de la riqueza de las naciones” (1776).

<sup>10</sup> La intervención en la economía de los llamados Tigres Asiáticos se caracterizó por la orientación de las inversiones, la asignación de los recursos y la competencia a través de una política industrial estratégica apoyada en arreglos políticos, institucionales y organizacionales, creados en el propio aparato estatal, en el privado y en el marco de la intersección de las dos. (Oszlak, p. 67, 1994 citado, por Marsilli, 2007, p. 4)

constantes, pero costos medios decrecientes...”<sup>11</sup>. Por el contrario, herederos de Von Mises y Von Hayek<sup>12</sup>, promueven la incapacidad del gobierno para intervenir en la economía, Taylor (2013) “De forma realista o no, la economía neoclásica requiere que el Estado sea por así decirlo, un “vigilante nocturno”.” (pp. 5-6)

En los años posteriores aparecerán en defensa de las políticas estatales, pensadores como Raúl Prebisch<sup>13</sup>; este pensador articula las ideas planteadas al interior de la CEPAL, donde se estipula que “el crecimiento económico es una condición necesaria pero no suficiente para el desarrollo” de las regiones, a partir de este postulado Prebisch (1950) inicia sus estudios en los problemas del subdesarrollo en América Latina. Posterior a sus postulados, al interior del modelo centro - periferia, “surgió la preocupación por la distribución de la renta, la inflación como fenómeno social, y la excesiva protección a favor de las clases dominantes” (Sotelsek, 2008, p.626).

Después de la segunda guerra mundial los pensadores partieron de la premisa que el sector público podía utilizarse para consolidar el cambio estructural necesario por aquel entonces, Marsili (2007) asegura que dichos argumentos se deben al crecimiento del sector industrial. Entonces se evidencia la participación del sector público durante los inicios del siglo XX, tanto en los gobiernos capitalistas como en los socialistas. (p. 3)

En la intersección de la economía positiva<sup>14</sup> que nos provee la información, con la economía normativa que nos indica “lo que debería hacerse”, encontramos la economía del bienestar, cuyo precepto corresponde al uso eficiente de los recursos a través de la mejor toma de decisiones.

La Economía del Bienestar encuentra sus raíces en los planteamientos utilitaristas clásicos, según los cuales una sociedad es justa si ha logrado maximizar la totalidad de las utilidades individuales, es decir, que es más justo el estado que produzca mayor utilidad social. (Figueroa y Niño, 2015, pp. 34-35)

---

<sup>11</sup> Estas posibilidades fueron tenidas en cuenta por los nuevos teóricos del crecimiento como Kevin Murphy, Adrei Sheleifer y Robert Vishny.

<sup>12</sup> Hayek fue un economista austriaco que considero que la regulación económica del Estado en los mercados es mala, alegaba que, la regulación es demasiada compleja para pretender y organizar los mercados. El Estado Mínimo propuesto para el gobierno de los Estados Unidos, es un medio para escapar al poder de la clase media que controla el proceso democrático a fin de obtener la redistribución de las riquezas mediante la política fiscal. El Estado no puede asegurar la redistribución, sobre todo en función de un criterio de justicia social.

<sup>13</sup> Las ideas y papel de Raúl Prebisch fueron esenciales en el pensamiento económico y del desarrollo latinoamericano. Sus aportes tuvieron efectos sumamente positivos en diversos campos del conocimiento, como es el caso del desarrollo regional, urbano y el debate sobre la vinculación entre la población y el desarrollo en los países de la región. (Sotelsek, 2008, p. 615)

<sup>14</sup> De la economía positiva, sabemos que un postulado básico de la teoría del consumidor es que la utilidad aumenta si se incrementa el consumo de bienes y servicios. En la economía normativa nos interesa saber en cuanto se incrementa. Es decir, nos interesa el bienestar expresado en números para presentarlo como evidencia para la toma de decisiones. (Mendieta, 2007, p.4)



Figuroa y Niño (2015) recuerdan que el profesor Arthur Cecil Pigou, utilizó por primera vez el concepto de Economía del Bienestar. Pigou, “presentó sus planteamientos sobre lo que el Estado podía hacer para mejorar las condiciones de vida de las personas” (p.34)

En los inicios de la Economía de la salud, Arrow <sup>15</sup>(1963) economista neoclásico y que, debido a la crisis del sistema sanitario en Estados Unidos, establece una serie de conclusiones que le permiten abanderar posturas frente a la economía del bienestar.

Para Arrow (1963) citado por Restrepo y Rojas (2016), dada la incertidumbre<sup>16</sup> sobre la ocurrencia de enfermedades y la eficacia de los tratamientos, el mercado no garantiza una asignación eficiente de los recursos (p.212), para entender el mercado de salud, realiza un paralelo teniendo en cuenta el Pareto entre el escenario planteado por la economía positiva frente a la economía normativa. Para Arrow (1963) el mercado competitivo al no garantizar el bienestar debe ser reemplazado por las políticas económicas propuestas por el Estado, cuya finalidad es la redistribución de la riqueza a través de los impuestos y los subsidios.

Entendemos que nuestra vida no es producto de una simple casualidad, existen multiplicidad de factores<sup>17</sup> que nos han permitido vivir el aquí y el ahora. El desarrollo de hipótesis sobre el modelo salud – enfermedad, contribuye a que la ciencia tenga sus avances en la producción científica y en la búsqueda de la respuesta a la cura de la enfermedad. Actualmente la sociedad, en términos generales, considera que el sistema de salud es precario y lento en solucionar el estado de enfermedad<sup>18</sup>.

Para el estudio de la enfermedad, resulta erróneo pensar que enfermedades leves, tienen causas sencillas y que enfermedades graves tienen orígenes complejos (Medawar, 1984). Nos encontramos ante un consenso, para Amartya Sen<sup>19</sup> (2002) se entiende que: “la salud es una de

---

<sup>15</sup> “Kenneth Joseph Arrow es uno de los economistas más destacados del siglo XX, sus contribuciones intelectuales a la economía y otras ciencias sociales le han valido muchos reconocimientos, entre ellos el Premio Nobel de Economía de 1972” (Restrepo y Rojas, 2016, pp. 211-212).

<sup>16</sup> Predomina la incertidumbre respecto al resultado del tratamiento médico. Arrow (1963) citado por Restrepo y Rojas (2016) destaca que la recuperación de una enfermedad es tan impredecible como su ocurrencia, así que, especialmente ante los casos más graves, predomina una enorme variabilidad de la utilidad y, además, se hace evidente la brecha de información entre médicos y pacientes acerca de las posibilidades y los efectos del tratamiento. (p.223)

<sup>17</sup> Para García (2012): “la vida ciudadana queda registrada en un sistema legal, en el que todos los actos, desde el nacer hasta morir se fijan en un sistema de reglas impersonales, que nadie puede desconocer” (p. 157). Un ejemplo claro es que el ciudadano es objeto de obligaciones, su primer deber es proveer su subsistencia.

<sup>18</sup> Hay que destacar que la salud es esencial para nuestro bienestar y que las libertades y posibilidades que somos capaces de ejercer depende de nuestros logros en salud. Porque no podemos hacer muchas cosas si estamos discapacitados o incesantemente abrumados por la enfermedad y son muy pocas las que podemos hacer si no estamos vivos. (Sen, 2002, p.306)

<sup>19</sup> “La enfermedad y la salud deben tener un lugar destacado en cualquier discusión sobre la equidad y la justicia social. Tomando como punto de partida esta ubicuidad de la salud como consideración social, empiezo por advertir que la equidad en salud no puede dejar de ser una característica central de la justicia de los acuerdos sociales en general. El alcance de la equidad en el campo de la salud es inmenso. Pero hay en esta relación otra característica a la que también debemos prestar atención. Ciertamente, la equidad en salud no trata solo de la distribución de la salud, por no hablar del campo todavía limitado de la distribución de la asistencia sanitaria (...). En este contexto resulta particularmente importante entender la equidad en salud como una disciplina muy amplia que tiene que acomodarse a consideraciones muy diversas y dispares”. Texto del discurso leído en la III Conferencia Internacional sobre Economía de la Salud. York, Reino Unido, 23 de Julio de 2001. Amartya Sen.

las condiciones más importantes de la vida humana y un componente fundamental de las posibilidades humanas que tenemos motivo para valorar” (p.303). La salud para Sen (2002):

Adquiere un carácter crítico, haciendo que la equidad en salud sea fundamental para entender la justicia social” La equidad en la realización y distribución de la salud queda así incorporada y formando parte integral de un concepto más amplio de la justicia. (p.303)

Para Sen (2002)<sup>20</sup>, la equidad en salud no puede preocuparse únicamente de la desigualdad en la salud o en la atención sanitaria, y debe tomar en consideración cómo se relaciona la salud con otras características a través de la asignación de recursos y de los acuerdos sociales. (p.304)

### **1.1.3. Deseos y necesidades**

De acuerdo con Dyke (1983) los fines y propósitos de la sociedad están enmarcados en un valor que está más allá de toda disputa, ejemplo de ello corresponde la vida y la salud. Las necesidades básicas humanas son definidas como tales en el marco particular de circunstancias. Por lo anteriormente dicho no es difícil comprender que la necesidad de comer afectaría la salud y de paso la vida, entonces en el sentido estricto de la palabra y llevándola a la realidad de la sociedad, no podemos subsistir sin satisfacer las necesidades. Dyke (1983) afirma que las “circunstancias normales” (elemento complementario de las necesidades) son instituciones u ordenamientos que se han constituido a lo largo del curso de vida de los seres humanos.

Como lo sugiere Becker (1988) citado por Arévalo (2013), la intervención del Estado a través de la inversión social, especialmente en áreas como la educación y la salud, y el entramado institucional que protege la vida de los más pequeños, comportan la formación del capital humano. Si el gasto social es eficiente, este puede tener un efecto muy grande a lo largo del curso de vida de los individuos.

## **1.2 TEORÍA ECONÓMICA DEL SERVICIO PÚBLICO**

Hasta aquí hemos realizado un recorrido epistemológico como enfoque para entender las bases de la política de Estado relacionada con las transferencias desde el nivel central o departamental a

---

<sup>20</sup> La sociedad justa en Sen, es aquella que está conformada por individuos racionales que hacen uso de la razón pública y la deliberación para llegar a acuerdos sobre cuáles son las realizaciones más valoradas conjuntamente en la comunidad y sobre como expandir el conjunto de capacidades de las personas, de tal forma que la sociedad avance. (Aleán, 2014, pp. 377-378)

los niveles territoriales. En los siguientes apartes realizaremos una descripción de la importancia de los servicios públicos como necesidad básica de los ciudadanos.

El objeto mediático y directo del servicio público es la satisfacción de una necesidad pública, de conformidad con lo dicho por Gastón y Marín (1994) en su Tratado de Derecho Administrativo. Para continuar con su definición es importante agregarle una serie de elementos que tiene que ver con la palabra “servicio”, ya que la necesidad pública hoy, puede ser y mañana cambiar o surgir otra. Allí nace el concepto de interés público, o el interés del gobierno por solucionar esta necesidad, lo que convertiría la solución en un servicio para el público.

Existen elementos importantes para darle más solidez a nuestra apreciación, el primero, corresponde al elemento de continuidad en la prestación del servicio público y el segundo, establecer reglas que aseguren el servicio.

De acuerdo con Ortiz (2007) (citado por Rodríguez (2017)), las políticas sociales son necesarias porque los beneficios del crecimiento económico no llegan automáticamente a todos los ciudadanos, de igual forma, en una sociedad existen intereses y necesidades colectivas que deben ser resueltas por el Estado, por lo tanto, los recursos públicos deben ser gestionados eficientemente<sup>21</sup>. En algunos textos se evidencia un complemento más al servicio público y corresponde al agente que presta el servicio que o de conformidad con la corriente fisiocrática su buen funcionamiento debe estar asegurado sin la intervención del estado.

En el transcurrir del siglo XIX, el papel del Estado se limitaba a las declaraciones del libre desarrollo de la libertad individual, en lo relacionado con la prestación de servicios. La revolución industrial, el nacimiento de los mercados y la libre iniciativa económica, caracterizaban la economía de la época, la intervención del estado en los servicios se consideraba un accidente jurídico.

El servicio público destinado a proporcionar prestaciones sociales es la actividad esencial de la Administración. Para los estudiosos de la escuela liberal y desde el punto de vista administrativo un servicio público está compuesto por tres elementos fundamentales:

---

<sup>21</sup> El recurso humano es un elemento clave para lograr una gestión eficiente en cualquier organización. En el caso de las entidades públicas, el manejo de personal es clave dadas las restricciones existentes a partir de la regulación de la carrera administrativa. Por su parte, la gestión financiera tiene como propósito optimizar el uso de los recursos asignados a cada entidad para el desarrollo de sus funciones y consecución de objetivos.

a) El elemento orgánico<sup>22</sup>, refiriéndose al gestor del servicio público. Significa que el servicio se encuentra dirigido por una entidad pública, lo que implica que la administración será la encargada de gestionar directamente la actividad del servicio público con su propio personal y con sus propios medios materiales y financieros.

b) Elemento funcional, describe al servicio público con un carácter de interés general. Se desfasa del interés particular y considera que la noción de interés general es evidentemente variable en el espacio y en el tiempo. Por lo general las actividades con estas características permiten al Estado mantener, el equilibrio social y el equilibrio de la soberanía (ayuda social e higiene pública).

c) Elemento material, como último elemento y de igual importancia. Relacionado con las reglas de derecho aplicables al servicio público.

Los primeros servicios públicos<sup>23</sup> que se conocieron, fueron los ferrocarriles, el gas, la electricidad, el teléfono y el transporte por carretera.

### 1.3. MERCADO DE LA SALUD

La salud<sup>24</sup> es considerada como parte del capital social ligado al crecimiento y desarrollo de la sociedad y en tal concepto pasa a ser considerado como un bien meritorio. Existen otros bienes: los tutelares, que junto a los meritorios o preferentes resultan de vital importancia para el país, ya que alcanzando dichos bienes resulta en un mayor grado de bienestar general para el conjunto de la población. Por lo tanto, su acceso y consumo deben estar controlados o en otras palabras garantizados.

Dueñas (2012) citado por Galindo (2015), indica que la falla en el mercado de salud corresponde en gran parte a tratos poco humanos, que obstaculizan la atención eficiente que, como consecuencia, el usuario debe desistir del servicio o esperar que el equipo de salud intervenga su estado de salud. De acuerdo con lo anterior, Galindo (2015) insiste, en que el servicio de salud es la actividad mediante la cual se materializa el derecho a la salud, entendido

---

<sup>22</sup> Para PONTIER, definir orgánicamente el servicio público significa evocar las estructuras administrativas tanto en sus aspectos más visibles, como en sus aspectos algunas veces menos visibles. De esta forma, el servicio puede ser una simple división administrativa del trabajo, o puede estar personalizado por lo que la noción de personalidad jurídica es esencial, porque ella sola puede eventualmente otorgarle a un servicio cierta autonomía. En resumen, dentro de esta línea, la expresión servicio público encierra a una pluralidad de estructuras administrativas de las que derivan los servicios públicos nacionales y los servicios públicos locales.

<sup>23</sup> Es importante destacar que el servicio policial ha sido considerado el primer servicio público a cargo del Estado, aunque presentaba un carácter más administrativo, así: “hay un procedimiento de policía cuando una autoridad administrativa está investida de una competencia que le permite reglamentar ciertas actividades o relaciones entre particulares”.

<sup>24</sup> La salud en Colombia tiene en este momento una doble connotación: el de ser un servicio público y un derecho fundamental.

como el mandato para satisfacer las exigencias y demandas que requieren los residentes del territorio en dicha materia.

### **1.3.1 Descentralización.**

Para García (2004), la descentralización representa una posesión genuina de poder decisorio independiente de las unidades descentralizadas y ella, difiere de la desconcentración y la delegación de control administrativo a niveles inferiores en la jerarquía administrativa.

Oteas (1998) define que la descentralización es un nivel intermedio entre la centralización absoluta y la anarquía total. Se justifica por razones económicas<sup>25</sup> y políticas principalmente en la que las primeras tienen que ver con el mejor uso de los recursos públicos y las políticas, tienen que ver con aumentar la participación de mayor cantidad de ciudadanos.

Para García (2004) la literatura económica les asigna a los gobiernos locales la función de prestar los servicios públicos y al gobierno central la función de buscar el pleno empleo, la estabilidad de precios y una mejor distribución del ingreso.

### **1.3.2 América Latina**

Ahmad y García-Escribano (2010) mencionados por Bonet (2014), hacen alusión a que los sistemas de transferencias de América Latina están diseñados, no para ofrecer a los gobiernos locales los medios que les permitan adquirir responsabilidades técnicas y administrativas acorde con sus ingresos propios, sino como ejecutores de las políticas y recursos provenientes desde el gobierno central. (p.44)

En varios países de América Latina, los municipios son quienes deben ofrecer servicios como la educación y la salud, pero que en realidad no lo hacen debido a la duplicidad de competencias y a los efectos de un sistema incompleto de descentralización. En particular, se destaca la falta de capacidad de generar ingresos propios, problema que es incentivado por las transferencias condicionadas desde el gobierno nacional. (Bonet, Pérez y Ayala, 2014, p.48)

---

<sup>25</sup> Para García (2004) los tratadistas de hacienda pública consideran que las funciones del sector público son asegurar estabilidad de precios, pleno empleo de los recursos productivos (tierra, trabajo y capital), uso eficiente de ellos, y una distribución equitativa del ingreso.

### 1.3.2.1 Antecedentes

La monografía *Descentralización y Sostenibilidad Fiscal Subnacional: los casos de Colombia y Perú*, de Del Valle y Galindo (2010) tiene como objeto comprender el funcionamiento de la descentralización fiscal en América Latina, para el asunto en cuestión que interesa en esta investigación se observa el caso de Colombia, y así mismo estudia el desempeño de sus finanzas territoriales y a través de una propuesta busca mejorar la comprensión de los factores del desempeño fiscal subnacional y valorar su sostenibilidad fiscal tanto en el corto como en el largo plazo. (p.1)

Para Del Valle y Galindo (2010)<sup>26</sup> la implementación del Índice de Descentralización de actividades ha permitido identificar que a nivel territorial (departamental y municipal principalmente) se observa el aumento de las responsabilidades sobre los servicios públicos tradicionales, refiriéndose a la basura, transporte y la gestión de las ciudades e incorporando sectores como el agua, salud, educación, entre otros. (p.6)

Para Oates (2006)<sup>27</sup> citado por Del Valle y Galindo (2010), la descentralización de las responsabilidades obedece a varias circunstancias; entre las que se ubica, la preferencia que tienen los gobiernos subnacionales (departamentales y municipales) sobre la población del área de influencia ya que el gobierno central no tiene el pleno conocimiento sobre las preferencias de la población, situación que sí es posible en los territorios.

En una secuencia temporal, la década del noventa muestra resultados adversos a los planteados por la descentralización. Del Valle y Galindo (2010) describe que la descentralización fiscal pretendía delegar la responsabilidad del gasto del gobierno central a los gobiernos subnacionales. Dicha delegación no presentaba reglas y competencias claras en el uso de las transferencias, lo

---

<sup>26</sup> De acuerdo con la propuesta de Del Valle (2010): “el proceso de descentralización fiscal en América Latina ha sido el resultado de reformas y políticas económicas que se llevaron a cabo en muchos de sus países después de la transición hacia la democracia y de las reformas constitucionales” (p.26).

<sup>27</sup> Este argumento ha sido formalizado por Oates (1972) citado por Del Valle y Galindo (2010) en su Teorema de la Descentralización, el cual establece que “Para un bien público – cuyo consumo se define sobre subconjuntos geográficos de la población total, y para el cual los costos de proveer cada nivel de producción en cada jurisdicción son los mismos para el gobierno central que para el respectivo gobierno local – siempre será más eficiente (o al menos tan eficiente) para los gobiernos locales proporcionar los niveles Pareto-eficientes de producto para sus respectivas jurisdicciones, que para el gobierno central proveer cualquier nivel específico y homogéneo de producto en todas las jurisdicciones. (p.7)

que requirió de la intervención del gobierno central<sup>28</sup> para rescatar las deudas de los gobiernos subnacionales.

El mecanismo de recaudo de ingresos a nivel Subnacional, como política pública, ha permitido a los territorios guardar un equilibrio entre los ingresos y los gastos, en igual proporción cubrir los gastos supeditados a las transferencias del nivel central, lo que ha promovido una estabilidad fiscal de acuerdo con lo registrado por Del Valle y Galindo (2010).

### **1.3.2.2 Conclusiones.**

La conclusión a la que llegan Grazzi y Jaramillo en el capítulo *Descentralización y sostenibilidad fiscal Subnacional en América Latina*, es que el proceso de descentralización se dio como consecuencia de reformas tanto constitucionales como económicas. En este capítulo se habla de dos generaciones de reformas. La primera estuvo caracterizada porque las transferencias no estaban supeditadas a las responsabilidades del gobierno central lo que generó un boom de gastos descentralizados y resultados fiscales deficitarios. La segunda, se presentó como una forma de controlar las finanzas territoriales y lograr la sostenibilidad fiscal; esta vez, estas reformas incluyeron un marco regulatorio fuerte en materia de responsabilidad fiscal y reglas fiscales territoriales con las que fue posible realizar más recaudo sin la alta dependencia del nivel central. Lo que demuestra este análisis es que, si bien estas reformas ayudaron al fortalecimiento fiscal de las entidades territoriales, no fueron las únicas variables, pues en dicho robustecimiento también coadyuvaron el crecimiento económico en la región desde el 2002, la renta extra generada por los precios de las materias primas y la disminución de las tasas internas de interés. (Del Valle y Galindo, 2010, pp. 19-20)

Por su parte, Braun y Lach en el capítulo *Descentralización y sostenibilidad fiscal Subnacional - una propuesta metodológica para establecer y evaluar resultados*, concluyen que son muchas las variables dependientes e independientes las que se analizan dentro del modelo fiscal de los entes territoriales, pero que para el caso de su investigación empírica y sistemática se

---

<sup>28</sup> Daughters y Harper (2007) citados por Del Valle y Galindo concluyeron que la política económica de transferencias intergubernamentales y su consecuente descontrol, generó un déficit fiscal registrado en el año 2001 por 3,1% del PIB y el total del gasto público en América Latina creció de manera constante. (p.17)

tratan aquellas que de manera desagregada impactan esos resultados fiscales a nivel Subnacional, al que denominan indicador de sostenibilidad ajustado (ISA) complementado con la medida de largo plazo y las variables del boletín fiscal que les permite predecir qué entidades se encuentran en riesgo fiscal. (Del Valle y Galindo, 2010, pp. 45-46)

Finalmente, Sánchez y Zenteno, en el capítulo *Descentralización y desempeño fiscal Subnacional - el caso de Colombia* aducen que la crisis fiscal de las entidades territoriales a finales de los noventa fue producto del excesivo aumento de gastos de funcionamiento que consecuentemente las llevó a un sobreendeudamiento y a pereza fiscal, razón por la que se generó una reforma en la materia (Acto Legislativo 01 de 2001 y Ley 715 del mismo año). Además, constataron qué variables inciden en el límite de endeudamiento territorial, tales como el tamaño de la población, la dependencia fiscal y el cumplimiento de los gastos corrientes; y en ese mismo sentido también comprobaron el mejoramiento generado entre el período anterior a la aplicación de la reforma fiscal (1997-2000) y desde su vigencia (2001-2007); siendo evidente la capacidad fiscal corriente en los departamentos y no corriente en los municipios. (Del Valle y Galindo, 2010, p. 95)

Así, los mismos autores sugieren un conjunto de estrategias que deben ser el eje de la descentralización tales como sostenibilidad fiscal y financiera que signifique mayores ingresos y disminución de gastos corrientes que garanticen más recursos para inversión; provisión de bienes públicos garantizando tanto cobertura como calidad y así mismo compromiso fiscal en la financiación del gasto social; participación ciudadana; capacidad técnica regional y local que afirme eficiencia en el gasto social; lucha contra la corrupción; coordinación entre el gobierno nacional y los territoriales y locales y finalmente, la sinergia entre entes territoriales. (Del Valle y Galindo, 2010, pp. 95-97).



### 1.3.2.3 Equilibrio de poderes entre las autoridades territoriales.

Para Bonet (2014), la descentralización<sup>29</sup> se da en los entornos: administrativo, fiscal y político consistente en que el gobierno nacional transfiere responsabilidades, recursos y autoridad política.

#### Cuadro 1. Reseña del proceso de descentralización.

Año	Tipo	Legislación	Reforma	Actores	Nivel dominante	Beneficios
1986	Política	Ley 78 de 1986	Elección Popular de Alcaldes	Gobierno nacional, partido liberal y conservador	Subnacional	Municipios
1991	Política	Constitución Política, Reforma Constitucional	Elección popular de gobernadores	Gobierno nacional y gobiernos subnacionales	Subnacional	Departamentos
1991	Fiscal	Reforma constitucional	Incremento en las transferencias a departamentos y municipios	Gobiernos subnacionales	Subnacional	Municipios y departamentos.
1993 1994	Administrativa	Ley 60 y Ley 115	Definición de esquemas de financiación y distribución de responsabilidades entre los niveles de gobierno.	Gobierno nacional	Nacional y Subnacional	Departamentos.

Fuente: Bonet (2014) a partir de Falleti (2010)

## 1.4. GASTO PÚBLICO

Tal y como lo plantearon los pensadores del libre mercado, este no siempre garantiza un resultado eficiente, por lo que es necesario de acuerdo con Musgrave (1968) citado por Melo y Ramos (2017) la intervención del Estado en la economía. El modelo fiscal otorga al Estado una función de asignación de recursos para corregir las fallas del mercado y promover la eficiencia económica, de igual forma el modelo atribuye a este (refiriéndose al Estado) una función redistributiva mediante la transferencia<sup>30</sup> de recursos de un grupo de la población a otro.

Si revisamos las fallas del mercado, nos encontramos con la primera relacionada de acuerdo con Melo y Ramos (2017) a la existencia de bienes públicos. Dichos bienes se caracterizan

<sup>29</sup> El proceso de descentralización colombiano se inició siguiendo la tendencia observada en América Latina, con la firme intención de mejorar el desempeño de los gobiernos departamentales, territoriales, distrital; aquí llamados subnacionales, para contribuir al desarrollo económico y al mejoramiento de la calidad de vida. (Bonet et al., 2014, p. 6)

<sup>30</sup> Las transferencias más comunes del gobierno colombiano corresponden al pago de pensiones y de subsidios.

porque una vez producidos no se puede excluir del consumo a ningún individuo (refiriéndose al principio de no exclusión) y porque un consumidor adicional no reduce el consumo de otro individuo, lo cual hace que el costo marginal de agregar otro consumidor sea cero. Ejemplo: la defensa, la justicia y la estabilidad monetaria, la infraestructura física de las carreteras, puertos y aeropuertos principalmente.

Según Melo y Ramos (2017) otra falla es atribuida a las externalidades, surgiendo cuando alguna actividad económica termina afectando a otra de manera negativa o positiva. Ejemplo: La acumulación de capital humano a través de la inversión en educación, salud y nutrición principalmente. La acción es que dicha inversión ofrece beneficios a la sociedad en mayor proporción de los que se obtendrían a nivel individual.

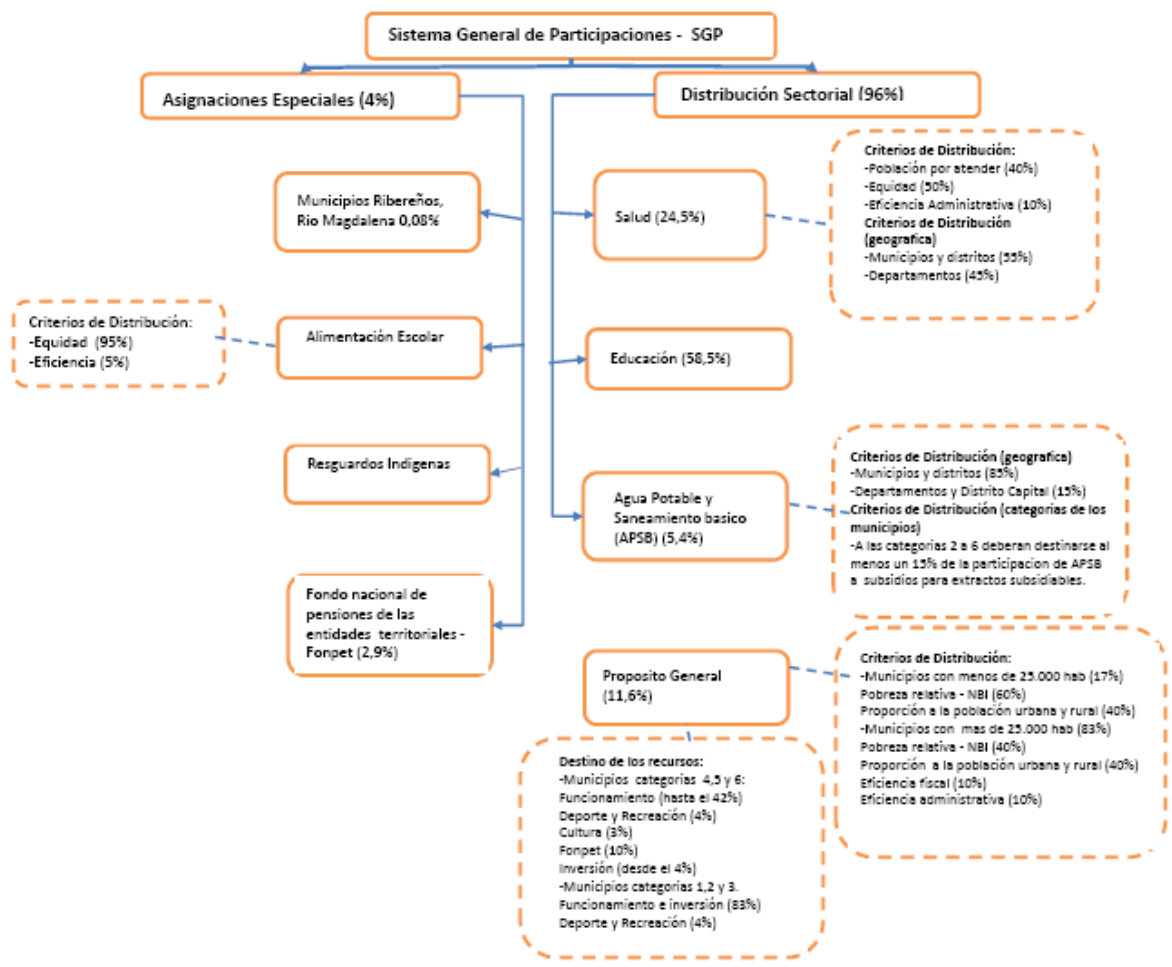
#### **1.4.1 Sistema General de Participaciones.**

De acuerdo con Bonet et al. (2014), este corresponde a los recursos que el gobierno central transfiere a las entidades territoriales (departamento, distrito o municipios), que principalmente son destinados a salud, educación, agua potable, saneamiento básico y para propósito general.

##### **1.4.1.1 Antecedentes, funcionamiento y evolución reciente.**

El objetivo del documento de trabajo sobre economía regional llamado *Contexto Histórico y Evolución del SGP en Colombia* es observar brevemente cuál es el funcionamiento del sistema de transferencias, especialmente, desde la última reforma que dio origen al Sistema General de Participaciones (SGP); además de comparar las competencias de los entes territoriales con sus recursos para poder ejecutarlas y finalmente, sentar unas bases para una futura reforma al sistema. (Bonet et al., 2014)

**Figura 1.** Sistema General de Participaciones.



**Fuente:** Bonet (2014) a partir de Ley 715 de 2001 y Ley 1175 de 2007.

Bonet et al. (2014) continúan indicando que, para el año 2007 se hizo una nueva reforma constitucional mediante el Acto Legislativo 04 del mismo año y se aprobó la Ley 1176, la cual modificó algunos artículos de la Ley 715 de 2001. Así, a partir de 2007 se separaron los servicios de agua potable y saneamiento básico de la participación de propósito general asignándole sus propios recursos. Una vez descontados los recursos del SGP para los resguardos indígenas, municipios ribereños al río Magdalena, programas de alimentación escolar y para el FONPET (Fondo Nacional de Pensiones de las Entidades Territoriales) por mandato constitucional, el

58,5% de los recursos se destinarán a educación, el 24,5% a salud<sup>31</sup>, el 11,6% a propósito general y el 5,4% a agua potable y saneamiento básico. (pp. 15-16)

#### **1.4.1.2 Metodología y resultados.**

Para Bonet et al. (2014), el impacto de las transferencias a través del SGP a los territorios no ha tenido el efecto esperado pese a que si se observan los datos estadísticos desde el año 2001 hasta el 2016 se observa un aumento final del 35% de las transferencias para salud. Para evidenciar lo anteriormente expuesto se tomaron tres indicadores de calidad en la prestación de los servicios de salud: oportunidad de la asignación de cita por medicina general<sup>32</sup>, oportunidad en la asignación de cita por medicina especializada y la oportunidad en la atención de urgencias, los cuales, mostraron una tendencia a mantenerse en el tiempo, resultado no concluyente para inferir que las transferencias reflejan un impacto en dichos indicadores.

#### **1.4.1.3 Conclusiones y recomendaciones.**

Bonet et al. (2014) concluyen en lo complejo que se torna el actual sistema de transferencias reformado en el 2007, no solo por su forma sino también por sus criterios de distribución. Además, preocupa, dada esta complejidad que las metas fijadas no se lograron, principalmente porque se establecieron solamente en términos de cobertura, pero no de calidad en la prestación de servicios ni tampoco se dio una separación para las áreas urbana y rural. Lo que lleva a los autores a recomendar que una futura reforma al sistema debe considerar unos criterios equitativos de distribución que sean más simples de manera tal que faciliten tanto su comprensión como su implementación y evaluación; así como unas metas claras en calidad que precisen la connotación rural y urbana. (pp.52-53).

---

<sup>31</sup> Para el caso particular del sector salud, la Ley 1438 de 2011 establece que el 10% de los recursos destinados para salud deberán financiar actividades de salud pública. Adicionalmente, a través de esta ley se crea el Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (FONSAET), el cual tiene como propósito asegurar el pago de las obligaciones de las Empresas Sociales del Estado intervenidas o en riesgo de estarlo por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. Este fondo está financiado por un monto que no supere el 10% de los recursos de la salud que del SGP se transfiera para oferta, además de los excedentes destinados para la salud recaudados directamente por la nación.

<sup>32</sup> Los indicadores de oportunidad en la atención se definen como el cociente entre la suma de los días calendario transcurridos entre la fecha de solicitud de la cita y la fecha para la cual es asignada la cita, y el número total de consultas en el respectivo servicio asignadas en la institución. Para la oportunidad de urgencias, se define como la suma del número de minutos transcurridos entre la solicitud de atención y el momento en el cual es atendido el paciente en consulta por parte del médico, y el total de usuarios atendidos en consulta de urgencias.

Ahora bien, a lo que se refiere a la comparación entre las competencias y los recursos de las entidades territoriales se puede observar cómo los departamentos se encuentran en desventaja en relación a los municipios, considerando que reciben menos recursos que estos últimos, pero contradictoriamente tienen más responsabilidades, principalmente por la delegación de competencias municipales (municipios no certificados) para la prestación de servicios de salud, educación, agua potable y saneamiento básico. Así que, los autores sugieren fortalecer la capacidad de gestión de los departamentos por medio de una reforma tributaria territorial con la que logren más ingresos para poder responder por todas sus obligaciones más las asignadas como gestores de las responsabilidades de los municipios no certificados y también recomiendan más capacidad institucional en planificación y ejecución de políticas sectoriales para lograr coordinarse con los municipios y entidades nacionales. (Bonet et al, 2014, pp.53-54)

#### **1.4.2 Transferencias territoriales.**

Corresponde al gasto<sup>33</sup> registrado producto de los recursos que la Nación gira a los Departamentos y Municipios para atender la provisión de los servicios de educación y salud, Melo y Ramos (2017). Con la reforma del año 2001, ya creado el Sistema General de Participaciones (Ley 715 de 2001), se redujo la participación en función del Producto Interno Bruto y de los ingresos corrientes. Para incrementar el aporte al SGP de acuerdo con Melo y Ramos (2017) se toma la decisión de expedir el Acto legislativo 04 de 2007, que en asociatividad con la Ley 1176 de 2007, permite establecer un nuevo cálculo del SGP con el promedio móvil del crecimiento de los ingresos corrientes.

#### **1.4.3 Influencia de las transferencias sobre el gasto.**

Para Rego (2002) es importante identificar el efecto que guardan las transferencias entre los diferentes niveles del gobierno sobre el gasto. Así se concluye que desde la teoría del bienestar se busca maximizar las combinaciones de distribución de acceso y disfrute de los bienes públicos y privados.

---

<sup>33</sup> Específicamente, para el situado fiscal y la Ley 60 definió un porcentaje creciente sobre los ingresos corrientes de la nación que ascendió de 23% en 1994 a 23,5% en 1995 y a 24,5% en 1996. Recursos asignados al financiamiento de los gastos de educación y salud.

## 1.5 SEGURIDAD SOCIAL<sup>34</sup>

Bolívar (1819) en el Congreso de Angostura decía “El gobierno más completo es el que comparte mayor cantidad de bienestar, de seguridad social y de estabilidad política”. Hecho que para el momento y en adelante, correspondería a los derechos adquiridos por los miembros de las fuerzas armadas.

Para 1975 se dio paso a la organización del sistema de seguridad social para el sector salud, creándose el Sistema Nacional de Salud. Fue en 1990 con la expedición de la Ley 10, donde se produjo un cambio radical en el ordenamiento administrativo y financiero del Sistema Nacional de Salud. Esta reforma centró su labor en el mejoramiento de la Eficiencia (recursos administrativos y financieros) se plantea la ampliación de cobertura, el mejoramiento de la calidad y la oportunidad del servicio al interior del sector oficial.

Esta reforma al Sistema Nacional de Salud marca un cambio radical, el sistema pasa de ser centralizado a un sistema descentralizado, definiéndose los roles así: un estado o nación como ente rector, normativo, planificador, asesor y cofinanciado y las entidades territoriales, departamentales, distritales y municipales (también denominadas subnacionales) encargadas de dirigir y prestar los servicios por niveles de complejidad.

La Ley 60 de 1993 definió la distribución de competencias y recursos entre las entidades territoriales y fortaleció los aportes fiscales para el sector salud (y educación) en estos niveles de la administración, consolidando el proceso iniciado con la expedición de la Ley 10 de 1990. En el área de competencias, los municipios son responsables de la atención primaria, o de primer nivel y los departamentos participan en su financiación y son responsables de los niveles superiores de atención (segundo, tercer y cuarto nivel).

En materia financiera la Ley 60 de 1993<sup>35</sup>, robustece las finanzas del sector salud no sólo a través de la destinación de mayores recursos sino mediante la definición clara de la base de liquidación de los recursos del Situado Fiscal que tradicionalmente ha financiado el 40% de la prestación de los servicios de salud.

---

<sup>34</sup> Para Beveridge “Quienes han tratado de definir la seguridad social, generalmente la han enfocado desde un ángulo concreto personal, a ello se deben tantas y tantas definiciones aparentemente disímiles”. En efecto, se ha dicho que la seguridad social en cuanto al hombre es un derecho; en cuanto al Estado es una política; en cuanto a la ciencia jurídica, es un disciplina; en cuanto a la filosofía es una expresión de justicia; en cuanto a la sociedad, es un factor de solidaridad; en cuanto a la administración es un servicio público; en cuanto al desarrollo, es un factor integrante de la política general; en cuanto a la economía, es un factor de redistribución de riqueza y así otros numerosos ángulos desde los cuales puede enfocar la seguridad social.

<sup>35</sup> Para el año 2001 se realizó una reforma a la Ley 60 de 1993, a través del Acto Legislativo 012 de 2001, al Sistema General de Participaciones, es decir se establecieron nuevas reglas de juego para el tema de las transferencias.

Con la llegada de la nueva constitución de 1991<sup>36</sup>, se presentaron cambios sustanciales, la salud se definió como un servicio público a cargo del Estado<sup>37</sup>, para lo cual se dio paso a la Ley 100 de 1993<sup>38</sup>, bajo los principios: universalidad, solidaridad, participación ciudadana, eficiencia, unidad e integralidad. Bajo esta ley se promovió un escenario de complementación entre los proveedores públicos y los no gubernamentales. Un régimen subsidiado<sup>39</sup> para la población de escasos recursos y un régimen contributivo donde patronos y trabajadores buscan la seguridad social en salud.

Los principales fallos de la Ley 100 de 1993 conllevaron a la falta de cobertura y la insuficiencia de recursos en el sector público, se presentó entonces una expansión del gasto privado, pero en forma desorganizada. Por otro lado, se evidenció la inadecuada organización institucional, la utilización real de los recursos tendió a privilegiar la asignación del gasto hacia la atención más especializada y de mayor costo, como consecuencia, se descuidó la atención primaria, la atención de primer nivel, es decir las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

En los aspectos financieros, la Constitución Política de Colombia – CPC, establece los principios de la distribución de competencias y recursos entre los diferentes niveles de la administración pública, y posteriormente desarrollada mediante la Ley 60 de 1993. Allí también reposa el uso del Situado Fiscal y su destinación. También establece que los municipios serán partícipes de los ingresos corrientes de la nación, así como que las rentas de los juegos de azar y suerte serán exclusivas para el sector salud y que las rentas de los licores serán exclusivas para los sectores educación y salud. (Albarrán, Bosiga y Cáceres, 2001, pp. 37-38)

---

<sup>36</sup> La Constitución de 1991 define un nuevo ordenamiento jurídico, institucional y social en Colombia. La constitución establece la Seguridad Social como un derecho irrenunciable de los habitantes del territorio nacional, y como un servicio público obligatorio, cuya organización debe hacerse conforme a los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia. (Molina, Rojas y Ariza)

<sup>37</sup> La primera aproximación a los gastos nacionales en salud, permite afirmar que el conjunto de los recursos, públicos y privados, que los colombianos destinaban a la atención en salud antes de la Ley 100, representaba alrededor del 6% del Producto Interno Bruto – PIB.

<sup>38</sup> Esta reforma ha sido la más polémica de todas, por la gran cantidad de normatividad y reglamentación; por el concepto de salud – enfermedad y el modelo de competencia regulada.

<sup>39</sup> Una forma especial de aseguradora, son las llamadas Administradoras del Régimen Subsidiado, que como su nombre lo indica tiene como función administrar el aseguramiento de las personas más pobres y vulnerables dentro de una delegación que les hace el estado, en cabeza de los municipios. Estas administradoras realizan contratación de servicios con los municipios y/o departamentos dependiendo de la condición de descentralización o centralización respectivamente y bajo el concepto de libre elección por parte de los ciudadanos susceptibles de recibir el subsidio del Estado.

Para la financiación de la protección social a la población del régimen subsidiado se reglamentaron dos tipos fundamentales de recursos: Las transferencias de la Nación a los Departamentos y Municipios y el Fondo de Solidaridad y Garantía que se nutre con una contribución de solidaridad equivalente a un punto de la cotización del régimen contributivo de aportes del sistema de compensación familiar y de aportes de la Nación. (Organización de Naciones Unidas, 1997, p. 135)

La reforma contempló tres mecanismos fundamentales de solidaridad:

a) Establecimiento de la Unidad de Pago por Capitación – UPC: Para equilibrar los recursos del sistema contributivo y asegurar el acceso en condiciones de igualdad para afiliados cotizantes y beneficiarios con distintos niveles de ingresos. En conjunto el sistema debe quedar equilibrado, y la UPC debe cubrir el costo promedio del Plan Obligatorio de Salud y los costos de administración. En consecuencia, las distintas EPS (Entidades Promotoras de Salud) contarán con los mismos recursos para brindar los servicios evitando así la selección adversa en perjuicio de los afiliados que aporten sobre niveles menores de ingresos (los más pobres) o que tienen familias de mayor tamaño, independientemente del valor de la cotización de cada usuario.

b) “Las IPS (Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud): Son los hospitales, consultorios, laboratorios, centros de atención básica (o puestos de salud), y todos los profesionales que, agrupados o individualmente, ofrezcan sus servicios a través de las EPS”, con autonomía técnica y financiera. La autonomía se determinó como mecanismo para asegurar la eficiencia en la gestión y un mejor control entre los agentes participantes. Con este propósito la Ley 100 de 1993 definió la conversión de los hospitales públicos en Empresas Sociales del Estado, como categoría especial de entidad pública descentralizada, con el fin de que operaran con racionalidad económica adecuada y pudieran competir (entre públicos y con el privado). (Organización Panamericana de Salud, 2002, p.194)

c) Aseguramiento: Un elemento adicional de análisis es que debe entenderse que el concepto de seguro y aseguramiento tiene un contexto individualizador, es decir, cuando el empleador,



el usuario, el estado, o utilizando formas mixtas compran un seguro, se está realizando un contrato a través del cual, una vez pagada la prima de seguro, el usuario tiene derecho a un plan de beneficios específico, independientemente del costo de éste en la eventualidad de que ocurra la contingencia cubierta con la prima. En muchas circunstancias el estado cubre las eventualidades o contingencias, por ser responsabilidad constitucional.

Los recursos son escasos y ello conlleva a pujas dentro de los diversos sectores para tener acceso a dichos recursos, como derivación de lo mismo se presentan las peticiones, quejas y reclamos de los ciudadanos usuarios por acceder a los servicios.

El aseguramiento también altera el comportamiento de médicos y hospitales a través de dos vías: en presencia de aseguramiento, los proveedores se sienten menos constreñidos por consideraciones éticas y psicológicas para elevar los precios dados que son pagados por instituciones (compañías aseguradoras) y no por el mismo paciente. La agenda de pagos aplicada por los aseguradores intentó establecer una estructura de incentivos temerarios en nuestro concepto, frente al desempeño de los médicos<sup>40</sup>.

Finalmente, los profesionales de la salud, se ven influenciados por la disponibilidad de las tecnologías biomédicas, factor incorporado al sistema con las reformas del año 2011 y 2015 que influyen en la oferta y la demanda del Sistema Nacional de Salud.

### **1.5.1 Sistema de salud en Colombia.**

Para Carranza y colaboradores (2015) el sistema de salud colombiano se compone de dos regímenes, el contributivo y el subsidiado. El ciudadano que tiene una vinculación laboral pertenece al régimen contributivo. Los ciudadanos con menores ingresos pertenecen al régimen subsidiado donde el gobierno financia la prestación de servicios de este último principalmente con las contribuciones del régimen contributivo. Los afiliados al sistema de salud tienen derecho de demandar servicios los cuales están incluidos en el Plan Obligatorio de Salud – POS.

---

<sup>40</sup> Sectores como el de Seguridad Social (salud), no pueden estar soportados sobre proyectos colectivos, sino que funcionan sobre una base individualista. Por razones históricas, geográficas y regionales, Colombia ha tendido hacia una organización social en la que cada uno se las arregla. Esa especie de ilegalidad o para legalidad, como se quiera llamar, tiene muchas raíces. Y esa dificultad de hacer cosas colectivas, genera costos de corrupción, clientelismo, narcotráfico y todas las grandes patologías colombianas. (Hernando Gómez Buendía- Sociólogo)

Cada régimen tiene su propia red de aseguradora conocida como Entidad Prestadora de Salud – EPS, hoy en día de acuerdo con la evolución normativa, pueden asegurar ciudadanos a los dos regímenes, es decir contributivo y subsidiado, Carranza y colaboradores (2015). Las EPS garantizan los servicios de salud a través de los prestadores, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS, y las Empresas Sociales del Estado – ESE.

### **1.5.1.1 Antecedentes.**

La investigación *Análisis del programa de saneamiento fiscal y financiero del Hospital de Bosa II nivel - ESE, desde su viabilidad e impacto frente a las obligaciones convencionales y cargas laborales* de Moreno y Hernández (2016) se centra en el subsistema denominado “seguridad social en salud”, a través del programa de sostenibilidad financiera y específicamente la estrategia “programa de saneamiento fiscal y financiero “ (Ley 1608 de 2013), cuyo objetivo corresponde restablecer la solidez económica y financiera de las ESE’s.

El sistema de salud en Colombia desde el año de 1993, presentó un cambio sustancial en el flujo de los recursos económicos, antes de la ley 100 (reforma implementada en 1993), los recursos se destinaban para subsidiar la oferta de servicios, es decir las instituciones que prestaban para entonces los servicios de salud en Colombia, posteriormente y es lo que funciona a la fecha el subsidio se entrega a la demanda, y como no debe entregarse directamente a los beneficiarios se crearon las empresas que administrarían este dinero denominadas entidades administradoras de planes de beneficio EAPB, también llamadas EPS.

Los autores plantean hechos relevantes en la crisis del sistema de salud en Colombia de la siguiente forma: 1) déficit operacional de los hospitales para el año 2012 ubicado en: \$160.591 millones de pesos, 2 ) cartera de las IPS supera 12 billones de pesos para el año 2015. Y 3) aumento vertiginoso de tutelas registrando 142.000 en el año 2008. De modo que, con la promulgación de la Ley Estatutaria 1751 en el año 2015, se estipuló la importancia que el estado colombiano garantizara el goce efectivo del derecho a la salud, autorizándolo para destinar los recursos necesarios y suficientes.

## **1.6 IMPACTO DE LA POLÍTICA FISCAL**

### **1.6.1 Antecedentes.**

La investigación *Panorama de las Administraciones Públicas América Latina y el Caribe 2017* suministran información internacional confiable, reciente y comparable sobre las prácticas de las administraciones públicas y sus resultados en la región. Así, a través de una serie de indicadores, ofrece a los hacedores de políticas y a la ciudadanía en general un análisis comparativo del cumplimiento de las acciones de las administraciones públicas que sirve como punto de partida para la formulación de políticas públicas. De manera que, dicha investigación analiza una lista de 45 indicadores que se agrupan en tres clases: factores contextuales, insumos y procesos; y que tratan criterios fundamentales en diferentes áreas de la gestión pública tales como la economía y las finanzas, las prácticas y procedimientos presupuestarios en los sistemas de salud, la contratación, las instituciones de gobierno, la política, entre otros. (OCDE, 2016, p. 19).

### **1.6.2 Metodología**

Esa misma investigación cuenta con una guía del lector que indica que en cada capítulo del documento se presenta la metodología, primero exponiendo el alcance de cada tema en la que también se explica que los promedios de la OCDE se toman como punto de referencia para comparar los resultados de la región. Además, se definen las fuentes de información para interpretar los resultados, que en su mayoría proceden de funcionarios de 15 países latinoamericanos, entre ellos, Colombia; mediante encuestas específicas aplicadas tanto por la OCDE como por el BID para recolectar información importante sobre prácticas de gestión pública. Así pues, los resultados son cifras oficiales actualizadas. En ese sentido, la OCDE procuró utilizar unidades de medida estandarizadas, aunque reconocieron que puede existir un sesgo dado que los gobiernos pudieron interpretar y responder a las preguntas de manera diferente y no siendo plenamente objetivos. De manera que, para intentar minimizar dichos sesgos, tanto la OCDE como el BID limpiaron y verificaron la información recopilada realizando un seguimiento si se descubrían incoherencias y/o anomalías; gracias a su experiencia en la región y al aporte complementario de pruebas posteriormente verificadas con fuentes externas para validar las respuestas de los encuestados como las bases de datos suministradas por la

Organización Internacional del Trabajo (OIT) y el Fondo Monetario Internacional (FMI). (OCDE, 2016, p. 13)

### 1.6.3 Tesis central.

De acuerdo con lo referenciado por la OCDE (2016), los impuestos y gastos, la política fiscal<sup>41</sup> juega un papel clave en la reducción de la desigualdad de ingresos. Así se observa que los beneficios sociales tienden a ser centralizados en los países de América Latina y el Caribe – ALC. Se hace énfasis en cómo las transferencias en especie (salud<sup>42</sup> y educación) son la herramienta más poderosa para lograr la distribución del ingreso. De igual forma se argumenta en el mismo documento que, dichos recursos transferidos no son suficientes, propone que se realice la monitorización de la calidad general del gasto público a nivel Subnacional, reforzar el diseño de los sistemas de protección social y mejorar la incidencia de los gastos específicos en algunos sectores. (p.9)

Para la OCDE (2016), uno de los principales retos de la política de gasto es garantizar que los subsidios y las transferencias lleguen a los segmentos más pobres de la población. El gasto en educación y salud<sup>43</sup> es progresivo, observándose que no hay eficiencia fiscal o dicho de otra forma se presenta ineficiencia demostrado por una observación general de cómo la población de ingresos medios acude a servicios privados en educación y salud y la población de ingresos bajos, es atendida por el sector público.

---

<sup>41</sup> El manejo de la política fiscal, así como las políticas sociales y laborales, debe concentrarse en lo siguiente: incrementar los índices de ahorro para conseguir mayores iniciativas de inversión y mejorar la calidad y el valor por el dinero de obras de infraestructura pública mediante análisis costo-beneficios; mejorar la eficiencia del proceso de inversión en proyectos de infraestructura pública, para generar crecimiento económico y bienestar social a largo plazo; mejorar la calidad de los servicios de salud y educación para los sectores más desatendidos de la población.

<sup>42</sup> Los sistemas de salud en la región de ALC, están altamente fragmentados en términos de prestación de servicios y financiación. La mayoría de los países tienen varios esquemas coexistentes para la financiación para la salud. Por otra parte, el gasto en salud pública es tratado a menudo como gasto extrapresupuestario y por lo tanto no es sujeto al escrutinio completo del proceso presupuestario. Aunque la cobertura es relativamente alta en los países encuestados del ALC, el paquete de bienes y servicios recibidos por los beneficiarios tiende a ser menos amplio que en los países de la OCDE. Superar la fragmentación y mejorar la coordinación es un desafío clave para incrementar la eficiencia del gasto en salud en la región de ALC.

<sup>43</sup> El gasto público en salud en los países de ALC es fragmentado, en términos tanto de prestación de servicios como de su financiamiento. La población cubierta por cada uno de los distintos medios varía considerablemente de un país a otro y por lo tanto no todos los sectores poblacionales pueden disponer del mismo nivel de acceso a una canasta común de servicios.

#### **1.6.4 Conclusiones.**

Una de las principales conclusiones para el sector salud en América Latina y el Caribe, es que evidencia diferencias en términos de las fuentes de financiación y la canasta de servicios de salud prestados entre los sistemas de seguridad social, con aportes obligatorios de los trabajadores y los patronos, que básicamente cubre a los trabajadores del sector formal y el sistema público costado a través del presupuesto general del país, especialmente dirigido a la población en general. (OCDE, 2016, pp. 11-12)

#### **1.6.5 Contratación pública<sup>44</sup>.**

En su labor social los gobiernos son claves en la economía, la OCDE (2016), soporta dicha afirmación en la responsabilidad del recaudador de impuestos y de ejecutor de los dineros recaudados. Es así como el uso del dinero contribuye a cumplir con las funciones de proveer bienes y servicios a los ciudadanos, para lo cual debe establecer relaciones o acuerdo de voluntades con los proveedores. (p.146)

### **1.7 MARCO JURÍDICO**

#### **1.7.1 Orígenes constitucionales.**

Para Weisner (2011), la política económica en Colombia está direccionada por la norma constitucional. En este marco normativo encontramos los artículos 356 y 357 en los cuales se estableció el sistema de transferencias del nivel central – Nacional hacia los departamentos y municipios y el artículo 350 que dispuso que el gasto público social tendría prioridad sobre cualquier otra asignación presupuestal<sup>45</sup>.

---

<sup>44</sup> “La contratación pública o compras y contratación estatal hacen referencia a todas aquellas compras de bienes, obras y servicios que son realizados por los gobiernos o las empresas públicas” (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, 2016, p.146).

<sup>45</sup> Refleja el deseo de algunos actores o grupos políticos de tener garantías con respecto a los derechos públicos que sienten que merecen...Este es un asunto fundamental, pues balancear la equidad e imparcialidad de oportunidades, por una parte, con los resultados de equidad e imparcialidad, por otra, es la esencia de la justicia distributiva. Weisner (2011).

### 1.7.2. Contexto normativo de las transferencias.

A partir de la Ley 14 de 1983, los entes territoriales buscan fortalecer sus recursos propios y se establece el Sistema de Cooperación Nacional para el Desarrollo de Programas de Operación de Servicios Sociales e Inversión en Infraestructura y Servicios Públicos. (Jaramillo, 1994, p.14)

Para 1991, la descentralización se materializó con la promulgación de la Constitución Política de Colombia que explícitamente consolida la política de descentralización.

De conformidad con el Artículo 356 de la Constitución Política, se crea el Sistema Nacional de Financiación para las entidades territoriales, compuesto por las transferencias automáticas, la cofinanciación y el crédito<sup>46</sup>. El Sistema Nacional de Financiación de las entidades territoriales de acuerdo con Jaramillo (1994) se ha conformado por: a) El subsistema de transferencias automáticas (Ley 60 de 1993), b) El subsistema de cofinanciación (Decreto Ley 2132 de 1992), y c) El subsistema de crédito (Ley 57 de 1989).

Jaramillo (1994) nos indica que:

El subsistema de transferencias automáticas lo constituyen las cesiones de recursos que hace la nación de su propio presupuesto tomando como base, por lo general, porcentajes de participación de las entidades territoriales en los ingresos corrientes. Tales transferencias<sup>47</sup> se hacen de acuerdo con fórmulas preestablecidas en la Constitución y la ley, y se ejecutan bajo la responsabilidad técnica y administrativa de las entidades territoriales. (p.14)

De igual forma Jaramillo (1994), aclara que:

El subsistema de cofinanciación, más allá de su definición legal, lo constituyen las entidades rectoras, el CONPES (Consejo Nacional de Política Económica y Social), los ministerios y el conjunto de entidades denominadas fondos que manejan recursos no reembolsables del presupuesto nacional o de las regalías, destinados a la financiación parcial de proyectos en áreas en las cuales la nación, tiene algún interés especial. Este subsistema está conformado por el

---

<sup>46</sup> Otras fuentes de financiación son las transferencias del sector eléctrico, del impuesto a vehículos automotores, del Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA, y de la Empresa Territorial para la Salud – ETESA.

<sup>47</sup> Durante el período de 1998 – 2004, se observó que el 50% de los ingresos territoriales eran transferencias y que sus ingresos propios se basaban en los impuestos de industria y comercio, predial, cerveza y licores. Esto demuestra la dependencia de los entes territoriales en las transferencias del gobierno central.

Fondo de Inversión Social (FIS), el Fondo para la Inversión Rural (DRI), el Fondo para la Infraestructura Vial, el Fondo para la Infraestructura Urbana, y el Fondo Nacional de Regalías. (p.15)

El tercer subsistema, según Jaramillo (1994), corresponde:

Al crédito constituido por el conjunto de entidades que manejan recursos financieros reembolsables destinados a la financiación de proyectos dentro de las líneas de crédito discrecionalmente abiertas por la nación en orden a viabilizar sus políticas prioritarias, pero que exigen además de parte de las entidades territoriales capacidad de endeudamiento y de pago. Este subsistema está conformado por la Financiera de Desarrollo Territorial – FINDETER. (p.15)

Según Flórez (2014), para el año 2006, la principal fuente de financiación es el Sistema General de Participaciones – SGP - y otras transferencias que tienen los municipios y departamentos según la categoría definida por la Ley 617 de 2000, que generó la concentración de ingresos tributarios en las ciudades más grandes y en las regiones más ricas, afectando las decisiones públicas en materia de asignación.

**Cuadro 2. Marco legal de las competencias a cargo de las entidades territoriales**

Sectores	Marco Legal		Numero de competencias		Principal fuente de financiación	
	Departamentos	Municipios	Departamentos	Municipios	Departamentos	Municipios
<b>Educación</b>	Constitución Política de Colombia Art. 67 Ley 715 de 2001 Art. 6.1 y 6.2	Constitución Política de Colombia Art. 67 Ley 715 de 2001 Art. 5	22	22	SGP	SGP
<b>Salud</b>	Ley 715 de 2001 Art. 43.1, Art. 43.2, Art. 43.3, Art. 43.4 Decreto 971 de	Ley 715 de 2001 Art. 44.1, Art. 44.2, Art. 44.3 Ley 1438 de 2011. Art. 29	33	22	SGP y rentas cedidas	SGP y FOSYGA

	2011 Art 14	Decreto 971 de 2011. Art. 14				
<b>Servicios públicos domiciliarios</b>	Constitución Política de Colombia Art. 298, Art. 368, Art. 369 Ley 142 de 1994 Art. 7	Constitución Política de Colombia Art. 367, Art. 368. Ley 142 de 1994 Art. 5	6	10	Regalías e Ingresos Corrientes	SGP e Ingresos Corrientes
<b>Agua potable y saneamiento básico</b>	Ley 1176 de 2007 Art. 3 Decreto Ley 205 de 205 Ley 1263 de 2009	Decreto 1713 de 2002 Art. 8 Ley 1176 de 2007 Art. 4 Decreto Ley 028 de 2006 Ley 1283 de 2009	10	11	SGP, recursos de capital y regalías	SGP y Regalías
<b>Cultura</b>	Ley 715 de 2001 Art. 74,12	Ley 715 de 2001 Art. 76,8	11	8	Ingresos Corrientes	SGP + Ingresos Corrientes
<b>Turismo</b>	Ley 300 de 1996	Ley 300 de 1996 Art. 13 y Art. 18	2	2	Ingresos Corrientes	Ingresos Corrientes
<b>Vivienda</b>	Ley 388 de 1997 Art. 7 Ley 1537 de 2012	Ley 715 de 2001 Art. 76.2 Ley 1537 de 2012	26	26	Regalías e Ingresos Corriente	SGP y Regalías
<b>Seguridad social</b>	Ley 82 de 1993 Red Unidos	Ley 82 de 1993 Red Unidos	21	19	Transferencias Nacionales	Transferencia s Nacionales.
<b>Transporte</b>	Ley 181 de 1993 Art. 66 Ley 715 de 2001 Art. 74.12	Ley 715 de 2001 Art. 76.7 Decreto 919 de 1989 Art. 61	12	13	SGP y regalías	SGP, Otras transferencias y Regalías.
<b>Medio ambiente</b>	Ley 715 de 2001 Art. 74.9	Ley 715 de 2001 Art. 76.5	5	13	Regalías, cofinanciación e ingresos corrientes	Regalías y SGP
<b>Deporte y recreación</b>	Ley 181 de 1993 Art. 66 Ley 715 de 2001 Art. 74.12	Ley 715 de 2001 Art. 76.5 Decreto 919 de 1989 Art. 61	12	13	SGP y Regalías	SGP, Otras transferencias y Regalías.
<b>Prevención y atención de desastres</b>	Decreto 919 de 1989 Art. 61	Decreto 919 de 1989 Art 61	26	26	Regalías	Cofinanciación y SGP
<b>Orden publico</b>	Ley 62 de	Ley 62 de	2	20	Ingresos	SGP e



	1993 Art 12	1993 Ley 136 de 1994 Art. 91 Literal b Ley 715 de 2001 Art. 76.16			Corrientes	Ingresos Corriente
<b>Ordenamiento territorial</b>	Ley 1454 de 2011 Art. 29	Ley 1454 de 2011 Art. 29	7	3	Ingresos Corrientes	Ingresos Corriente
<b>Conflicto – víctimas y restitución de tierras</b>	Ley 1448 de 2011 Art. 250	Ley 1448 de 2011 Art. 251	9	7	Transferencias nacionales	Transferencia s nacionales

Fuente. Legislación correspondiente y Procuraduría General de la Nación (2011)

### 1.7.3 Fosyga.

El Fosyga es una cuenta adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, manejada por encargo fiduciario y cuyos recursos se destinan a la inversión en salud. Esta cuenta se financia de acuerdo a sus subcuentas derivadas que son: i) La subcuenta de compensación interna del régimen contributivo, que se alimenta de los pagos de los afiliados al régimen contributivo de salud, recaudos del proceso de compensación y saldos no compensados; ii) La subcuenta de solidaridad del régimen de subsidios en salud, que una parte es financiada por un porcentaje del pago de los afiliados al régimen contributivo con ingresos superiores a 4 SMLMV, otra parte por recursos de excedentes financieros de vigencias anteriores, y otra parte por aportes de la Nación, iii) La subcuenta de promoción de la salud, que es financiada con un porcentaje de pago de cotizantes del régimen contributivo, otra parte por recaudo del proceso de compensación y otra parte por excedentes financieros y iv) La subcuenta del seguro de riesgo catastrófico y accidentes de tránsito (ECAT), que se financia con excedentes financieros, un porcentaje del pago del seguro obligatorio de accidentes de tránsito SOAT, y un porcentaje del Fondo del Seguro Obligatorio – FONSAT. (Chacón, 2017, p. 20)

## 2.7.4 Evolución de las transferencias.

En la Ley 46 de 1971 y dentro del marco del artículo 182 de la constitución política de 1886 se garantizaba la distribución del 30% de recursos del situado fiscal<sup>48</sup> para las entidades territoriales y 70% de conformidad con el costo histórico de competencia. (Jaramillo, 1994, p.40)

Jaramillo (1994) nos explica cómo a partir de 1988, con el desarrollo de la primera elección popular de alcaldes, se generó una controversia en torno a la solución territorial de las necesidades básicas insatisfechas, las competencias delegadas en el territorio, la insuficiencia de recursos en el territorio y las transferencias para enfrentar los planes de desarrollo local.

Continuando con Jaramillo (1994), con el panorama de aumento de los recursos propios y el nacimiento de las transferencias, a través del desarrollo de la constitución de 1991, se ha despejado el panorama financiero de los municipios. Así que:

La Ley 60 de 1993 ha pretendido fijar unas reglas de distribución de las transferencias a las entidades territoriales que se apoyen más en criterios objetivamente medibles tales como los grados de pobreza, esfuerzo fiscal y eficiencia administrativa buscando entre otras cosas, que la asignación de recursos a las entidades este menos mediado por las presiones políticas. (p.17)

---

<sup>48</sup> Las transferencias basadas en la Ley 60 de 1993; sustituye la Ley 46 de 1971 que regula el situado fiscal, Ley 12 de 1986 que regula la participación de los municipios en el IVA, el Decreto 77 de 1987 que regula las competencias descentralizadas a los municipios, la Ley 29 de 1987 para Educación y la Ley 10 de 1990 para Salud. Corresponden a cesiones de recursos que hace la nación bajo el porcentaje de participación de las entidades territoriales en los ingresos corrientes, el situado fiscal, las participaciones municipales, las rentas nacionales cedidas de recaudo departamental y las regalías a que tienen derechos los departamentos y municipios en los que se explotan recursos no renovables, desarrollándose esto último a través del Sistema General de Participaciones. -SGP. (Jaramillo, 1994, p. 19)

## **2. ASPECTOS METODOLOGICOS**

### **2.1 TIPO DE ESTUDIO**

En la presente investigación intervienen elementos cuantitativos y cualitativos; es de tipo no experimental, de corte transversal; indicando que la unidad de investigación es la Empresa Social del Estado Hospital Integrado San Juan de Dios de Barichara, cuya información requerida para el desarrollo corresponde a vigencias pasadas, es decir, se evaluará información de forma retrospectiva.

### **2.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

El desarrollo de la presente investigación es aplicada, ya que nos referimos a la evolución en el tiempo de hechos económicos en una institución prestadora de servicios, de la cual queremos extraer las mejores prácticas y plantear que las mismas puedan servir como insumo en la toma de decisiones.

### **2.3 POBLACIÓN Y MUESTRA**

El marco general de investigación está definido por las transferencias de recursos a los hospitales públicos en Colombia, hoy denominados Empresas Sociales del Estado, categorizadas en Riesgo Financiero<sup>49</sup>, en el periodo 2012 a 2017 como consecuencia de la implementación del denominado “Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero” en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

#### **2.3.1 Método de selección de muestra.**

En Colombia, para la vigencia 2018, se registran 953 Empresas Sociales del Estado – ESE. En la actualidad, del total de ESE, 539 (56.5%) fueron categorizadas sin riesgo, 169 (17.7%) en

---

<sup>49</sup> La determinación del riesgo de las ESE compara el superávit o déficit total frente a los ingresos operacionales recaudados para cada vigencia (incluyendo la proyección de recaudo por nivel de atención), a partir de la información registrada por las ESE y validada por las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud, conforme al Decreto 2193 de 2004.

riesgo bajo y 245 (25.7%) en riesgo medio y alto. Es decir que la mayoría de hospitales no presentan riesgo financiero, con lo cual, hay indicios significativos de una buena gestión financiera desde el año 2012.

### **2.3.2 Tamaño de la muestra.**

Para nuestro objeto de investigación se ha seleccionado una Empresa Social del Estado, Hospital Integrado San Juan de Dios de Barichara en el Departamento de Santander.

### **2.3.3 Criterios de inclusión y exclusión.**

Definida la unidad de análisis (Empresas Sociales del Estado), la población corresponde a las ESE categorizadas en riesgo financiero y la muestra corresponde a una ESE categorizada obligada a implementar un programa de saneamiento fiscal y financiero durante la vigencia 2013

Se hace importante definir que el hecho de estar obligada a implementar el programa de saneamiento fiscal y financiero correspondía a las ESE que fueron categorizadas en riesgo medio y alto pero aquellas que estaban categorizadas en riesgo bajo o sin riesgo no implementaban este programa.

Por otro lado y no menos importante, el hecho de que el programa de saneamiento fiscal y financiero incorporaba criterios para que las empresas sociales del estado deban permanecer en el mismo hasta el año 2018.

## **2.4 INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS**

Rojas Soriano (1996) señala al referirse a las técnicas e instrumentos para recopilar información deben estar plenamente justificados por los objetivos e hipótesis de la investigación, o de lo contrario se corre el riesgo de recopilar datos de poca o ninguna utilidad para efectuar un análisis adecuado del problema.

### **2.4.1 Análisis de contenido.**

El cual corresponde a un proceso sistemático para organizar y analizar la información relativa al Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero de la Empresa Social del Estado Hospital Integrado San Juan de Dios de Barichara, cuya fuente corresponde a las instituciones encargadas de realizar seguimiento y control del programa, así: Secretaría de Salud Departamental, Ministerio de Salud y Protección, Ministerio de Hacienda y Crédito Público y Superintendencia Nacional de Salud.

## **2.5 VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN**

### **2.5.1 Independiente.**

La gestión y administración de los recursos financieros con transferencias.

### **2.5.2 Dependiente.**

El equilibrio financiero de la Empresa Social del Estado Hospital Integrado San Juan de Dios de Barichara.

## **2.6 DEFINICIÓN CONCEPTUAL**

### **2.6.1 Transferencias financieras a los hospitales públicos.**

Dineros comprometidos por los gobiernos subnacionales (locales y departamentales) y nacionales en el marco de los Programas de Saneamiento Fiscal y Financieros durante los años 2012 a 2017, cuyas fuentes se hace necesario conocer.

### **2.6.2 Equilibrio financiero.**

Uso del dinero transferido a la Empresa Social del Estado Hospital Integrado San Juan de Dios de Barichara. Equilibrio de ingresos y gastos en dicho hospital.

## **2.7 DEFINICIÓN OPERACIONAL**

### **2.7.1 Transferencias financieras a los hospitales.**

Se desarrollará una entrevista con cuatro (4) preguntas que recopile la información necesaria para identificar las fuentes de financiación del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero; aplicada a la Empresa Social del Estado Hospital Integrado San Juan de Dios de Barichara para la vigencia Fiscal 2012 (año de inicio).

### **2.7.2 Equilibrio financiero.**

Se recopilará los informes de la Empresa Social del Estado Hospital Integrado San Juan de Dios de Barichara en el Departamento de Santander

#### **2.7.2.1 Indicador.**

En este caso, el equilibrio financiero se determina a través del Índice de Riesgo que es un indicador que mide la disminución o el aumento del impacto del déficit o superávit operacional total con relación a los ingresos operacionales totales.

$$\text{Índice de Riesgo} = \frac{\text{Superávit o Déficit Operacional Total}}{\text{Ingresos Operacionales Totales}}$$

La otra forma de establecer este superávit o déficit es por medio de la diferencia entre los ingresos reconocidos y los gastos comprometidos:

$$\text{Superávit o déficit presupuestal} = \text{Ingresos reconocidos} - \text{gastos comprometidos}$$

A continuación, se establece la metodología para determinar estos indicadores.

## 2.8 METODOLOGÍA DE CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO

La metodología bajo la que se categoriza el riesgo de las Empresas Sociales del Estado para todas las vigencias desde el año 2012 hasta el año 2017 es la definida en el artículo 5 de la Resolución 2509 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud) y posteriormente modificada por el artículo 2 de la Resolución 2090 de 2014 expedida por este mismo ministerio. Metodología que textualmente se establece así:

5.1. Se estima el superávit o déficit de la operación corriente, teniendo en cuenta los ingresos operacionales corrientes recaudados, entendidos como la sumatoria del ingresos por concepto de venta de servicios de salud y otros ingresos corrientes, efectivamente recaudados durante la vigencia, más la proyección de recaudo de cartera radicada de corto plazo, ajustada de acuerdo con el nivel de atención de la institución, menos los gastos de la operación corriente comprometidos durante la vigencia, que incluyen los gastos de funcionamiento y los gastos de operación comercial y prestación de servicios de salud. En el caso de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial con condiciones de mercado especiales, se sumarán a los ingresos operacionales corrientes recaudados, los ingresos recaudados por aportes no ligados a ventas de servicios y los ingresos por aportes patronales.

$$\begin{array}{l} \textit{Superávit o déficit} \\ \textit{Operacional corriente} \end{array} = \begin{array}{l} \textit{Ingresos operacionales} \\ \textit{corrientes recaudados} \end{array} - \begin{array}{l} \textit{Gastos operacionales} \\ \textit{corrientes comprometidos} \end{array}$$

La proyección de recaudo de cartera radicada de corto plazo, se ajustará de acuerdo con el nivel de atención de la institución de la siguiente manera: Nivel 1: 80% de la cartera menor a 90 días y Nivel 2 y 3: 80% de la cartera menor a 180 días.

5.2. Se estima el superávit o déficit de la operación no corriente, teniendo en cuenta la proyección de recaudo de cartera radicada de largo plazo ajustada de acuerdo con el nivel de atención de la institución, menos los pasivos netos con edad superior a un año, así:

$$\textit{Superávit o déficit} = \textit{Estimación de recaudo} - \textit{Pasivos adquiridos en}$$

*Operacional no corriente de cartera vigencias anteriores*

La proyección de recaudo de cartera radicada de largo plazo, se ajustará de acuerdo con el nivel de atención de la institución de la siguiente manera: Nivel 1: 70% de la cartera entre 90 y 360 días, más el 50% de la cartera mayor a 360 días. Nivel 2 y 3: 75% de la cartera entre 180 y 360 días, más el 50% de la cartera mayor a 360 días.

5.3. Se estima el superávit o déficit total, sumando de manera algebraica el superávit o déficit de la operación corriente y no corriente, así:

$$\begin{array}{l} \text{Superávit o déficit} \\ \text{Total} \end{array} = \begin{array}{l} \text{Superávit o déficit} \\ \text{operacional corriente} \end{array} + \begin{array}{l} \text{Superávit o déficit} \\ \text{operacional no corriente} \end{array}$$

5.4. El superávit o déficit total obtenido en aplicación del numeral 5.3 se divide por el valor de los ingresos operacionales totales recaudados, entendidos como la sumatoria del ingresos por concepto de venta de servicios de salud y otros ingresos corrientes, efectivamente recaudados durante la vigencia, más la proyección de recaudo de cartera radicada de corto plazo, ajustada de acuerdo con el nivel de atención de la institución, en el caso de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial con condiciones de mercado especiales, se sumarán a los ingresos corrientes, los ingresos recaudados por aportes no ligados a ventas de servicios, y la proyección de recaudo de cartera radicada de largo plazo ajustada de acuerdo con el nivel de atención de la institución, generando el índice de riesgo así:

$$\text{Índice de Riesgo} = \frac{\text{Superávit o Déficit Operacional Total}}{\text{Ingresos Operacionales Totales}}$$



5.5. Se estima el superávit o déficit presupuestal de la vigencia, teniendo en cuenta el total de los ingresos reconocidos menos los gastos comprometidos.

$$\text{Superávit o déficit presupuestal} = \text{Ingresos reconocidos} - \text{Gastos comprometidos}$$

Se categoriza el riesgo de acuerdo con el siguiente cuadro:

**Cuadro No 3. Guía de Caracterización del riesgo**

ÍNDICE DE RIESGO	CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO
a. Mayor o igual que 0,00	Sin riesgo
b. Entre menos 0,01 y menos 0,10	Riesgo bajo
c. Entre menos 0,11 y menos 0,20	Riesgo medio
d. Menor o igual a menos 0,21	Riesgo alto
e. Ingresos reconocidos menos gastos comprometidos menor que cero (0)	Riesgo alto

### 2.8.1 Categorización del riesgo de las ESE por vigencias.

El siguiente cuadro sintetiza las resoluciones mediante las cuales el Minsalud realizó la categorización a las ESE; para el caso particular de esta investigación se determina la categorización de la ESE Hospital Integrado San Juan de Dios de Barichara en las respectivas vigencias:

**Cuadro 4. Categorización del riesgo de la ESE Hospital Integrado San Juan de Dios de Barichara durante las vigencias 2012 a 2017.**

RESOLUCIÓN MINSALUD	VIGENCIA	CATEGORIZACIÓN
2509	2012	Bajo
1877	2013	Alto
2090	2014	Alto

1893	2015	Sin riesgo
2184	2016	Sin riesgo
1755	2017	Sin riesgo

Fuente: Propia a partir de Resoluciones expedidas por el Ministerio de Salud y la Protección Social

### **2.8.2 Fuentes de información.**

Tal como lo establecen todas las resoluciones del Minsalud concernientes a la categorización del riesgo de las ESE para las vigencias desde 2012 hasta 2017, la información presupuestal y financiera consolidada, validada y reportada en los respectivos cortes a los organismos de inspección, vigilancia y control correspondientes, es la información que se utiliza para la categorización del riesgo, es decir, la información consultada corresponde a los estados de situación financiera y los estados de actividad financiera, económica, social y ambiental<sup>50</sup>.

### **2.8.3 Programa de saneamiento fiscal y financiero.**

Corresponde a “un programa integral, institucional, financiero y administrativo que cubre las ESE, cuyo objetivo es restablecer la solidez económica y financiera de estas empresas, con el propósito de asegurar la continuidad en la prestación del servicio público de salud.” (Ley 1608, 2013, p.6)

Programa que se sustenta en 5 dimensiones como: reorganización administrativa, racionalización del gasto, reestructuración de la deuda, saneamiento de pasivos y fortalecimiento de ingresos de las ESE. (Ley 1608, 2013, p.6)

Además, estas medidas contemplan y evalúan cuatro aspectos fundamentalmente: financieros, administrativos, institucionales y jurídicos.

---

<sup>50</sup> Estados de resultados (antes pérdidas y ganancias) en las entidades privadas.

### **3. RESULTADOS**

#### **3.1 PROCESOS CONEXOS CON LAS TRANSFERENCIAS**

El recorrido planteado en el presente documento nos permite argumentar el escenario de la descentralización y las transferencias al sector salud como estrategia de saneamiento a través de la trazabilidad del gasto en salud.

##### **3.1.1 Naturaleza legal**

Una vez realizamos lectura de los documentos facilitados por la gerencia de la ESE Hospital Integrado San Juan de Dios de Barichara, destacamos la Ley 1608 de 2013, la cual en su Artículo 1, define que su objeto corresponde a definir “las medidas para mejorar el flujo de recursos:

- a) Saldos o excedentes de cuentas maestras del régimen subsidiado en salud, acumulados en cuentas del municipio de Barichara y cuya disposición depende de la voluntad del Alcalde.
- b) Saldos de Aportes Patronales, acumulados en los fondos de pensión, cesantías y salud principalmente.
- c) Rentas cedidas de carácter nacional, departamental y municipal.

Finalmente indicar que la Ley 1608 de 2013, reza que en cumplimiento de la Ley 1438 de 2011, una vez se estructure la financiación del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero la ESE debe cumplir con el siguiente orden de prelación de pagos:

- a) Pago de acreencias laborales.
- b) Reestructuración y saneamiento de pasivos.
- c) Adquisición de cartera.
- d) Disposición de capital de trabajo.
- e) Pago de cartera originada en las cuotas de recuperación por servicios prestados a la población pobre no asegurada – PPNA.

### 3.1.2 Naturaleza Normativa Departamental

Del ejercicio financiero analizado en el Departamento de Santander para la vigencia 2012, el Ministerio de la Protección Social clasificó en Riesgo Fiscal y Financiero a 45 Empresas Social del Estado.

Mediante Resolución 23787 del 19 de Diciembre de 2013 y teniendo en cuenta que las ESE de los municipios de: Cabrera, Charta, Chima, Confines, Guapota, San Joaquín, Surata, Tona, Valle de San Jose, Aratocha, Barichara, Cepita, Encino, Floridablanca, Puente Nacional, Puerto Wilches, San Andres y San José de Miranda; son entidades de importancia especial para la red de prestación de servicios en Santander, el Departamento de Santander a través de la secretaria de salud departamental decide cofinanciar los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero, a través de los excedentes de rentas cedidas. De conformidad con el siguiente cuadro.

**Cuadro 5. Municipios de Santander cofinanciados con el PSFF**

<b>MUNICIPIO</b>	<b>VALOR ASIGNADO</b>
ARATOCA	\$168.209.332
BARICHARA	\$40.097.056
CABRERA	\$84.751.439
CEPITA	\$23.452.324
CHARTA	\$8.375.725
CHIMA	\$43.298.471
CONFINES	\$5.483.422
ENCINO	\$43.321.889
FLORIDABLANCA	\$3.272.424.443
GUAPOTA	\$73.636.777
PUERTO WILCHES	\$1.728809.763
PUENTE NACIONAL	\$669.353.041
SAN ANDRES	\$232.518.065
SAN JOAQUIN	\$17.444.624
SAN JOSE DE MIRANDA	\$45.693.006
SURATA	\$69.194.072
TONA	\$127.602.684
VALLE DE SAN JOSE	\$232.773.867
<b>TOTAL</b>	<b>\$6.886.440.000</b>

Fuente: Tomado de la Resolución No 23787 del 19 de Diciembre de 2013 Emitida por la Secretaria de Salud de Santander.



### 3.2 ESTRUCTURA DE LOS INGRESOS ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN DE DIOS DE BARICHARA

De c<sup>51</sup>conformidad con la información recolectada y con el Sistema de Prestación de Servicios, estructurada a partir de la Ley 100 de 1993, la Ley 1122 de 2007 y la Ley 1438 de 2011, los ingresos de la ESE del municipio de Barichara están determinados por la venta de servicios de salud y por otros ingresos (por no venta de servicios).

En relación con la venta de servicios de salud, encontramos principalmente la venta de servicios a los regímenes contributivo, subsidiado y los denominados regímenes especiales (policía, ejército nacional, magisterio/docentes, medicina Prepagada).

### 3.3 PREVIO AL PROGRAMA DE SANEAMIENTO FISCAL Y FINANCIERO – PSFF

**Gráfica 1. Ingresos por venta de servicios Vigencias 2008-2013**

							
CUADRO 21							
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN DE DIOS DE BARICHARA ESTADO DE ACTIVIDAD FINANCIERA, ECONOMICA Y SOCIAL AL 31 DE DICIEMBRE DE 2008 A 2012 (Cifras en pesos)							
Có d.	Cuentas	Dic 31 2013	Dic 31 2012	Dic 31 2011	Dic 31 2010	Dic 31 2009	Dic 31 2008
		\$	\$	\$	\$	\$	\$
	INGRESOS OPERACIONALES	1.088.939.874	1.015.599.353	984.247.229	1.011.047.844	814.310.458	783.239.000
43	Venta de Servicios	1.088.939.874	1.015.599.353	984.247.229	1.011.047.844	814.310.458	783.239.000
44	Transferencias	0	0	0	0	0	0
47	Operaciones Interinstitucionales (Recibidas)	0	0	0	0	0	0
57	Operaciones Interinstitucionales (Giradas)	0	0	0	0	0	0

Fuente: Toma de Anexo No 21. Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero 2013.

#### 3.3.1 Ingresos No Relacionados con la Venta de Servicios de Salud.

Son aquellos ingresos provenientes de actividades que no son la razón social de la ESE Hospital de Barichara, y se puede resumir su actividad así:

**Cuadro 5. Histórico de ingresos no relacionados con la venta de servicios de salud**

CONCEPTOS DE INGRESO	HISTORICO- INGRESO EFECTIVO EN LA VIGENCIA				
	2008	2009	2010	2011	2012
<b>1. TRANSFERENCIAS O APORTES PERMANENTES</b>	97.697.480	129.166.775	101.677.530	100.051.926	114.078.270
De la Nación					
Del Departamento o Distrito					
Del Municipio	97.697.480	129.166.775	101.677.530	100.051.926	114.078.270
<b>2. TRANSFERENCIAS O APORTES NO PERMANENTES</b>	0	0	0	0	0
De la Nación					
Del Departamento o Distrito					
Del Municipio					
<b>3. PRODUCTOS DE INFRAESTRUCTURA</b>	<b>12.082.850</b>	<b>5.999.200</b>	<b>9.044.150</b>	<b>5.044.024</b>	<b>8.268.000</b>
Arrendamientos (una fila por cada propiedad arrendada)	12.082.850	5.999.200	9.044.150	5.044.024	8.268.000
<b>4. PRODUCTOS DE EQUIPAMIENTO</b>	0	0	0	<b>46.158</b>	0
Arrendamientos (una fila por cada equipo arrendado)	0	0	0	46.158	0
<b>5. RENDIMIENTOS Y PARTICIPACIONES</b>	<b>185.695</b>	<b>119.327</b>	<b>10.723</b>	<b>0</b>	<b>1.417.115</b>
Rendimientos financieros (especificar cuenta de ahorros, bonos, etc.)	185.695	119.327	10.723	0	1.417.115
Dividendos (especificar inversiones, acciones)					
Participaciones (especificar)					
<b>6. RECURSOS DE CRÉDITO</b>	<b>0</b>	<b>84.000.000</b>	<b>0</b>	<b>85.004.217</b>	0
Especificar entidad financiera y condiciones del crédito		84.000.000	0	85.004.217	0
<b>7. VENTA DE ACTIVOS FIJOS</b>	<b>120.000.000</b>	<b>64.826.028</b>	<b>76.563.630</b>	<b>230.400.000</b>	0
Venta lotes	120.000.000	64.826.028	76.563.630	230.400.000	0
<b>8. OTROS INGRESOS</b>					
Saneamiento de aportes patronales					520.831.054

De conformidad con el análisis del periodo en estudio (2008 – 2012) se puede inferir que La ESE Hospital de Barichara recibe aportes permanentes del municipio, cuyo fuente es el Sistema General de Participaciones y cuyo objetivo es cubrir el aporte patronal (cesantías, pensión, salud, ARL y cajas de compensación familiar) de los trabajadores de planta.

Para el periodo de estudio, la institución se encontraba culminando los análisis correspondientes al saneamiento de los aportes patronales de la vigencia 1994 – 2011, incluida esta última, con el fin de recaudar los saldos a favor y sanear los saldos en contra. (Procedimiento denominado “Saneamiento de Aportes Patronales” /Resolución 5281 de 2013)

En relación con el ítem de Infraestructura, el numeral de arrendamientos ha presentado registro y el correspondiente ingreso de los dineros a la institución hasta octubre de 2013, valores cancelados por la IPS “Salud con Calidad”, que terceriza sus servicios a SALUDCOOP EPS, y

que a partir del mes de octubre de 2013 entregó las instalaciones dadas en arriendo, a la fecha en que se escribió este documento la ESE Hospital no está recibiendo ingreso por concepto de arriendo.

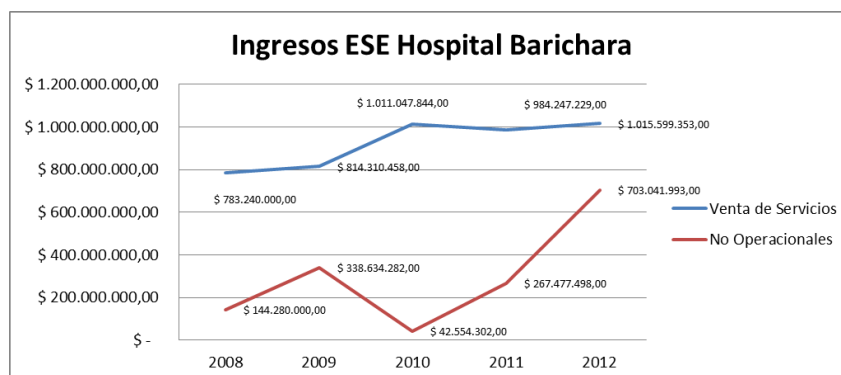
La ESE Hospital de Barichara tiene con una cuenta de ahorros en el Banco Popular, en la cual se generan rendimientos financieros, y para el año 2012 debido al ingreso de dineros provenientes del Saneamiento de Aportes Patronales (1994 – 2011), recaudo \$520.831.054=, de los cuales \$ 120.000.000= fueron colocados en CDT en el Banco BBVA. Situación que permitió otros ingresos, por los rendimientos financieros de dichos documentos.

En el ítem 6 se registra unos recursos de crédito solicitados por aprobación de la Junta Directiva para realizar el saneamiento de salarios y deudas a terceros, dicho crédito fue amortizado de forma mensual y la fuente para pagar dicho crédito se refleja en el ítem 7, con la venta de activos.

Las venta de activos se ha venido dando desde antes del año 2006, el cuadro nos muestra su evolución 2008 – 2011, para un total de \$491.789.658 los cuales han servido de apalancamiento de los pasivos laborales y con proveedores de bienes y servicios.

Durante las vigencias 2012 y 2013, no se registraron venta de activos.

**Grafica 2.** Relación Ingresos Venta de Servicios vs No Operacionales



Fuente: Elaboración propia a partir de Información Financiera Reportados en el SIHO<sup>52</sup>.

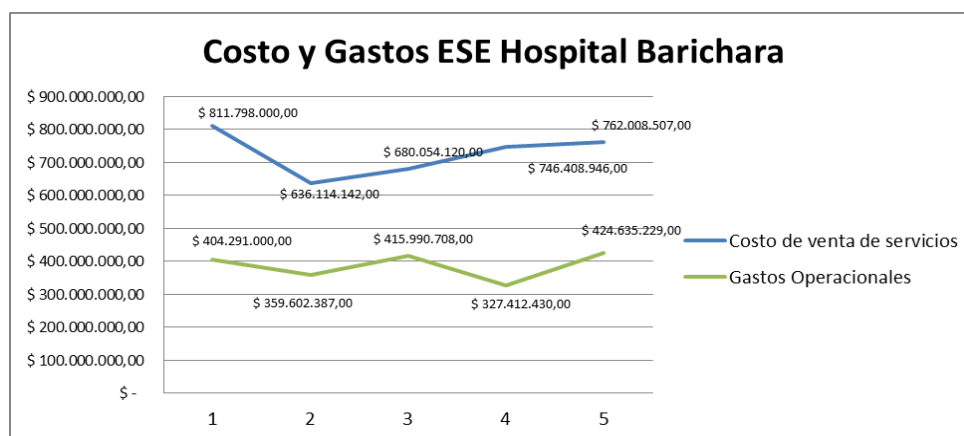
<sup>52</sup> SIHO: Sistema de Información Hospitalario.

Los ingresos de la ESE Hospital de Barichara, están distribuidos en Venta de Servicios de salud y no operacionales. La venta de servicios de salud tiene el mayor peso en los ingresos y presenta una pendiente promedio positiva durante el periodo evaluado (2008 – 2012) resaltando la variabilidad porcentual del año 2012 frente al año 2011 es de 1%

Los ingresos no operacionales para cada uno de los años tienen su mayor peso en la venta de activos, sólo para el año 2012 corresponde al ingreso de saldos del saneamiento de aportes patronales.

El mayor peso en los costos y gastos de la ESE Hospital de Barichara, está representado en los costos de venta de servicios de salud, presentando tendencia a disminuir en el periodo estudiado (2008 – 2012). Para la vigencia 2012 ha mostrado un aumento de 2,1% en relación con el año 2011.

**Gráfica 3.** Costos y gastos ESE Hospital Barichara vigencias 2008-2012



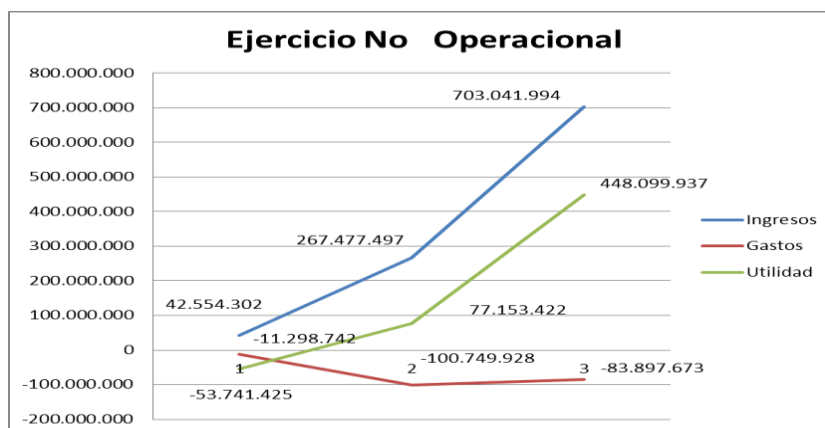
Fuente: Elaboración propia a partir de Información Financiera Reportados en el SIHO<sup>53</sup>.

El mayor componente de los gastos operacionales son los gastos de personal con el 32% y los gastos generales con 28% para la vigencia 2012, proporciones que se reflejan en todo el periodo de estudio.

<sup>53</sup> SIHO: Sistema de Información Hospitalario.



**Gráfica 4. Ejercicio no operacional ESE Hospital Barichara vigencias 2008-2012**



Fuente: Elaboración propia a partir de Información Financiera Reportados en el SIHO.

Para la vigencia 2011 la ESE Hospital de Barichara presentó un aumento de 528,6% en sus Ingresos no operacionales en relación con el año 2010, como causa de la enajenación de activos. Para el año 2012 presentó un aumento de 162,8% en relación con el 2011 por el Ingreso de dineros provenientes del Saneamiento de Aportes Patronales.

Para la vigencia 2011 se presentó un aumento de 791,7% de los gastos no operacionales en relación con la vigencia 2010, para el año 2012 se presentó una disminución de los gastos no operacionales de 16,7% en relación con el año 2011.

A continuación incorporamos en el presente documento el estado de actividad económica de la ESE Hospital de Barichara, previo al periodo en estudio, basado en los saldos de las cuentas.

**Cuadro 6. Comparativo estados de actividad financiera, económica, social y ambiental vigencias 2008-2013**

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN DE DIOS DE BARICHARA						
ESTADO DE RESULTADOS	31-dic-08	31-dic-09	31-dic-10	31-dic-11	31-dic-12	31-dic-13
VENTA DE SERVICIOS	783.240.000	814.310.458	1.011.047.844	984.247.229	1.015.599.353	1.088.939.874
TRANSFERENCIAS	0	0	0	0	0	0
COSTO DE VENTAS	869.990.000	636.114.143	680.054.120	746.408.946	762.008.508	816.411.073
<b>UTILIDAD BRUTA</b>	<b>(86.750.000)</b>	<b>178.196.315</b>	<b>330.993.724</b>	<b>237.838.283</b>	<b>253.590.845</b>	<b>272.528.801</b>
GASTOS OPERACIONALES	404.289.000	359.602.387	415.990.708	327.412.430	424.635.229	367.474.237
<b>UTILIDAD OPERACIONAL</b>	<b>(491.039.000)</b>	<b>(181.406.072)</b>	<b>(84.996.984)</b>	<b>(89.574.147)</b>	<b>(171.044.384)</b>	<b>(94.945.436)</b>
GASTO PUBLICO SOCIAL	0	0	0	0	0	0

OTROS GASTOS	36.755.000	32.002.685	11.298.742	100.749.928	83.897.673	38.163.750
OTROS INGRESOS	144.280.000	338.633.814	42.554.302	267.477.497	703.041.994	29.687.426
<b>RESULTADOS DEL EJERCICIO</b>	<b>(383.514.000)</b>	<b>125.225.057</b>	<b>(53.741.424)</b>	<b>77.153.422</b>	<b>448.099.937</b>	<b>(103.421.760)</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de Información Financiera Reportados en el SIHO.

### 3.4 DURANTE EL PROGRAMA DE SANEAMIENTO FISCAL Y FINANCIERO – PSFF

#### 3.4.1 Ingresos no ligados a la venta de servicios de salud

Históricamente la ESE Hospital Integrado San Juan de Dios del Municipio de Barichara, ha tenido registro de ingresos diferente a servicios de salud, tales como: arrendamiento de inmuebles comerciales .A para el año 2013 y consecuencia de la aplicación de la Resolución 1441 de 2013, la IPS Salud con Calidad, usufructuaba dichas instalaciones las cuales tuvo que entregar en cumplimiento de la resolución antes mencionada, razón por la cual no se registra ingreso por este concepto a partir de 2014 y porque adicionalmente sufrió daños debido al sismo registrado en marzo de 2014.

Para el octubre del 2012, la ESE Hospital de Barichara, recibió Quinientos millones de pesos (\$500.000.000), producto del saldos provenientes de Saneamiento de Aportes Patronales (saldos a favor provenientes de cesantías, pensión, salud, ARL y cajas de compensación familiar) los cuales fueron destinados para: saneamiento de pasivos de vigencias anteriores, inversión en equipos biomédicos y planta eléctrica, con el objetivo de reponer la dotación de equipos clínicos e industriales, por valor aproximado de trescientos noventa millones de pesos (\$390.000.000), y el resto del activo liquido se invirtió en activos financieros (CDT).

#### Cuadro 7. Ingresos No relacionados con la venta de servicios de salud.

CONCEPTOS DE INGRESO NO RELACIONADOS CON LA VENTA DE SERVICIOS DE SALUD	PROYECCIONES				
	2013	2014	2015	2016	2017
<b>1. TRANSFERENCIAS APORTES PERMANENTES</b>	0	116.930.227	119.853.482	122.849.819	125.921.065
De la Nación					
Del Departamento o Distrito					
Del Municipio		116.930.227	119.853.482	122.849.819	125.921.065
<b>2. TRANSFERENCIAS APORTES NO PERMANENTES</b>	0	71.108.552	0	0	0
De la Nación		21.519.708			
Del Departamento o Distrito		49.588.844			

Del Municipio					
<b>3. PRODUCTOS DE INFRAESTRUCTURA</b>	7.040.000	0	0	0	0
Arrendamientos (una fila por cada propiedad arrendada)	7.040.000				
<b>4. PRODUCTOS DE EQUIPAMIENTO</b>	0	0	0	0	0
Arrendamientos (una fila por cada equipo arrendado)					
<b>5. RENDIMIENTOS Y PARTICIPACIONES</b>	383.018	392.593	402.408	412.468	422.780
Rendimientos financieros (especificar cuenta de ahorros, bonos, etc.)	383.018	392.593	402.408	412.468	422.780
Dividendos (especificar inversiones, acciones)					
Participaciones (especificar)					
<b>6. RECURSOS DE CRÉDITO</b>	0	0	0	0	0
Especificar entidad financiera y condiciones del crédito					
<b>7. VENTA DE ACTIVOS FIJOS</b>					
Venta lotes					
<b>8. OTROS INGRESOS</b>					
Saneamiento de aportes patronales <sup>54</sup>					

Fuente: Cuadro 15. Ingresos No generados en la venta de servicios, ESE Hospital Integrado San Juan de Dios Barichara, 2013.

El cuadro anterior nos muestra el flujo de recursos que no están relacionados con la venta de servicios de salud. Para la vigencia 2013 se tuvo ingresos provenientes de los diez (10) meses de arriendo de cinco locales, ubicados en las instalaciones antiguas de la ESE Hospital de Barichara por la IPS Salud con Calidad por un total de siete millones cuarenta mil pesos (\$7.040.000=); de igual forma se registra el ingreso de los beneficios por la colocación de tres (3) CDT; dos en el Banco BBVA y uno (1) en Banco Caja Social ambos con sede en el municipio de San Gil.

Durante la vigencia 2014, no registra ingreso por arriendos por las razones anteriormente mencionadas, sin embargo, hay ingresos por rendimientos financieros de los Depósitos a Término fijo (CDT). Se incorporan de \$71.108.552= de pesos, de la siguiente manera: \$21.519.708 de pesos por concepto de transferencias de la nación y \$49.588.844 de pesos por transferencias del Departamento, con el objetivo único de cubrir los pasivos generados a 30 de Junio de 2013.

<sup>54</sup> La ESE Hospital de Barichara, continua con la depuración de los saldos de aportes patronales con los diferentes fondos y aseguradoras con las cuales ha conciliado previamente, y a la fecha diligencia las respectivas actas, con el objetivo de que sean registradas en el aplicativo que designo el Ministerio de Salud y de la Protección Social.

De igual forma a partir de la vigencia 2014 y para dar cumplimiento a la normatividad correspondiente el municipio, realizó transferencia de \$116.930.227 de pesos, cuyo objetivo es cubrir los aportes patronales (salud, pensión, riesgos laborales, parafiscales y cesantías) de los 16 trabajadores de planta.

Para las vigencias 2015, 2016 y 2017 se mantiene la proyección de dicho rubro para cubrir los aportes patronales a la seguridad social (Salud, Pensión, ARL, Caja de Compensación Familiar e ICBF), por valores que ascienden para el último periodo (2017) a 125.921.065 pesos.

### **3.4.2 Financiamiento del programa.**

El Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero de la ESE Hospital de Barichara, con el cual se proyectó lograr el saneamiento del 100% de los pasivos exigibles se vislumbra el siguiente escenario:

### **3.4.3 Matriz de financiamiento de pasivos a junio 30 de 2013<sup>55</sup>**

La ESE Hospital de Barichara presentó los siguientes pasivos con corte a Junio 30 de 2013, información que ha sido certificada y esta reportada oportunamente en el SIHO.

### **Cuadro 8. Matriz de financiamiento de pasivos a junio 30 de 2013**

---

<sup>55</sup> Una vez identificados el pasivo cierto y las contingencias contractuales, jurídicas y financieras, los resultados se deben valorar teniendo en cuenta que la mayor desagregación posible permitirá definir un esquema financiero más cercano a la realidad. La clasificación y priorización para el pago de pasivos vendrá dada de la siguiente manera:

- Pago de acreencias laborales.
- Las entidades públicas y las instituciones de seguridad social.
- Los proveedores de insumos y servicios para la producción de servicios de salud.
- Las instituciones financieras y demás entidades, de carácter privado, mixto o público, sujetas a la inspección y vigilancia de la Superintendencia Financiera.
- Los demás acreedores externos.

<b>Junio 30 de 2013</b>	<b>TOTAL</b>	<b>CORRIENTE</b>	<b>NO CORRIENTE</b>
PASIVOS	\$250.396.568	250.396.568	0
CUENTAS POR PAGAR	\$102.852.151	\$102.852.151	0
OBLIGACIONES LABORALES	\$4.038.761	\$4.038.761	0
PASIVOS ESTIMADOS	\$14.579.373	\$14.579.373	0
OTROS PASIVOS	\$128.926.283	\$128.926.283	0
OTROS PASIVOS DIFERENTES	\$7.422.324	\$7.422.324	0

Fuente: Tomado de Anexo Financiamiento del PSFF, Barichara, 2013.

### 3.4.4 Flujo de Recursos del PSFF a Junio 30 de 2013

El plan de saneamiento de pasivos<sup>56</sup> está basado en: Rentas cedidas del departamento, ayuda financiera de la nación y la recuperación de cartera con vencimiento a 90 días, así:

#### Cuadro 9. Estado de Flujo de Recursos del PSFF a junio de 2013

<b>Valor Pasivo a Junio 30 de 2013</b>	<b>Financiación por cuentas maestras</b>	<b>Valor consignaciones sin identificar a Junio 30 de 2013</b>	<b>Total cartera a 90 días a Junio 30 de 2013</b>	<b>Total a Financiar</b>	<b>Ayudas Financieras de la Nación Resolución 4874</b>	<b>Rentas Cedidas departamento u otras</b>
\$250.396.568	\$0	\$121.503.959	\$57.784.056	\$71.108.553	\$21.519.708	\$49.588.845

Fuente: Secretaria de Salud de Santander, Oficina de Control Financiero, Bucaramanga 2013.

Los pasivos reconocidos a diciembre 31 de 2013 por valor de \$136.779.665 fueron pagados con los recursos aportados por el programa de saneamiento fiscal y financiero por valor de \$71.108.553,00 la diferencia estará a cargo de la ESE, para su pago con recursos propios.

<sup>56</sup> Los pasivos estimados, corresponden a revelaciones contables que requieren control interno contable.

Pago de pasivos reconocidos a diciembre 31 de 2013 por valor de \$ 65.671.112, de pesos descontando los \$71.108.553,00 que aporta el PSFF, como la ESE Hospital de Barichara cuenta con un CDT por \$120.000.000, cancelar los pasivos con recursos de dicho documento financiero.

Realizar el cobro de la cartera a menos de 90 días, en especial la reflejada en sus deudores principales: Plan de Intervenciones Colectivas contratado con el municipio de Barichara y de Saludcoop EPS, monto que cubrió los pasivos restantes por 65.671.112,00.

Con los anteriores recursos se logró sanear el 90% de las obligaciones causadas, a diciembre 31 de 2014 y a diciembre 31 de 2015 el 98%, de dicho pasivo, esto último, considerando que se provisionan pasivos al finalizar cada vigencia correspondientes a las cesantías, intereses a las cesantías y primas vacacionales. (Corresponden a pasivos laborales que cubiertos es la operación corriente).

### 3.5 IMPACTO DE LAS TRANSFERENCIAS EN EL PSFF

De conformidad con el informe expedido por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público con fecha 30 de Junio de 2015, se logra evidenciar que la ESE Hospital Integrado San Juan de Dios de Barichara y una vez analizados sus resultados financieros, presenta el siguiente escenario:

**Cuadro 10. Relación PSFF Viabilizado – Departamento de Santander**

N o	Municipio	Nombre de la ESE	Radicado y Viabilizado	Categorización Resolución 2090 de 2014	Categorización Resolución 1893 de 2015
3	BARICHARA	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	2-2014- 018195 21/05/2014	RIESGO ALTO	SIN RIESGO

Fuente: Secretaría de Salud de Santander, Oficina de Control Financiero, Bucaramanga 2013.

#### 4. CONCLUSIONES

La liquidez requerida para la prestación de servicios de salud proviene de los ingresos suscritos en la variedad de “Acuerdo” de voluntades (Contratos) que se dan entre los aseguradores y empresas prestadoras de servicios de salud. Se ha buscado garantizar el flujo de los recursos, sin que haya sido eficiente, ya que de acuerdo con la Superintendencia de Salud, se ha evidenciado la acumulación de cuentas por cobrar –Cartera, concluimos que existe represamiento o retención de los dineros a nivel del asegurador, es decir, una vez reconocidas las deudas a los diferentes prestadores o Empresas Sociales del Estado, los responsables del pago declaran la imposibilidad de cumplir con dicho compromiso, afectando el flujo de efectivo del prestador y por consiguiente generando iliquidez en la inversión de los prestadores.

Una vez comprometidas las transferencias de recursos, como resultado de la descentralización de los servicios de salud, se ha evidenciado un avance financiero importante desde los niveles Nacional, Departamental y Local registrando un enmarcado mejoramiento en la cobertura de los servicios de salud, relegando así las críticas del sistema a la calidad de su prestación que, para el caso de estudio redundará en un elemento material y académico relevante con el fin de contribuir con el mejoramiento continuo de los mismos.

El desarrollo de los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero demanda una metodología de disciplina financiera en las instituciones, cuyo componente relevante es el saneamiento de los pasivos y la gestión para acceder a las fuentes de financiación. En igual dirección, se incorporan medidas para el fortalecimiento de los ingresos vía venta de servicios de salud, con la posibilidad de excedentes que permitan la inversión, principalmente en dotación e infraestructura.

Los mejores resultados se asocian, entre otras razones, a la gestión del gerente de la Empresa Social del Estado Hospital Integrado San Juan de Dios de Barichara, reflejado entre otros, en su equipo de trabajo, así como en una mejor respuesta de las entidades territoriales, del Ministerio de Hacienda y Crédito Público y del Ministerio de Salud y Protección Social, en lo relacionado con el mejoramiento del flujo de recursos para el hospital.

Una vez abordado el proceso de transferencias, se evidencia que el valor de los ingresos por éstas es mínimo en relación con los ingresos por venta de servicios de salud y que las obligaciones con proveedores legalmente constituidas en los pasivos de la entidad, se configuran en el eje central de solución a través de las medidas suscritas en el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administración y Desarrollo. (2013). Escuela Superior de Administración Pública. Bogotá.
- Albarrán, Bosiga y Cáceres. (2001). *La participación de los comités de vigilancia ciudadana en el sistema general de seguridad social*. Biblioteca Lascasas; Recuperado de: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0131.php>
- Aleán Pico, Augusto. (2014). Sentimiento moral y razón: la noción de justicia en Adam Smith y Amartya Sen. *Cuadernos de Economía*, 33(63), 359-379. <https://dx.doi.org/10.15446/cuad.econ.v33n63.45337>
- Arévalo, J. (2011). Educación y salud en Soacha (Cundinamarca) durante el periodo 2000 – 2010 y su relación con el Sistema General de Participación.
- Arrow. Kenneth J. (1963). Incertidumbre y Economía del Bienestar en la Industria del Cuidado Médico. *The American Economic Review*.
- Beltrán, L. Política Económica: Programa Administración Pública Territorial. Escuela Superior de Administración Pública – ESAP.
- Bonet, J.; Pérez, G. y Ayala, J. (2014). *Contexto histórico y evolución del SGP en Colombia*. Cartagena, Colombia: Centro de Estudios Económicos Regionales (CEER). Recuperado de: [chrome-extension://oemmndcblldboiebfnladdacbfmadadm/http://www.banrep.org/docum/Lectura\\_finanzas/pdf/dtser\\_205.pdf](chrome-extension://oemmndcblldboiebfnladdacbfmadadm/http://www.banrep.org/docum/Lectura_finanzas/pdf/dtser_205.pdf)
- Burkun, M. y Spagnolo, A. (1987) *Nociones de Economía Política*. Zavalía Editores. España.
- Cardona H. (2015). *Fallos del mercado: un reto al sistema de salud de los Colombianos*.

- Carranza J.; Riascos A. y Serna N. (2015). Poder del Mercado, contratos y resultados de salud en el sistema de salud colombiano entre 2009 – 2011. Borradores de Economía. Bogotá.
- Casparri, M y Elfenbaum, M (2014). Revista de Investigación en Modelos Matemáticos Aplicados a la Gestión y la Economía – CMA: *La curva de Laffer y el impuesto inflacionario*. Buenos Aires: Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Buenos Aires. Disponible en: [chrome-extension://oemmndcblldboiebfnladdacbfmadadm/http://bibliotecadigital.econ.uba.ar/download/rimage/rimage\\_v1\\_n1\\_04.pdf](chrome-extension://oemmndcblldboiebfnladdacbfmadadm/http://bibliotecadigital.econ.uba.ar/download/rimage/rimage_v1_n1_04.pdf)
- Chacón, P. (2017). *La tutela en salud y sus resultados en equidad. La tutela en salud* (pp. 11-48). Bogotá D.C., Colombia: Pontificia Universidad Javeriana. Recuperado de: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/21860/ChaconMendozaDianaCarolina2017.pdf?sequence=1>
- Del Valle, M. y Galindo, A. (2010). *Descentralización y Sostenibilidad Fiscal Subnacional: los casos de Colombia y Perú*. Banco Interamericano de Desarrollo. Recuperado de: <https://publications.iadb.org/es/descentralizacion-y-sostenibilidad-fiscal-subnacional-los-casos-de-colombia-y-peru>
- Demenchonok, E. (1999) La globalización y su planteamiento en la filosofía latinoamericana. Anuario de Filosofía Argentina y Americana. Buenos Aires.
- Dyke, Ch. Filosofía de la Economía. [www.unida.org.ar](http://www.unida.org.ar)
- Esteban, E. (2014). *Historia del Pensamiento Económico I*. Disponible en el sitio web: <https://www.youtube.com/watch?v=IhEBw3MiW70&t=5025s>
- Falconi, F. (2002) Economía y Desarrollo Sostenible, ¿Matrimonio feliz o divorcio anunciado? Caso de Ecuador, Quito.
- Figuroa, B. y Niño, G. (2015). *Tarifas del servicio público de energía en Bogotá, visto desde la economía del bienestar. Fundamentos teóricos* (pp. 34-43). Bogotá D.C., Colombia:

Universidad Santo Tomas. Recuperado de: <http://docplayer.es/17731299-Universidad-santo-tomas-maestria-en-ciencias-economicas-trabajo-de-grado-tarifas-del-servicio-publico-de-energia-en-bogota-visto-desde-la.html>

Fox, J. (2008). *The comeback Keynes: Once derided, his ideas now dominate D.C.'s crisis tool kit. Not bad for a dead economist.* The Curious Capitalist. Disponible en: <chrome-extension://oemmndcblldboiebfnladdacbfmadadm/http://www.terpconnect.umd.edu/~jneri/Econ305/files/Time%20Article%20on%20Keynes.pdf>

Galindo, A. (2015) La crisis de la seguridad social en materia de salud como servicio público esencial a cargo del estado: causal de una falla en prestación del servicio en Colombia. Universidad Libre. Bogotá, 2015.

García, J. (2004) ¿Por qué la descentralización fiscal? Mecanismo para hacerla efectiva. Documentos de Trabajo sobre economía regional. Cartagena.

García, P. (2012). *El bien común como proyecto comunitario.* Capítulo cuatro. Bien común y empoderamiento comunitario (pp. 134-174). Bogotá D.C., Colombia: Pontificia Universidad Javeriana. Recuperado de: <chrome-extension://oemmndcblldboiebfnladdacbfmadadm/https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/2945/GarciaParraPioQuinto2012.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

González, L. (1993). El individualismo metodológico de Max Weber y las modernas teorías de la elección racional. México.

Herrera, A. (2013). *Muerte y resurrección de Keynes.* Disponible en el sitio web: <https://www.youtube.com/watch?v=WjPWIs6loqQ>

Jaramillo, I. (1994). *El sistema nacional de financiamiento de las entidades territoriales.* En A. Cifuentes, et al. *Diez años de descentralización: resultados y perspectivas* (pp. 14-27). Bogotá D.C., Colombia: Editorial Kinte. Recuperado de: <http://babel.banrepcultural.org/cdm/singleitem/collection/p17054coll10/id/2816/rec/1>

Marsili, M. (2007). *“Repensar el Estado. Ponencia presentada en el IV Congreso Argentino de Administración Pública. Sociedad, Gobierno y Administración Pública”* Buenos Aires, Argentina, 22 al 25 de agosto de 2007. Recuperado de: <https://studylib.es/doc/134516/marina-marsilli---concurso---asociaci%C3%B3n-de-administradores>

Medawar, P. *Consejos a un joven científico. Fondo de cultura económica.*

Mendieta, J. (2007). *Apuntes de Economía del Bienestar Aplicado.* Bogotá D.C., Colombia: Universidad de los Andes. Recuperado de: <https://alvaroaltamirano.files.wordpress.com/2010/05/notas-de-economia-del-bienestar-juan-carlos-mendieta.pdf>

Minsalud (5 de junio de 2015). *56% de las ESE del país, sin riesgo financiero.* Boletín de prensa no. 140. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/56-de-las-ESE-del-pais-sin-riesgo-financiero.aspx>

Minsalud (3 de junio de 2016). *El 52 por ciento de las ESE del país calificadas sin riesgo financiero.* Boletín de prensa no. 117. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/El-52-por-ciento-de-las-ESE-del-pais-calificadas-sin-riesgo-financiero-.aspx>

Moreno, C. y Hernández, Y. (2016). *Análisis del programa de saneamiento fiscal y financiero del Hospital de Bosa II nivel - ESE, desde su viabilidad e impacto frente a las obligaciones convencionales y cargas laborales.* Universidad Santo Tomás. Maestría en Protección Social. Bogotá.

Moreno, L. (2017). *Oportunidades de Financiamiento para los entes locales en el siglo XXI.* [www.eumed.net](http://www.eumed.net). revisado 2017.

OCDE (2016). *Panorama de las Administraciones Públicas: América Latina y el Caribe 2017.* Editions OCDE, Paris. Recuperado de: <http://dx.doi.org/9789264266391-es>

- ONU (1997). *La brecha de la equidad. América Latina, el Caribe y la cumbre social. Capítulo V. Las reformas sociales* (pp. 93-155). Recuperado de: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2183/S9700002\\_es.pdf?sequence=1](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2183/S9700002_es.pdf?sequence=1)
- OPS (2002). *La salud en las Américas*. Washington, D.C.: OPS, 2v. (pp. 184-197)
- Pendas, B. (2010). Estudio Preliminar. Senado de la República Mexicana. México.
- Ramales, M. (consultado el 2019). *Mercado y Estado: economía neoclásica vs economía keynesiana*. Recuperado de: [http://www.utm.mx/edi\\_anteriores/pdf/e0235.pdf](http://www.utm.mx/edi_anteriores/pdf/e0235.pdf)
- Rego, G. (2002). Las Transferencias y sus efectos sobre el gasto. Una aproximación. Universidad de A Coruña.
- Restrepo, Jairo, & Rojas, Kristian. (2016). La génesis de la Economía de la Salud en Kenneth Arrow (1963). *Lecturas de Economía*, (84), 209-242. <https://dx.doi.org/10.17533/udea.le.n84a07>
- Rodríguez, C. (2016) Una aproximación al enfoque igualitarista de Amartya Sen. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá.
- Rodríguez, R. (2017). Calidad de la gestión pública en la inversión de recursos de regalías en el sector salud. El caso de la Jagua de Ibirico – Cesar 2008 – 2015. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá.
- Rojas, S. (1996). *Guía para realizar investigaciones sociales*, Edición 18. España. Plaza y Valdés Editores. Recuperado de: <https://raulrojassoriano.com/cuallitlanezi/wp-content/themes/raulrojassoriano/assets/libros/guia-realizar-investigaciones-sociales-rojas-soriano.pdf>
- Santillán, S. (2014). *Vida y pensamiento de Friedrich August von Hayek*. Disponible en el sitio web: [https://www.youtube.com/watch?v=\\_IbwQgNXFGM&t=2916s](https://www.youtube.com/watch?v=_IbwQgNXFGM&t=2916s)

- Sen, A. (2002). *¿Por qué la equidad en salud?* Revista Panamericana de Salud Pública, México. Recuperado de: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2002.v11n5-6/302-309/es>
- SENA. Caracterización del Sector Salud. Mesa Sectorial de Salud. Bogotá, 2001.
- Sotelsek, Daniel F. (2008). El pensamiento de Raúl Prebisch: una visión alternativa. *Estudios Demográficos y Urbanos*, Vol. 23. (pp. 615-636) México D.F.: El Colegio de México, A.C. Recuperado de: Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31211538006>
- Vente, V. Efectos del gasto público sobre la tasa de crecimiento económico: Análisis Departamental para Colombia 2004 – 2014.
- Verbel, Y. (2017). *Exposición Pública y Malversación de Fondos: Un Análisis Experimental*. Universidad del Rosario. Bogotá.
- Wiesner, E. (2011). *Colombia: la percepción de justicia distributiva y la demanda política por estabilidad macroeconómica*. CEDE- Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico. Universidad de los Andes, Bogotá.