

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

COLOMBIA

PROGRAMA DE REORGANIZACIÓN, REDISEÑO Y MODERNIZACIÓN DE LAS REDES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

(CO-0139)

PROPUESTA DE PRÉSTAMO

Este documento fue preparado por el equipo de proyecto integrado por: Antonio Giuffrida, Jefe de equipo (RE3/SO3); Diego Buchara (LEG/OPR); Amanda Glassman (RE3/SO3); Javier León (RE3/OD5); Ian MacArthur (COF/CCO); y Ethel Muhlstein (RE3/SO3); también colaboró Roberto Iunes (OVE).

INDICE

RESUMEN EJECUTIVO

I. MARCO DE REFERENCIA

A.	Marco socioeconómico.....	1
B.	El sector salud en Colombia.....	2
1.	Los problemas de salud.....	2
2.	La reforma del sector salud.....	3
3.	La crisis de los hospitales públicos.....	8
C.	Estrategia del país en el sector salud.....	10
D.	Estrategias del Banco.....	11
1.	Estrategia del Banco con el País.....	11
2.	Estrategia del Banco en el sector social.....	12
E.	Experiencia del Banco y lecciones aprendidas.....	12
1.	Lecciones aprendidas del proyecto piloto.....	15
F.	Coordinación con otras agencias multilaterales de desarrollo.....	16

II. EL PROGRAMA..... 18

A.	Objetivos.....	18
B.	Conceptualización del programa.....	18
C.	Estructura del programa.....	19
1.	Componente 1: Reorganización operativa de las redes de hospitales públicos (US\$80,768 millones).....	19
2.	Componente 2. Seguimiento y evaluación (US\$3,253 millones).....	21
3.	Administración del programa (US\$1,195 millones).....	22
D.	Costo y financiamiento.....	22

III. EJECUCIÓN DEL PROGRAMA..... 24

A.	Prestatario y organismo ejecutor.....	24
B.	Ejecución y administración del programa.....	24
C.	Reglamento Operativo.....	29
D.	Adquisición de bienes y servicios.....	29
E.	Fondo rotatorio.....	30
F.	Período de ejecución y calendario de desembolsos.....	30
G.	Inspección y vigilancia.....	31
H.	Auditoría externa.....	31
I.	Seguimiento y evaluación.....	31

IV. VIABILIDAD Y RIESGOS..... 34

A.	Viabilidad legal y institucional.....	34
B.	Viabilidad fiscal y financiera.....	34
C.	Beneficios, impacto social y ambiental.....	36
D.	Riesgos.....	36

ANEXOS

ANEXO 1	Marco Lógico
ANEXO 2	Plan de Adquisiciones

DATOS BÁSICOS SOCIOECONÓMICOS

Los datos básicos socioeconómicos de Colombia se encuentran disponibles en el Internet en la siguiente dirección:

<http://www.iadb.org/RES/index.cfm?fuseaction=externallinks.countrydata>

INFORMACIÓN DISPONIBLE EN LOS ARCHIVOS DE RE3/SO3

PREPARACIÓN:

Documento CONPES 3204. República de Colombia, Departamento Nacional de Planeación, Bogotá, 2002.

Plan Nacional de Desarrollo para el 2003-2006. Presidencia de la República-Departamento Nacional de Planeación, Bogotá, 2002.

Comportamiento Hospitales de II y III nivel de atención reestructurados 1999. Ministerio de la Protección Social, Bogotá, 2002.

Plan de reorganización, rediseño y modernización de las redes de prestación de servicios de salud. Ministerio de la Protección Social, Bogotá, 2003.

Ministerio de Salud. Análisis de la Encuesta de Hogares contratada con Econometría, Bitrán Asociados y ESAP. Bogotá, 2001.

EJECUCIÓN:

Reglamento Operativo (borrador completo).

Convenio de Desempeño tipo entre la Nación y el Departamento.

Diagnóstico de redes departamentales de salud tipo.

SIGLAS Y ABREVIATURAS

ARS	Administradoras del Régimen Subsidiado
ASB	Acuerdo Stand-By
CESI	Comité de Impacto Ambiental y Social
CNSSS	Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud
CONPES	Consejo de Política Económica y Social
DNP	Departamento Nacional de Planeación
DTS	Direcciones Territoriales de Salud
EBP	Estrategia del Banco con el País
EDS	Estrategia de desarrollo social
EPS	Empresa Promotora de Salud
ESE	Empresas Sociales del Estado
FMI	Fondo Monetario Internacional
FOSyGA	Fondo de Solidaridad y Garantía
IDB	Banco Interamericano de Desarrollo
IPS	Institución Prestadora de Salud
ISS	Instituto de Seguros Sociales
MHCP	Ministerio de Hacienda y Crédito Público
MPS	Ministerio de Protección Social
NBI	Necesidades Básicas Insatisfechas
CO	Capital Ordinario
PAI	Programa Ampliado de Inmunización
PBL	Policy Based Loan
PIB	Producto Interno Bruto
POS	Plan Obligatorio de Salud
PTI	Poverty Targeted Investment
PRET	Plan de Reforma Económico Territorial
SENA	Sistema de Educación de Aprendizaje
SEQ	Equidad Social
SGP	Sistema General de Participaciones
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SISBEN	Sistema de Selección de Beneficiarios
TIR	Tasa Interna de Rendimiento
UCP	Unidad de Coordinación del Proyecto
UPC	Unidad de Pago por Capacitación



COLOMBIA

PRÉSTAMOS BID

APROBADOS AL 31 DE OCTUBRE DEL 2003

	US\$ Miles	Porcentaje
TOTAL APROBADO	10,818,832	
DESEMBOLSADO	9,617,892	88.89 %
POR DESEMBOLSAR	1,200,940	11.10 %
CANCELADO	982,240	9.07 %
AMORTIZADO	4,858,665	44.90 %
APROBADO POR FONDO		
CAPITAL ORDINARIO	10,004,771	92.47 %
FONDO PARA OPERACIONES ESPECIALES	751,556	6.94 %
OTROS FONDOS	62,505	0.57 %
SALDO DE LA DEUDA	4,759,227	
CAPITAL ORDINARIO	4,571,776	96.06 %
FONDO PARA OPERACIONES ESPECIALES	187,161	3.93 %
OTROS FONDOS	289	0.00 %
APROBADOS POR SECTOR		
AGRICULTURA Y PESCA	558,414	5.16 %
INDUSTRIA, TURISMO, CIENCIA Y TECNOLOGÍA	524,890	4.85 %
ENERGÍA	2,804,190	25.91 %
TRANSPORTACIÓN Y COMUNICACIÓN	729,109	6.73 %
EDUCACIÓN	86,884	0.80 %
SALUD Y SANEAMIENTO	752,748	6.95 %
MEDIO AMBIENTE	129,501	1.19 %
DESARROLLO URBANO	561,908	5.19 %
INVERSIÓN SOCIAL Y MICROEMPRESA	2,744,959	25.37 %
REFORMA Y MODERNIZ. DEL SECTOR PÚBLICO	1,891,715	17.48 %
FINANCIAMIENTO A EXPORTACIONES	0	0.00 %
PREINVERSIÓN Y OTROS	34,514	0.31 %



COLOMBIA

CARTERA EN EJECUCIÓN AL 31 DE OCTUBRE DEL 2003

(Miles de US\$)

PERÍODO DE APROBACION	NÚMERO DE PROYECTOS	MONTO APROBADO	MONTO DESEMBOLSADO	% DESEMBOLSADO
<u>PROGRAMA REGULAR</u>				
Antes de 1997	8	236,983	187,270	79.02 %
1997 - 1998	8	208,627	165,787	79.47 %
1999 - 2000	4	344,100	150,063	43.61 %
2001 - 2002	5	500,700	400,943	80.08 %
2003	4	1,814,000	1,000,000	55.13 %
TOTAL	29	\$3,104,410	\$1,904,063	61.33 %



Banco Interamericano de Desarrollo
Oficina de Apoyo Regional de Operaciones
Unidad de Información Operacional

Colombia

Programa Tentativo de Préstamos

2003

Número de Proyecto	Nombre del Proyecto	BID US\$ Millones	Obs
CO0268	Programa de Emergencia Social	1,250.0	APROBADO
CO0258	Apoyo Fortalecimiento Procuraduría General Nación	14.0	APROBADO
CO0265	Programa de Reforma de Salud y Seguridad Social	400.0	APROBADO
CO0241	Programa de Vivienda Social	150.0	APROBADO
CO0139	Reorganización, Rediseño y Modernización de Servicios de Salud	72.0	
Total - A : 5 Proyectos		1,886.0	
TOTAL 2003 : 5 Proyectos		1,886.0	

2004

Número de Proyecto	Nombre del Proyecto	BID US\$ Millones	Obs
CO0266	Programa de Modernización de la Administración Pública Nacional	18.3	
CO0263	Privatización y Concesiones Infraestructura II	5.0	
CO0262	Programa de Apoyo al Sistema Nacional Ambiental	35.0	
CO1001	Programa de Apoyo al Sector Transporte	200.0	
CO0270	Programa Sectorial de Servicios Públicos	600.0	
Total - A : 5 Proyectos		858.3	
TOTAL - 2004 : 5 Proyectos		858.3	

Total Sector Privado 2003 - 2004 **0.0**

Total Programa Regular 2003 - 2004 **2,744.3**

*** Proyectos del Sector Privado**

**PROGRAMA DE REORGANIZACIÓN, REDISEÑO Y MODERNIZACIÓN DE LAS
REDES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
(CO-0139)**

RESUMEN EJECUTIVO

Prestatario:	República de Colombia		
Agencia ejecutora:	Ministerio de Protección Social (MPS)		
Monto y fuente:	IDB (CO):	US\$72.000.000	
	Local:	<u>US\$18.000.000</u>	
	Total:	US\$90.000.000	
Términos y condiciones del financiamiento:	Plazo de amortización:	20 años	
	Período de gracia:	4 años	
	Período de ejecución:	4 años	
	Período de desembolsos (max 4 años, min 3 años):	4 años	

La tasa de interés, la comisión de crédito y la comisión de inspección y vigilancia que se mencionan en este documento se establecen de acuerdo con el documento FN-568-3-Rev. y podrán ser modificadas por el Directorio Ejecutivo tomando en consideración los antecedentes existentes hasta la fecha, así como también la respectiva recomendación del Departamento de Finanzas. En ningún caso la comisión de crédito podrá exceder del 0,75%, ni la comisión de inspección y vigilancia del 1%¹.

Tasa de interés:	Opción ajustable
Inspección y vigilancia:	0%
Comisión de crédito:	0,25%
Moneda:	US\$ de la facilidad unimonetaria

Objetivos: El objetivo principal del programa es apoyar la transformación de las gestión de los hospitales públicos a través del mejoramiento de la eficiencia y la calidad en la prestación de los servicios, que permita la viabilidad técnica y financiera de las redes públicas de prestación de servicios de salud, así como la extensión del aseguramiento dentro del marco de SGSSS.

¹ En lo que respecta al cargo por inspección y vigilancia, en ningún caso podrá cobrarse en un semestre determinado más de lo que resulte de aplicar el 1% al monto del financiamiento, dividido por el número de semestres comprendido en el plazo original de desembolsos.

Los objetivos específicos del programa son: (i) mejorar la eficiencia y la calidad de los servicios de salud de los hospitales públicos en un contexto de sostenibilidad financiera de mediano plazo, bajo el marco de competencia regulada establecido por la reforma de salud, mediante acciones de asistencia a las IPS públicas, las direcciones territoriales de salud y el Ministerio de la Protección Social, la integración funcional de las IPS en el marco de redes de servicios de salud, la implantación de medidas de racionalización de los recursos humanos y la modificación del régimen de incentivos en el financiamiento de su operación ligado a metas de producción y calidad; y (ii) la implementación de un sistema de seguimiento y evaluación del desempeño de las redes prestadoras de servicios de salud.

Descripción:

El programa consta de dos componentes: (i) reorganización operativa de las redes de hospitales públicos a través de convenios de desempeño entre la Nación y las entidades territoriales (Direcciones Territoriales de Salud – DTS); y (ii) seguimiento y evaluación. El primer componente apoya al sector al nivel territorial (departamentos y municipios) y a las IPS con actividades de asistencia técnica, desarrollo de sistemas de información y racionalización de recursos humanos. El segundo componente financia actividades de asistencia técnica y desarrollo de sistemas de información a nivel del órgano rector del sector (MPS), para el monitoreo, seguimiento y evaluación de la política de prestación de servicios y del programa. Se estima que el programa cubrirá aproximadamente 132 IPS públicas, cerca del 20% del total de IPS en el país (véase pár 2.6).

Relación del proyecto con la estrategia del Banco en el país y sector:

En términos de las áreas fundamentales de la *Estrategia del Banco con el País* (EBP), la operación contribuirá principalmente al objetivo de promover el desarrollo social y asegurar la protección de los más vulnerables. Primero, mediante el apoyo a la transición de los subsidios de la oferta a los subsidios a la demanda que permitan extender la cobertura de aseguramiento en salud a través del régimen subsidiado entre la población de mayor pobreza. Segundo, con el avance del ajuste de los hospitales públicos, se contribuirá a una provisión de servicios sociales financieramente sostenible, más eficaz en cubrir las necesidades de la población y más eficiente en el uso de los recursos. La protección de la inversión en el capital humano, a través del mejoramiento de las condiciones de salud, eleva el crecimiento potencial de la economía, apoyando al objetivo de sentar las bases para reactivar y dinamizar la economía. Asimismo, el proceso de reorganización, rediseño y modernización de las instituciones prestadoras de servicios de salud promovería la eficiencia del Estado y mejoraría la gobernabilidad, apoyando al objetivo de mejorar la gobernabilidad del país y apoyar el proceso de reforma del Estado (véase pár. 1.40-1.42).

En términos de las áreas fundamentales de la *Estrategia de Desarrollo Social del Banco* (EDS), esta operación contribuirá principalmente al primer objetivo de la EDS, apoyando el proceso de reforma en salud que tiene los objetivos de extender la cobertura del aseguramiento en salud y promover la eficiencia de los recursos públicos asignados en salud (véase pár. 1.43-1.44).

Coordinación con otras agencias multilaterales de desarrollo:

El esfuerzo para apoyar a Colombia, tanto en términos de implantación de las reformas como de financiamiento, está siendo coordinado entre los organismos multilaterales y el gobierno de Colombia. Bajo el apoyo sectorial, tanto el Banco como el Banco Mundial están trabajando conjuntamente en la protección del gasto para financiar la extensión del régimen subsidiado. Aunque el Banco Mundial no cuenta actualmente con operaciones en el sector salud, el equipo ha sostenido intercambios de información con el Banco Mundial a fin de asegurar la coordinación en el dialogo de políticas en el sector salud (véase pár. 1.56).

Revisión social y ambiental:

Por sus características especiales, el programa no contempla inversiones físicas o de otra naturaleza y, por lo tanto, no tendrá un impacto ambiental directo. En su reunión del 7 de julio de 2003, el CESI recomendó incluir entre las actividades de fortalecimiento institucional de las entidades territoriales financiadas, el desarrollo e implementación de normas, manuales, y guías de adecuación socio-cultural y ambiental para mejorar la atención y el acceso a los servicios de salud de población indígenas y afro descendientes en el marco del SGSSS (véase pár. 4.9).

Beneficios:

Con estos esfuerzos se espera, en el mediano plazo, llegar a una reducción sustancial del déficit operacional y acumulado, así como a un avance en la universalización del aseguramiento en salud. Este conjunto de reformas es complementado con otras operaciones del Banco en ejecución y preparación.

Sin las intervenciones previstas en el presente programa, se calcula que el déficit operacional anual oscilaría entre los \$221 mil millones de pesos colombianos (alrededor de US\$73 millones) en el 2003 hasta llegar a \$371 mil millones en el 2009 (alrededor de US\$123 millones). Los esfuerzos propuestos en este programa se reflejarán en el mediano plazo en una reducción sustancial del déficit operacional de los hospitales públicos. Considerando los ahorros fiscales que se lograrían en el período 2004-2006 se calcula que la tasa interna de rendimiento financiero (TIR) del programa es del 15%. Si se consideran los ahorros fiscales del período 2004-2010 el TIR del programa sería del 28%. El período de recuperación de la inversión en indemnizaciones se estima en dos años y tres meses para todo el programa.

En cuanto al impacto social, se espera que el programa aumente la equidad en el acceso a los servicios de salud, mejorando la eficiencia y la calidad de los servicios prestados a las poblaciones más pobres y rurales, dependientes de las instituciones públicas, y el avance en la universalización del aseguramiento en salud (véase pár. 4.6).

Riesgos:

Existe un riesgo general relacionado con la voluntad política del gobierno de continuar con el proceso de reformas. En cuanto a los riesgos específicos, se destacan: (i) el riesgo de que después del proceso de racionalización operado como parte del programa, las plantas de personal de las IPS vuelvan a inflarse; (ii) la posibilidad que acciones de racionalización de la oferta pública en establecimientos de salud y modificaciones a las plantas de personal puedan generar un riesgo político al programa; y (iii) factores externos, como la crisis fiscal y financiera de las entidades territoriales, representan un importante riesgo a la viabilidad de los hospitales públicos. Se mitiga el riesgo (i) a través de los incentivos de los convenios de desempeño, así como por las evaluaciones anuales de los avances en el cumplimiento y la cláusula de no recontractación de personal retirado. Con respecto al (ii), se mitigará a través de acciones de readaptación laboral e indemnizaciones financiados como parte del programa. El riesgo (iii) se mitigará a través de la inserción del presente programa dentro del proceso de ajuste fiscal de los departamentos (véase pár. 4.10 a 4.12).

Condiciones contractuales especiales:	La selección y contratación de los directores técnicos y administrativo-financiero de la UCP (véase pár. 3.15) y la entrada en vigencia del Reglamento Operativo (véase pár. 3.16) son condiciones previas al primer desembolso.
Clasificación de la equidad social y de la pobreza:	Esta operación califica como un proyecto que promueve la equidad social, como se describe en los objetivos clave para la actividad del Banco contenidos en el informe sobre el Octavo Aumento General de Recursos (documento AB-1704). También esta operación califica como un proyecto orientado a la reducción de la pobreza (PTI) (véase par. 4.7). El prestatario utilizará el 10% del financiamiento adicional (véase par. 4.8).
Excepciones a las políticas del Banco:	Se solicita un fondo rotatorio hasta un límite del 10% del monto del préstamo (ver pár.3.21) según OA-345.
Adquisiciones:	<p>Los montos límite sobre los cuales las adquisiciones de este proyecto se realizarán por licitación pública internacional son US\$350.000 para bienes y US\$200.000 para servicios de consultoría. Las licitaciones por debajo de estos montos límite se realizarán de acuerdo con la legislación nacional (véase pár. 3.17 a 3.20).</p> <p>Para las adquisiciones de servicios de consultoría por debajo del monto límite de US\$200.000, las licitaciones se realizarán de conformidad con los procedimientos de adquisiciones del Banco, que en tal caso permiten la publicación de los avisos de convocatoria sólo a nivel nacional, y permiten al Ejecutor excluir el proceso formal de precalificación para establecer la lista corta de firmas calificadas que serán invitadas a presentar propuestas. El Plan de Adquisiciones se adjunta como Anexo 2.</p>

I. MARCO DE REFERENCIA

A. Marco socioeconómico

- 1.1 Desde la segunda mitad de los noventa, la economía colombiana mostró una significativa pérdida de dinamismo. Luego de una breve burbuja de crecimiento durante 1998, en el primer trimestre de 1999 se inició la mayor crisis económica de los últimos 70 años. Durante 1999 y el 2000 el país enfrentó simultáneamente una caída del PIB, una crisis del sistema financiero y de deudores del sistema hipotecario, una crisis fiscal de los gobiernos territoriales junto con la manifestación de pasivos contingentes (pensiones y garantías concesionales de infraestructura) y un desbalance creciente en las finanzas públicas del gobierno central. Toda esta problemática ocurrió en el contexto de un limitado acceso a recursos de financiamiento externo y aumento en la actividad de los grupos violentos.
- 1.2 Estos hechos forzaron a un ajuste económico en los hogares y las empresas para adecuarse a la nueva situación de sus pasivos y activos. Para el 2001 el desbalance privado básicamente había desaparecido, el sector financiero había superado la crisis y se estaba implantando un programa de saneamiento a las finanzas territoriales. El actual gobierno, al asumir en agosto del 2002, enfrentó los efectos económicos y sociales del estancamiento prolongado y el desbalance fiscal. En respuesta a estos desafíos, el gobierno ha emprendido reformas estructurales tendientes a controlar el déficit y dinamizar la economía. Estas políticas han empezado a tener un impacto favorable sobre la economía colombiana, mostrando señales de reactivación productiva. Aunque en 2002 la tasa de crecimiento no superó el 1,6% (ligeramente mayor que en 2001), para 2003 la economía colombiana parece presentar perspectivas de crecimiento entre 2,5% y 3%, mayor que la programada del 2%².
- 1.3 El acuerdo *Acuerdo Stand-By* (ASB) con el FMI sirve de marco de la política macroeconómica para este año y el siguiente. El ASB por US\$2.200 millones fue aprobado en enero de 2003. El programa asume una tasa de crecimiento de 2% para 2003 y 3,3% para el 2004. Las metas con respecto a la inflación, el déficit en cuenta corriente y el déficit fiscal se presentan en el Cuadro I-1.

Cuadro I-1. Metas del ASB

	2002	2003	2004
Cambio porcentual anual			
PIB real	1.6	2.0	3.3
Inflación	6.0	5.5	4.0
Como porcentaje del PIB			
Déficit en cuenta corriente	-1.7	-0.8	-1.6
Déficit del sector público consolidado	-4.0	-2.5	-2.1

Fuente: FMI

² La confianza de los mercados internacionales ha mejorado durante el 2003 y las perspectivas son optimistas. EL EMBI+ ha descendido de 1,100 puntos básicos en septiembre de 2002 a un rango que fluctúa entre 450-500 puntos básicos en el segundo trimestre, mejorando la posición de Colombia con respecto a otros mercados emergentes.

- 1.4 El principal desafío para el gobierno durante 2004 continúa siendo el control de la situación fiscal. El presupuesto para el 2004 presenta un déficit equivalente al 2,5% del PIB, el cual excede la meta del 2,1%, acordada con el FMI. Con los resultados del Referendo la situación fiscal se puede complicar aún más. Para mitigar esta situación el gobierno está planteando enviar al Congreso un paquete de medidas que permitan incrementar los ingresos fiscales (incremento del IVA, establecimiento de un impuesto temporal al patrimonio, impuesto a las pensiones, entre otros).
- 1.5 Vinculado al tema del déficit está el de su financiamiento. De acuerdo al Programa Financiero para el 2004 el gobierno central requiere financiar US\$9.100 millones (11,7% del PIB). Se estima que la mitad de este financiamiento es para cubrir amortización de la deuda y la otra para financiar el déficit del gobierno central. Se espera que la principal fuente de financiamiento sean, como en el 2003, los recursos de las entidades multilaterales.
- 1.6 El aumento del gasto social durante la década de los noventa evidenció un esfuerzo del país por asegurar el financiamiento estable de los sectores sociales, especialmente en salud y educación³. Sin embargo, aunque hubo mayores recursos destinados, no se produjeron las ganancias esperadas en términos de eficiencia del gasto social. Entre 1997 y 2001 la población por debajo de la línea de pobreza se incrementó, al igual que aquella en pobreza extrema. Esta situación ha conducido al actual gobierno a profundizar los esfuerzos para mejorar la eficiencia en la entrega de los servicios.

B. El sector salud en Colombia

1. Los problemas de salud

- 1.7 Colombia ha experimentado cambios demográficos y epidemiológicos importantes en las últimas dos décadas, tales como el envejecimiento de la población, el descenso de la fecundidad, la rápida urbanización, la persistencia de las enfermedades transmisibles y el auge de las no transmisibles. La esperanza de vida al nacer aumentó a 70,6 años en 2000, la fecundidad bajó a 2,8 hijos por mujer y la población urbana representa 71% de la población total.
- 1.8 Las cifras disponibles muestran dos tendencias contrapuestas en el campo de salud. La mortalidad materna e infantil han caído sustancialmente: la primera de 120⁴ muertes por cien mil nacimientos en 1995 a 91,7⁵ en 1999 y la segunda de 26 muertes por mil nacimientos vivos en el período 1985-1990 a 21 en el período

³ Entre 1991 y 1999 el gasto público social ascendió de 8% a 13%.

⁴ Maternal mortality in 1995: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA - WHO/RHR/01.9. [Mortalidad materna en 1995: estimados desarrollados por OMS, UNICEF, UNFPA, OMS/RHR/01.9].

⁵ Pan American Health Organization Report from Ministry of Health transmitted to Special Program for Health Analysis (SHA) by PAHO/WHO Country Representative. [Informe de la Organización Panamericana de la Salud del Ministerio de Salud transmitido al Programa Especial para Análisis de Salud (SHA) por el Representante de País de la OPS/OMS].

1995-2000⁶. Por otro lado, las coberturas de vacunación han disminuido entre 1996 y 1999, aunque han mostrado una recuperación durante el 2000 y 2001. La caída en las tasas de vacunación ha coincidido con la aparición de enfermedades que son objeto de control, en particular sarampión y tos ferina. Esta tendencia está asociada a problemas de diferente índole, entre los que se destacan los problemas de financiación del PAI⁷.

- 1.9 En cuanto a enfermedades transmisibles, la malaria y el dengue siguen siendo problemas importantes en la salud pública. Asimismo, las enfermedades de transmisión sexual tienden a la reducción, aunque sus incidencias aún se encuentran por encima de los promedios mundiales. La hepatitis B y la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) han venido aumentando sustancialmente, sobre todo entre las mujeres. Esta tendencia refleja un incremento en la transmisión heterosexual e implica un mayor riesgo de transmisión vertical o perinatal.
- 1.10 El análisis de las causas de muerte muestra que las enfermedades del sistema circulatorio ocupan el primer lugar (125,6 por 100.000). El segundo lugar lo ocupan las causas externas (105,1 por 100.000), producto de la violencia que afecta a la sociedad en su conjunto, seguidas por las neoplasias malignas (62,1 por 100.000) y las enfermedades transmisibles (30,0 por 100.000).

2. La reforma del sector salud

- 1.11 La reforma de la salud en Colombia ha sido uno de los esfuerzos más ambiciosos de reestructuración de un sector social en América Latina. El proceso de implementación de la reforma empezó con la aprobación de la Ley 100 de 1993, que representa el principal marco legal del proceso de reforma del sector salud. La reforma buscaba responder a una situación de baja cobertura, baja calidad, ineficiencia e inequidad, generada por un sector segmentado en tres niveles distintos: (i) el sistema estrictamente privado, que ofrecía servicios de mejor calidad a la pequeña proporción de la población con mayor nivel de ingreso; (ii) el sistema de la seguridad social, que cubría a los empleados del sector formal (cerca de 20% de la población) a través de los servicios propios del Instituto de Seguro Social (ISS) y otras entidades; y (iii) el sistema público, financiado por recursos fiscales, que ofrecía servicios (en general de baja calidad) a la población de bajos ingresos y/o no cubierta por la seguridad social a través de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) del Ministerio de Salud⁸.
- 1.12 Frente a ese entorno, la reforma definió tres objetivos principales: (i) alcanzar una cobertura de aseguramiento en salud a toda la población; (ii) aumentar el costo-

⁶ Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2000.

⁷ Tanto el Programa de Reforma Social (1380/OC-CO), ya desembolsado, como el Programa de Emergencia Social (1455/OC-CO), actualmente en ejecución, incluyen medidas de la protección del gasto para la vacunación y metas para mejorar la cobertura.

⁸ En febrero de 2003 se creó el Ministerio de la Protección Social (MPS), que fusiona la cartera de los antiguos Ministerios de Salud y de Trabajo.

eficiencia en el uso de los recursos; y (iii) mejorar la calidad de la atención. Estos objetivos iban a ser alcanzados a través de una estrategia de aseguramiento obligatorio y solidario integrada a un proceso de descentralización de la prestación de los servicios de salud y de transformación de la estructura de financiamiento y gestión de los hospitales públicos.

a) Aseguramiento

- 1.13 El sistema de aseguramiento en salud de Colombia se establece a través de la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), definido por la Ley 100 de 1993. El SGSSS se sustenta sobre el aseguramiento obligatorio de la población en dos regímenes diferentes: el *régimen contributivo* y el *régimen subsidiado*.
- 1.14 El **régimen contributivo** está diseñado para cubrir a los asalariados con uno o más salarios mínimos y a los trabajadores independientes con más de dos salarios mínimos de ingreso con un Plan Obligatorio de Salud (POS). Este sistema es financiado sólo con las contribuciones obrero-patronales del 12% sobre el salario, de las cuales el trabajador aporta un tercio y el empleador dos tercios. Los trabajadores y sus familias se aseguran a través de instituciones llamadas Entidades Promotoras de Salud (EPS)⁹.
- 1.15 Además, el **régimen subsidiado** incorpora a las personas sin recursos suficientes para cubrir el monto de la cotización al régimen contributivo¹⁰. El régimen subsidiado tiene varias fuentes de recursos, como la transferencia de 1% de la contribución hecha por los trabajadores del régimen contributivo al Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSyGA), las transferencias de la Nación a las entidades territoriales a través del Sistema General de Participaciones (SGP)¹¹, y los recursos propios que puedan aportar los departamentos o municipios¹². Para el manejo de los subsidios se crearon las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS).
- 1.16 La reforma estableció una estrategia de “competencia regulada” (*managed competition*) basada en dos mercados competitivos: el del aseguramiento y el de la provisión de servicios de salud. En el primer mercado, las personas aseguradas por el SGSSS tienen el derecho de elegir cualquier asegurador, público o privado,

⁹ La reforma convierte el ISS en una EPS y en IPS.

¹⁰ Son elegibles al régimen subsidiado aquellas personas clasificadas en los estratos más pobres, niveles I y II del Sistema de Selección de Beneficiarios (SISBEN).

¹¹ El SGP representa la parte de los Ingresos Corrientes (el conjunto de los recursos de los impuestos del IVA, renta y comercio exterior) que la Nación gira a los departamentos y municipios para financiar la salud y educación.

¹² Los recursos para financiar el FOSyGA incluyen, entre otros: (i) un punto de la cotización de solidaridad del régimen contributivo; (ii) 5% a 10% de los recursos de las Cajas de Compensación; (iii) aporte del Estado (mínimo de 25% de lo recaudado en (i)); (iv) los rendimientos financieros generados por la inversión de los recursos del Fondo; (v) porcentaje de las remesas de explotación de los pozos de petróleo de Cuisiana y Cupiagua; y (vi) impuesto a las armas y municiones, entre otros. Además de su uso como fondo de aseguramiento en salud (contributivo y subsidiado), el FOSyGA también financia atención de enfermedades catastróficas y accidentes de tránsito y programas de promoción y prevención.

haciendo que esas administradoras de salud en el régimen contributivo — EPS en el régimen contributivo y ARS en el régimen subsidiado — compitan por afiliados en función de la calidad de los servicios que puedan ofrecer. Las aseguradoras reciben un valor por persona afiliada (UPC), fijado y transferido por el Gobierno, a cambio de la garantía de prestación de un paquete obligatorio de servicios de salud a los afiliados (POS.) En el segundo mercado, los proveedores de servicios de salud compiten a través de la venta de servicios a las aseguradoras, que a su vez actúan como compradores de servicios de salud en representación de sus afiliados, seleccionando y negociando entre los proveedores, públicos o privados, la mejor combinación precio-calidad posible.

- 1.17 El Estado cumple el papel de regulador y director del sistema y establece las reglas básicas de funcionamiento. La reforma planteaba el aseguramiento del 100% de la población para el año 2001, estableciendo que mientras se lograba la cobertura total la población pobre no asegurada sería atendida prioritariamente por los hospitales públicos. El aumento de la cobertura de aseguramiento ha sido el principal logro de la reforma (Cuadro I-2). Entre 1992 y 2001, el sistema presentó una expansión notable, pasando de 8,9 millones a 24 millones de afiliados.

Cuadro I-2 Cobertura del aseguramiento en salud 1992-2001

Población	1992 ^{1/}	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Total ^{2/}	32.113.615	38.541.631	39.295.798	40.064.093	40.772.994	41.539.011	42.299.301	43.035.394
Afiliada Rég. subsidiado ^{3/}	0	4.800.916	5.981.774	7.026.690	8.527.061	9.325.832	9.510.560	11.062.708
Afiliada Rég. contributivo ^{4/ 5/}	8.964.816	n.d.	13.728.297	14.969.278	11.860.174	13.003.597	13.063.046	13.077.930
Por afiliar	23.148.799	n.d.	19.585.727	18.068.125	20.385.759	19.209.582	19.725.695	18.630.280
Cobertura faltante ^{4/} (%)	72,00	n.d.	49,80	45,10	50,00	46,00	47,00	48,00
Cobertura (%)	28,00	n.d.	50,20	54,90	50,00	54,00	53,00	52,00
Cobertura quintil 1 (%)	4,20	n.d.	n.d.	43,10 ^{6/}	n.d.	n.d.	35,02 ^{7/}	n.d.
Cobertura quintil 5 (%)	55,40	n.d.	n.d.	78,70 ^{6/}	n.d.	n.d.	74,75 ^{7/}	n.d.

n.d. No disponible.

1/ Fuente: Vélez C.E. "Gasto social y desigualdad". DNP- Misión Social, p. 164.

2/ Fuente: Dane.

3/ Fuente: Ministerio de Salud.

4/ No se incluye la población afiliada a los regímenes excepcionales (Fuerzas Armadas, docentes, universidades, Ecopetrol y otros excepcionados).

5/ Fuente: Ministerio de Salud.

6/ Fuente: ECV-1997. Cálculos DNP-DDS-SS.

7/ Fuente: EH-107-2000. Cálculos DNP-DDS-S

- 1.18 La ampliación de los beneficios al grupo familiar y el acceso al régimen subsidiado fueron los factores determinantes del incremento en la afiliación. Los avances más significativos se dieron en términos de equidad: el 20% más pobre de la población amplió su cobertura de 4,2% al 43,1%. Después del 1998, el nivel de cobertura disminuyó como resultado de varios factores, entre otros: (i) la caída en el número de afiliados cotizantes por efecto de la crisis económica, y del recaudo del régimen

contributivo que a su vez afectó los recursos de solidaridad del régimen subsidiado; (ii) la imposibilidad de incluir en el Presupuesto General de la Nación la totalidad de los recursos disponibles en la subcuenta de solidaridad del FOSyGA por restricciones fiscales asociadas a la recesión económica; (iii) la transformación, aún insuficiente, de los subsidios de oferta a demanda, ocasionada, en parte, por un gasto hospitalario creciente e ineficiente; y (iv) la evasión y elusión de aportes al sistema.

- 1.19 Sin embargo, la existencia de más de 18 millones de colombianos no asegurados, la mitad de los cuales son pobres, ha generado una extraordinaria presión sobre los hospitales públicos, que tienen el mandato de proveer atención a la salud de aquellas personas pobres no afiliadas al SGSSS.

b) Descentralización

- 1.20 El proceso de descentralización y transferencia de recursos y competencias de la Nación hacia los municipios y departamentos se inició, primero con el Decreto Ley 77 de 1987, la Ley 10 de 1990, la Constitución de 1991 y posteriormente se concreta con la Ley 60 de 1993 (Ley de Descentralización de Recursos y Funciones), modificada por la Ley 715 de 2001. El proceso de descentralización ha permitido que las entidades territoriales asuman en mayor grado el manejo de la salud pública y la asignación de los subsidios a la población pobre. En particular, la Ley 60 de 1993 asignó como competencia básica a los departamentos, el financiamiento y la garantía de la prestación de servicios de salud de segundo y tercer nivel, y a los municipios la de primer nivel. Las funciones de dirección y regulación a nivel nacional están asignadas al Ministerio de Salud y al Consejo Nacional de Seguridad Social (Ley 100 de 1993).
- 1.21 En el ámbito territorial los servicios de salud se financian con una parte de los recursos de las transferencias de la Nación a los territorios, conocido como el Sistema General de Participaciones (SGP), y las rentas cedidas – los recaudos de impuestos que realizan directamente los departamentos y que tienen destinación específica para salud, tales como los impuestos a las loterías, los licores y las cervezas.
- 1.22 El proceso de descentralización ha producido un incremento significativo del gasto público en salud, permitiendo que el gasto agregado de la Nación, los municipios, y los departamentos pasara entre 1987 y 2001 desde 1,1% del PIB al 5%. Con estos recursos adicionales las entidades territoriales financiaron la extensión de la oferta de servicios de salud en el ámbito municipal y departamental en manera arbitraria y duplicativa por creación o ampliación de instituciones o servicios que no contemplaban los requerimientos de la demanda y la capacidad instalada tanto pública como privada.
- 1.23 Un estudio adelantado por el Ministerio de Salud¹³ muestra que los empleados en sector salud crecieron de 86.000 en 1994 a 105.235 en 1997, un incremento

¹³ Censo del Recurso Humano y la Dinámica Salarial entre 1994-1998.

relativo de empleo del 21%. Discriminando por profesionales, entre el personal asistencial la mayor tasa de empleo la tuvieron los odontólogos, con 52%, y luego los médicos, con el 47%. Asimismo, el personal administrativo auxiliar creció en un 73%, lo cual significa que los incrementos de planta administrativa fueron superiores a los de planta asistencial.

c) Los hospitales públicos

- 1.24 De acuerdo con la encuesta de hogares del 2000 (EH – 2000)¹⁴, los hospitales públicos atienden dos terceras partes del total de hospitalizaciones en el país. Por lo tanto, la calidad de los servicios y la eficiencia en el gasto de estos hospitales son fundamentales para el sector salud. De acuerdo al uso de recursos humanos y tecnológicos, los hospitales públicos se reparten en tres niveles de atención: (i) el primer nivel correspondiente a los hospitales locales que prestan atención básica; (ii) el segundo nivel incluye los hospitales locales o regionales que prestan atención especializadas; y (iii) el tercer nivel representa a las instituciones hospitalarias de referencia y de alta tecnología médica. El Cuadro I-3 presenta algunos indicadores claves de los hospitales públicos para nivel de atención.

Cuadro I-3. Indicadores de Hospitales Públicos (2002)

Nivel de Atención	Número de instituciones	Número de camas	Número de Egresos	Porcentaje de Ocupación
Nivel 3	24	5.894	339.466	86,07
Nivel 2 con 80 y más camas	35	4.077	316.230	75,06
Nivel 2 con menos de 80 camas	82	4.030	305.887	61,73
Nivel 2 Mentales	9	1.343	15.510	89,32
Nivel 1 con camas	550	14.753	509.302	24,54
Nivel 1 sin camas	220	n.a.	n.a	n.a
TOTAL	920	30.052	2.972.790	51,3

- 1.25 Como resultado del proceso de reforma, los hospitales públicos se han visto sometidos a un proceso de transformación de los mecanismos de financiamiento y gestión. Para tal efecto debieron convertirse en **Empresas Sociales del Estado (ESE)** (Ley 100 de 1993), que son entidades públicas descentralizadas, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, que deben sostenerse con la venta de sus servicios.
- 1.26 Esto ha implicado modificaciones en su sistema financiero. La creación de las ARS y de las EPS ha implicado la implantación de un sistema de compraventa de servicios con estas entidades, la cual debería producir mejoras en la productividad, la eficiencia y la calidad de los hospitales. El resultado es que los hospitales públicos reciben recursos para el funcionamiento por tres vías: (i) mediante transferencias o subsidios a la oferta en la forma tradicional; (ii) mediante contratos entre los fondos seccionales y locales por la atención a vinculados en proporción a

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

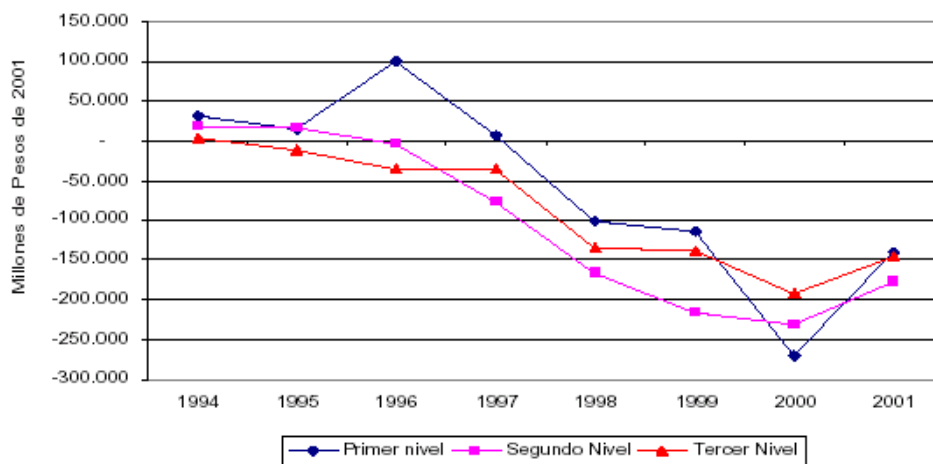
la facturación; y (iii) mediante contratos con las ARS y otros pagadores del sistema por venta de servicios.

- 1.27 La transformación ha creado un importante reto para los hospitales públicos. Desde el 1993, los hospitales públicos debieron operar como si fueran empresa privada, aprendiendo a mercadear, contratar y facturar. Entre los aspectos más relevantes de este proceso se destaca la conformación de juntas directivas con participación igualitaria entre los sectores político-administrativo, técnico-científico y comunitario, que junto con la designación de “gerentes” con nombramiento de período fijo, sujeto al cumplimiento de requisitos de formación y experiencia, pretendía darle autonomía y mayor nivel técnico a los procesos de decisiones en las empresas. Desde el punto de vista funcional las instituciones se vieron obligadas a implementar o mejorar procesos gerenciales, administrativos y financieros, muchos de ellos inexistentes antes de la reforma.

3. La crisis de los hospitales públicos

- 1.28 No obstante este marco legal, la mayoría de los hospitales públicos no han podido alcanzar un nivel adecuado de autofinanciación. Considerando que sus ingresos no han seguido creciendo debido al estancamiento en la expansión del aseguramiento y que los costos han venido aumentando debido a problemas estructurales y de gestión internos de los hospitales, la Nación ha tenido que transferir recursos desde el FOSyGA y otras fuentes para cubrir el déficit de los hospitales públicos.
- 1.29 Desde el punto de vista financiero, los hospitales de tercer y segundo nivel comienzan a arrojar déficit a partir de los años 1995 y 1996 respectivamente, mientras que el déficit de los hospitales de primer nivel empieza a crecer a partir de 1997, superando el déficit de los hospitales de segundo y tercer nivel en el año 2000 (Gráfico I-1).

Gráfico I-1. Comportamiento del déficit operativo anual de los hospitales públicos



- 1.30 Según datos reportados por el Ministerio de Salud, los hospitales tenían acumulado a 31 de mayo de 2001 deudas por 1.015.074 millones de pesos (US\$352 millones).

Este incremento en el pasivo de los hospitales públicos no sólo afecta la viabilidad financiera de las propias instituciones, sino que además ha limitado la transformación de los subsidios y el aumento en las coberturas del régimen subsidiado, a la vez que se ha constituido en el principal factor causante del déficit acumulado por el sector público no financiero territorial¹⁵. Dado que la mano de obra representa en promedio el 66% de los costos recurrentes de un hospital de segundo o tercer nivel, no sorprende que el principal pasivo que los hospitales han acumulado corresponde a las obligaciones laborales (alrededor del 51% del total) —deudas por el no pago de salarios y beneficios laborales— a las cuales se adicionan las deudas por el no pago de pensiones y cesantías. Las restantes deudas correspondían a deuda con proveedores (26%), deudas financieras (7%) y el 16% restante está clasificada como otro tipo de deuda¹⁶.

- 1.31 Hacia el futuro, en la ausencia del programa propuesta de reestructuración, los desequilibrios financieros evidenciados por los hospitales públicos serían crecientes. Se estima que si se mantienen las condiciones actuales de operación, al finalizar el 2006, el déficit acumulado en el cuatrienio 2002-2006 alcanzaría a US\$750 millones equivalentes al 0,62% del PIB de ese año¹⁷ (véase pár. 4.5).
- 1.32 Las explicaciones de este fenómeno son múltiples. Entre los **problemas estructurales internos a los hospitales** se destacan: (i) estructura de administración y prestación de servicios de salud sobredimensionada en sus recursos físicos y humanos frente a la demanda real de los mismos; y (ii) los elevados costos de producción asociados cargos “ociosos” y las altas cargas salariales y prestacionales. Estos problemas surgieron principalmente durante los primeros años de implementación de la reforma cuando las entidades territoriales financiaron la extensión de la oferta de servicios de salud en el ámbito municipal y departamental en manera duplicativa y autorizando aumento salariales mayor del promedio del sector público (véase pár. 1.22-1.23).
- 1.33 Adicionalmente a estos aspectos, existen **factores internos relacionados a la gestión de los hospitales**: (i) inadecuada implementación de procesos gerenciales de planeación, organización, control y toma de decisiones empresariales; (ii) inadecuada gestión de los procesos de contratación de venta de servicios y bajo nivel de facturación; y (iii) inadecuada implementación de sistemas de información financiera y gerencial. Estos factores nacen de la incapacidad de la mayoría de hospitales públicos de acompañar la transformación jurídica en ESE con un adecuado proceso de ajuste gerencial y funcional.

¹⁵ De acuerdo al Banco de la República, “el déficit que acumuló el sector público no financiero territorial en el 2001, se explica en gran medida por el resultado de las entidades descentralizadas, que presentaron los mayores niveles de gasto, especialmente las de carácter departamental. En conjunto este nivel de la administración presentó un déficit de \$656,5 mil millones”. Las instituciones hospitalarias públicas tuvieron el mayor déficit que representa alrededor del 90% del déficit territorial. Banco de la República. Subgerencia de Estudios Económicos – Dirección de Finanzas Públicas, junio de 2002.

¹⁶ Documento Conpes 3204. Departamento Nacional de Planeación, pág. 12.

¹⁷ Op cit. Pág 15.

- 1.34 También existen **factores externos a los hospitales** que han afectado la posibilidad de autosostenibilidad de los hospitales públicos: (i) el régimen laboral requiere pagos para la separación de personal que superan la capacidad financiera de los hospitales públicos; (ii) el costo del recurso humano de los hospitales públicos es superior por lo menos en un 36% al costo del régimen privado; (iii) la persistencia de población pobre no asegurada que demanda de servicios de salud en la red pública; (iv) el bajo nivel de desarrollo de las direcciones territoriales de salud, y la reducida capacidad para dirigir, organizar, vigilar y controlar el comportamiento de sus actores; (v) el régimen de incentivos políticos y financieros existentes que incide en la forma de asignación de los recursos para la atención de la población pobre no asegurada, la ausencia de mecanismos de rendición de cuentas y la captura política que afecta la gestión de las instituciones y (vi) el deficiente desarrollo del sistema de información del SGSSS.
- 1.35 De esta manera, la crisis hospitalaria es insostenible tanto financiera como socialmente. Las acumulaciones de pasivos están generando la suspensión de servicios de salud por carencia de insumos y materiales esenciales. Esta situación es particularmente grave por la importancia que los hospitales públicos tienen para el sistema de salud colombiano, en particular por su papel en la atención a la salud de las poblaciones pobres sin afiliación al SGSSS o pertenecientes al régimen subsidiado, dado que ofrecen cobertura en áreas remotas en donde la presencia de otros proveedores no existe.

C. Estrategia del país en el sector salud

- 1.36 Para resolver algunos de los principales problemas conceptuales y normativos enfrentados por el proceso de reforma, el Gobierno de Colombia sometió y aprobó en el Congreso en diciembre del 2001 la Ley 715 que reformula la Ley 60 de 1993. Esta ley: (i) define una clara separación de competencias entre departamentos y municipios; (ii) independiza el financiamiento de la salud de los demás recursos municipales; (iii) flexibiliza la definición de las estrategias de salud, permitiéndoles que se adapten a las distintas realidades territoriales; y (iv) define al departamento como el nivel de gobierno responsable de la organización, dirección, coordinación y administración de la red pública de servicios de salud. Con el claro objetivo de acabar con las duplicidades en la provisión de servicios de salud, la nueva ley no permite a ningún municipio aceptar la responsabilidad sobre nuevos servicios ni ampliar aquellos ya existentes, y obliga, además, su articulación con la red departamental.
- 1.37 En el Plan Nacional de Desarrollo para el 2003-2006 (Ley 812 de 2003), el Gobierno se ha comprometido a la extensión del aseguramiento en salud a 5 millones de nuevos afiliados antes del 2006, lo que representará 28% de la población no asegurada en el 2003. Esta extensión será apoyada a través de los logros esperados del presente programa, así como otras reformas que han sido apoyadas a través de distintos programas sectoriales de reforma (1480/OC-CO, 1380/OC-CO).

- 1.38 El Plan Nacional de Desarrollo también enfatiza la necesidad de lograr la reestructuración operativa de los hospitales públicos, mejorar el nivel de calidad y capacidad resolutive en el nivel de menor complejidad, y de implementar mecanismos que integren los servicios de atención primaria, ambulatoria y hospitalaria de las redes públicas. Al respecto se plantea implementar: (i) un modelo de atención en el cual se establezcan redes de servicios a nivel departamental; y (ii) que la Nación y las entidades territoriales deberán concurrir, bajo la modalidad de créditos condonables, en el financiamiento del proceso de ajuste y reestructuración de los hospitales públicos mediante convenios de desempeño con las entidades territoriales y las instituciones hospitalarias¹⁸.
- 1.39 En desarrollo de lo establecido, el Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES) expidió en noviembre de 2002 el documento CONPES 3204, por medio del cual se establecen los lineamientos de la política de prestación de servicios para el SGSSS y la prioridad del proceso de modernización de los hospitales públicos en la asignación de recursos del presupuesto general de la Nación, que contribuya: (i) a disminuir el impacto negativo del gasto hospitalario en el déficit fiscal territorial; (ii) a mejorar el desempeño de los hospitales públicos dentro del mercado en condiciones de eficiencia, eficacia y calidad; y (iii) a favorecer la ampliación progresiva de la cobertura de aseguramiento en salud de la población pobre del país.

D. Estrategias del Banco

1. Estrategia del Banco con el País

- 1.40 La *Estrategia del Banco con el País* (EBP) (GN-2267-1) establece tres áreas fundamentales sobre las cuales se definen las acciones del Banco para el período 2003-2006: (i) sentar las bases para reactivar y dinamizar la economía; (ii) promover el desarrollo social y asegurar la protección de los más vulnerables, y (iii) mejorar la gobernabilidad del país y apoyar el proceso de reforma del Estado. Adicionalmente, la EBP identifica dos restricciones de importancia: la dinámica del déficit fiscal y el escalamiento del conflicto. Específicamente, el desbalance fiscal es una restricción que debe resolverse en el corto plazo para asegurar la viabilidad de cualquier estrategia de desarrollo.
- 1.41 En términos de las áreas fundamentales de la EBP, la operación contribuirá principalmente al objetivo (ii). Primero, mediante el apoyo a la transición de los subsidios de la oferta a los subsidios a la demanda que permitan extender la cobertura de aseguramiento en salud a través del régimen subsidiado entre la población de mayor pobreza. Segundo, con el avance del ajuste de los hospitales públicos, se contribuirá a una provisión de servicios sociales financieramente sostenible, más eficaz en cubrir las necesidades de la población y más eficiente en

¹⁸ El artículo 54, párrafo tercero de la Ley 715 de 2001, establece que la Nación podrá otorgar préstamos condonables a las entidades territoriales con el fin de adelantar el programa de ajuste de los hospitales públicos.

el uso de los recursos. La protección de la inversión en el capital humano, a través del mejoramiento de las condiciones de salud, eleva el crecimiento potencial de la economía, apoyando al objetivo (i). Asimismo, el proceso de reorganización, rediseño y modernización de las instituciones prestadoras de servicios de salud promovería la eficiencia del Estado y mejoraría la gobernabilidad, apoyando al objetivo (iii).

- 1.42 Debe destacarse también que dentro de la EBP se establecen indicadores y metas que están directamente relacionados con la operación propuesta. Específicamente, en el área prioritaria *Promover el desarrollo social y asegurar la protección de los mas vulnerables*, se establece: (i) aumentar el número de redes de hospitales financieramente viables y con eficiente servicio de 21 en el año 2002 a 54 en el año 2005; (ii) aumentar la cobertura del régimen subsidiado en 44,2%, pasando de 11,3 millones en el 2001 a 16,3 millones en el 2006, y (iii) disminuir la tasa de mortalidad de menores de 5 años de un 23 por mil en el 2000 a un 18 por mil en el 2006.

2. Estrategia del Banco en el sector social

- 1.43 La *Estrategia de Desarrollo Social del Banco* (EDS) (GN-2241-1) propone cuatro áreas de acción para ayudar a los países a acelerar el progreso social: (i) orientar las reformas en salud, educación y vivienda a las necesidades específicas de la población; (ii) realizar un programa de desarrollo humano que abarque el ciclo de vida; (iii) promover la inclusión social y prevenir los males sociales; y (iv) proveer servicios integrados, con focalización territorial.
- 1.44 Esta operación contribuirá principalmente al primer objetivo de la EDS apoyando el proceso de reforma en salud que tiene como objetivos extender la cobertura del aseguramiento en salud y promover la eficiencia de los recursos públicos asignados en salud.

E. Experiencia del Banco y lecciones aprendidas

- 1.45 Los proyectos financiados por el Banco, “Mejoramiento de Servicios de Salud” (716/OC-CO) y “Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud” (910/OC-CO), han tenido un importante papel en ajustar los instrumentos y políticas de implementación de la reforma del sector, y este programa es el resultado directo de la experiencia alcanzada en éstos dos préstamos.
- 1.46 El “Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud”, cuya principal población objetivo eran los hospitales públicos de mediana y alta complejidad, en su propuesta inicial, estaba dirigido a modificar las condiciones de gestión de las instituciones objetivo, y no las estructurales. El “Programa de Apoyo a la Reforma” ya planteaba entre sus lineamientos principales de acción, la necesidad de adelantar un proceso integral de apoyo y transformación institucional de los hospitales públicos, incluyendo reestructuraciones radicales de sus plantas de personal y de su estructura de producción de servicios, de manera que pudieran reducir ineficiencias operativas y brindar los servicios que requieren las

comunidades. Esas recomendaciones fundamentaron la definición de un proyecto piloto de reestructuración hospitalaria.

- 1.47 Asimismo, la presente operación está apoyada por medidas de política tomadas bajo préstamos sectoriales aprobados en años anteriores. Estas medidas incluyeron: (i) apoyo a la racionalización de las transferencias territoriales en salud (Ley 715); (ii) la extensión del régimen subsidiado; (iii) la implantación de un sistema de aseguramiento de la calidad; (iv) la reducción de tiempos administrativos en la transferencia de recursos en el SGSSS, particularmente en el régimen subsidiado; (v) la protección del gasto en salud pública; y (vi) la reestructuración del Instituto de Seguros Sociales, entre otros.
- 1.48 El “Programa de Reforma de Salud y Seguridad Social” (1480/OC-CO) merece especial atención porque establece las condiciones necesarias dentro del SGSSS para que los ajustes realizados bajo el presente programa sean sostenibles – continúa contribuyendo a la extensión del régimen subsidiado, elemento clave para reducir los subsidios a la oferta; establece pautas para los ahorros a realizarse a través del ajuste hospitalario al nivel nacional; y realiza reformas a otras instituciones y procesos del SGSSS que liberarían recursos para la extensión del aseguramiento. El programa incluye en su matriz de políticas condiciones dirigidas a apoyar este proceso en el tiempo. En particular, el primer tramo de la operación requiere presentar evidencia de la firma de convenios y de un plan de reestructuración de los hospitales públicos, y el segundo tramo de la operación requiere evidencia del cumplimiento de los convenios y del plan de reestructuración. Además, la operación impulsa el proceso de transformación de los subsidios a la oferta en subsidios a la demanda, requiriendo el cumplimiento de metas de extensión del aseguramiento del régimen subsidiado en salud y la implementación de normativas que definan la política de reducción del subsidio de la oferta por parte de las entidades territoriales. En este sentido, el “Programa de Reforma de Salud y Seguridad Social” refuerza la reestructuración a ser parcialmente financiada por el presente programa, alineando los incentivos para lograr una efectiva reorganización operativa de los hospitales públicos y asegurar que los recursos y ahorros producidos para el proceso de reorganización hospitalaria sean destinados a la extensión del aseguramiento del régimen subsidiado en salud.
- 1.49 También hay una cooperación técnica financiada por el Fondo Especial del Japón (ATN/JO-7650-CO), mediante la cual se apoya la preparación de esta operación, implementando algunas de las nuevas propuestas de modernización institucional y de gestión en redes con características heterogéneas. Este ejercicio ha servido también para validar los instrumentos que serán utilizados en la implementación de la presente operación.
- 1.50 Finalmente, hay una cooperación técnica financiada por el Fondo del Reino Unido para Consultores (ATN/KC-8497-CO), la cual brinda asistencia técnica al MPS para definir nuevos esquemas de participación público-privado en el financiamiento y gestión de los hospitales públicos.

1.51 El Cuadro I-4 resume el apoyo del Banco al sector salud en Colombia:

Cuadro I-4. Resumen del apoyo del Banco en el sector salud

Nombre	Actividades o condiciones	Resultados alcanzados	Lecciones aprendidas
Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud (716/OC-CO) <i>Terminado</i>	Mejoramiento de la gestión en los hospitales públicos pre-reforma y durante la reforma. Proyecto piloto de reorganización y fortalecimiento en la gestión de una muestra de hospitales públicos, cofinanciado con recursos de la Nación del Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud.	Contribución a la sostenibilidad hospitalaria a través de la transformación de los hospitales a ESE, la implantación en las mismas de procesos gerenciales y administrativos desconocidos antes de la reforma y apoyo al proceso de conversión de subsidios a la oferta a subsidios a la demanda. Significativa mejoría en la eficiencia de la producción de los servicios de salud en los hospitales intervenidos en el proyecto piloto.	Excepto en su proyecto piloto, el programa no modificó las condiciones estructurales de los hospitales públicos, lo cual afectó la posibilidad de éxito del programa en su diseño original.
Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud (910/OC-CO) <i>En ejecución</i>	Realización de estudios y acciones para contribuir al logro de los objetivos de la implantación del sistema de seguridad social en salud, en cuanto a cobertura universal, acceso equitativo, eficiencia de las instituciones y calidad de los servicios. Cofinanciación del Proyecto piloto de reorganización y fortalecimiento en la gestión de una muestra de hospitales públicos.	Los estudios financiados han enfocado temas claves en la reforma del sector y sus resultados han sido plasmados en la legislación del sector en cuanto a políticas, instituciones y recursos humanos. El programa también contribuyó al financiamiento del proyecto piloto de reorganización de hospitales, el cual arrojó una significativa mejoría en la eficiencia de la producción de los servicios de salud en los hospitales intervenidos.	La implantación del proyecto se ha visto afectada por los ritmos de avance de la reforma del sector, dado que está integralmente vinculado con la misma.
Programa de Reforma Fiscal Territorial (1265/OC-CO) <i>Terminado</i>	Modificación de las fórmulas de transferencias a las entidades territoriales para salud. Definición de competencias entre gobierno nacional y entidades territoriales en salud. Ordenamiento y saneamiento de parte del pasivo pensional territorial. Limitaciones duras puestas sobre transferencias fuera del SGP.	Controló el crecimiento de las transferencias. Estableció normativa base para definición de competencias. Sentó las bases para iniciar el saneamiento del pasivo territorial.	Aunque se avanzó sustancialmente en el saneamiento fiscal al nivel territorial, debido a los tiempos legislativos, el detalle de la normatividad que sustenta las reformas debe continuar desarrollándose en operaciones posteriores. Además el apoyo para la continuación de los procesos de ajuste posterior a las reformas de ley es clave.
Programa de Reforma Social (1380/OC-CO) <i>Terminado</i>	Extensión del régimen subsidiado. Regulación y avances en la aplicación de subsidios parciales al nivel territorial para el aseguramiento de trabajadores pobres con alguna capacidad de aporte. Gasto protegido y metas para la vacunación 2002.	Extensión del régimen subsidiado en 300.000 personas. Regulación aprobada, poco impacto sobre la extensión del aseguramiento. Gasto ejecutado según lo acordado, aumento en la tasa promedio de vacunación de enfermedades seleccionadas de 77% en 1999 a 82,6% en el 2002.	Un PBL puede contribuir al alcance de metas de cobertura en programas claves en salud. Una situación fiscal restringida al nivel territorial y el problema estructural de los hospitales no permitió extender el aseguramiento mas

Nombre	Actividades o condiciones	Resultados alcanzados	Lecciones aprendidas
			allá de la meta fijada por el programa.
Programa de Emergencia Social (1455/OC-CO) <i>En ejecución</i>	Gasto protegido y metas para la vacunación 2003. Regulación y metas para introducir un sistema de control de calidad en el SGSSS. Regulación y metas para reducir los tiempos de trámite entre ARS y proveedores en el régimen subsidiado.	Asignación y ejecución del gasto según lo acordado. Metas de cobertura a reportarse a finales del 2003. 23 IPS, EPS y ARS en proceso de acreditación bajo el nuevo sistema. Reducción en el tiempo del trámite desde el cobro al pago efectivo en el SGSSS de 167 a 110 días.	Las operaciones de emergencia son instrumentos efectivos para asegurar la continuidad de las reformas en marcha en el sector social durante períodos de restricción fiscal, incluyendo en el sector salud.
Programa de Reforma de Salud y Seguridad Social (1480/OC-CO) <i>En ejecución</i>	Plan de reestructuración de hospitales públicos para generar un ahorro promedio del 20% en las instituciones reestructuradas. Revisión del POS-UPC a fin de asegurar el equilibrio financiero. Reducción de los niveles de evasión y elusión en el SGSSS. Reestructuración del ISS a fin de implementar la Ley 100 plenamente. Implantación de un régimen de transparencia y competitividad entre las Cajas de Compensación Familiar.	Instrumentos diseñados y leyes relevantes aprobados; resultados de impacto a ser reportados al segundo tramo.	Recién aprobado (octubre 2003).

1. Lecciones aprendidas del proyecto piloto

- 1.52 El Gobierno de Colombia solicitó a fines de 1999 el apoyo del Banco para la recuperación de aquellas instituciones hospitalarias en situación más crítica. Aproximadamente US\$75 millones¹⁹ fueron asignados a un proyecto piloto de adecuación de la planta de personal, reorganización y asistencia técnica de 26 hospitales públicos de segundo y tercer nivel. Los resultados y lecciones aprendidas con este ejercicio sirvieron como elementos para la preparación de esta nueva operación.
- 1.53 Los fondos del Banco asignados al proyecto piloto fueron utilizados en su totalidad para el pago de indemnizaciones de personal con el objetivo de adecuar sus plantas a la demanda de servicios, disminuir costos y facilitar el equilibrio de ingresos y gastos. El proyecto piloto coordinó sus acciones con aquellas de mejoría de la capacidad gerencial de los hospitales que estaba llevando a cabo el “Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud”. Los resultados alcanzados fueron positivos: (i) se logró reducir la planta total de personal de los hospitales en aproximadamente 31%, suprimiéndose más cargos administrativos que asistenciales (46% y 24%, respectivamente); (ii) se redujo el volumen de camas subutilizadas; (iii) se

¹⁹ US\$30 millones originarios de la reorientación de dos créditos vigentes (716/OC-CO y 910/OC-CO), y el equivalente a US\$45 millones por parte del Gobierno de Colombia.

disminuyó el número de días de internación de los pacientes; y (iv) se pudo apreciar un incremento en el volumen de cirugías y consultas de urgencia, así como la disminución en actividades correspondientes a otros niveles de atención como partos normales y consulta externa. En general se pudo observar que los hospitales que han cumplido con los compromisos pactados en los convenios de desempeño, han estabilizado su funcionamiento en la prestación de servicios, han reducido la situación de crisis financiera y conflicto laboral, y han ajustado el gasto, dejándolo en un nivel sostenible, manteniendo o incrementando la producción y la calidad de los servicios²⁰. Entre el período de intervención y el 2002 se ha mantenido el equilibrio financiero en los hospitales que participaron en el piloto.

- 1.54 Asimismo, el piloto mostró la factibilidad política de realizar este tipo de reformas. Las reformas fueron bien recibidas por los empleados de las ESE, debido a que los salarios adeudados pudieron ser cancelados en su totalidad. Adicionalmente, para los trabajadores indemnizados las ESE desarrollaron acciones para facilitar su reinserción al mercado laboral. Además, al mejorar la productividad y la calidad de los servicios brindados, los niveles de satisfacción de los usuarios también aumentó.
- 1.55 Otra de las lecciones importantes aprendidas con la experiencia del proyecto piloto es que, dada la estrecha relación e interdependencia que existen entre los tres niveles de atención, una recuperación sostenible a largo plazo requiere involucrar el conjunto total de entidades que conforman la oferta pública de servicios en un área poblacional determinada, en forma integrada con las instancias de dirección, coordinación, vigilancia y control a nivel territorial. En particular, como resultado del piloto la conformación de una red debe tener los siguientes objetivos: (i) el mejoramiento del acceso y oportunidad de la prestación de los servicios de salud; (ii) la optimización de la capacidad instalada, plantas de personal de las instituciones, portafolio de servicios ofrecidos, tecnología y recursos financieros según los requerimientos de la demanda; y (iii) el desarrollo e implantación de sistemas de referencia y contrarreferencia, a fin de optimizar la capacidad de resolución de las instituciones, especialmente las de baja complejidad.

F. Coordinación con otras agencias multilaterales de desarrollo

- 1.56 El esfuerzo para apoyar a Colombia, tanto en términos de implantación de las reformas como de financiamiento, está siendo coordinado entre los organismos multilaterales y el gobierno de Colombia. Bajo el apoyo sectorial, tanto el Banco como el Banco Mundial están trabajando conjuntamente en la protección del gasto para financiar la extensión del régimen subsidiado. Aunque el Banco Mundial no cuenta actualmente con operaciones en el sector salud, el equipo ha sostenido

²⁰ Comportamiento hospitales de II y III nivel de atención reestructurados 1999. Ministerio de la Protección Social, Bogotá, 2002.

intercambios de información con el Banco Mundial a fin de asegurar la coordinación en el diálogo de políticas en el sector salud.

- 1.57 El ASB con el FMI sirve también de marco de referencia para los compromisos por parte de las entidades multilaterales por US\$7.349 millones de aprobaciones para el período 2003-2006. De este monto, aproximadamente US\$2.649 millones serían préstamos de inversión.

II. EL PROGRAMA

A. Objetivos

- 2.1 El objetivo principal del programa es apoyar la transformación de la gestión de los hospitales públicos a través del mejoramiento de la eficiencia y la calidad en la prestación de los servicios, que permita la viabilidad técnica y financiera de las redes públicas de prestación de servicios de salud, así como la extensión del aseguramiento dentro del marco de SGSSS.
- 2.2 Los objetivos específicos del programa son: (i) mejorar la eficiencia y la calidad de los servicios de salud de los hospitales públicos en un contexto de sostenibilidad financiera de mediano plazo, bajo el marco de competencia regulada establecido por la reforma de salud, mediante acciones de asistencia a las IPS públicas, las direcciones territoriales de salud y el Ministerio de la Protección Social, la integración funcional de las IPS en el marco de redes de servicios de salud, la implantación de medidas de racionalización de los recursos humanos y la modificación del régimen de incentivos en el financiamiento de su operación ligado a metas de producción y calidad; y (ii) la implementación de un sistema de seguimiento y evaluación del desempeño de las redes prestadoras de servicios de salud.

B. Conceptualización del programa

- 2.3 A partir de la expedición de la Ley 100 de 1993, el país ha avanzado en la ampliación progresiva del aseguramiento en salud y, pese al estancamiento que presentó en los últimos años, la afiliación al régimen subsidiado se expandió hasta cubrir más de 11 millones de colombianos pobres. Sin embargo, la reforma de salud no logró meta de cobertura universal y más de 9 millones de colombianos pobres siguen sin aseguramiento.
- 2.4 Las razones estriban en el sostenimiento de un gasto hospitalario que creció más allá de la propia capacidad de los hospitales públicos para financiarlo con la venta de servicios. En síntesis, el sistema se encuentra hoy atascado en un círculo vicioso: la cobertura de aseguramiento no crece pues una importante cuantía de recursos se dedica a subsidiar la oferta y los subsidios a la oferta se mantienen pues el lento crecimiento del aseguramiento los hace imprescindibles. Adicionalmente, en los últimos años parte importante de recursos adicionales, incluso los recursos de la subcuenta de solidaridad del FOSyGA, fueron utilizados para cubrir la brecha de financiamiento de los hospitales públicos. De la misma manera, a través de adiciones en el Presupuesto General de la Nación se han establecido incentivos perversos cuando se cubren año a año los crecientes costos hospitalarios.
- 2.5 El programa pretende romper este círculo vicioso resolviendo los múltiples factores que están a la raíz del déficit de los hospitales públicos (véase par. 1.32-1.34). En particular el programa apunta a: (i) solucionar los problemas estructurales internos relacionados a la presencia de una estructura de administración y prestación de servicios de salud sobredimensionada financiando y implementando los procesos de ajuste requeridos bajo la modalidad de créditos condonables;

(ii) resolver las debilidades en la gestión de los hospitales públicos con actividades de asistencia técnica dirigidas a las IPS públicas; (iii) solucionar algunos de los factores externos desarrollando la capacidad para dirigir, organizar, vigilar y controlar las direcciones territoriales de salud, apoyando el modelo de atención en salud basado en redes de servicios; y (iv) modificando el régimen de incentivos financieros existentes para mejorar la eficiencia en la asignación de los recursos para la atención de la población pobre no asegurada y estableciendo mecanismos para la rendición de cuentas sobre la gestión.

C. Estructura del programa

- 2.6 El programa consta de dos componentes: (i) reorganización operativa de las redes de hospitales públicos a través de convenios de desempeño entre la Nación y las entidades territoriales (Direcciones Territoriales de Salud – DTS); y (ii) seguimiento y evaluación. El primer componente apoya al sector al nivel territorial (departamentos y municipios) y a las IPS con actividades de asistencia técnica, desarrollo de sistemas de información y racionalización de recursos humanos. El segundo componente financia actividades de asistencia técnica y desarrollo de sistemas de información a nivel del órgano rector del sector (MPS) para el monitoreo, seguimiento y evaluación de la política de prestación de servicios y del programa de modernización, en particular. Se estima que el programa cubrirá aproximadamente 132 IPS públicas, cerca del 20% del total de IPS en el país²¹.

1. Componente 1: Reorganización operativa de las redes de hospitales públicos (US\$80,768 millones)

- 2.7 Este componente agrupa todas las actividades relacionadas con la reorganización operativa y asistencia técnica a los hospitales y a las DTS. El instrumento que agrupa estas actividades es un convenio de desempeño entre la Nación y la entidad territorial, ligado a créditos cuya condonabilidad está sujeta al cumplimiento de las metas de desempeño especificadas en el convenio. Estos convenios serán suscritos entre la Nación, las entidades territoriales y las IPS²². Se estima que el componente financiará actividades de asistencia técnica y reorganización operativa de aproximadamente 132 IPS públicas en 20 a 30 DTS.

a) Asistencia técnica a las DTS

- 2.8 El propósito de este subcomponente es brindar asistencia técnica a las DTS como instancias responsables por las acciones de organización, dirección, coordinación y administración de las redes de hospitales. De esta manera se busca asegurar un proceso efectivo de reestructuración operacional de las IPS en redes que garanticen la eficiente prestación de servicios de salud a la población.

²¹ Con esta operación no se espera resolver la totalidad del problema hospitalario del país. Sin embargo, el país está comprometido en la continuidad de las acciones en el mediano plazo.

²² El Capítulo III presenta los detalles de los convenios de desempeño y contratos de crédito y de la ejecución del componente.

- 2.9 Para la mejor organización y gestión de las redes de hospitales, el programa apoyará a las DTS en: (a) la organización, dirección y administración de las redes de prestación de servicios de salud; (b) el desarrollo e implantación de sistemas de referencia y contrarreferencia; (c) la implementación de procesos de evaluación, seguimiento y control de la gestión de las IPS públicas; (d) el desarrollo e implantación de manuales y guías de vigilancia y control del funcionamiento de las redes; (e) modificación del régimen de incentivos financieros existentes para mejorar la eficiencia en la asignación de los recursos para la atención de la población pobre no asegurada y estableciendo mecanismos para la rendición de cuentas sobre la gestión; (f) la orientación de las transferencias directas a las situaciones expresamente autorizadas por la ley²³; (g) la evaluación y aplicación de alternativas de participación privada en la gestión de las IPS; (h) el desarrollo e implantación de manuales y guías de protección de la salud ocupacional del trabajador de la salud y de manejo de residuos hospitalarios; e (i) el desarrollo e implantación de convenios de acuerdos de integración de servicios — funcionales o estructurales— entre las distintas IPS de la red.
- 2.10 Adicionalmente, se financiará el diseño de esquemas de readaptación laboral para aquellos trabajadores a quienes se les suprima el cargo en el desarrollo del programa. Los cursos de capacitación serían implantados por parte de las IPS, dentro del contexto de la Ley 443 del 2002 que establece la obligatoriedad de la entidad para brindar capacitación a los empleados retirados. El MPS apoyará estos procesos coordinando la asistencia técnica requerida. También se financiaría el desarrollo e implantación de manuales y guías de adecuación sociocultural y ambiental para mejorar la atención y el acceso a los servicios de salud de población indígena y afro descendiente en el marco del SGSSS.
- 2.11 Para llevar acabo estas actividades, dentro de este subcomponente se financiará: (i) asistencia técnica; (ii) capacitación; y (iii) equipos, software y redes informáticos.

b) Asistencia Técnica a las IPS

- 2.12 Este subcomponente brindará asistencia técnica a las IPS. Se financiarán acciones para mejorar la gestión financiera: (i) mejora en los procesos gerenciales, especialmente los que tienen relación con la programación y el control de la producción de servicios, que permitan el funcionamiento de las instituciones articuladas en redes; (ii) establecimiento y/o mejora de procesos de gestión administrativa, financiera y de costos, y (iii) diseño e implantación de tercerización de servicios suplementarios en las IPS.
- 2.13 También se apoyarán acciones para mejorar la eficiencia en la entrega del servicio: (i) identificación de los portafolios de servicios en cada IPS, que garanticen

²³ La ley 812 de 2003 limita la aplicación de transferencias directas, sólo cuando procuren garantizar la prestación de servicios donde las condiciones del mercado sean monopólicas y las entidades prestadoras no sean sostenibles financieramente en condiciones de eficiencia.

integralidad y continuidad de los servicios bajo criterios de racionalización de los recursos humanos, físicos y financieros; (ii) definición e implantación de sistemas de seguimiento en relación a metas de producción, productividad, calidad en la atención y racionalización de costos; (iii) dotación e implantación de instrumentos de gestión y sistemas integrados de información, asistencial, administrativa y financiera; (iv) desarrollo de guías de atención y acciones de educación continuada dirigidas al personal que presta los servicios de menor nivel de complejidad, para el mejoramiento de su capacidad resolutoria, y (v) desarrollo de acciones tendientes al cumplimiento de la normatividad establecida respecto a la disposición de residuos hospitalarios. Para fortalecer la capacidad de las IPS, se financiará asistencia técnica, capacitación y equipos, software y redes informáticos.

c) Reorganización operativa de las IPS

- 2.14 Este subcomponente apoyará la reorganización operativa de las IPS para ajustar la estructura de la planta de recursos humanos. Específicamente, el programa financiará el pago de las indemnizaciones, obligaciones y liquidaciones correspondientes al personal a retirar como resultado de la adecuación y racionalización de la planta de personal de las IPS que integran las redes²⁴. La identificación del personal a retirar se llevará a cabo tomando en cuenta la definición de los portafolios de servicios de cada IPS y consecuentemente los servicios que se suprimen, se reducen o continúan operando. Según este criterio, se identificarán hasta dos categorías de posibles retiros: (i) empleados sujetos a un retiro forzoso debido a que sus cargos se eliminan, y (ii) empleados que serían sujetos a retiro voluntario por la reducción del número de cargos. En este proceso no estarían incluidos los discapacitados y los trabajadores que tienen tres años o menos para retirarse. Se estima que habrá 9.670 empleados a indemnizar a un costo promedio por empleado de US\$6.520, hasta el monto máximo de US\$58 millones del financiamiento del Banco²⁵.

2. Componente 2. Seguimiento y evaluación (US\$3,253 millones)

a) Seguimiento y evaluación de la política de prestación de servicios

- 2.15 Este subcomponente financiará actividades orientadas a mejorar la capacidad del MPS en la implementación, seguimiento y evaluación de la política de prestación de servicios de salud.
- 2.16 Para llevar a cabo estas actividades, dentro de este subcomponente se financiará: (i) asistencia técnica; (ii) actividades de capacitación; y (iii) equipos, software y redes informáticos.

²⁴ El programa no financiará ningún tipo de pasivo laboral para personal activo.

²⁵ El monto de la indemnización depende de la categoría de empleo del trabajador (libre nombramiento, carrera administrativa o trabajador oficial), de su historia salarial y sus años de servicio.

b) Monitoreo, seguimiento y evaluación del programa

- 2.17 Este subcomponente apoyará: (i) el monitoreo y seguimiento de la ejecución del programa en la conformación y operación de las redes; (ii) el levantamiento de la línea de base, y (iii) las evaluaciones de medio término y al final del programa para medir el impacto en la reducción de costos, el mejoramiento en la prestación de servicios y el cumplimiento de metas de producción y calidad.
- 2.18 Para llevar acabo estas actividades, dentro de este subcomponente se financiará: (i) asistencia técnica; (ii) actividades de, y (iii) equipos, software y redes informáticas.

3. Administración del programa (US\$1,195 millones)

- 2.19 Este componente apoyará la contratación del personal técnico administrativo requerido para la Unidad Coordinadora del Programa (UCP), los costos de administración financiera, así como los costos asociados al financiamiento de la auditoría externa del programa.

D. Costo y financiamiento

- 2.20 El monto total de la operación será de US\$90 millones, de los cuales US\$72 millones serían financiados por el Banco y los US\$18 millones restantes corresponderían a la contrapartida local. La duración del programa será de cuatro años. El Cuadro II-1 describe los costos y las fuentes de financiación de los componentes del programa.

Cuadro II-1. Costos y fuentes de financiamiento del programa
(en miles de US\$)

Componentes	Fuente		Total	% Total
	Financiamiento	Aporte Local		
1. Reorganización de las redes de IPS	66,029	14,739	80,768	89.7%
Asistencia técnica a las DTS	2,002	1,614	3,616	4.0%
Asistencia técnica a las IPS	5,981	8,078	14,059	15.6%
Reorganización operativa de las IPS	58,046	5,047	63,093	70.1%
2. Seguimiento y evaluación	2,027	1,226	3,253	3.6%
Seguimiento y evaluación de la política de prestación de servicios	826	893	1,719	1.9%
Monitoreo, seguimiento y evaluación del programa	1,201	333	1,534	1.7%
3. Administración del programa	263	932	1,195	1.3%
Unidad de coordinación	0	463	463	0.5%
Costos de administración financiera	0	357	357	0.4%
Servicios de Auditoría	263	112	375	0.4%
SUB-TOTAL	68,319	16,897	85,216	94.7%
4. Imprevistos	3,681	774	4,455	5.0%
5. Supervisión del crédito	0	0	0	0.0%
6. Comisión de crédito	0	329	329	0.4%
COSTO TOTAL DEL PROYECTO	72,000	18,000	90,000	100%
% por fuente	80%	20%	100%	

III. EJECUCIÓN DEL PROGRAMA

A. Prestatario y organismo ejecutor

- 3.1 El Prestatario será la República de Colombia, y el Ministerio de la Protección Social (MPS) el Organismo Ejecutor del programa, a través de la Unidad Coordinadora de Programa (UCP), la cual dependerá de la Dirección General de Calidad de Servicios del MPS. La UCP tendrá bajo su responsabilidad las funciones de coordinación, administración, supervisión, garantía de la ejecución y de la debida utilización de los recursos del programa, las cuales se encuentran detalladas en el Reglamento Operativo (RO).
- 3.2 Las entidades participantes del programa serán el Ministerio de Hacienda y Crédito Público (MHCP), las entidades territoriales (departamentos, distritos y municipios cuando la red a ser intervenida incluya instituciones de carácter municipal o distrital), las DTS y las IPS.
- 3.3 Se eligió esta modalidad de ejecución con base en la experiencia exitosa del proyecto piloto de reestructuración de hospitales públicos, y en la necesidad de asegurar coherencia y gobernabilidad en el sector y consistencia con el proceso de ajuste fiscal al nivel territorial.

B. Ejecución y administración del programa

- 3.4 **Secuencia del programa.** Considerando la disponibilidad de recursos del programa, de acuerdo con el espacio fiscal asignado al mismo por el Gobierno Nacional, se espera cubrir un número aproximado de 132 instituciones hospitalarias²⁶ y por lo menos 20 direcciones territoriales de salud, distribuidas entre los años 2004 a 2007 de la siguiente manera:

Nivel de atención	2004	2005	2006	2007	Total
Nivel 1	5	5	8	29	47
Nivel 2	14	16	26	22	78
Nivel 3	3	2	1	1	7
Total	22	23	35	52	132

- 3.5 **Prerrequisitos para la participación de las entidades territoriales y de las IPS en el programa.** Con el fin de que las entidades territoriales y las IPS puedan participar en el programa, las mismas deberán expresar formalmente su intención de participar en el mismo y prepararán bajo la orientación del MPS los estudios

²⁶ El número total de instituciones que se estima serán intervenidas anualmente con los recursos del proyecto podrá variar en función del nivel de atención de las instituciones que se incluyan y del monto de recursos requerido para el desarrollo de las acciones del componente de reorganización operativa.

orientados al diagnóstico de la prestación de servicios de salud en su jurisdicción, una propuesta de organización en red(es) y otra de reorganización de sus IPS. Estos diagnósticos serán preparados por cada DTS, con asistencia técnica del MPS. Un diagnóstico tipo está incorporado en el Reglamento Operativo del programa. El MPS, con asesoramiento del DNP y tomando en cuenta el análisis fiscal de cada entidad territorial establecido por el MHCP, evaluará los diagnósticos preparados por cada DTS y focalizará y priorizará las propuestas entregadas por las entidades territoriales para la distribución de los recursos dentro del programa asignados en el componente 1.

- 3.6 **Focalización y priorización de las entidades territoriales.** Las propuestas serán elegidas de acuerdo con los siguientes dos pasos consecutivos. El primero consistirá en la focalización que dará mayor peso a las IPS ubicadas en áreas con mayor proporción de población pobre no asegurada, a aquellas instituciones con mayor área de influencia poblacional y con mayores dificultades financieras valoradas a través de su nivel de déficit, proporción de ingresos provenientes de los recursos para la atención de la población pobre no cubierta por subsidios a la demanda y proporción del gasto en servicios personales. La aplicación de estos criterios de focalización determinará el universo elegible de propuestas. En el segundo paso, se realizará una priorización con el fin de definir la selección definitiva de las entidades territoriales dentro del universo focalizado y el límite presupuestal del programa. En esta etapa, se dará mayor peso a aquellas propuestas que muestran una mayor proporción de ahorro en el gasto, mejor sostenibilidad en el mediano plazo y mayor relación costo-beneficio. Asimismo, se tendrán en consideración otros criterios, tales como la cofinanciación propuesta por la entidad territorial y sus antecedentes en términos del cumplimiento de compromisos asumidos con la Nación en relación con procesos similares de reorganización hospitalaria.
- 3.7 **Componente 1.** La ejecución de las actividades comprendidas en este componente serán llevadas a cabo por medio de convenios de desempeño. Estos convenios serán suscritos entre el MPS y la entidad territorial correspondiente. Estos convenios incorporan los siguientes tres elementos: (i) una matriz de evaluación a nivel de entidad territorial que establece las condiciones que deberá cumplir la entidad territorial; (ii) los convenios de desempeño entre la entidad territorial y la IPS correspondiente, que incluye una matriz de evaluación del desempeño de las IPS participantes en cada entidad territorial que establece valores de línea de base y metas de desempeño; y (iii) un contrato de empréstito interno condonable para el financiamiento de las indemnizaciones, obligaciones y liquidaciones por concepto de reducción de personal. Toda esta documentación se encuentra disponible en los archivos técnicos del programa y forma parte integrante del Reglamento Operativo.
- 3.8 Siguiendo los procedimientos descritos en el Reglamento Operativo, la secuencia para el acceso a los recursos del programa, será la siguiente: (i) una vez seleccionada la entidad territorial, esta y el MPS celebran el convenio de desempeño; (ii) una vez suscrito dicho convenio, la entidad territorial celebra con cada IPS participante un segundo convenio de desempeño; y (iii) finalmente, el MHCP procederá a celebrar el contrato de empréstito interno con la entidad

territorial. Los desembolsos serán girados por el MCHP con la autorización del MPS a una entidad que será la encargada de efectuar el pago directo a los beneficiarios o al personal objeto de retiro, siguiendo las normas del Banco.

3.9 Con el fin de asegurar los procedimientos, criterios e indicadores especificados en el Reglamento Operativo, el Banco deberá dar su no-objeción, previa la suscripción de dicha documentación.

3.10 Los términos y actividades específicas de cada convenio se describen a continuación:

a. **Matriz de evaluación a nivel de entidad territorial.** Esta matriz establece los valores de línea de base, generados a partir de los diagnósticos, y metas anuales para los siguientes indicadores de desempeño para un período de cinco años: (i) el ajuste y mantenimiento de la planta de personal, consistente con la demanda, a través del pago de indemnizaciones y los ahorros operativos que se realizará a partir de este ajuste; (ii) la racionalización del gasto; (iii) la producción de servicios; (iv) la calidad de los servicios médicos; (v) la gestión del IPS; (vi) la gestión de la entidad territorial (DTS); y (vii) el saneamiento de deudas. El detalle de la definición de estos indicadores se encuentra disponible en el Reglamento Operativo del programa, así como el Marco Lógico. Estas metas se establecerán como parte de la negociación del convenio, que será realizado entre el MPS-UCP y el DTS, a partir de los estudios de diagnóstico. El cumplimiento de estas metas por parte de las IPS y las entidades territoriales es el objetivo central del convenio de desempeño. Asimismo, dichos convenios contienen las obligaciones que deberán asumir las entidades participantes, tales como: (i) facilitar la documentación requerida para llevar a cabo el seguimiento del programa; (ii) presentar una certificación sobre el cumplimiento de las disposiciones legales para llevar a cabo la racionalización del personal y responder con exactitud sobre la legalidad y veracidad de las liquidaciones que se realicen en el marco del ajuste de personal; y (iii) adoptar las medidas técnicas, administrativas y financieras necesarias para la adecuada ejecución del programa, efectuar su control y llevar a cabo la auditoría del programa. Para efectos del manejo de los recursos correspondientes al pago de las indemnizaciones, obligaciones y liquidaciones del personal a retirar como resultado de la adecuación y racionalización de la planta de personal de la IPS que integran las redes, se abrirá una cuenta bancaria especial, en los términos y de conformidad con el procedimiento establecido en el Reglamento Operativo del Programa.

b. **Contrato de Empréstito Interno.** Mediante este instrumento, se financiará el pago de las indemnizaciones, obligaciones y liquidaciones del personal a retirar como resultado de la adecuación y racionalización de la planta de personal de la IPS que integran las redes, identificado en el diagnóstico base²⁷

²⁷ La lista de los cargos para suprimir forma parte de la propuesta departamental para la reorganización de las IPS, basada en el estudio de diagnóstico y hace parte del convenio de desempeño.

y que permitirá el cumplimiento del indicador sobre el ajuste de personal contenido en la matriz de evaluación. El MPS será el responsable de autorizar el pago de los recursos asociados al pago de las indemnizaciones, obligaciones y liquidaciones, que será efectuado por el MHCP. Asimismo, la Dirección General de Apoyo Fiscal (DAF), vigilará el proceso de ajuste fiscal al nivel territorial; la Dirección General de Crédito Público (DGCP), autorizará los contratos de empréstito a las entidades territoriales; y la División de Servicio de Deuda de la DGCP, verificará si la situación financiera de la entidad territorial se encuentra al día con la Nación.

- c. **Obligaciones de las entidades territoriales.** Las obligaciones adicionales de las entidades territoriales están especificadas en el convenio de desempeño respectivo. Específicamente, la entidad territorial, a través del DTS, será responsable de: (i) la conformación de un equipo que proveerá asistencia técnica a las IPS de su ámbito para el logro de las metas de la matriz de evaluación; (ii) la medición, el monitoreo y el reportaje de los avances en los indicadores de la matriz de evaluación e IPS semestralmente al MPS-UCP; (iii) el financiamiento de los costos asociados al manejo de los pagos de las indemnizaciones por parte de una compañía fiduciaria o banco, que será reconocido como contrapartida del programa; (iv) el financiamiento de las pasivos acumulados²⁸, que no será reconocido como contrapartida del programa; y (v) el desarrollo de otras actividades que apoyarían al logro de las metas de la matriz de evaluación. Para la realización de estas actividades, el MPS-UCP proveerá asistencia técnica directamente y a través de firmas, organizaciones no gubernamentales (universidades, etc.) o consultores individuales que serán contratados por la UCP. Los contenidos, el cronograma y la magnitud de esta asistencia técnica al nivel de cada DTS serán especificados en el convenio de desempeño y representan insumos esenciales para el logro de las metas.
- d. **Condiciones financieras de los contratos de empréstito interno condonable.** Los siguientes términos han sido acordados para dichos contratos: (i) un plazo mínimo de diez años; (ii) la tasa de interés será la que el Banco de la República presta sus recursos al sistema financiero (DTF)²⁹; (iii) el repago del préstamo se realizará en nueve cuotas anuales, consecutivas e iguales comprensiva de intereses y capital; (iv) el período de gracia será de un año y seis meses; y (v) en caso de no cumplimiento, se utilizarán como fuentes de pagos: (a) en primera instancia, los recursos del Sistema General de Participaciones, según las especificaciones de la Ley 715 de 2001³⁰; y (b) si

²⁸ Pasivos descritos en el párrafo 1.30.

²⁹ Esta tasa de interés es la que cobra la DAF del MHCP para los préstamos de ajuste con las entidad territoriales (PRETs). Esta tasa garantiza la “rentabilidad” de los préstamos de la Nación, exigida por el Decreto Ley 1133/99.

³⁰ Los recursos para salud del SGP de una vigencia corresponden a 10 veces el valor a ser ejecutado a través de contratos de empréstito interno y por lo tanto no representarán un cargo importante del SGP.

fuera necesario, otros recursos de las entidades territoriales que el MHCP-DAF identificarían para cubrir el monto del préstamo³¹.

- e. **Evaluación de los convenios de desempeño.** Cada año, y con mínimo tres meses de antelación a la fecha prevista para el pago de cada cuota de repago del contrato de empréstito interno, se llevará a cabo una evaluación de la matriz de evaluación de los convenios de desempeño por parte de un Comité conformado por representantes del MPS, MHCP-DAF y DNP a fin de determinar la condonabilidad o no de la respectiva cuota³². El cumplimiento de las metas establecidas en la matriz de evaluación hasta la fecha de evaluación implica la condonación de la cuota de repago del contrato de empréstito interno relacionada. El incumplimiento de las metas establecidas en la matriz de evaluación implica el repago de la cuota del contrato de empréstito interno relacionada, debiendo la entidad territorial utilizando las fuentes de pago indicadas en el párrafo 3.10(d). Este proceso de evaluación se repetirá cada año para cada convenio de desempeño.
- 3.11 La posibilidad de condonación de las cuotas de repago del empréstito interno actúa como principal incentivo para que las entidades territoriales adelanten acciones de ajuste y modernización de la red, de tal manera que permitan aumentar la calidad y cobertura de los servicios haciendo un uso más eficiente de los recursos existentes. En adición, estos créditos no computarían dentro de los indicadores de solvencia y sostenibilidad de la Ley de Endeudamiento Territorial mientras las metas de ajuste estén siendo cumplidas de acuerdo con el cronograma establecido en el convenio de desempeño. Por lo anterior, las entidades territoriales tendrían el incentivo adicional de cumplir con las metas establecidas en el convenio de desempeño, dado que de lo contrario podrían afectar su capacidad de contraer nuevo endeudamiento.
- 3.12 **Componente 2.** Este componente tiene dos subcomponentes asociados: uno relacionado a acciones que permitirán fortalecer el papel del MPS en el monitoreo, seguimiento y evaluación de la política de prestación de servicios y otro al monitoreo, seguimiento y evaluación de los convenios de desempeño y del programa como un todo.
- 3.13 **Seguimiento y evaluación de la política de prestación de servicios.** El MPS, a través de la UCP estará encargada de contratar la asistencia técnica para el apoyo al MPS en la formulación, dirección, implementación y evaluación de la política de prestación de servicios de salud, particularmente la oferta pública.
- 3.14 **Monitoreo, seguimiento y evaluación del programa.** Asimismo, la UCP será responsable del monitoreo y seguimiento de las acciones internas del programa, principalmente a través de un especialista contratado para este propósito. Para tener

³¹ Entre este se destaca el 70% de los recursos provenientes del impuesto al consumo de licores que la Ley 788 de 2002 destina para financiar la reestructuración hospitalaria.

³² El sistema de seguimiento y monitoreo del programa proveerá los insumos requeridos por el Comité de Evaluación de Convenios, en términos de la comprobación del cumplimiento de las metas y compromisos por parte de las entidades territoriales participantes en el programa.

éxito en la implementación de esta función, es necesario que las entidades territoriales y las IPS suministren la información de manera oportuna y con la calidad esperada. La UCP contratará la asesoría especializada requerida para desarrollar un manual de procedimientos, apoyar a las DTS y IPS en la recolección, organización y presentación de la información y realizar la implantación y funcionamiento del sistema de monitoreo y seguimiento del programa. De igual manera, la UCP diseñará los parámetros básicos para la evaluación de impacto del programa y contratará una firma consultora para levantar la línea de base y adelantar la evaluación intermedia y final. La interventoría será supervisada por el MPS. Se constituirá un comité técnico, con la participación del DNP, que contará con el apoyo del grupo asesor, para hacer el análisis e interpretación de la información de la evaluación y participar en los procesos de toma de decisiones que se basa en ella.

- 3.15 La **administración del programa** estará a cargo de la UCP, que contará con un equipo de aproximadamente 6 profesionales responsable para el manejo de los aspectos técnicos, administrativos, jurídicos, financieros y contables, entre otros, del programa. La UCP contratará la auditoría del programa de acuerdo con las políticas del Banco en esta materia. El Reglamento Operativo del programa precisa la estructura y las responsabilidades de la UCP. **La selección y contratación de los directores técnicos y administrativo-financiero de la UCP es una condición previa al primer desembolso de los recursos del préstamo.**

C. Reglamento Operativo

- 3.16 La ejecución del programa se regirá por el Reglamento Operativo, el cual contiene las normas, procedimientos y regulaciones necesarias para ejecutar cada uno de los componentes del programa, así como las funciones y obligaciones de los diferentes actores involucrados en la ejecución. Este Reglamento ya está acordado entre el Banco y el país y **la entrada en vigencia del Reglamento Operativo es una condición previa al primer desembolso.**

D. Adquisición de bienes y servicios

- 3.17 Las adquisiciones de bienes y las adquisiciones de servicios de consultoría se llevarán a cabo conforme a los procedimientos estipulados en las políticas y procedimientos de adquisiciones del Banco. La licitación pública internacional será obligatoria para las adquisiciones que se financien parcial o totalmente con las divisas del financiamiento y cuyo valor exceda el equivalente a US\$350.000 para la adquisición de bienes y el equivalente de US\$200.000 para las contrataciones de servicios de consultoría. Estos límites se justifican por el interés demostrado por posibles proveedores, contratistas y consultores nacionales e internacionales en el proyecto, así como las experiencias anteriores en licitaciones públicas y la participación extranjera que ha existido.
- 3.18 Las licitaciones por debajo de estos montos límites se realizarán de acuerdo con la legislación nacional.

- 3.19 Para las adquisiciones de servicios de consultoría por debajo del monto límite de US\$200.000, las licitaciones se realizarán de conformidad con los procedimientos de adquisiciones del Banco, que en tal caso permiten la publicación de los avisos de convocatoria sólo a nivel nacional, y permiten al ejecutor excluir el proceso formal de precalificación para establecer la lista corta de firmas calificadas que serán invitadas a presentar propuestas. Se plantean anualmente en promedio entre 10 a 12 licitaciones públicas nacionales para el desarrollo de acciones de asistencia técnica o elaboración de estudios relacionados principalmente con temas de mejoramiento a la gestión del MPS, DTS e IPS.
- 3.20 No habrá ninguna licitación de obras como parte del programa. Se adjunta el Plan de Adquisiciones como Anexo 2.

E. Fondo rotatorio

- 3.21 El porcentaje del fondo rotatorio será de 10% del monto del préstamo, equivalente a US\$7,2 millones, según la autoridad delegada en OA-345. Esto se justifica por un análisis de flujo de desembolsos previstos por el programa. Durante los primeros dos años del programa, el ritmo de la ejecución será más alto por cuanto las acciones de reorganización operativa se concentran en las instituciones de mayor costo (más alto nivel de atención). Adicionalmente, en el segundo año de ejecución, se llevará a cabo la Licitación Pública Internacional para adquisición de plataformas informáticas para DTS e IPS, con un presupuesto total estimado de US\$10.7 millones. Asimismo, el número de IPS programadas a ser cubiertas es en promedio 23 en los dos primeros años y 42 en los dos restantes, lo cual implica procesos simultáneos de ejecución de Convenios de Desempeño y giro de recursos. La proyección de pagos por IPS es por un valor promedio por IPS de aproximadamente US\$1 millón. El período de giro de los recursos a las IPS en cada vigencia se estima que es el comprendido entre los meses de mayo a diciembre, para lo cual se requiere una alta disponibilidad de recursos que permita cumplir las obligaciones con los beneficiarios finales. Es durante este relativamente corto período que deben ser tramitadas ante el Banco las solicitudes de desembolso de los recursos del financiamiento simultáneamente para todas las IPS que hayan suscrito Convenios de Desempeño en la respectiva vigencia, que además deben ser apoyadas por la documentación establecida para tal efecto, lo que implica un tiempo para recolección de dichos soportes. La UCP será responsable de la presentación de informes semestrales sobre el estado del fondo rotatorio dentro de los 60 días del cierre de cada semestre.

F. Período de ejecución y calendario de desembolsos

- 3.22 El programa tendrá un período de ejecución de cuatro años y será financiado por el gobierno, que aportará un 20%, y por el BID que aportará un 80%. El cuadro III-1 describe el flujo de desembolsos previsto bajo el programa (los totales son aproximados debido al redondeo).

Cuadro III-1: Flujo de desembolsos (en miles de US\$)

Fuente	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Total
BID	14,000	20,000	17,600	18,400	72,000
Local	4,000	5,000	4,400	4,600	18,000
Total	20,000	25,000	22,000	23,000	90,000
%	23	28	24	25	100

G. Inspección y vigilancia

- 3.23 La tasa de interés, la comisión de crédito y la comisión de inspección y vigilancia que se mencionan en este documento se establecen de acuerdo con el documento FN-568-3-Rev. y podrán ser modificadas por el Directorio Ejecutivo tomando en consideración los antecedentes existentes hasta la fecha, así como también la respectiva recomendación del Departamento de Finanzas. En ningún caso la comisión de crédito podrá exceder del 0,75%, ni la comisión de inspección y vigilancia del 1%³³.

H. Auditoría externa

- 3.24 Durante toda la ejecución del programa el prestatario, a través de la UCP presentará anualmente al Banco los estados financieros del programa, dentro de los 120 días de finalizado el correspondiente ejercicio fiscal. El informe final del programa deberá ser presentado dentro de los 120 días siguientes al último desembolso. La auditoría externa del programa será efectuada por una firma de auditores independientes aceptable al Banco y de acuerdo con los requerimientos del Banco, en base a los lineamientos establecidos en los términos de referencia para la auditoría externa de proyectos financiados por el BID (Documento AF-400). En la selección y contratación de la firma, se utilizarán los procedimientos establecidos en el documento de licitación de auditoría externa (Documento AF-200). Los costos de la auditoría formarán parte del costo del programa y serán financiados utilizando los recursos de préstamo del Banco.

I. Seguimiento y evaluación

- 3.25 **Reuniones y evaluaciones de seguimiento.** El MPS, la UCP y el Banco realizarán reuniones de seguimiento en las cuales se revisará el funcionamiento del programa tanto en lo institucional como en lo operativo. Durante el primer año se realizarán dos reuniones semestrales y una en cada uno de los años siguientes. Las fechas serán programadas entre el Banco y el MPS. Si corresponde, de acuerdo a los resultados de la revisión, se adoptarán las medidas pertinentes para asegurar la buena marcha del programa.

³³ En lo que respecta al cargo por inspección y vigilancia, en ningún caso podrá cobrarse en un semestre determinado más de lo que resulte de aplicar el 1% al monto del financiamiento, dividido por el número de semestres comprendido en el plazo original de desembolsos.

- 3.26 **Informes de progreso.** La UCP presentará al Banco durante la ejecución del programa informes semestrales de progreso con un detalle apropiado de las actividades realizadas y el avance de cada componente en términos de desembolsos ejecutados y metas físicas acordadas en el Marco Lógico del programa, así como los informes y recomendaciones presentados por las entidades independientes contratadas para la ejecución de los componentes.
- 3.27 **Evaluación.** El programa contará con una *evaluación de medio término y final*, que serán financiadas como parte del programa. La *evaluación de medio término* se llevará a cabo al final del segundo año de ejecución. La *evaluación final* será llevada al final del período de ejecución del programa. Para las evaluaciones se han elaborado indicadores de resultado y se estimarán valores de línea de base y metas para estos indicadores, los cuales están incluidos en el marco lógico (Anexo 1). Los indicadores asociados con los *componentes* pondrán énfasis en el avance en las metas establecidas por el programa, que incluye el número de hospitales públicos que participaron en el programa, el monto del ahorro generado por las medidas de reorganización operativa, la implementación de sistemas adecuados de referencia y contra-referencia dentro de las redes de hospitales públicos, la implantación y uso de los sistemas de información en los hospitales públicos y al nivel territorial, y otros. Los indicadores al nivel de *propósito* medirán el avance hacia en la mejoría de la calidad de servicios prestados y en la sostenibilidad financiera de las IPS. Al nivel del *fin*, se medirá el mejoramiento en el acceso a los servicios de salud por parte de la población de mayor pobreza a través de la extensión del aseguramiento del régimen subsidiado en salud, así como los niveles de satisfacción de los usuarios de los hospitales públicos y la reducción del déficit operativo de los hospitales públicos al nivel nacional.
- 3.28 Estas evaluaciones tendrán un diseño mixto. Por un lado, se realizará un simple seguimiento de los cambios en los indicadores cuantitativos de desempeño contenidos en los convenios de desempeño para cada IPS y cada entidad territorial participante. También se analizará el funcionamiento del programa como un todo, utilizando metodologías de análisis de procesos (tiempos, calidad, etc.). Por otra parte, se establecerá un grupo control de IPS y, utilizando un diseño cuasi-experimental, se intentará contrastar el desempeño de los IPS intervenidos versus IPS similares no-intervenidos. Asimismo, se realizará encuestas a usuarios sobre la calidad percibida de los servicios en el tiempo entre los dos grupos de IPS. Finalmente, se llevará a cabo una encuesta entre las personas retiradas por efecto de la racionalización para medir su estado laboral actual y cual ha sido el impacto de las actividades de reconversión laboral contempladas en el programa.
- 3.29 Las evaluaciones serán iniciadas con una línea de base, en coordinación con la elaboración de los diagnósticos y convenios de desempeño en cada IPS y la entidad territorial, y seguido por mediciones anuales que servirán de insumo tanto para las revisiones de desempeño que se hará anualmente como para los informes de evaluación de medio término y final. Por lo tanto, la evaluación durará lo largo del período de ejecución de la operación.

- 3.30 El Gobierno ha indicado que no efectuará una evaluación ex post. Sin embargo, los datos recolectados como parte de la evaluación de medio término y final, que cuentan con una línea de base, podrían servir como insumo directo para la evaluación ex post del programa. Asimismo, el Gobierno se compromete a recopilar la información necesaria al nivel de los indicadores de resultado definidos al nivel de *propósito* y *fin* en el marco lógico, consistente con la nueva política del Banco (OP-305).

IV. VIABILIDAD Y RIESGOS

A. Viabilidad legal y institucional

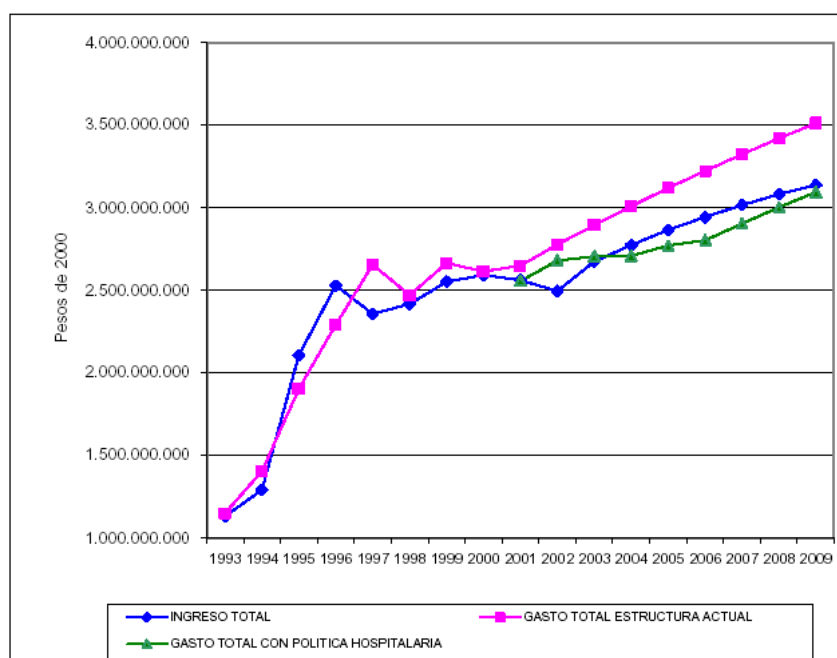
- 4.1 En relación con la viabilidad legal del programa, se señala que el programa Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de Prestación de Servicios de Salud es mencionado en el Artículo 43 de la Ley 812 de 2003 por medio de la cual se aprueba el Plan Nacional de Desarrollo para el cuatrienio 2003-2006.
- 4.2 En particular el esquema de ejecución del componente 1, a través de un convenio de desempeño y un contrato de empréstito entre la Nación y la entidad territorial, está conforme con lo dispuesto en el Artículo 54, Párrafo Tercero de la Ley 715 del 21 de diciembre de 2001. Este artículo dispone que la Nación podrá otorgar préstamos condonables a las entidades territoriales con el fin de adelantar el programa de reorganización y modernización de las redes de los hospitales públicos, los cuales serán considerados como gastos de inversión del sector. Asimismo, se establece que: (i) estos créditos no computarán dentro de los indicadores de solvencia y sostenibilidad de la Ley 358 de 1997, mientras la entidad que los reciba cumpla con los requisitos que el Gobierno Nacional establezca para su condonación; y (ii) que en caso de no condonación de los mismos, las rentas de la SGP para salud, podrán ser pignoradas a la Nación.
- 4.3 Con relación a la viabilidad institucional del programa, se señala la capacidad, estabilidad y alistamiento para la ejecución del MPS en la gestión del programa de reorganización y modernización de los hospitales públicos. El personal del MPS que supervisará los labores de la UCP fue involucrado en la implementación del piloto financiado para el Banco en el 1999 y también implementó en el 2003 la reorganización operativa de hospitales públicos a través de convenios de desempeño con características muy similares a los convenios que se utilizarían en el presente programa.

B. Viabilidad fiscal y financiera

- 4.4 El Gobierno de Colombia ha asegurado el espacio fiscal adecuado para la correcta ejecución del presente programa. En el presupuesto del 2004, el MPS y el MHCP tienen asignado un espacio fiscal para hasta \$100 mil millones de pesos colombianos (alrededor de US\$33 millones) para financiar actividades dirigidas a la reorganización operativa de los hospitales públicos. Además, en el plan de inversión para el período 2003-2006, tiene asignado un presupuesto de \$100 mil millones de pesos colombiano para cada año de vigencia para el programa.

- 4.5 Sin las intervenciones previstas en el presente programa, se calcula que el déficit operacional anual oscilaría entre los \$221 mil millones de pesos colombianos (alrededor de US\$73 millones) en el 2003 hasta llegar a \$371 mil millones en el 2009 (alrededor de US\$123 millones)³⁴. Los esfuerzos propuestos en este programa se reflejarán en el mediano plazo en una reducción sustancial del déficit operacional de los hospitales públicos. El período de recuperación de la inversión en indemnizaciones se estima en dos años y tres meses para todo el programa.³⁵ Considerando los ahorros fiscales que se lograrían en el período 2004-2006 se calcula que la tasa interna de rendimiento financiero (TIR)³⁶ del programa es del 15%. Si se consideran los ahorros fiscales del período 2004-2010 el TIR del programa sería del 28% (ver gráfico VI-1). La línea que representa el gasto con política hospitalaria incluye el impacto fiscal del programa piloto, de la reorganización financiada con recursos de la Nación y un estimado del impacto del programa.

Gráfico IV-1. Impacto fiscal del programa



³⁴ Documento CONPES 3204. Departamento Nacional de Planeación.

³⁵ Rama M. (1999) The World Bank Economic Review, Vol. 13, No. 1, pag. 23-66.

³⁶ Esta tasa refiere a la relación entre los costos del programa y los ahorros esperados del programa. No contempla una cuantificación de los beneficios y costos sociales asociados.

C. Beneficios, impacto social y ambiental

- 4.6 Se espera que el programa aumente la calidad de los servicios prestados a las poblaciones principalmente los más pobres y rurales, dependientes de las instituciones públicas. El proceso de reorganización operativa de hospitales públicos favorecerá la eliminación de los factores que limitan la transformación de los subsidios a la oferta en subsidios a la demanda. Esto permitirá avances en la universalización del aseguramiento en salud la equidad en el acceso a los servicios de salud. Los demás indicadores de resultados para cada componente están especificados en el Anexo 1, el marco lógico, del presente documento.
- 4.7 **Clasificación SEQ/PTI.** Por ser una operación del sector salud, esta operación califica como un proyecto que promueve la equidad social, como se describe en los objetivos clave para la actividad del Banco contenidos en el informe sobre el Octavo Aumento General de Recursos (documento AB-1704.)
- 4.8 Se ha estimado que más del 70% de los usuarios de los hospitales públicos tienen un nivel de ingreso inferior a la línea de pobreza o viven en un municipio donde reportan por lo menos una necesidad básica insatisfecha (NBI) - Encuesta de Hogares de marzo de 2000 (ENH-2000.) Asimismo, la extensión del régimen subsidiado resultado de los ahorros del presente programa ocurrirá entre la población de mayor pobreza, SISBEN 1 y 2, estratos equivalentes a los dos quintiles más pobres de la distribución del ingreso. Por estas razones, esta operación califica como programa focalizado en la pobreza (PTI.) El prestatario utilizará el 10% de financiamiento adicional.
- 4.9 **Impactos sociales y ambientales.** El programa no financiará proyectos de infraestructura, por lo tanto no presenta riesgos ambientales en ese sentido. El componente 1 incluye actividades para la mejora y control del manejo de residuos, así como para minimizar riesgos a la salud de los trabajadores. Asimismo, este componente financiará asistencia técnica a las DTS y IPS para que diseñen y desarrollan programas de capacitación y reconversión laboral para aquellas personas afectadas por la reorganización operativa de las IPS. Estas actividades promoverán el uso de mano obra entrenada en formas organizativas más eficientes y, en general, ayudarán a reducir los efectos sociales negativos de este proceso. El gobierno estará acompañando la adecuación de personal para asegurar su equidad en lo que se refiere a género y etnicidad. Las acciones necesarias para la determinación de la demanda incorporan elementos de análisis y adecuación a las especificidades étnicas y culturales existentes en el país. De esa manera, se espera que el programa tenga un impacto positivo en la salud de las poblaciones indígenas y afro-colombianas.

D. Riesgos

- 4.10 Existe el riesgo de que después del proceso de racionalizaciones operado como parte del programa, las plantas de personal de las IPS vuelvan a inflarse. Para

garantizar la sostenibilidad de las medidas de racionalizaciones en el mediano y largo plazo, los convenios de desempeño se firmarán por un período estimado de diez años; asimismo, se fijarán metas de cumplimiento anuales. En el convenio de desempeño se incluirá una cláusula por medio de la cual se establece que en la operación las IPS deberán presentar un nivel de gasto financiado con sus ingresos por venta de servicios y no incrementarán su planta de personal, buscando mantener en un nivel adecuado los costos fijos de operación. Finalmente, el proceso de racionalización está vinculado al proceso de ajuste fiscal de las entidades territoriales, lo que también permitirá fortalecer los incentivos para el mantenimiento de las plantas a tamaños consistentes con la demanda para los servicios. Es importante destacar que el programa contribuirá a una mejor implementación del modelo de competencia regulada previsto por la reforma y la transformación de los subsidios de oferta en subsidios de demanda, minimizando el riesgo de que las plantas de personal vuelvan a inflarse.

- 4.11 Al racionalizar la oferta pública para responder a los patrones de demanda actual, existe la posibilidad de consolidar establecimientos de salud, así como realizar modificaciones a la planta de personal. Estas acciones podrían generar un riesgo político al programa. Este riesgo se mitigará a través de las acciones de reinserción laboral e indemnizaciones a ser financiados en el componente 1, así como por el compromiso político por parte de las autoridades de las entidades territoriales expresado a través de los convenios de desempeño. Esta estrategia ha sido exitosa en el programa piloto de reestructuración.
- 4.12 Factores externos, como la crisis fiscal y financiera de las entidades territoriales, representan un importante riesgo a la viabilidad de los hospitales públicos. Sin embargo, ya se han tomado iniciativas para minimizar esos riesgos. El gobierno, con el fin de fortalecer el proceso de descentralización y lograr la sostenibilidad en el mediano y largo plazo de los entes territoriales, ha iniciado, con el apoyo del Banco a través del “Programa Sectorial de Reforma Fiscal Territorial” (1335/OC-CO), la implementación de un conjunto de medidas dirigidas fundamentalmente al fortalecimiento de las finanzas territoriales, en la búsqueda de entidades viables que aseguren su funcionamiento con ingresos propios, promuevan el desarrollo regional y garanticen el pago de sus pasivos. Las acciones propuestas por el presente programa no sólo son consistentes sino que también constituyen una parte importante de ese proceso ya que contribuyen para: (i) el saneamiento fiscal, al buscar resolver de forma sistemática los problemas de pasivos acumulados por las entidades que conforman las redes de servicios de salud; y (ii) la viabilidad fiscal territorial, al extender restricciones presupuestales firmes en el sector salud y al reducir los excesivos gastos corrientes del sector.

Marco Lógico

Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de Prestación de Servicios de Salud (CO-0139)

Resumen Narrativo	Indicadores de Logro ¹	Medios de Verificación	Supuestos Importantes
FIN			
Apoyar la transformación de las gestión de los hospitales públicos, que permita la viabilidad técnica y financiera de los hospitales públicos, así como la extensión del aseguramiento dentro del marco de SGSSS	<ul style="list-style-type: none"> Incremento de la cobertura del régimen subsidiado en salud en 9 millones de nuevos afiliados entre 2003 y el 2010. Reducción del déficit operacional de los hospitales públicos intervenidos desde \$221 mil millones de pesos en el 2003 para llegar a equilibrio financiero en el 2010. Tasa promedio de satisfacción del usuario de los hospitales públicos asciende de X% en 2003 a Y% al 2010 ² 	<ul style="list-style-type: none"> Sistema de información del MPS. Estados financieros de los hospitales públicos. Encuestas nacionales – Línea de base y evaluación final 	<ul style="list-style-type: none"> Situación macroeconómica y fiscal sigue estable. Conflicto armado interno no empeora.
PROPÓSITO			<i>De Propósito a Fin</i>
Mejorar la eficiencia, la calidad de los servicios de salud y sostenibilidad financiera de las redes de hospitales públicos.	<ul style="list-style-type: none"> Proporción de hospitales públicos de 2 y 3 nivel con estados financieros sanos asciende del 30% en 2003 al 60% al final del programa y se mantiene para un periodo 3 años después de finalizar el programa. Al menos 80% de IPS intervenidas con cumplimiento total de metas de equilibrio financiero, producción de servicios y calidad de atención al final del programa y se mantiene para un periodo 3 años después de finalizar el programa. 	<ul style="list-style-type: none"> Ejecución presupuestal de los hospitales públicos. Línea de base Matrices de cumplimiento de convenios de desempeño. Sistema de seguimiento y monitoreo del programa 	<ul style="list-style-type: none"> Mecanismos de pago de la atención de población pobre no asegurada aplicados según legislación nacional. Flujo de recursos para la prestación de servicios ágil y oportuno. Adecuada implementación de la Ley 715/2001. Compromiso de los gobernadores, Secretarios Departamentales o Direcciones Seccionales de Salud y de los gerentes de las IPS

¹ Las líneas de base y metas de los indicadores serán refinadas teniendo en cuenta la información colectada en el levantamiento de la línea de base.

² La línea de base y metas para estos indicadores serán fijadas en los convenios de desempeño y en el marco lógico para cada IPS participante en el Programa.

Resumen Narrativo	Indicadores de Logro ¹	Medios de Verificación	Supuestos Importantes
	<ul style="list-style-type: none"> Calidad de los servicios brindados en hospitales públicos aumenta, desde el principio hasta el final del programa, y se mantiene por 3 años siguientes, medido por²: <ul style="list-style-type: none"> mortalidad hospitalaria infecciones nosocomiales oportunidad en la atención (listas de espera) 		
COMPONENTES			<i>De Componentes a Propósito</i>
1. Reorganización Operativa de las Redes de Hospitales Públicos <ul style="list-style-type: none"> Asistencia técnica a las Dirección Territorial de Salud (DTS) en la dirección, coordinación y administración de las redes de hospitales Asistencia técnica para mejorar la capacidad de gestión de las IPS públicas Ajustar la oferta de servicios a la demanda adecuando y racionalizando las plantas de personal de las IPS que integran las redes. 	<i>Al final del programa</i> <ul style="list-style-type: none"> Al menos <u>75% de las 20 de Direcciones Territoriales de Salud (DTS) intervenidas (estimadas en 20)</u> cuentan con ejercicio efectivo de las acciones de organización, dirección, coordinación y administración de la red de servicios a nivel territorial. Al menos <u>75% de las DTS intervenidas (estimadas en 20)</u> cuentan con un centro de información y regulación de la referencia y contrarreferencia en la red operando. Al menos <u>75% de las 132 IPS intervenidas (estimadas en 132)</u> han recibido el paquete de asistencia técnica para mejorar la capacidad gerencial. Al menos <u>75% de las 132 IPS intervenidas (estimadas en 132)</u> han realizado las acciones de reorganización operativa de acuerdo con los lineamientos del Programa Al menos 20% de reducción del costo de personal de las IPS intervenidas por el Programa 	<ul style="list-style-type: none"> Línea de base Evaluación final del programa Matrices de cumplimiento de convenios de desempeño. Sistema de seguimiento y monitoreo del programa Contratos con las instituciones prestadoras de servicios Manuales de procesos y procedimientos 	<ul style="list-style-type: none"> Las direcciones cuentan con las herramientas y procedimientos adecuados para desarrollar los procesos de habilitación de IPS Adecuados niveles de conectividad Plantas de personal de las direcciones territoriales adecuadas y estables. Voluntad política y concertación entre los alcaldes y gobernadores para el ajuste y el reordenamiento de la prestación de servicios con enfoque de red. Estabilidad jurídica en lo concerniente a la administración del recurso humano.

Resumen Narrativo	Indicadores de Logro ¹	Medios de Verificación	Supuestos Importantes
2. Seguimiento y evaluación - Asistencia técnica al MPS en el seguimiento y evaluación de la política de prestación de servicios de salud - Monitorear y seguir la ejecución del programa, y evaluar el impacto del programa.	<i>Al final del programa</i> <ul style="list-style-type: none"> Al menos 8 informes semestrales de evaluación producidos por el sistema de monitoreo y seguimiento. Informe de evaluación final del programa producido. 	<ul style="list-style-type: none"> Reporte de evaluación del programa. 	<ul style="list-style-type: none"> Compromiso de los Gobernadores, Secretarios Departamentales o Direcciones Seccionales de Salud y de los gerentes de las IPS a proveer las informaciones necesarias.
ACTIVIDADES			
1.1 Asistencia técnica a las DTS para formulación, organización, dirección y control de las redes de servicios de salud.	US\$1,500,000	<ul style="list-style-type: none"> Sistema de Manejo de Prestamos. Reportes de la UCP. 	
1.2 Dotación de instrumento de gestión y herramientas informáticas para la funciones de organización, dirección y control de las DTS.	US\$2,000,000		
1.3 Asistencia técnica para mejorar las capacidad gerenciales y administrativas de las IPS	US\$4,000,000		
1.4 Dotación de instrumento de gestión y herramientas informáticas para los procesos gerenciales y administrativos a las IPS.	US\$10,000,000		
1.5 Pago de liquidaciones e indemnizaciones a personales de las IPS publicas	US\$63,000,000		

Resumen Narrativo	Indicadores de Logro ¹	Medios de Verificación	Supuestos Importantes
2.1 Asistencia técnica para el seguimiento y la evaluación de la política de prestación de servicios de salud	US\$1,700,000		
2.2 Asistencia técnica para implementar el sistema de monitoreo, seguimiento y evaluación del programa.	US\$1,500,000		

Plan General de Adquisiciones
Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de Prestación de Servicios de Salud
(CO-0139)

Adquisiciones principales del proyecto	Año	Presupuesto estimado (000' de US\$ Equivalentes)	Fuente de financiamiento		Método de adquisiciones	Precalificación	Aviso tentativo de adquisiciones
			BID %	Local %		Si/No	
1. Bienes							
Equipos y software	2004	32	40	60	CP	No	Apr-04
Equipos y software	2005	10,689	40	60	LPI	No	Feb-05
2. Servicios de consultoría							
2.1 Evaluación de impacto	2004-2007	1,240	50	50	LPI	Sí	Feb-04
2.2 Seguimiento y evaluación	2004-2007	431	50	50	LPN	No	Mar-04
2.3 Servicios de auditoría	2004-2007	375	70	30	IP	Sí	Jun-04

LPI: Licitación pública internacional; **LPN:** Licitación pública nacional; **CP:** Comparación de precios; **CD:** Contratación directa sin competencia;
AD: Administración directa; **SBCC:** Selección basada en calidad y costo; **CC:** Concursos de consultoría; **CI:** Consultoría individual; **IP:** Invitación Privada