

Documento

Conpes

Consejo Nacional de Política Económica y Social

República de Colombia
Departamento Nacional de Planeación

3175

**AUTORIZACIÓN A LA NACIÓN PARA CONTRATAR
EMPRÉSTITOS EXTERNOS CON LA BANCA MULTILATERAL
HASTA POR US \$100 MILLONES, O SU EQUIVALENTE EN OTRAS
MONEDAS, DESTINADOS A FINANCIAR PARCIALMENTE LA
PRIMERA FASE DEL PROYECTO DE MODERNIZACIÓN DE
REDES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**

DNP: DDS - DIFP
Ministerio de Salud
Ministerio de Hacienda y Crédito Público

Versión aprobada

CAMBIO PARA CONSTRUIR LA PAZ

Bogotá, D.C., 15 de julio de 2002

INTRODUCCION

Este documento somete a consideración del CONPES, la autorización a la Nación para contratar un empréstito externo con la Banca Multilateral hasta por US \$100 millones de dólares o su equivalente en otras monedas, destinados a financiar parcialmente la primera fase del proyecto de modernización de redes de prestación de servicios de salud.

I. ANTECEDENTES

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

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

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

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

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

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

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

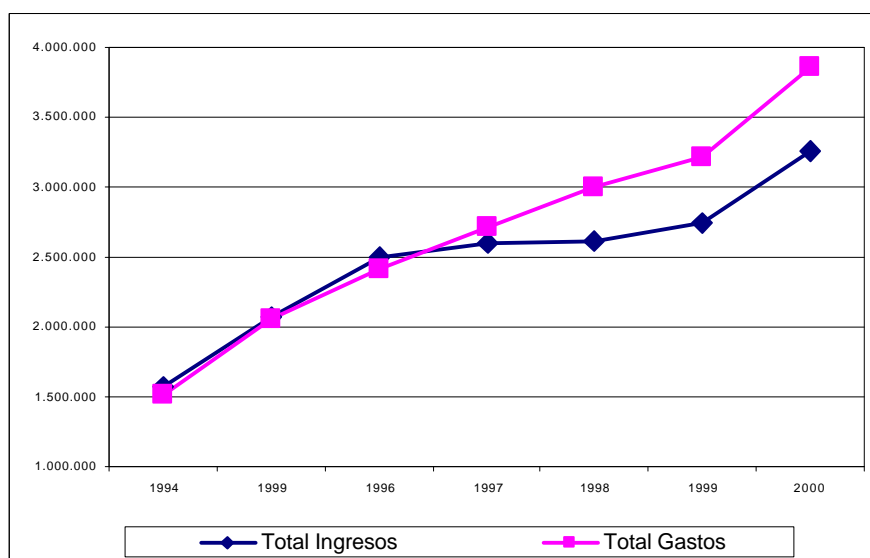
El esquema introducido por la Ley 60 de 1993, otorgó a los entes territoriales autonomía para la administración de los recursos financieros y la toma de decisiones en el ámbito de dirección, administración y prestación de los servicios de salud. No obstante, en muchos de los casos dicho proceso no generó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

De otro lado, luego de la expedición de la Ley 100 de 1993, muchas de las Empresas Sociales del Estado que fueron creadas no alcanzaron las condiciones para sostener la carga

administrativa exigida en la normatividad, convirtiéndose en entidades no viables financieramente. La razón era bien la falta de mercado, la tendencia creciente del gasto, o una deficiente gestión.

Por otra parte, la situación financiera de los hospitales ha sido deficitaria, en gran medida por la tendencia indiscriminada a comprometer gastos más allá de la propia capacidad para financiarlos, lo que refleja un mal manejo de la autonomía institucional que la ley les otorgó. El Gráfico 1 muestra cómo desde 1997, los gastos superan los ingresos, y cómo la brecha se ha incrementado con el paso del tiempo.

Gráfico 1. Evolución de ingresos y gastos de los hospitales públicos⁴, 1994 – 2000.
(millones de pesos de 2000)



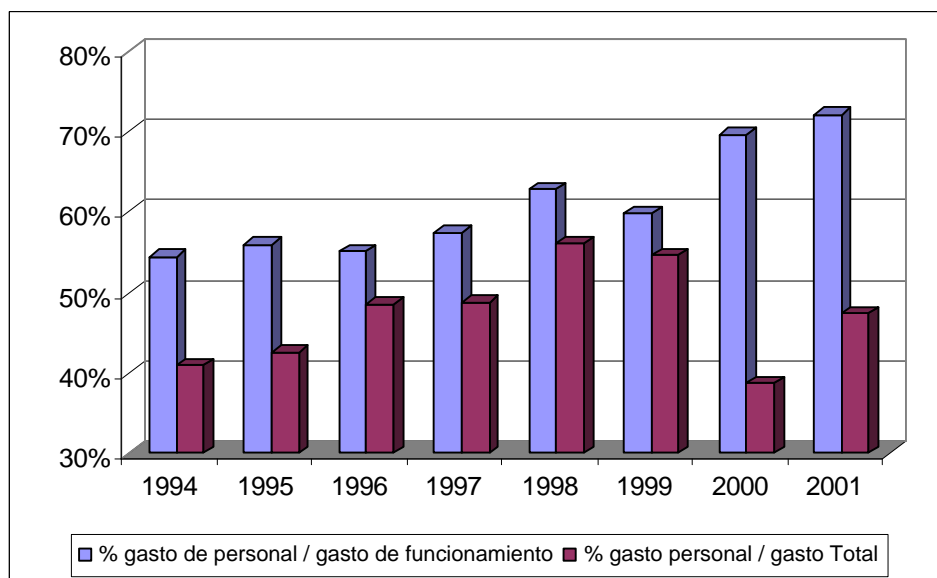
Fuente: Ministerio de Salud⁵. Actualización año 2000 – Cálculos DNP-DDS-SS

En el Gráfico 2 se puede observar cómo la participación del gasto de personal como porcentaje de los gastos de funcionamiento, se incrementó del 50% al 70% entre los años 1994 y 2001. Del mismo modo, la participación del gasto de personal frente a los gastos totales de los hospitales públicos pasó del 40% al 55% en el mismo período. Es decir, no sólo los gastos totales se dispararon comprometiendo seriamente la viabilidad de los centros hospitalarios, sino que es el rubro de personal el que más explica esta perversa tendencia.

⁴ Comprende 934 Hospitales públicos. Para ver información mas detallada de estos consultar el anexo 1.

⁵ Ministerio de Salud. Evaluación de la transformación de subsidios de oferta a demanda, 1994- 2000. Informe Final. Giedión Ursula. López Alvaro. Diciembre 2000. Página 28.

Grafico 2. Participación del gasto de personal, frente al gasto de funcionamiento y gasto total de los hospitales públicos (1994-2001)



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

Al analizar el comportamiento del total de cargos en las plantas de personal reportados por niveles de atención⁶ durante 1997-2000, se evidencia que el mayor incremento se generó en instituciones de primer nivel de atención (25%); mientras que en las instituciones de segundo nivel el incremento fue del 0.5% y en las de tercer nivel del 9%⁷.

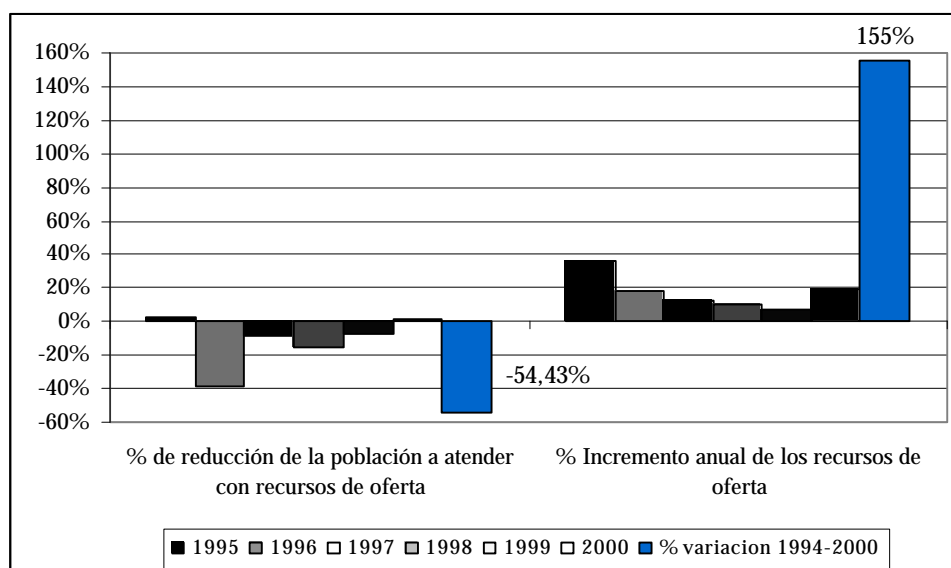
Este crecimiento importante del gasto hospitalario es especialmente grave dado que el sector asigna hoy más recursos a los hospitales públicos que antes de la reforma, a pesar de que más de la mitad de la población pobre se encuentra hoy afiliada al régimen subsidiado. Esta

⁶ En términos generales existen tres niveles de atención: a) la atención básica prestada por instituciones con profesionales de la salud no especializados (primer nivel correspondiente a centros y puestos de salud y hospitales locales); b) atención prestada en instituciones que cuentan con recurso humano especializado (segundo nivel, hospitales locales o regionales); y c) atención prestada en instituciones con recurso humano especializado y subespecializado, con alta tecnología e incluso con áreas de investigación en salud (tercer nivel, hospitales universitarios o de referencia). Estas características de organización y diferenciación de la infraestructura hospitalaria, supone la coordinación en el proceso de atención, según las necesidades de la demanda. El nivel de atención está determinado por la población, el área de cobertura, el tipo de servicios que se prestan, su variedad y complejidad (grado de tecnología y especialización del recurso humano).

⁷ Departamento Nacional de Planeación – Ministerio de Salud. Documento Técnico: Política Nacional de Reestructuración de Hospitales Públicos e Implementación del Programa de Modernización de Redes de Prestación de Servicios de Salud - Documento Marco- Noviembre 2001. Página 22.

situación genera un deterioro claro en la eficiencia conjunta del sector hospitalario público que se ve reflejada en el Gráfico 3, el cual muestra como los gastos agregados en estos hospitales crecieron en un 155% entre 1994 y 2000, mientras al final del mismo período se tienen que atender un 54.4% menos personas con estos recursos debido a su afiliación al régimen subsidiado.

Gráfico 3. Evolución de la eficiencia en la Asignación de Recursos al Sector Hospitalario Público. 1995 - 2000



Fuente: Ministerio de Salud⁸. Actualización año 2000 – Cálculos DNP-DDS-SS

En 1999 se destinaron \$146.288 millones, provenientes de recursos liberados por créditos BID de la Nación (\$58.791 millones) y de excedentes de la Subcuenta ECAT del Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA – de la vigencia 1998 (\$87.497 millones), para financiar un proceso de ajuste y reestructuración hospitalaria que benefició a 26 instituciones de segundo y tercer nivel de atención⁹. Este proyecto tuvo como objetivo ajustar la estructura de costos y redistribuir los recursos asignados para mejorar los niveles de productividad de las entidades.

⁸ Ministerio de Salud. Estudio Evaluación de la Transformación de subsidios de oferta a demanda, 1994- 2000. Informe Final. Giedión Ursula. López Alvaro. Diciembre 2000. Página 27.

⁹ La inversión benefició a las 26 instituciones hospitalarias de segundo y tercer nivel que en su momento presentaban mayores problemas financieros y de gestión, con mayor área de influencia territorial, las cuales se detallan en el anexo 2.

El proyecto tuvo resultados positivos: a) se logró una reducción total de los costos de la planta de personal del 30.4%, favoreciendo la disminución de la brecha entre ingresos y gastos; b) se redujo el volumen de camas subutilizadas, lo que permitió mejorar notablemente la productividad y el porcentaje ocupacional de las mismas; c) se disminuyó el número de días de estancia de los pacientes; y d) se pudo apreciar un incremento en el volumen de cirugías y consultas de urgencias, así como la disminución en actividades correspondientes a otros niveles de atención como partos vaginales y consulta externa (ver Cuadro 1).

Cuadro 1. Efecto sobre la producción de servicios y la productividad de los recursos en los 26 hospitales de nivel 2 y 3, reestructurados.

	(1) 1999	(2) 2000	(3) [(2)-(1)]/(2) %
ESTRUCTURA DE GASTO DE PERSONAL			
Costos Asignación Básica (millones de pesos)	148.176	99.484	-32,9%
Costo Contribuciones Inherentes (millones de pesos)	204.481	140.614	-31,2%
Costos Total Nomina (millones de pesos)	352.357	242.698	-31,1%
Costos Indirectos (millones de pesos)	35.748	47.912	34,0%
Número de Cargos	15.363	10.609	-30,9%
PRODUCCIÓN HOSPITALIZACIÓN			
Numero de Camas	5,585	5,019	-10,0%
Numero de Egresos	302,685	295,313	-2,0%
Giro Cama	54	59	9,0%
Porcentaje Ocupacional	80%	83%	4,0%
Promedio Día Estancia	5.2	5.0	-5,0%
PRODUCCIÓN CIRUGIA Y PARTOS			
Cirugías Electivas	62,955	66,755	6,0%
Cirugías Urgentes	96,281	108,091	12,0%
Numero de Cirugías	159,236	174,846	10,0%
Cesáreas	24,23	21,924	-10,0%
Partos Vaginales	50,782	47,529	-6,0%
PRODUCCIÓN CONSULTA			
Numero de Consulta Externa	925,131	790,201	-15,0%
Numero de Consulta Urgencias	738,036	806,553	9,0%

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

II. JUSTIFICACION

1.1. Justificación del Programa

Las lecciones más importantes aprendidas con la experiencia de adecuación de los 26 hospitales públicos, mostró que existe una estrecha relación e interdependencia entre los tres niveles de atención y evidenció que:

- a) el proceso de ajuste institucional de un hospital tiene mayor probabilidad de éxito, en la medida en que se involucre al conjunto total de entidades que conforman la oferta pública de servicios en un área poblacional determinada, en forma integrada con las unidades de dirección, coordinación, vigilancia y control a nivel territorial.
- b) el proceso de descentralización, si no es implementado de manera armónica y coordinada, genera duplicidad en la oferta de servicios, por creación o ampliación de instituciones o servicios que no contemplan el tamaño y los requerimientos de la demanda, ni la capacidad instalada tanto pública como privada.
- c) Es necesario replantear el proceso de ajuste institucional a un esquema más amplio y organizado con el fin de generar un mayor impacto en la reducción del gasto hospitalario y en el uso eficiente de los recursos asignados a los mismos.

De otro lado, con la expedición de la ley 715 de 2001, se transforma el esquema de descentralización del sector salud a través de una nueva asignación de recursos y una redefinición de competencias adquiridas por los diferentes niveles de gobierno, con el fin de evitar la duplicidad de funciones y definir una clara separación entre éstas; es decir, se armoniza con el esquema planteado en la Ley 100 de 1993.

El Artículo 54 de la Ley 715 establece que el servicio de salud a nivel territorial deberá prestarse mediante la integración de redes de prestación de servicios de salud¹⁰ que permitan la

¹⁰ De acuerdo con la definición del Ministerio de Salud, el concepto de red de servicios de salud incorpora al conjunto de unidades de diferente nivel complejidad (diferente grado de tecnología y formación del recurso humano) bajo un modelo de atención definido, e integradas verticalmente para que resuelvan los problemas de salud, mediante

articulación de las unidades prestadoras, la utilización adecuada de la oferta y la racionalización del costo de las atenciones en beneficio de la población, así como la optimización de la infraestructura que la soporta, lo cual implica una redefinición de los servicios que puede ofrecer cada hospital en un territorio determinado, por lo que se hace necesario su reestructuración. Para este fin, el párrafo 3 del citado artículo, establece que el Gobierno Nacional podrá otorgar préstamos condonables a las entidades territoriales, los cuales serán considerados como gastos de inversión del sector.

1.2. Justificación de la Fuente

Para desarrollar el modelo de red de servicios, el Gobierno Nacional propone contratar un empréstito con el Banco Interamericano de Desarrollo – BID – el cual tiene experiencia en operaciones de crédito y en la cooperación técnica para la realización de proyectos en el sector salud, entre los que se encuentran:

- El Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud (716/OC-CO): este proyecto se desarrolló de manera satisfactoria, tanto desde el punto de vista operativo como técnico. Su objetivo principal fue contribuir al mejoramiento de la gestión técnica y administrativa de las instituciones hospitalarias de segundo y tercer nivel de atención, con el fin de aumentar su eficiencia, mejorar la calidad de atención y dar uso racional de la estructura hospitalaria y de los recursos disponibles. De hecho, el sistema de catastro físico de los hospitales públicos desarrollado en el programa, es un modelo que será adoptado por países de la región.
- El Programa de Apoyo a la Reforma (910/OC-CO): apoya el proceso de implantación de la reforma del sector mediante la ejecución estudios que generan recomendaciones de política, así como el desarrollo de instrumentos y metodologías para fortalecer la capacidad institucional, capacitar al recurso humano del sector y apoyar las demás acciones orientadas a consolidar la implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

una complementariedad administrativa y operativa; y horizontalmente, entre unidades del mismo nivel de complejidad, para que se racionalice la utilización de recursos humanos, tecnológicos, físicos y financieros a través de la eliminación, reducción o especialización de servicios duplicados.

- De otro lado, se cuenta con el apoyo de una cooperación técnica financiada por el Fondo Especial de Japón (ATN/JO-7650-CO), para adelantar los estudios técnicos necesarios y el diseño de las propuestas de modernización institucional y de reorganización y gestión de tres redes piloto, en regiones con características disímiles (aún por definir). Este ejercicio servirá también para validar los instrumentos que serán utilizados en la implementación de la nueva operación. Los objetivos específicos de esta cooperación técnica son: a) definir el concepto y la dimensión de la red de servicios de salud en diferentes entornos económicos, institucionales, epidemiológicos y poblacionales; y b) definir y probar un conjunto limitado de propuestas para la reorganización institucional y gerencial para los hospitales públicos.

III. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE MODERNIZACION DE REDES DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD

1. Objetivo

El objetivo general del programa es apoyar la conformación de redes públicas de prestación de servicios a nivel departamental¹¹, hacia una operación integrada y coordinada, en condiciones de viabilidad empresarial, técnica y financiera, permitiendo su sostenibilidad dentro del marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La organización en redes permite una gestión más eficaz y recupera el concepto de planeación de la oferta de servicios de salud. Con ello se busca ajustar los gastos de las entidades a los recursos disponibles para la prestación de los servicios de salud, definiendo un portafolio de servicios en razón a: a) las necesidades de la población según parámetros epidemiológicos y demográficos; b) la distancia geográfica entre las instituciones prestadoras de servicios en un territorio determinado, c) las posibilidades reales de contratación con los respectivos aseguradores

¹¹ La ley 715 de 2001 asigna esta competencia a los departamentos. Sin embargo, este proceso puede, según las condiciones en cada región, sobrepasar los límites de un departamento o circunscribirse a un conjunto de municipios, de manera que involucre varias redes en un departamento o entre departamentos.

y d) las características de la red de IPS públicas y privadas que operan dentro de un área de mercado específico.

2. Componentes

2.1 Reorganización institucional de servicios de salud y del recurso humano

En este componente se concentra el 86.5% (US\$ 123.6 millones) del costo del programa y busca enfrentar las causas prioritarias de la ineficiencia en el funcionamiento hospitalario y que han determinado en gran medida las crisis operacionales que se han presentado. Las acciones a realizar son:

- Armonizar los portafolios de servicios de salud que ofrezca cada institución dentro de la red, de manera que se correspondan con las necesidades de la población y mejoren las condiciones de accesibilidad, oportunidad y continuidad en la atención. Esto implica la reorganización de los recursos físicos, humanos, financieros y tecnológicos con el fin de evitar la duplicidad de funciones entre las unidades de la red.
- Incentivar la reorganización institucional en redes y mejorar los procesos de gestión que garanticen un mejor uso de los recursos.
- Flexibilizar la administración de los recursos, mediante la contratación externa de los servicios no relacionados directamente con la actividad productiva del hospital tales como lavandería, alimentación, aseo, entre otros.
- Realizar el pago de los pasivos prioritarios, originados por obligaciones con proveedores y obligaciones laborales no canceladas en las últimas vigencias, que afectan la disponibilidad de insumos críticos (recurso humano y suministros) para la prestación normal del servicio.

2.2. Fortalecimiento institucional de las entidades de dirección, vigilancia y control.

Este componente comprende el 3.4% (US\$ 4.9 millones) del costo del programa y financiará el fortalecimiento de la gestión de las direcciones territoriales de salud. Las actividades a realizar en este componente están orientadas a fortalecer:

- Los procesos de planeación, organización, dirección, y control de las redes de prestación de servicios de salud.
- La adecuada distribución de los recursos del sector entre las diferentes unidades prestadoras pertenecientes a las diferentes redes regionales o departamentales
- El control de la oferta de prestación de servicios de salud en el respectivo territorio
- El sistema de información a nivel territorial al igual que la implementación de sistemas de telecomunicaciones para el funcionamiento de las redes.

2.3. Fortalecimiento institucional y de la gestión de las unidades prestadoras de servicios.

Este componente comprende el 8.9% (US\$ 12.6 millones) del costo del programa y se orienta a fortalecer la capacidad institucional y de gestión de las unidades prestadoras de servicios de salud dentro de un esquema de operación en redes. Este componente busca:

- Mediante convenios de eficiencia y sostenibilidad: a) determinar metas de producción de servicios de salud, b) aumentar la productividad del recurso humano, c) mejorar la calidad en la atención y d) racionalizar los costos.

- Identificar los portafolios de servicios en cada hospital que garantice integralidad y continuidad en la atención, haciendo uso eficiente de los recursos humanos, físicos y financieros.
- Definir, implantar y mejorar los procesos gerenciales, administrativos y financieros con el fin de fortalecer la capacidad de gestión y producción de las instituciones prestadoras de servicios de salud, y su funcionamiento en redes.
- Fortalecer los sistemas de información necesarios para el mejoramiento de los procesos asistenciales, administrativos y financieros.
- Mejorar la capacidad resolutive¹² de las instituciones que integran las redes y su impacto en el control de problemas prioritarios de salud, a través de la estandarización y mejoramiento de los procesos asistenciales.

2.4. Seguimiento y evaluación.

Este componente comprende el 1.2% (US \$1.7 millones) del costo del programa y financiará la definición de la línea de base, el seguimiento, y la evaluación de la ejecución en la conformación y operación de las redes, así como de los logros y dificultades en la reducción de costos, mejoramiento en la prestación de servicios y cumplimiento de metas de producción y de calidad. Los resultados que se obtengan a través del proceso de evaluación y seguimiento servirán como insumo para definir la continuación del programa en una segunda fase.

¹² Capacidad para atender y solucionar el problema de salud que origina la consulta, de acuerdo al grado de tecnología y de formación del recurso humano, que tenga cada institución en particular y la red en su conjunto.

III. COSTO DEL PROGRAMA

El costo total del programa de modernización de redes de prestación de servicios de salud asciende a US \$549.6 millones de dólares. Sin embargo, como la modernización y transformación de las redes son procesos complejos cuya adopción se debe perfeccionar y evaluar, se prevé la ejecución de este programa en dos fases. La primera fase del programa (de cuatro años de duración), se espera financiar mediante un préstamo de US \$100 millones de dólares y con una contrapartida adicional de US \$42.9 millones aportados por la Nación, con los que se llevarán a cabo los componentes definidos en este documento Conpes (Ver Cuadro 2).

La segunda fase (duración estimada de cuatro años), se caracteriza por la consolidación de las nuevas formas de organización y de la política, así como la extensión de esos nuevos modelos a otros departamentos del país. Su costo aproximado asciende a US \$406.7 millones de dólares y su inicio está sujeto a la evaluación de los resultados obtenidos en la primera fase.

Cuadro 2. Programación de Recursos del Programa US\$ Millones de Dólares de 2002

	(1)	(2)	(3) (1) + (2)	(4)
Recursos	Fase I 2002-2005	Fase II 2006-2009*	Total proyecto	% de financiación por fuente
Recursos Crédito	100.0	285.0	385.0	70%
Recursos Contrapartida	42.9	121.7	164.5	30%
Total	142.9	406.7	549.6	100%

* El inicio de la segunda fase puede ser convenido antes de finalizar la primera fase, según la disponibilidad de recursos y de espacio presupuestal y los resultados y grado de avance de la primera fase.

IV. PROGRAMACION DE DESEMBOLSOS - PRIMERA FASE.

El Cuadro 3 muestra el costo estimado de los componentes del proyecto de acuerdo a las fuentes de financiación con las que cuenta.

Cuadro 3. Programación de Recursos del Programa (primera fase)
Millones de Dólares de 2002

	(1)	(2)		(3) (1) + (2)
Componente	Recursos de Crédito	Recursos de Contrapartida		Total Recursos
		ECAT	PGN	
Recursos humanos	49,6	26,8	-	76,4
Saneamiento	-	13,2	-	13,2
Cambio régimen cesantías	34,1	-	-	34,1
Fortalecimiento DDS	4,2	-	0,6	4,9
Fortalecimiento IPS	10,8	-	1,8	12,6
Evaluación y seguimiento	1,2	-	0,5	1,7
TOTAL	100,0	40,0	2,9	142,9

Para llevar a cabo el proyecto se estableció un programa de desembolsos de los recursos, de acuerdo a la disponibilidad presupuestal para cada año (Ver Cuadro 4).

Cuadro 4. Programación de desembolsos de la Operación de Crédito (Primera Fase)
Millones de Dólares de 2002

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(1+ 2+ 3+ 4+ 5+ 6)
Recursos	2001	2002	2003	2004	2005	Total
Recursos Crédito		28.5	30.0	30.0	11.5	100.0
Recursos Contrapartida	22.5	1.6	7.6	10.0	1.2	42.9
Total	22.5	30.1	37.6	40.0	12.7	142.9

De otro lado, se estableció un costo promedio¹³ de una red tipo¹⁴ de prestación de servicios de salud con el fin de realizar una aproximación del número de redes que se pueden ajustar de acuerdo con la disponibilidad presupuestal para cada uno de los años.

¹³ Para el cálculo del costo promedio de una red tipo se estimó el costo promedio unitario de cada uno de los componentes del programa, por institución prestadora de servicio de salud para cada nivel de atención. Adicionalmente, se estimó por número de funcionarios de cada institución el costo promedio de los componentes de fortalecimiento institucional, y de evaluación y seguimiento.

¹⁴ Una red tipo es la conformada por el conjunto de instituciones de diferente nivel de atención y que resulta adecuada para atender, dentro de un proceso integrado de prestación de servicios, a una población con características promedio en términos de tamaño, composición, patrón de demanda de servicios y costos.

El costo promedio para implementar una red tipo, asciende a US \$4.9 millones de dólares. Por lo tanto, con base en la estimación de la programación de los desembolsos se tiene que es posible reestructurar entre 6 y 8 redes en cada uno de los primeros 3 años de ejecución del proyecto y 3 redes para el año final. Cabe anotar, que en el año 2001, ya se hizo una inversión de US \$22.4 millones de dólares con recursos provenientes de la Subcuenta ECAT del Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA –, con los cuales se está financiando parcialmente la conformación de 7 redes de prestación de servicios de salud. De acuerdo a los estudios adelantados por el Ministerio de Salud, en el país se tendrían que organizar alrededor de 110 redes (ver anexo 1).

V. ESQUEMA DE EJECUCION

El esquema de ejecución prevé que la Nación transferirá a las entidades territoriales los recursos tanto de crédito como de contrapartida, a través de préstamos condonables bajo el cumplimiento de convenios de eficiencia, que cubren entre el 80% y el 95% del costo de la inversión para las redes de cada departamento. El valor restante no financiado con préstamos condonables, será cofinanciado en cada caso por el respectivo departamento. Los criterios y mecanismos para las transferencias de los recursos a las entidades territoriales, así como para la cancelación de las deudas con la Nación serán definidos por el Reglamento Operativo del Programa.

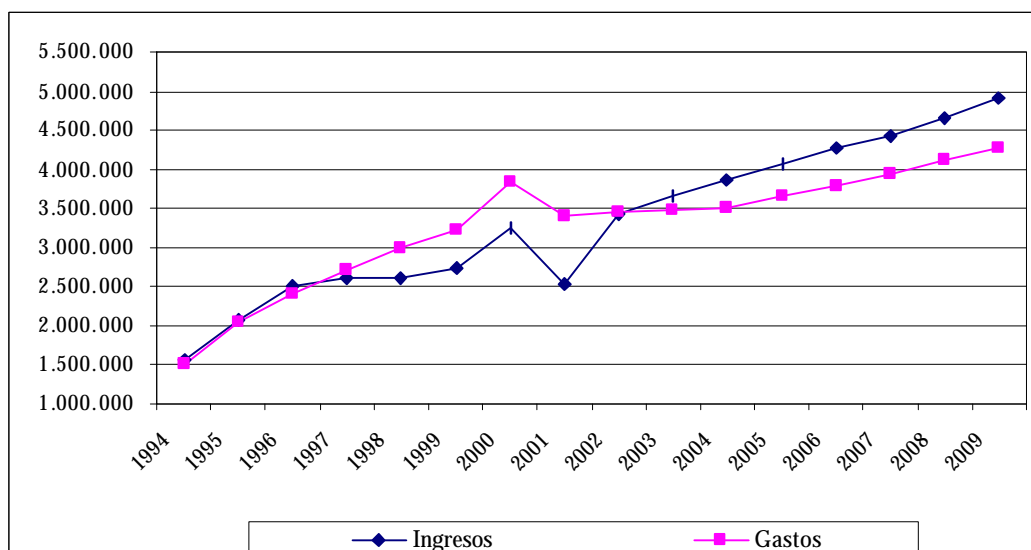
La evaluación para determinar el monto de la cofinanciación a cargo de cada departamento y la condonación de la deuda adquirida con la Nación se hará por parte de un comité con la participación del Departamento Nacional de Planeación, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el Ministerio de Salud.

VI. RENTABILIDAD ECONOMICA DEL PROGRAMA

Luego de realizar la estimación de los recursos del programa en cada una de las fases, teniendo en cuenta el costo de los diferentes componentes, se calcularon los retornos de la inversión en función del comportamiento estimado de los ingresos y gastos hospitalarios. Se

estima que los retornos esperados, entendidos como una liberación de recursos de oferta una vez reestructurados financieramente los hospitales, se empezarán a obtener a partir del año 2003, con los cuales es posible generar un aumento en la cobertura del Régimen Subsidiado de salud (Ver Gráficos 4 y 5).

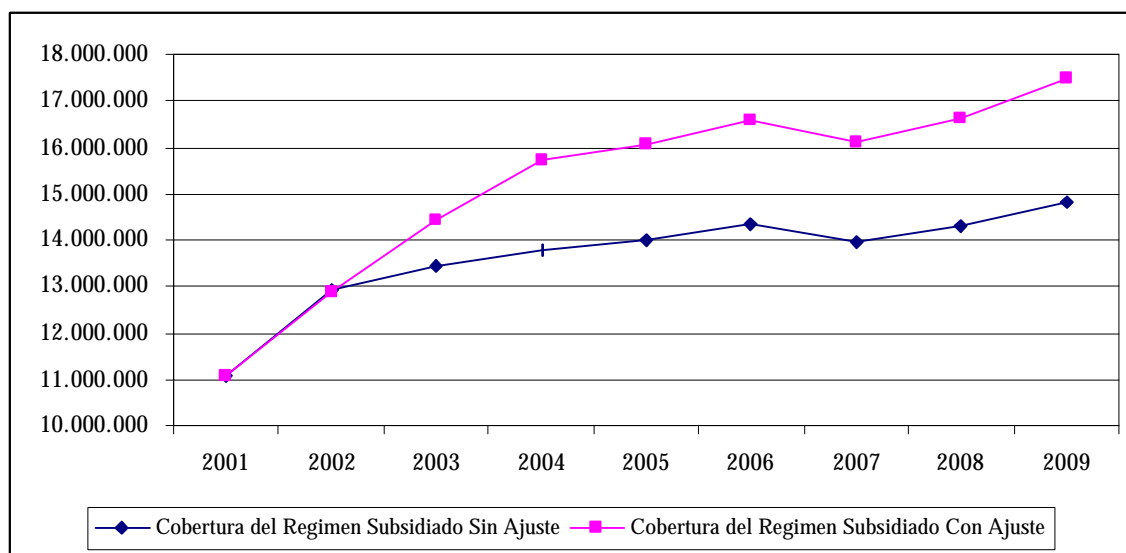
Gráfico 4. Evolución de ingresos y gastos de los hospitales públicos, 1994 – 2009, bajo la perspectiva del programa. (millones de pesos corrientes)



Fuente: Ministerio de Salud años 1994 – 2000. Cálculos proyecciones: DNP – DDS – SS

De acuerdo con el Gráfico 4, se puede observar que una vez realizado el ajuste de los hospitales públicos y la puesta en marcha de la primera fase del proyecto, se espera que a partir del año 2003 la flexibilización de la estructura de costos y el fortalecimiento institucional mejore notablemente la situación financiera, permitiendo que las instituciones puedan operar en equilibrio financiero.

Grafico 5. Evolución de la Cobertura del Régimen Subsidiado de Salud, 2001 – 2009, bajo la perspectiva del programa.



Cálculos proyecciones: DNP – DDS – SS

De igual manera, los recursos de oferta que son liberados permiten que se realice una mayor afiliación de la población pobre al Régimen Subsidiado de Salud, permitiendo un notable incremento de la cobertura.

Adicionalmente, el impacto que se espera lograr con la realización del programa es la mejora en el acceso de la población a los servicios de salud, con calidad y oportunidad, una reducción del déficit de los hospitales y la sostenibilidad de los mismos, y la armonización de una red prestadora de servicios de salud a nivel nacional con instancias intermedias de dirección y control.

VII. RECOMENDACIONES

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

- Autorizar a la Nación para contratar empréstitos externos con la banca multilateral hasta por US \$100 millones de dólares o su equivalente en otras monedas, con destino a la financiación parcial de la primera fase del proyecto de modernización de redes de prestación de servicios de salud, de acuerdo a los lineamientos establecidos en este documento.
- Se recomienda que el Ministerio de Hacienda y Crédito Público realice la definición de los procedimientos para el otorgamiento de créditos condonables a los departamentos y la estimación del porcentaje a cofinanciar por cada departamento, con el fin de adelantar el programa de modernización de redes de prestación de servicios de salud.
- Se recomienda que el Departamento Nacional de Planeación y el Ministerio de Salud preparar el Reglamento Operativo del Programa.

ANEXO 1
IDENTIFICACION DE LAS REDES DE HOSPITALES PUBLICOS A NIVEL NACIONAL

Depto	No de Redes	No. Hospitales	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3
AMAZONAS	1	9	8	1	0
ANTIOQUIA	9	136	120	15	1
ARAUCA	1	7	5	2	0
ATLANTICO	2	33	25	7	1
BOGOTA		32	19	8	5
BOLIVAR	5	29	22	6	1
BOYACA	9	27	16	10	1
CALDAS	4	41	35	4	2
CAQUETA	1	12	11	1	0
CASANARE	1	2	1	1	0
CAUCA	5	43	40	2	1
CESAR	2	28	24	4	0
CHOCO	1	11	9	2	0
CORDOBA	3	27	23	4	0
CUNDINAMARCA	9	37	28	8	1
GUIAINIA	1	2	1	1	0
GUAVIARE	1	5	4	1	0
HUILA	4	41	37	3	1
LA GUAJIRA	2	19	16	3	0
MAGDALENA	5	28	21	6	1
META	4	22	19	3	0
NARIÑO	4	59	55	3	1
NORTE DE SANTANDER	3	20	15	4	1
PUTUMAYO	1	9	6	3	0
QUINDIO	1	16	13	2	1
RISARALDA	2	18	14	3	1
SAN ANDRES	1	4	3	1	0
SANTA MARTA	1	1	1	0	0
SANTANDER	7	71	62	8	1
SUCRE	3	27	24	3	0
TOLIMA	6	56	48	7	1
VALLE	9	49	37	11	1
VAUPES	1	2	1	1	0
VICHADA	1	8	7	1	0
TOTAL	110	931	770	139	22

Fuente: Ministerio de Salud. Subdirección de Mejoramiento de la Prestación de los Servicios de Salud