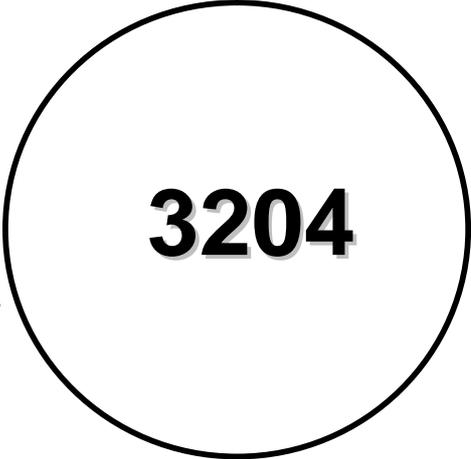


Documento Conpes

República de Colombia
Departamento Nacional de Planeación



3204

**POLÍTICA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA EL SISTEMA DE SEGURIDAD
SOCIAL EN SALUD Y ASIGNACIÓN DE RECURSOS DEL PRESUPUESTO
GENERAL DE LA NACIÓN PARA LA MODERNIZACIÓN DE LOS HOSPITALES
PÚBLICOS**

**DNP: DDS - SS
Ministerio de Salud
Ministerio de Hacienda y Crédito Público**

Versión aprobada

Bogotá D.C., 06 de Noviembre de 2002

INTRODUCCIÓN

Este documento somete a consideración del CONPES, el marco general de la política de prestación de servicios para el Sistema General de Seguridad Social en Salud 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) al 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.

I. ANTECEDENTES

La reforma del sector salud empezó en 1993 buscando 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 de los recursos públicos del sector para el financiamiento de un gasto hospitalario con 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 el 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 pasando del presupuesto estatal (subsidios a la oferta), a la generación de ingresos a través de la venta servicios a las aseguradoras de los regímenes contributivo y subsidiado (subsidios a la demanda que financian el seguro de salud a la población pobre); b) la autogestión; y c) la apertura a la competencia con el sector privado.

Adicionalmente, 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 competencias 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 han logrado adaptar su operación para convertirse en entidades productivas y viables financieramente. Las razones han sido las fallas en la política que orienten su operación dentro de un contexto de mercado, la tendencia creciente del gasto, y una deficiente gestión.

Con la expedición de la Ley 715 de 2001, que derogó la Ley 60 de 1993, se transforma el esquema de descentralización del sector salud a través de una nueva forma de asignación de recursos y la redefinición de competencias para los diferentes niveles de gobierno. Además, la ley destaca la necesidad de reorganizar y ajustar la oferta hospitalaria pública a las reales necesidades de la población y su integración efectiva a las condiciones de competencia establecidas en la ley 100 de 1993. Sólo de esta manera será posible continuar la senda de expansión de coberturas en aseguramiento para la población pobre del país y frenar el creciente gasto hospitalario asociado a bajos niveles de productividad.

II. DIAGNÓSTICO

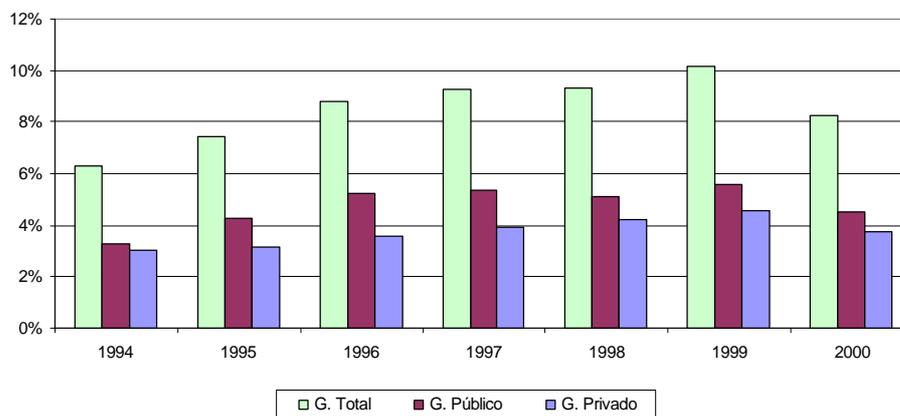
Evolución del Gasto en Salud

La transformación al Sistema General de Seguridad Social en Salud ha generado un aumento significativo en el gasto. El total de recursos del sector pasó de \$4,2 billones de pesos en 1994 a \$13,9 billones de pesos en el 2000, alcanzando el nivel mas alto en 1999 (\$15,1 billones), lo que representa una tasa de crecimiento real de estos recursos del 39.1%, entre 1994 y 2000, a pesar de los decrecimientos presentados en los años 1998 (0.4%) y 2000 (15.7%). Estos recursos representaron el 6.3% del PIB en 1994 y el 8.2% en el 2000 (durante 1997 y 1998 alcanzó a ser 9,3% del PIB, y en el año 1999 del 10.2%). Por su parte, el gasto público en salud como porcentaje del PIB pasó del 3.3% en 1994 al 4.5% en 2000, y el gasto privado pasó del 3.0% al 3.7% para tales años respectivamente⁴ (Gráfico 1).

⁴ Departamento Nacional de Planeación. Dirección de Desarrollo Social. Subdirección Salud. Proyecto Cuentas de Salud de Colombia, 1993-2000.

Gráfico 1.

Gasto en Salud como porcentaje del PIB. 1994 - 2000



Fuente: DNP-DDS-SS. Proyecto Cuentas de Salud de Colombia, 1993-2000.

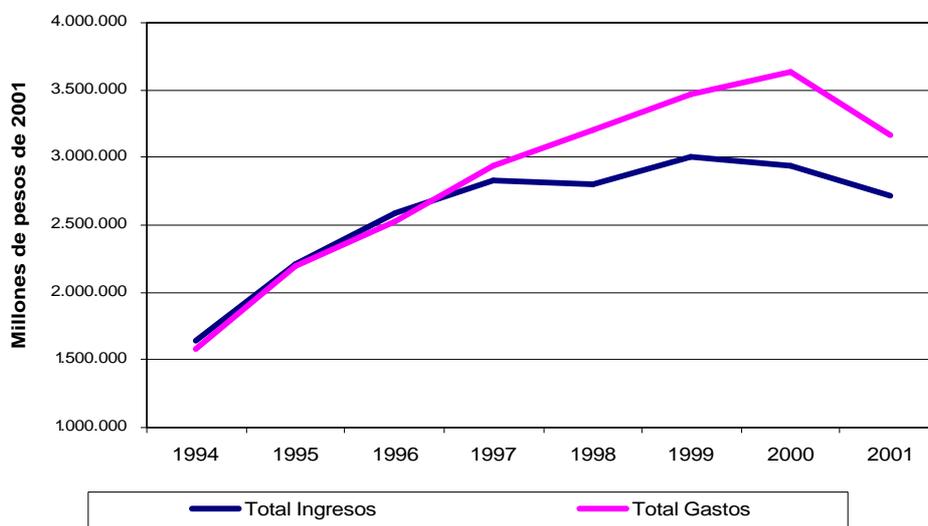
Situación Financiera de los Hospitales Públicos⁵

La situación financiera de los hospitales públicos ha sido deficitaria, en gran medida por la tendencia indiscriminada a comprometer gastos más allá de la propia capacidad para financiarlos, lo que refleja, en parte, un mal manejo de la autonomía institucional que la ley les otorgó⁶. A partir del año 1997, el déficit de los hospitales públicos empieza a crecer, presentando una brecha significativa entre ingresos y gastos. Los ingresos crecen año a año en menos del 5%, mientras que el crecimiento de los gastos es mayor al 10%. El Gráfico 2 muestra cómo desde 1997, los gastos superan los ingresos, y cómo la brecha se ha incrementado con el paso del tiempo.

⁵ La información utilizada para el análisis del comportamiento del gasto de los hospitales públicos, corresponde a las ejecuciones presupuestales suministradas por las entidades territoriales al Ministerio de Salud. Entre los años 1993 – 1997, el gasto que reportaban las entidades, correspondía al gasto efectivamente pagado, mientras que a partir del año 1998 a 2001, se cuenta, adicionalmente, con los gastos comprometidos. A partir del año 1998, se realiza el análisis con los compromisos, debido a que esta información evidencia realmente el monto total al que asciende el gasto público hospitalario, al igual que muestra la problemática presupuestal que enfrentan los hospitales públicos en términos de comprometer gastos con base en la expectativa de recaudo y no en el recaudo real, y la consecuente baja gestión en el recaudo de la cartera. De otro lado, a partir del año 1997, las unidades de observación de la muestra varían, ya que a través de los años se crearon nuevos hospitales públicos y algunos de ellos se fusionaron. Para el año 2001, los departamentos Cesar y Vichada no reportaron información. Sin embargo, la información manejada corresponde a la información disponible del total de hospitales que van generando información (1137 unidades prestadoras para el 2001) y que permite aproximarse al gasto total hospitalario.

⁶ De otro lado, los incentivos para transformar la estructura de financiamiento de los hospitales públicos no han sido consistentes. La persistencia de recursos vía transferencia directa, además de condicionar el crecimiento del gasto al garantizar el valor de los aportes patronales, han sido utilizados para cubrir la brecha entre los compromisos adquiridos por los hospitales y su recaudo real.

Gráfico 2.
Evolución Ingresos y Gastos hospitales públicos. 1994 - 2001



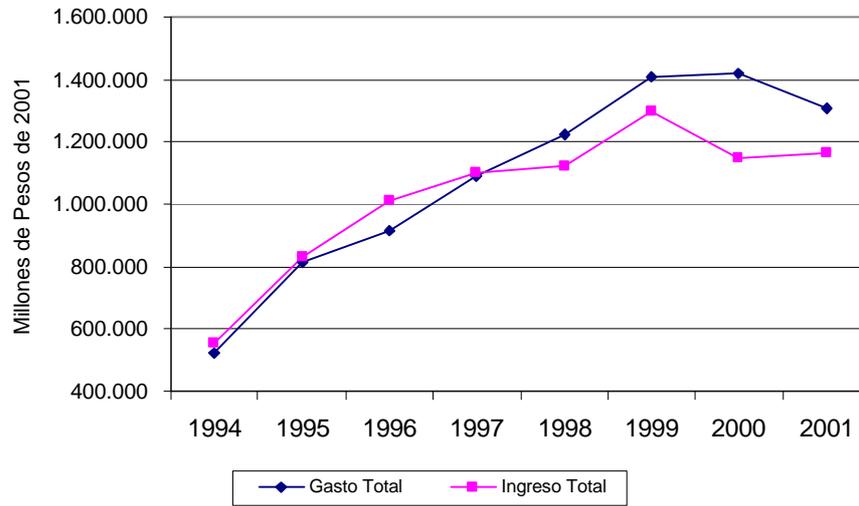
Fuente: Ministerio de Salud⁷. Actualización año 2000 y 2001 – Cálculos DNP-DDS-SS.

Por su parte, los hospitales de primer nivel alcanzaron niveles de gasto mayores (superior a 1,2 billones de pesos a partir de 1997, hasta 1.3 billones de pesos en el año 2001) que los hospitales de segundo y tercer nivel, los cuales presentan niveles inferiores a 1,2 billón de pesos para todos los años. (Gráficos 3, 4, 5)⁸.

⁷ 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 25.

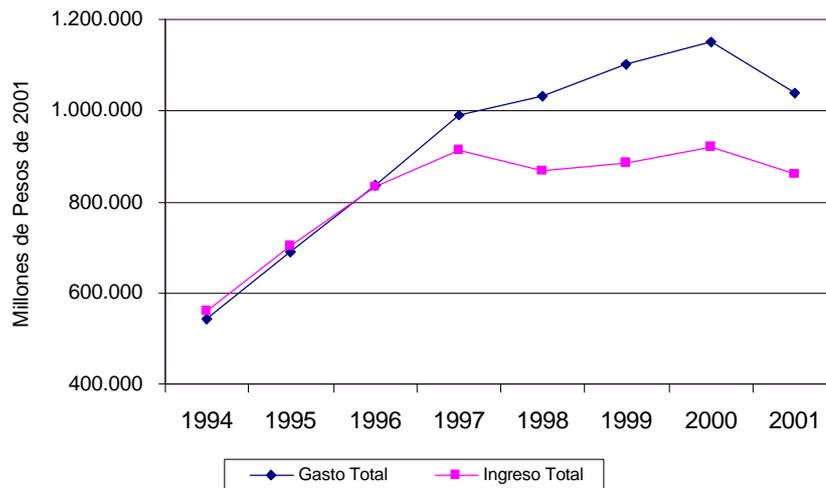
⁸ Para el año 2001, los departamentos César y Vichada no reportaron información, por lo tanto no se cuenta con la totalidad del monto de ingresos y gastos de los hospitales públicos por niveles de atención.

Gráfico 3.
Comportamiento de Ingresos y gastos Hospitales Públicos
Primer nivel de Atención. 1994 - 2001



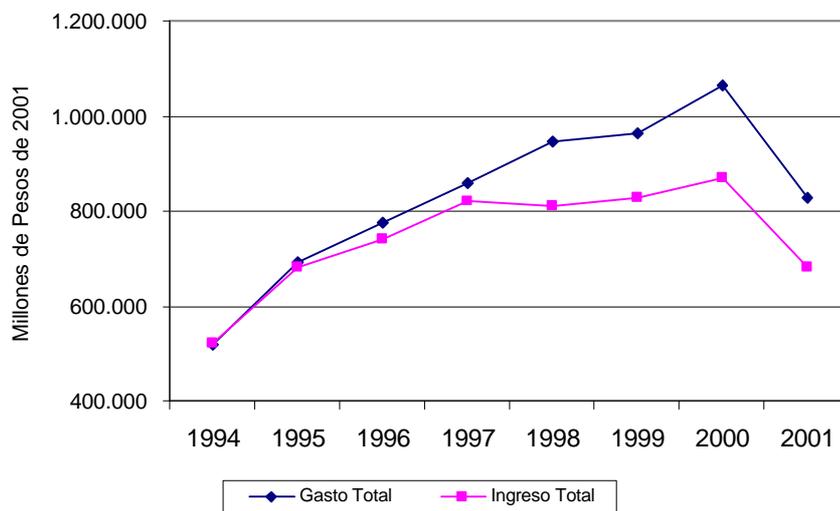
Fuente: Ministerio de Salud. Cálculos DNP – DDS - SS

Gráfico 4.
Comportamiento de Ingresos y gastos Hospitales Públicos
Segundo nivel de Atención. 1994 - 2001



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

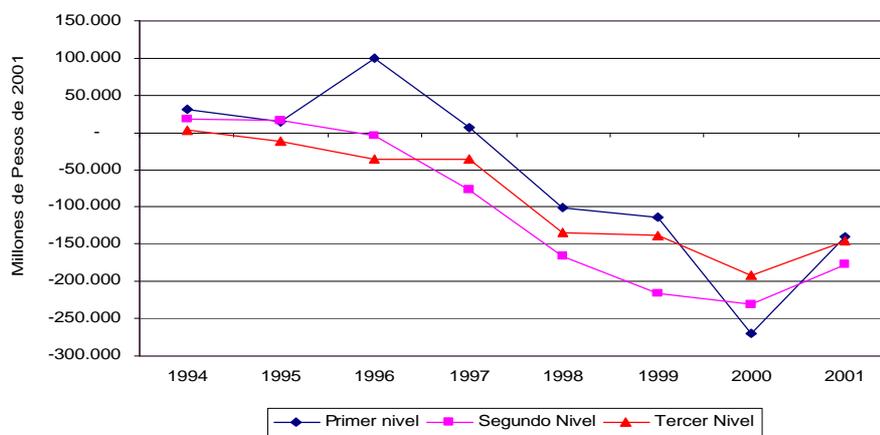
Gráfico 5.
Comportamiento de Ingresos y gastos Hospitales Públicos
Tercer nivel de Atención. 1994 - 2001



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

Sin embargo, 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 6).

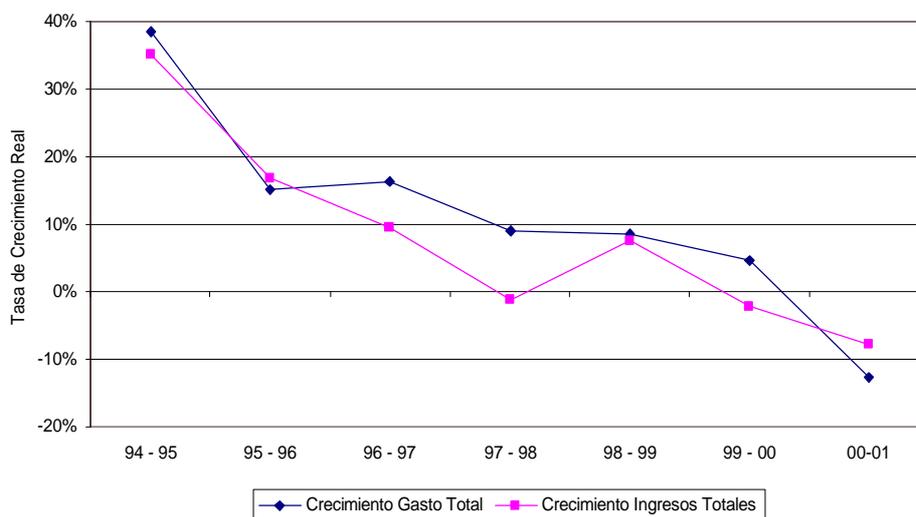
Gráfico 6.
Comportamiento del déficit de los hospitales públicos
por nivel de atención. 1994 - 2001



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

Adicionalmente, a partir del año 1995, la tasa de crecimiento del gasto total de los hospitales públicos ha sido mayor en relación a la tasa de crecimiento de los ingresos totales de los hospitales públicos, e incluso estos últimos presentan decrecimientos entre los años 1997 – 1998, y 1999 - 2000, con tasas del -1%, y -2% respectivamente para cada período, mientras que el crecimiento de los gastos fue de 9% y 5% respectivamente (Gráfico 7). El comportamiento decreciente del gasto entre los años 2000 y 2001, obedece en parte, a que para el año 2001, no se cuenta con la información de los departamentos de Cesar y Vichada.

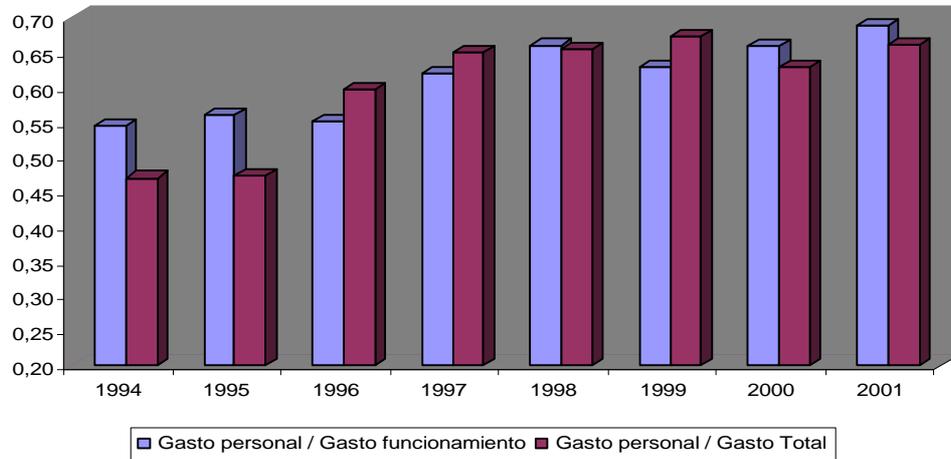
Gráfico 7.
Crecimiento de Ingresos y Gastos Totales Hospitales Públicos 1994 - 2001



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

El crecimiento en el gasto está explicado principalmente por el crecimiento de la planta de personal. 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. En el mismo período, su participación en los gastos totales pasó del 40% al 66% (Gráfico 8).

Gráfico 8.
Participación del gasto de personal, frente al gasto de funcionamiento y gasto total. Hospitales públicos, 1994 - 2001



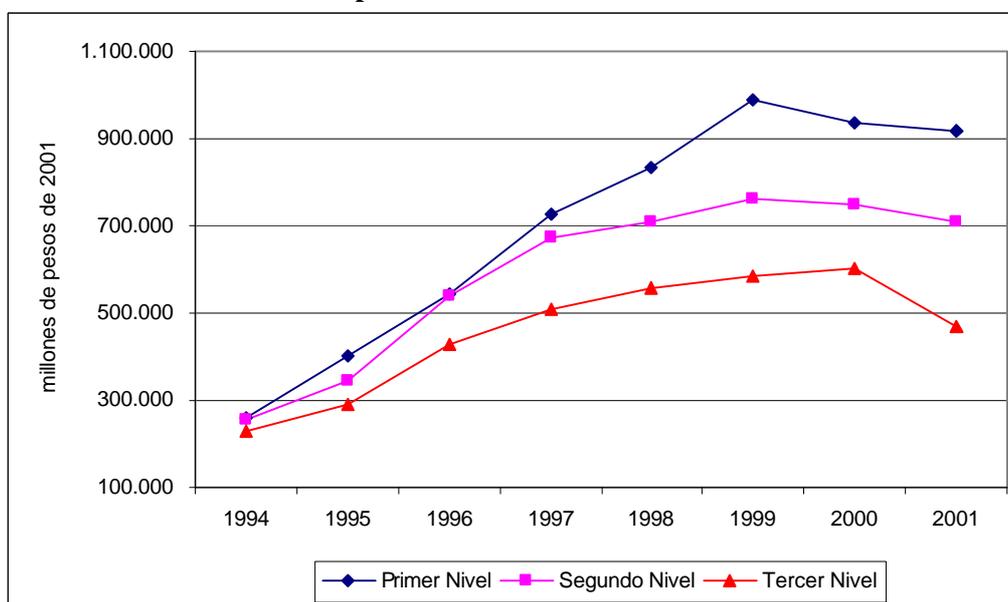
Fuente: Ministerio de Salud. Cálculos DNP – DDS - SS

El gasto de personal ha aumentado en mayor medida en las instituciones de primer nivel principalmente, entre los años 1994 a 2001. El primer nivel incrementó en un 256% los gastos de servicios personales, el segundo nivel en 177% y el tercero en 103% (Gráfico 9).

Al analizar el comportamiento de la totalidad de número de cargos reportados por niveles de atención durante 1997-2001, se evidencia que el mayor incremento se generó en instituciones de primer nivel de atención (50%). Por su parte, en las instituciones de segundo nivel el incremento fue del 2% y en las de tercer nivel del 7%⁹.

⁹ Fuente: Ministerio de Salud – Cálculos DNP- DDS - SS.

Gráfico 9.
Comportamiento del gasto de personal de los hospitales públicos
por nivel de atención. 1994 - 2001.



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

Evidentemente, el comportamiento creciente de los gastos ha financiado el aumento de las plantas de personal y los mayores costos fijos generados por las inflexibilidades que se manejan en el régimen laboral y los beneficios prestacionales. Como lo muestra el Cuadro 1, las diferencias entre los factores y beneficios laborales entre el sector público y privado, radican principalmente en el pago de horas extras, primas técnicas, de servicios y de vacaciones, al igual que la retroactividad de las cesantías que aún se presenta en el sector público y la existencia de convenciones colectivas en algunas regiones del país.

Cuadro 1.
Asignaciones básicas promedio. Hospitales públicos y privados, 2000.

PUBLICOS		PRIVADOS	
SUELDOS	12,00	SUELDOS	12,00
PRESTACIONES	7,71	PRESTACIONES	3,89
OTROS - CONVENCIONALES	3,11	OTROS - CONVENCIONALES	0,00
APORTES PATRONALES	3,33	APORTES PATRONALES	2,81
PARAFISCALES	1,52	PARAFISCALES	1,30
TOTAL	27,7	TOTAL	20,0

Fuente: Cálculo Ministerio de Salud. Programa de Mejoramiento Hospitalario.

Esta “crisis hospitalaria”, ha sido la constante antes y después de la reforma introducida con la ley 100 de 1993. Las principales causas que tienen hoy a la mayoría de los hospitales públicos ante una grave situación financiera¹⁰ son resultado de situaciones y manejos que no pasan sólo por la eventual falta de financiamiento, sino por deficiencias de gestión financiera y administrativa por parte de éstos¹¹. Como consecuencia, los hospitales públicos vienen acumulando grandes pasivos y déficit en los últimos años. Entre los principales pasivos se cuentan las obligaciones laborales que incluyen prestaciones sociales, las deudas con proveedores de bienes y servicios, y las obligaciones financieras, parafiscales e impositivas¹².

El importante crecimiento del gasto hospitalario es especialmente grave porque 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 situación genera un deterioro claro en la eficiencia conjunta del sector hospitalario público que se ve reflejada en el aumento del valor per cápita de los subsidios a la oferta, al tiempo que disminuye el número de personas a atender¹³ con estos recursos debido a su afiliación al régimen subsidiado (Gráfico 10).

¹⁰ Según datos reportados por el Ministerio de Salud, la cartera de los hospitales públicos con corte a mayo 31 del 2001 ascendía a 726.808 millones de pesos, de los cuales sólo el 74% era considerada cartera recuperable. Adicionalmente, el 51% de esta cartera recuperable eran deudas de más de 180 días, el 19% representaban deudas entre 91 y 180 días, y el 30% deudas de menos de 90 días, lo que implica un bajo recaudo de cartera. Sin embargo, este problema también es atribuible en parte al flujo de recursos dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, pues el problema de recaudo se presenta también entre las IPS privadas.

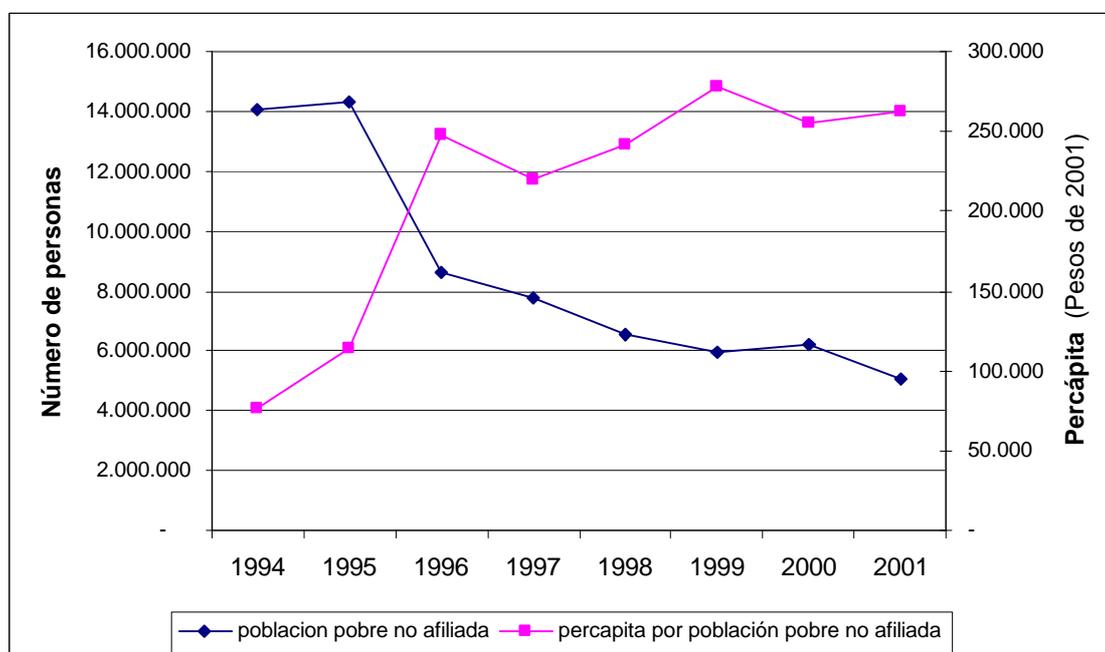
¹¹ Entre ellos se destacan: el desequilibrio entre la oferta y la demanda, baja capacidad productiva y de rendimiento del recurso humano, altos costos de operación debido a la alta carga salarial y prestacional, deterioro de la planta física y de equipos, bajo sentido de pertenencia, dificultad para adaptarse a los procesos de cambio por parte de los empleados hospitalarios, y baja capacidad resolutoria en las IPS públicas con especial énfasis en el primer nivel.

¹² 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, de los cuales el 51% correspondía a deuda laboral incluidos los aportes parafiscales, el 26% deuda con proveedores, el 7% a deudas financieras y el 16% restante está clasificada como otro tipo de deuda.

¹³ El número de personas a atender con recursos de oferta se calculó como la población total con NBI, menos los afiliados al régimen subsidiado.

Gráfico 10.

Subsidios a la oferta v/s población a atender. 1994 - 2001



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

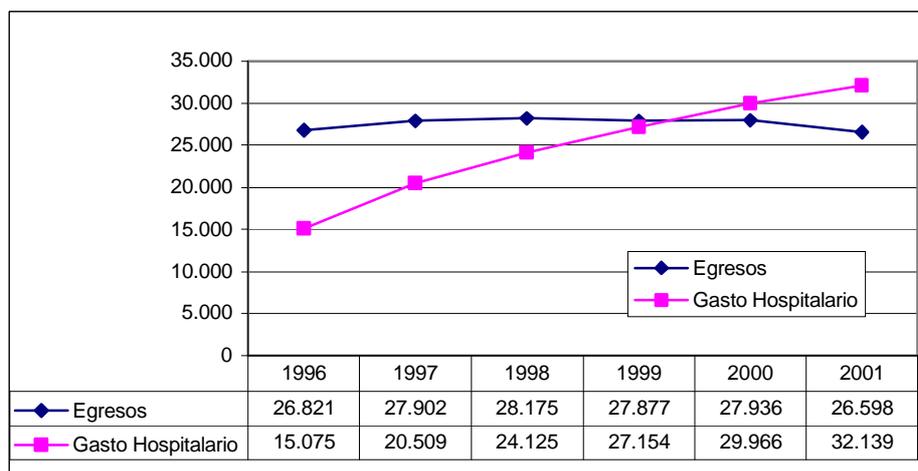
Desempeño de los hospitales públicos

De acuerdo con la encuesta de hogares del 2000 (EH – 2000)¹⁴, los hospitales públicos atienden dos terceras partes del total de hospitalizaciones¹⁵. Por tanto, la eficiencia en el gasto de estos hospitales es fundamental para el sector salud. Sin embargo, el aumento del gasto en los hospitales públicos no ha coincidido con un aumento en los servicios producidos por estas instituciones, como lo ilustra el gráfico 11. Tampoco han aumentado el número de consultas externas, el de partos y las urgencias, entre 1996 y 2001.

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

¹⁵ La proporción de personas que se hospitalizaron en hospital público de acuerdo con esa encuesta fue del 66.5%. Esta proporción fue de 49% en las cuatro áreas metropolitanas mayores, de 70% en el resto urbano, y de 85% en zonas rurales. La penetración del sector privado en servicios de hospitalización es alta (supera el 50%), únicamente entre los afiliados al SGSSS, en las cuatro áreas metropolitanas mayores y especialmente entre los asalariados, donde supera el 67%.

Gráfico 11.
Gastos hospitalarios v/s egresos hospitalarios. Hospitales Públicos de segundo y tercer nivel de atención. 1996 - 2001



Fuente: Ministerio de Salud, 2002.

La experiencia previa en el ajuste hospitalario

En 1999 se destinaron \$146.288 millones¹⁶ para financiar un proceso de ajuste y reestructuración hospitalaria que benefició a 26 instituciones de segundo y tercer nivel de atención. Este proyecto tuvo como objetivo ajustar la estructura de costos y redistribuir los recursos asignados para mejorar los niveles de productividad de las entidades.

Los principales logros del proyecto fueron: (1) se redujeron los costos de la planta de personal en 30%, favoreciendo la disminución de la brecha entre ingresos y gastos; (2) se redujo el volumen de camas subutilizadas, lo que permitió mejorar notablemente la productividad y el porcentaje ocupacional de las mismas; (3) se disminuyó el número de días de estancia de los pacientes; y (4) 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 (Cuadro 2).

¹⁶ 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),

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

	(1)	(2)	(3) [(2)-(1)]/(2)
ESTRUCTURA DE GASTO DE PERSONAL	1999	2000	%
Costos Asignación Básica (millones de pesos)	148.176	99.484	-33%
Costo Contribuciones Inherentes (millones de pesos)	204.481	140.614	-31%
Costos Total Nomina (millones de pesos)	352.357	242.698	-31%
Costos Indirectos (millones de pesos)	35.748	47.912	34%
Número de Cargos	15.363	10.609	-31%
PRODUCCIÓN HOSPITALIZACIÓN	1999	2000	%
Numero de Camas	5,585	5,019	-10%
Numero de Egresos	302,685	295,313	-2%
Giro Cama	54	59	9%
Porcentaje Ocupacional	80%	83%	4%
Promedio Día Estancia	5.2	5.0	-5%
PRODUCCIÓN CIRUGIA Y PARTOS	1999	2000	%
Cirugías Electivas	62,955	66,755	6%
Cirugías Urgentes	96,281	108,091	12%
Numero de Cirugías	159,236	174,846	10%
Cesáreas	24,230	21,924	-10%
Partos Vaginales	50,782	47,529	-6%
PRODUCCIÓN CONSULTA	1999	2000	%
Numero de Consulta Externa	925,131	790,201	-15%
Numero de Consulta Urgencias	738,036	806,553	9%

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.

Sin embargo, las lecciones más importantes aprendidas con la experiencia de adecuación de los 26 hospitales públicos, mostraron que existe una estrecha relación e interdependencia entre los tres niveles de atención y evidenciaron 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, con alternativas innovadoras de gestión de las instituciones para generar un mayor impacto en la reducción del gasto hospitalario y en el uso eficiente de los recursos asignados a los mismos.

III. JUSTIFICACIÓN

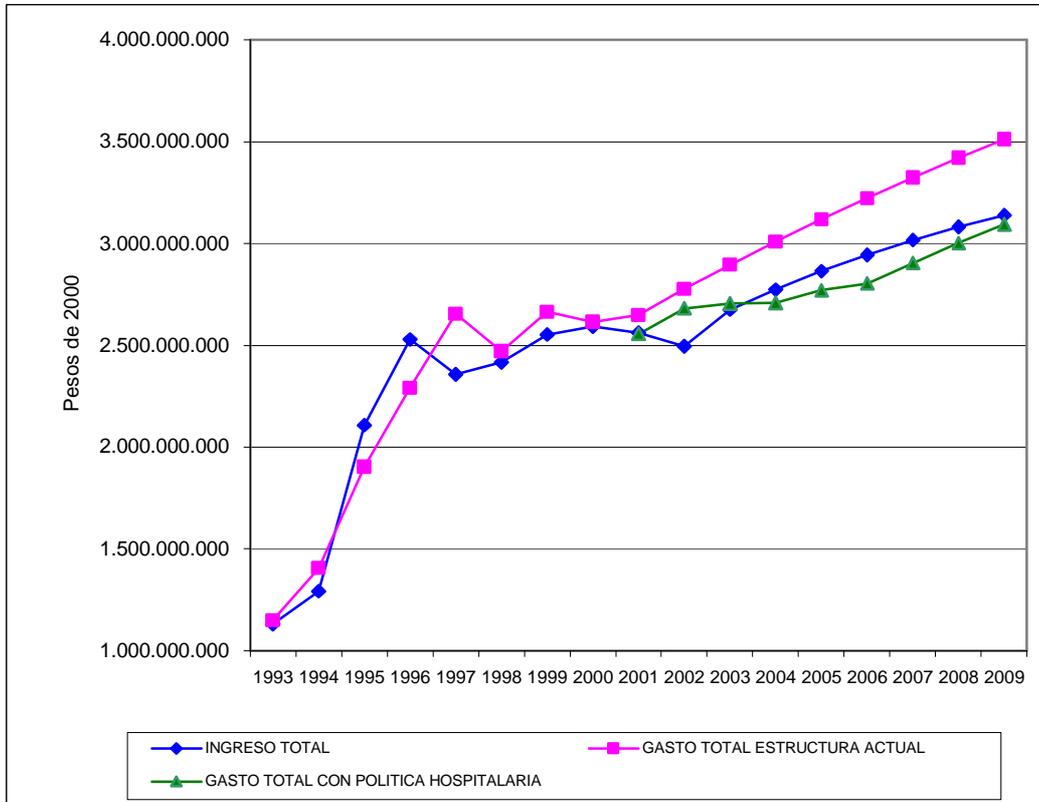
Los hallazgos encontrados ponen en evidencia que el comportamiento hospitalario no sólo afecta notablemente las finanzas territoriales de hoy, sino que, además de continuar con igual tendencia, hará insostenible fiscalmente su operación y generará pasivos de gran magnitud, con enormes costos para el país. Hacia el futuro, los desequilibrios financieros evidenciados por los hospitales públicos serán crecientes si se mantienen las condiciones actuales de operación: al finalizar el 2006, el déficit acumulado en el cuatrienio alcanzaría el 0.62% del PIB de ese año.

Las razones para no tener mayores coberturas de aseguramiento radican principalmente 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 y los mayores recursos del sector. Este incremento en los gastos no sólo afecta la viabilidad financiera de las propias instituciones, sino que además ha demorado 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 territorial¹⁷.

De esta manera, los esfuerzos para transformar la estructura de gastos de los hospitales públicos y modernizar su esquema organizacional y gerencial, se reflejarán en el mediano plazo en una reducción sustancial del déficit operacional y del déficit acumulado. Sin embargo, la magnitud de los resultados depende de la agresividad de la política de modernización en términos del tamaño de la reestructuración y el tiempo que se tome el proceso, pudiéndose tener al final del cuatrienio, un ahorro equivalente hasta del 0.5% del PIB (Gráficos 12 y 13).

¹⁷ 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 (\$596 mil millones)”. Banco de la República. Subgerencia de Estudios Económicos – Dirección de Finanzas Públicas. Medellín, junio de 2002.

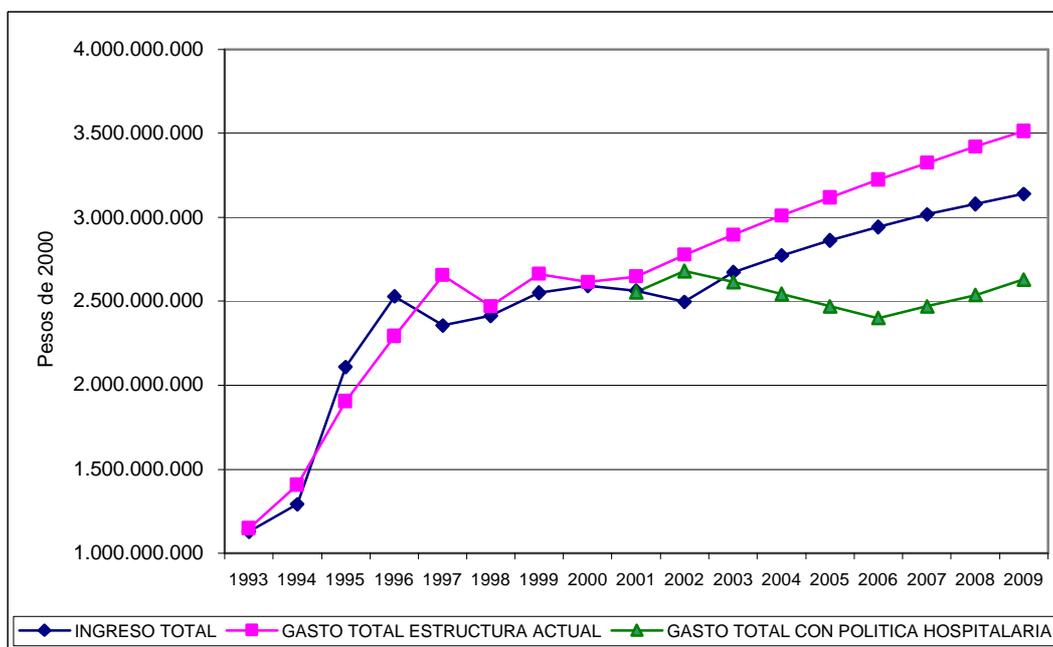
Gráfico 12.
Impacto fiscal del comportamiento financiero hospitalario (Escenario 1)¹⁸



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

¹⁸ En el escenario 1 se supone una inversión de \$US143 millones los cuáles se invertirán conforme al CONPES 3175 de 2002 y con lo cuáles se ajustarán 33 redes y se retirarán 11.625 empleados. Adicionalmente, se supone un proceso de demanda de las convenciones en todos los hospitales y la eliminación de la retroactividad de las cesantías. El comportamiento de los ingresos se estimó de acuerdo al comportamiento del sistema general de participaciones para la atención a vinculados y una función creciente de la venta de servicios frente a la ampliación de cobertura del SGSSS.

Gráfico 13.
Impacto fiscal del comportamiento financiero hospitalario (Escenario 2)¹⁹



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

Como se mencionó anteriormente, el mantenimiento de esta situación ha propiciado que el Gobierno Nacional haya efectuado adiciones al presupuesto general de la Nación con miras a cubrir el aparente déficit de financiamiento de los hospitales públicos. El Cuadro 3 muestra, el monto de los recursos transferidos para cubrir ese déficit y su equivalente a personas potenciales no afiliadas en los mismos años. Adicionalmente, muestra que si se continúa con esa situación se afectaría notablemente el logro de metas de cobertura, y lo que sucedería si se interviniera esta tendencia a través del programa de modernización hospitalaria.

¹⁹ En el escenario 2 se supone una inversión de \$US250 millones los cuáles se invertirán conforme al CONPES 3175 de 2002, con lo cuáles se ajustarían 88 redes y se retirarían 25.063 empleados de los hospitales públicos, que representaría un 37.7% de la planta total actual. Adicionalmente, se supone un proceso de demanda de las convenciones en todos los hospitales y eliminación de la retroactividad de las cesantías. El comportamiento de los ingresos se estimó de acuerdo al comportamiento del sistema general de participaciones para la atención a vinculados y una función creciente de la venta de servicios frente a la ampliación de cobertura del SGSSS.

Cuadro 3.
Efecto del creciente gasto hospitalario público sobre la ampliación de coberturas de aseguramiento.

	Adición PGN (Miles de pesos de 2000)	Población potencial a atender NO asegurada	Población potencial Asegurada escenario 1	Población potencial Asegurada escenario 2
	(1)	(2)	(3)	(4)
1996	180.637.110	1.227.336		
1997	164.704.006	1.080.427		
1998	143.861.373	917.186		
1999	70.626.837	496.227		
2000	100.000.000	706.814		
2001	275.933.044	1.900.502	55.707	55.707
2002 (5)	-280.191.822	-1.891.061	-1.255.429	-1.255.429
2003	-221.224.373	-1.498.624	-209.229	415.350
2004	-235.818.617	-1.588.811	441.421	1.550.352
2005	-254.831.283	-1.700.556	626.549	2.612.521
2006	-278.710.384	-1.842.194	923.547	3.587.852
2007	-306.371.196	-2.005.738	733.663	3.576.332
2008	-337.528.787	-2.188.674	524.637	3.542.031
2009	-371.910.003	-2.388.648	298.822	3.287.479

(1) : Adición de Recursos al Presupuesto General de la Nación para financiar prestación de servicios, hasta 2001.

(2): Población que se pudo haber afiliado al Régimen Subsidiado con los recursos destinados a financiar prestación de servicios: (1) / UPC-S. El signo negativo indica que son personas (proyectadas) que no se lograrían afiliar al Régimen Subsidiado, si se sigue destinando recursos para cubrir el déficit de los hospitales públicos.

(3): Población potencial asegurada con los recursos que genera el ahorro total con Política Hospitalaria - Escenario 1- / UPC-S. El signo negativo indica población que no se podría afiliar por déficit generado por los hospitales públicos

(4): Población potencial asegurada con los recursos que genera el ahorro total con Política Hospitalaria - Escenario 2- / UPC-S El signo negativo indica población que no se podría afiliar por déficit generado por los hospitales públicos

(5) : A partir del 2002 la parte sombreada es una proyección del déficit hospitalario público si no se realiza un ajuste, con base en la muestra de 816 hospitales

Como se puede apreciar, el déficit operacional oscilaría entre los \$221 mil millones en el 2003 hasta llegar a \$371 mil millones en el 2009, que de otra forma permitirían la afiliación de aproximadamente 2,3 millones de nuevos afiliados en el 2009. En caso de emprenderse el proceso de ajuste, se llegaría a financiar la afiliación de 55 mil personas en el 2004, hasta 298 mil personas (escenario 1) ó 3,2 millones de personas (escenario 2) en el 2009.

IV. POLÍTICA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

La prestación de servicios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud se desarrollará en condiciones de ajuste fiscal, modernización de las instituciones públicas y en un entorno de competencia. Para tal fin se hace necesario que el Gobierno Nacional establezca los incentivos necesarios y consistentes para que la operación del mercado garantice a los usuarios el acceso a servicios eficientes, eficaces y de calidad.

En tal sentido, este CONPES establece las políticas para que las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) públicas y privadas cumplan con estos objetivos. En particular, en el caso de la oferta pública, la política establece condiciones y alternativas para hacer posible su operación dentro del mercado y resolver los problemas que determinan las actuales condiciones de ineficiencia en la gestión, baja productividad, altos costos de operación e ineficacia en la capacidad resolutive²⁰. La prestación de servicios de salud en el SGSSS se orientará a mejorar el acceso, la oportunidad, la utilización y la calidad de los servicios, independientemente de la naturaleza jurídica de las IPS, creando incentivos para que a través del mercado se ajuste la oferta requerida.

Para esto el Gobierno Nacional pondrá en marcha las siguientes políticas y estrategias:

1. Se profundizará la ampliación de coberturas de la seguridad social en salud y en particular en el régimen subsidiado, con el propósito de que la prestación de los servicios al ciudadano se lleve a cabo en las condiciones de mayor garantía para la protección de sus derechos que el sistema ofrece. El financiamiento se hará con recursos del Sistema General de Participaciones, los resultantes de la reasignación de recursos que establezca el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud en los términos del artículo 70 de la ley 715 de 2001 y los recursos del Fosyga. De esta manera, se asegura que los recursos que financian la operación de las IPS públicas y privadas, provendrán de la prestación efectiva de servicios a la población afiliada al sistema.
2. Se desarrollará un sistema de tarifas con codificación única y estímulos a las instituciones que ofrezcan servicios en condiciones de mayor eficiencia y calidad. También se implementarán mecanismos e instrumentos únicos y simplificados para reducir los costos de transacción y trámites dentro del sistema, entre los cuales se incluirá un sistema único de identificación de

²⁰ 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

beneficiarios, mecanismos de facturación y cobranza únicos, al igual que sistemas de revisión y validación de cuentas. Así mismo, se regularán las condiciones que garanticen el flujo oportuno y eficiente de recursos entre los actores del sistema y se desarrollarán, implementarán y evaluarán sistemas de pago que promuevan la eficiencia y la calidad.

3. Para hacer posible que los servicios que se presten brinden garantías de eficiencia y calidad, el Ministerio de Salud implementará el Sistema Único de Habilitación, el cual regula a partir de condiciones de capacidad tecnológica y científica, condiciones de suficiencia patrimonial y financiera y condiciones de capacidad técnica administrativa, la operación de las IPS. A su vez, entrará en operación el Sistema de Acreditación que permite demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las IPS y se generarán mecanismos de reconocimiento y difusión de los resultados en calidad.
4. Para mejorar la eficacia de la oferta de servicios de salud, se promoverá un modelo de atención donde confluyan aseguradores y prestadores bajo el objetivo común de mejorar el acceso, reducir costos, incrementar el nivel de satisfacción de los usuarios y obtener logros en salud pública. Se implementarán mecanismos que privilegien e integren la atención primaria, la ambulatoria y la entrega de los servicios de salud pública, teniendo en cuenta las necesidades de las diferentes regiones del país y las condiciones de salud de la población.
5. La operación de los hospitales públicos en el mercado, será tal que éstos financien sus gastos a través de los ingresos generados por la venta de servicios a las Entidades Promotoras de Salud, Administradoras del Régimen Subsidiado, Entidades Obligadas a Compensar, entidades territoriales y demás pagadores del sistema. En el caso de las entidades territoriales, éstas deberán soportar su gasto en la compra de servicios de salud mediante modalidades de pago diferentes a la transferencia directa, y será consistente con la cantidad y valor de los servicios efectivamente prestados.
6. Se establecerá un sistema de evaluación y monitoreo de la oferta y la demanda que sirva de base para identificar, por un lado, excedentes que puedan reubicarse, reestructurarse o fusionarse y, por otro, deficiencias en la oferta para establecer un plan de inversión con concurrencia de recursos públicos y privados, fortaleciendo la oferta pública en aquellos municipios donde la prestación de servicios lo requiera.

7. La Nación y las entidades territoriales deberán concurrir, bajo la modalidad de créditos condonables, en el financiamiento del proceso de ajuste y modernización de las IPS públicas mediante convenios de desempeño con las instituciones hospitalarias. Este proceso involucrará alternativas de capitalización y de esquemas de administración de los hospitales públicos, entre las cuales está su transformación en empresas de economía mixta o solidaria, con la participación de los mismos trabajadores, las universidades, entidades sin ánimo de lucro, cajas de compensación familiar y grupos de profesionales. Los sindicatos de trabajadores tendrán bajo estos esquemas, la posibilidad de ser empresarios, para lo cual se impulsarán los contratos sindicales y sus proyectos empresariales para hacer la transición de un sindicalismo reivindicatorio a otro de participación. En el mismo sentido, se generará un programa de administración delegada de estos hospitales con entidades externas bajo condiciones de eficiencia y calidad en la prestación de los servicios. Para estos propósitos, se conformará una Comisión de Gobierno integrada por el Ministerio de Salud, el Departamento Nacional de Planeación, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, con representación de municipios y departamentos y con la participación de actores del sector prestador de servicios de salud.

8. El proceso de modernización de la oferta hospitalaria pública contará con recursos de cofinanciación de las entidades territoriales y recursos de la Nación provenientes de crédito externo, siguiendo los lineamientos del CONPES 3175 de 2002. Con estos recursos se buscará atraer la inversión privada, prioritariamente sin ánimo de lucro, necesaria para contribuir a su financiamiento. Los recursos de cofinanciación de la Nación se orientarán a la reestructuración de plantas, al pago de pasivos laborales, al fortalecimiento institucional de los hospitales para modernizar su gestión, y al fortalecimiento de las entidades de dirección, vigilancia y control y a los programas de seguimiento y evaluación.

IV. RECOMENDACIONES

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

1. Solicitar al Ministerio de Hacienda y Crédito Público y al Departamento Nacional de Planeación:

- ✍ Incluir en el Plan Financiero del cuatrienio 2003 - 2006 y en el presupuesto de la Nación para los mismos años, recursos por US\$250 millones para la financiación de la modernización de la red pública de prestación de servicios.
- ✍ Autorizar a la Nación para contratar empréstitos externos con la banca multilateral hasta por US\$250 millones o su equivalente en otras monedas, con destino a la financiación del proyecto de modernización de la red pública de prestación de servicios de salud, de acuerdo a los lineamientos establecidos en este documento.

2. Solicitar al Ministerio de Hacienda y Crédito Público:

- ✍ Gestionar ante el Fondo Monetario Internacional el reajuste en la meta de déficit anual aumentándola en 0,1% del PIB, con el fin de destinar dichos recursos a la financiación del proyecto de modernización de la red pública de prestación de servicios de salud.
- ✍ Estudiar mecanismos de financiamiento como créditos puente con la banca comercial hacia los hospitales públicos o la titularización de vigencias futuras del presupuesto general de la Nación, para que la Nación disponga de recursos en el corto plazo y pueda anticipar la ejecución del proyecto de modernización de la red pública de prestación de servicios de salud, siempre que estén sujetos a los convenios marco que el Ministerio de Salud suscriba con las entidades territoriales y no generen mayores costos a los previstos en la operación de crédito.

3. Solicitar al Departamento Nacional de Planeación y al Ministerio de Salud:

- ✍ Gestionar la operación de crédito hasta por US\$250 millones, de acuerdo a los lineamientos establecidos en el Conpes 3175.

4. Solicitar al Ministerio de Salud:

- ✍ Desarrollar el plan de modernización de la red hospitalaria pública bajo la modalidad de créditos condonables y mediante convenios de desempeño con las entidades territoriales e instituciones hospitalarias, así como las estrategias de la política de prestación de servicios de acuerdo lo establecido en el presente documento.

- ✍ Diseñar e implementar una política de estímulos a la inversión privada para la modernización de la red pública de prestación de servicios.
- ✍ Definir antes del 31 de diciembre de 2002, los parámetros que rigen la elaboración de los planes bienales de inversión para las IPS públicas de conformidad con los artículos 54 y 65 de la ley 715 de 2001.
- ✍ Definir antes del 31 de diciembre de 2002, los mecanismos de compra de servicios de salud para la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, los cuales deberán ser implementados para la ejecución de los recursos del sistema general de participaciones de la vigencia 2003.
- ✍ Incluir en los Convenios que suscriba para la reestructuración de la red, la obligación de las entidades territoriales y de las instituciones prestadoras de servicios de salud de:
 - (a) Depurar y validar la legalidad de los reconocimientos de cada uno de los derechos de pensiones y de las cesantías a su cargo y presentar ante el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, a partir de la firma del Convenio, informes bimestrales de los avances realizados;
 - (b) Constituir las reservas requeridas para fortalecer los Fondos Territoriales de Pensiones y de Cesantías correspondientes, en el evento en que tenga pensionados a su cargo, deba responder por cuotas partes de pensiones y de bonos pensionales, y tenga funcionarios con el sistema de retroactividad en cesantías; para este fin, el Fondo Territorial de Pensiones y de Cesantías se constituirá como patrimonio autónomo con una estrategia definida de capitalización;
 - (c) Implantar una estrategia de afiliación a Fondos de Pensiones de los servidores públicos activos y a Fondos de Cesantías de quienes estén vinculados con posterioridad a 1997 o no tengan derecho a la retroactividad en las cesantías; para quienes tengan derecho a retroactividad, se podrán afiliar al Fondo Nacional del Ahorro;
 - (d) Garantizar el pago mensual de los aportes a los Fondos de Pensiones de los servidores públicos activos y el pago a los Fondos de Cesantías en la periodicidad fijada en la ley.