

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

COLOMBIA

PROGRAMA DE REFORMA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

(CO-0265)

PROPUESTA DE PRÉSTAMO

Este documento fue preparado por el equipo de proyecto integrado por: Javier León, Jefe; (RE3/OD5), Amanda Glassman (RE3/SO3); Juan Carlos de la Hoz (RE2/SO2); Antonio Giuffrida (SO3/RE3); Diego Buchara (LEG); Ian MacArthur (COF/CCO), Fernando Montenegro (COF/CCO) y Patricia Reyna (RE3/OD5).

INDICE

RESUMEN EJECUTIVO

I.	MARCO DE REFERENCIA	1
A.	Marco socioeconómico.....	1
B.	El programa con el FMI	2
C.	La problemática de la seguridad social en salud	2
1.	Régimen subsidiado de salud	4
2.	Hospitales públicos.....	4
3.	Evasión y elusión en la SGSSS	5
4.	Plan Obligatorio de Salud.....	6
5.	Instituto de Seguros Sociales.....	7
6.	Cajas de Compensación Familiar	10
D.	Estrategia del país en el sistema general de seguridad social en salud	11
E.	Estrategia del Banco y aporte del programa.....	11
1.	Estrategia del Banco	11
2.	Apoyo del Banco a la reforma del sector salud.....	12
F.	Experiencia del Banco y lecciones aprendidas.....	14
G.	Coordinación con otras agencias multilaterales	14
II.	EL PROGRAMA	15
A.	Objetivos y descripción	15
B.	Estructura del programa	15
1.	Componente A: Estabilidad macroeconómica	15
2.	Componente B: Eficiencia y sostenibilidad financiera en el régimen subsidiado del SGSSS	15
3.	Componente C: Eficiencia y sostenibilidad financiera del ISS.....	17
4.	Componente D: Eficiencia, transparencia y equidad de las CCF.....	18
C.	Costo y financiamiento.....	19
D.	Condiciones de financiamiento del Banco	19
III.	EJECUCIÓN DEL PROGRAMA	20
A.	Ejecución	20
1.	Prestatario y organismo ejecutor	20
2.	Ejecución y administración del programa	20
B.	Seguimiento y evaluación.....	20
C.	Otros temas de ejecución.....	21
1.	Período ejecución y calendario de desembolsos	21
2.	Carta de Políticas.....	21
3.	Auditoría externa.....	22
4.	Inspección y supervisión	22

IV.	VIABILIDAD, IMPACTOS Y RIESGOS	23
A.	Viabilidad institucional del programa	23
B.	Resultados esperados de las reformas	23
C.	Impacto fiscal neto de las reformas	24
D.	Impacto social y ambiental.....	25
E.	Riesgos	26

ANEXOS

ANEXO I	Matriz de Políticas
ANEXO II	Medios de Verificación
ANEXO III	Matriz de Resultados
ANEXO IV	Carta de Políticas

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:

Borrador del plan de reestructuración de hospitales públicos

Documento técnico sobre el impacto fiscal neto de la reforma de los hospitales públicos

Documento técnico sobre el impacto fiscal neto de la reforma ISS-ESE

Documento sobre el impacto del pasivo pensional de la transformación de trabajadores oficiales en empleados públicos

Documento sobre el cumplimiento del programa económico

SIGLAS Y ABREVIATURAS

AP	Administradora de Pensiones
ARP	Administradora de Riesgos Profesionales
ASB	Acuerdo Stand-By
CCF	Cajas de Compensación Familiar
CNSSS	Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud
CONPES	Consejo de Política Económica y Social
DIAN	Dirección de Impuestos de Aduanas Nacionales
DNP	Departamento Nacional de Planeación
EBP	Estrategia del Banco con el País
EPS	Empresa Promotora de Salud
ESE	Empresas Sociales del Estado
FMI	Fondo Monetario Internacional
FOSyGA	Fondo de Solidaridad y Garantía
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
IPS	Institución Prestadora de Salud
ISS	Instituto de Seguros Sociales
MHyCP	Ministerio de Hacienda y Crédito Público
MPS	Ministerio de Protección Social
OC	Capital Ordinario
PBL	<i>Policy Based Loan</i>
PEA	Población Económicamente Activa
PIB	Producto Interno Bruto
POS	Plan Obligatorio de Salud
PTI	<i>Poverty Targeted Investment</i>
SEQ	<i>Social Equity</i>
SGP	Sistema General de Participaciones
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SIIS	Sistema Integral de Información en Salud
SISBEN	Sistema de Clasificación de Beneficiarios de Programas Sociales
SPC	Sector Público Consolidado
UPC	Unidad de Pago por Capitación



COLOMBIA

PRÉSTAMOS BID

APROBADOS AL 31 DE AGOSTO DEL 2003

	US\$ Miles	Porcentaje
TOTAL APROBADO	10,113,041	
DESEMBOLSADO	9,190,295	90.87 %
POR DESEMBOLSAR	922,746	9.12 %
CANCELADO	978,993	9.68 %
AMORTIZADO	4,714,784	46.62 %
APROBADO POR FONDO		
CAPITAL ORDINARIO	9,296,527	91.92 %
FONDO PARA OPERACIONES ESPECIALES	754,656	7.46 %
OTROS FONDOS	61,858	0.61 %
SALDO DE LA DEUDA	4,475,511	
CAPITAL ORDINARIO	4,287,868	95.80 %
FONDO PARA OPERACIONES ESPECIALES	187,358	4.18 %
OTROS FONDOS	285	0.00 %
APROBADOS POR SECTOR		
AGRICULTURA Y PESCA	549,942	5.43 %
INDUSTRIA, TURISMO, CIENCIA Y TECNOLOGÍA	512,425	5.06 %
ENERGÍA	2,728,166	26.97 %
TRANSPORTACIÓN Y COMUNICACIÓN	715,347	7.07 %
EDUCACIÓN	86,121	0.85 %
SALUD Y SANEAMIENTO	735,864	7.27 %
MEDIO AMBIENTE	131,047	1.29 %
DESARROLLO URBANO	405,575	4.01 %
INVERSIÓN SOCIAL Y MICROEMPRESA	2,338,222	23.12 %
REFORMA Y MODERNIZ. DEL SECTOR PÚBLICO	1,875,866	18.54 %
FINANCIAMIENTO A EXPORTACIONES	0	0.00 %
PREINVERSIÓN Y OTROS	34,466	0.34 %



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	
CO0241	Programa de Vivienda Social	150.0	
CO0139	Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de Servicios de Salud	70.0	
CO0266	Programa de Modernización de la Administración Pública Nacional	16.0	
Total - A : 6 Proyectos		1,900.0	
TOTAL 2003 : 6 Proyectos		1,900.0	

2004

Número de Proyecto	Nombre del Proyecto	BID US\$ Millones	Obs
CO0262	Programa de Apoyo al Sistema Nacional Ambiental	35.0	
CO0270	Programa de Regulación de Servicios Públicos	N/A	
CO0263	Privatización y Concesiones Infraestructura II	20.0	
CO0267	Saneamiento Ambiental de Bogotá - Etapa I	50.0	
CO1001	Programa de Apoyo al Sector Transporte	200.0	
Total - A : 5 Proyectos		305.0	
TOTAL - 2004 : 5 Proyectos		305.0	

Total Sector Privado 2003 - 2004 0.0

Total Programa Regular 2003 - 2004 2,205.0

*** Proyectos del Sector Privado**



COLOMBIA

CARTERA EN EJECUCIÓN AL 31 DE AGOSTO DEL 2003

(Miles de US\$)

PERÍODO DE APROBACION	NÚMERO DE PROYECTOS	MONTO APROBADO	MONTO DESEMBOLSADO	% DESEMBOLSADO
<u>PROGRAMA REGULAR</u>				
Antes de 1997	8	240,083	185,506	77.27 %
1997 - 1998	8	208,627	163,017	78.14 %
1999 - 2000	4	344,100	138,445	40.23 %
2001 - 2002	5	500,700	400,325	79.95 %
2003	2	1,264,000	750,000	59.34 %
TOTAL	27	\$2,557,510	\$1,637,293	64.02 %

PROGRAMA DE REFORMA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

(CO-0265)

RESUMEN EJECUTIVO

Prestatario:	República de Colombia		
Agencia ejecutora:	Ministerio de Hacienda y Crédito Público (MHyCP) a través de su Viceministerio Técnico y en coordinación con el Departamento Nacional de Planeación (DNP).		
Monto y fuente:	IDB: (OC)	US\$	400 millones
	Total:	US\$	400 millones
Términos y condiciones:	Plazo Amortización:	20	años
	Período de Gracia:	5	años
	Desembolsos (Mín.-Máx.):	18-36	meses
	Tasa de Interés:	ajustable	
	Inspección y vigilancia:	1	%
	Comisión de crédito:	0.75	%
	Moneda:	US\$ de la facilidad unimonetaria	
Objetivos:	El objetivo del programa es apoyar al gobierno en mejorar la cobertura, calidad, equidad y sostenibilidad financiera del sistema de seguridad social en salud en el mediano plazo.		
Descripción:	<p>El préstamo se desembolsará en dos tramos, el primero por US\$250 millones y el segundo por US\$150 millones, de acuerdo al cumplimiento de la Matriz de Políticas del Anexo I y los Medios de Verificación del Anexo II. El programa condicionará sus desembolsos con acciones en cuatro áreas: (i) estabilidad macroeconómica; (ii) eficiencia y sostenibilidad financiera del régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS); (iii) eficiencia y sostenibilidad financiera del Instituto de Seguros Sociales (ISS), y (iv) eficiencia, transparencia y equidad de las cajas de compensación familiar (CCF).</p> <p>El objetivo de primer componente es asegurar un contexto macroeconómico congruente con los objetivos del programa. El segundo componente tiene por objetivo aumentar la cobertura de la afiliación, calidad de la atención y equidad en la asignación de recursos en favor de los más pobres y construir un balance financiero sostenible para el sistema de salud. El objetivo del tercer componente es lograr la sostenibilidad financiera del ISS en el mediano y largo plazo y mejorar la calidad de sus servicios. Finalmente, en el caso del cuarto componente el objetivo es crear mecanismos institucionales de transparencia y rendimiento de cuentas e implantar la normativa que mejore la equidad del sistema de cajas.</p>		

Estrategia del Banco en el país y sector:

La *Estrategia del Banco con el País* (EBP) 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 de Estado. Adicionalmente, la EBP identifica dos restricciones de importancia: la dinámica del déficit fiscal y el escalamiento del conflicto. La resolución gradual de estas dos restricciones es un supuesto básico para el éxito de la estrategia.

En términos de las áreas fundamentales de la EBP, la operación contribuirá principalmente al objetivo (ii). Con la reforma del sector salud y la reestructuración del ISS 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. Paralelamente, con el fortalecimiento del ISS y la mayor transparencia de las CCF se está favoreciendo al objetivo (iii). Finalmente, el saneamiento financiero del ISS y de los hospitales, con la correspondiente mejora en las finanzas nacionales y territoriales, apoyará a mitigar la restricción del desbalance fiscal. Complementariamente y en el marco del Acuerdo Stand-By (ASB) del Fondo Monetario Internacional (FMI), los recursos de esta operación apoyarán las necesidades de financiamiento de Colombia durante el período 2003-2005.

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. Para atender a las minorías indígenas y afrocolombianas, el programa incluirá la variable étnica en el sistema de monitoreo y ajuste permanente del Plan Obligatorio de Salud (POS) y dará prioridad a los grupos indígenas en la asignación de los subsidios de salud.

Coordinación con otras agencias multilaterales:

La reforma de salud en Colombia, que se inicia en 1993, es uno de los esfuerzos más ambiciosos de reestructuración de los sectores sociales en América Latina. El Banco, mediante cinco operaciones preparadas y ejecutadas en los últimos 10 años, ha sido la entidad multilateral que ha acompañado más de cerca este proceso. Este apoyo se ha dado en las áreas más importantes de la reforma: (i) modificación de fórmulas y criterios para las transferencias a las entidades territoriales; (ii) experiencias piloto para reestructurar hospitales públicos; (iii) protección de gastos para vacunación; (iv) regulación para mejorar la gestión del SGSSS, y (v) reformas iniciales del ISS. Esta última actividad fue apoyada también por el Banco Mundial. La presente operación continúa el apoyo a las iniciativas de reforma del gobierno en el contexto de las metas y reformas estructurales establecidas en el ASB.

La coordinación entre los organismos multilaterales y el gobierno también se está llevando a cabo con respecto al financiamiento. El ASB sirve 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\$4,700 millones serían de rápido desembolso (53% para ser aprobados en el 2003).

Beneficios:

En el mediano plazo las reformas propuestas en el componente de eficiencia y sostenibilidad financiera en el régimen subsidiado del SGSSS, se reflejarán en una reducción sustancial del déficit operacional y acumulado de los hospitales públicos. Simultáneamente y en un contexto de altas restricciones fiscales, se espera avanzar significativamente en la universalización del aseguramiento. Con respecto al componente de eficiencia y sostenibilidad financiera del ISS, al final del período de tres años, la Empresa Promotora de Salud (EPS) habrá ajustado sus gastos a los ingresos generados por los afiliados efectivos y podrá mostrar resultados financieros sin déficit. Por otro lado, la conversión de la Institución Prestador de Salud (IPS) en Empresas Sociales del Estado (ESE) generará por un lado una significativa disminución en el crecimiento del pasivo pensional, y por el otro permitirá que éstas ajusten su tamaño y plantilla a la demanda real por sus servicios. Con respecto al componente de eficiencia, transparencia y equidad de las CCF se reflejará en un mejor rendimiento de cuentas de estas entidades, lo que generará ahorros. Por otro lado, la reglamentación de la cuota monetaria permitirá equiparar regionalmente los beneficios que reciben los miembros de estas cajas.

El impacto fiscal neto de las reformas, en el caso de la racionalización del sistema de salud, representará ahorros crecientes a medida que se vayan racionalizando hospitales. Estos ahorros netos aumentan de 0.05% del PIB en el 2004 hasta alcanzar 0.12% del PIB desde el 2007 en adelante. Con la reestructuración del ISS, se espera generar ahorros inmediatos anuales al gobierno nacional equivalentes a 0.07% del PIB en el 2004, para luego ir descendiendo paulatinamente.

Riesgos:

En cuanto a los riesgos específicos destacan: (i) el riesgo político que implique la desaceleración, postergación o reversión de la reforma. *Mitigación:* Durante la preparación del programa se llevaron a cabo las decisiones más importantes con respecto a la escisión del ISS y la reestructuración de los hospitales. El seguimiento semestral que se realizará al programa permitirá identificar a tiempo cualquier señal sobre desviaciones en el proceso; (ii) la vulnerabilidad legal del POS-UPC representa un desafío continuo al equilibrio financiero del SGSSS. *Mitigación:*

la mejora en la prestación de servicios de salud producto de la reestructuración, disminuirá notablemente las denuncias y tutelas de la población; (iii) la disposición del espacio fiscal necesario para llevar a cabo la reestructuración de hospitales públicos. *Mitigación:* el anteproyecto de presupuesto del 2004 enviado al Congreso incluye la partida necesaria para iniciar la reestructuración de hospitales; (iv) la existencia de condiciones que favorezcan una reestructuración financieramente viable del EPS-ISS y las ESE. *Mitigación:* la reestructuración propuesta permitirá que el EPS-ISS se concentre en los procesos que le atañen y que establezca una relación contractual con las ESE. Simultáneamente, las ESE, tendrán la posibilidad de ajustarse durante el período de transición cuando contratarán con el ISS y recibirán fortalecimiento para la gestión, de manera que puedan competir con otros proveedores, y (v) que existan incentivos para las entidades participantes (ISS y Ministerio de Protección Social (MPS)) para cumplir con las condiciones establecidas en la matriz. *Mitigación:* el incentivo para el cumplimiento de las condiciones por parte del MPS está dado por vínculo entre la condicionalidad y la asignación presupuestaria al MPS para llevar a cabo su proceso de reforma.

Condiciones contractuales especiales:

El desembolso de los recursos correspondientes a cada tramo estará condicionado al cumplimiento de las acciones de política acordadas para el respectivo tramo, especificadas en el Capítulo II y en el Anexo I de este documento.

Clasificación de la equidad social y de la pobreza:

Por las siguientes razones esta operación califica como un proyecto que promueve la equidad social (SEQ) de acuerdo a lo prescrito en el Informe sobre el Octavo Aumento General de Recursos (documento AB-1704): (i) en el caso de la reforma de hospitales, la racionalización permitirá ampliar la cobertura del servicio, con énfasis en los grupos de menores ingresos y (ii) con la reestructuración del ISS y de las CCF se espera aumentar la equidad en la distribución de los beneficios y la calidad y la oportunidad de los servicios prestados. Por ser un *Policy Based Loan* (PBL), esta operación no califica como PTI.

Excepciones a las políticas del Banco:

Ninguna.

Adquisiciones:

No aplicable.

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 en el contexto de 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 de un estancamiento prolongado y un importante desbalance fiscal, ambos en el contexto del escalamiento del conflicto armado. En respuesta a estos desafíos, el nuevo gobierno definió un plan de reformas estructurales tendientes a controlar el déficit y dinamizar la economía, y una estrategia alternativa con respecto al conflicto. Estas políticas han empezado a tener un impacto favorable sobre la economía colombiana, mostrándose señales de reactivación productiva.
- 1.3 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 educación¹. Sin embargo, aunque hubo mayores recursos destinados, no se produjeron ganancias significativas en términos de eficiencia del gasto social. Adicionalmente, debido a la situación de crisis y recortes en el gasto social, entre 1997 y 2001 la población por debajo de la línea de pobreza se incrementó al igual que la pobreza extrema, especialmente en el área urbana. Esta situación ha conducido al actual gobierno a profundizar los esfuerzos para mejorar la eficiencia en la entrega de los servicios sociales y a un compromiso para proteger el gasto en asistencia social.
- 1.4 Para asegurar el ajuste fiscal en los siguientes años y lograr la sostenibilidad de la deuda pública en el largo plazo, el programa económico está sustentado en un conjunto de reformas estructurales. Destacan entre las reformas aprobadas y en proceso de implantación: la reforma tributaria, la reforma pensional, la reestructuración del Instituto de Seguros Sociales (ISS), la reforma del Estado, la racionalización del sistema de salud y la Ley de Responsabilidad Fiscal. Para reforzar el programa económico, quedan por aprobar: las reformas de ajuste de

¹ Entre 1991 y 1999 el gasto público social ascendió de 8% a 13% del PIB.

gastos del gobierno y pensiones contenidas en el referendo, las modificaciones al Estatuto Orgánico del Presupuesto y de la Ley 80 o de contratación pública.

- 1.5 En el caso de la salud y a nivel poblacional, las condiciones en Colombia han mejorado sustancialmente. La tasa de mortalidad infantil descendió en todo el país excepto en la región oriental: para el período 1995-2000, la tasa nacional es de 21 defunciones por mil nacimientos, muy por debajo del promedio de países de mediano ingreso. Las cifras de atención médica son altas en comparación con otros países de la región andina – el 88 por ciento de los nacimientos ocurren en un establecimiento de salud, la mayoría atendidos por un médico. Sin embargo, existen desafíos para el sistema de salud, destacando la caída en las tasas de vacunación durante la crisis económica, así como el crecimiento de la incidencia de lesiones (debidas a la violencia) y las enfermedades crónicas.

B. El programa con el FMI

- 1.6 Este acuerdo sirve de marco de la política macroeconómica para los siguientes dos años. El Acuerdo Stand-By (ASB) por US\$2,200 millones fue aprobado en enero de 2003. El programa asume una tasa de crecimiento de 2.0% para el 2003 y 3.3% para el año siguiente. Los resultados iniciales de la implantación del programa económico se resumen en la primera revisión del ASB, llevada a cabo en mayo del presente año. De este informe destacan cuatro conclusiones: (i) la economía parece haber iniciado su recuperación, basado en un resurgimiento de la demanda interna; (ii) los riesgos del programa, aunque significativos, han disminuido²; (iii) el gobierno ha cumplido satisfactoriamente los acuerdos establecidos en el ASB y se está comprometido a continuar con el proceso de reforma³; y (iv) las conclusiones del análisis de la sostenibilidad de la deuda presentadas en el documento original del SBA continúan siendo válidas. Es importante destacar que estos resultados positivos se han logrado sin descuidar el gasto básico en asistencia social, el cual se ha mantenido constante con el apoyo del *Programa de Emergencia Social* (1455/OC-CO).

C. La problemática de la seguridad social en salud

- 1.7 La reforma de salud colombiana ha sido calificada como uno de los esfuerzos más ambiciosos de reestructuración en los sectores sociales en América Latina. El

2 Como factores positivos se tienen: el apoyo del Congreso a las reformas y la confianza de los mercados externos. Como factores que aumentan el riesgo destacan: (i) la situación del conflicto interno, (ii) las dificultades en Venezuela, segundo socio comercial de Colombia y (iii) la incertidumbre de aprobación de las reformas económicas y políticas contenidas en el referendo.

3 Los resultados del ajuste fiscal y de las reformas antes mencionadas se evidencian al cierre fiscal del 2002 y durante el primer trimestre del 2003. El déficit del Sector Público Consolidado (SPC) fue 3.6% del PIB al finalizar el año 2002. Este resultado estuvo por debajo del 4.1% que era la meta negociada con el FMI. Por otro lado, la meta para el primer trimestre de 2003 también se cumplió: lo acordado con el FMI era 0.7% del PIB mientras lo observado fue 0.5% del PIB. Con respecto a la tasa de inflación, la nueva meta para el 2003 es 5.9% (originalmente definida en 5.5%) para capturar el efecto directo del incremento en el IVA (0.4 puntos porcentuales). La mayor modificación resultado de la revisión del FMI es la meta del déficit en cuenta corriente, incrementada de 0.8% del PIB a 2.3% del PIB para el 2003. Este cambio refleja las menores exportaciones a Venezuela y el aumento no previsto de importaciones de bienes de capital.

proceso de implantación de la reforma en Colombia empezó en 1993 y buscaba responder a una situación de baja cobertura y 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 y capacidad de pago; (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 ISS y otras entidades, y (iii) el sistema público, financiado por recursos fiscales, que ofrecía servicios a la población de bajos ingresos y/o no cubierta por la seguridad social a través de los hospitales y centros de salud del Ministerio de Salud.

- 1.8 Frente a ese entorno, la reforma definió tres objetivos principales: (i) alcanzar una cobertura de atención básica a toda población; (ii) aumentar la efectividad en el uso de los recursos, y (iii) mejorar la calidad de la atención. Estos objetivos deberían 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. Es así que el sistema de aseguramiento en salud de Colombia se conforma a partir de la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), definido por la Ley 100 de 1993, principal marco legal del proceso de reforma del sector salud.
- 1.9 La creación del SGSSS pretendía conseguir la cobertura universal en salud bajo dos regímenes de aseguramiento: el contributivo, con aproximadamente 70% de la población (empleados en el sector formal o informal con capacidad de aportar), y el subsidiado, para el 30% restante sin ninguna capacidad de aportar (los más pobres). El aseguramiento tenía como propósito garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud, sobre la base de un Plan Obligatorio de Salud (POS), diferenciado por régimen, que ponía énfasis en los servicios básicos de prevención, promoción y la atención de patologías mediante intervenciones costo-efectivas para problemas de bajo, medio y alto costo. Bajo este esquema se esperaba tener una distribución más equitativa de los subsidios y acceso a los servicios básicos de salud independiente de la capacidad de pago de la persona. A su vez, la reforma se enmarcó dentro del proceso de descentralización territorial e institucional del sector, que se concretó con la Ley 60 de 1993 en lo relacionado con las transferencias territoriales.
- 1.10 Desde 1993 hasta la fecha, el SGSSS ha mostrado importantes avances en términos de cobertura, instrumentos y reglamentación, particularmente para los más pobres. En 1993, cerca del 24% de la población colombiana estaba afiliada a alguno de los sistemas de seguridad social o compensación familiar existente en el país. Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2000, el 60% de la población total se encuentra afiliada en el 2000. Este aseguramiento también se ha traducido en mayor acceso a los servicios por parte de los asegurados al SGSSS, quienes tienen mayores oportunidades de uso de los servicios de salud, tanto a nivel primario como hospitalario.
- 1.11 Sin embargo, las previsiones iniciales sobre universalización del aseguramiento y la convergencia en los planes de beneficios no se han cumplido. Existen grandes

disparidades por región; mientras en Bogotá, el 72% de la población está afiliada, en la Región Atlántica, la afiliación tan solo es el 45%. La afiliación es mayor en la zona urbana que en la rural, menor entre los menores de edad y tiende a aumentar con la edad, y mayor entre las mujeres que entre los hombres. Muchos son los factores externos que afectan el nivel de recursos disponibles al sistema para realizar la expansión de cobertura, incluyendo la situación política, económica y fiscal, el alto desempleo y el aumento del empleo informal. Por otro lado, hay factores internos al SGSSS que han generado mayores gastos sin producir cambios en calidad o en cobertura, los cuales también han tenido un impacto fiscal importante para la Nación. Entre estos factores, destacan: la situación de los hospitales públicos, los niveles de evasión y elusión, la definición y el costo de la canasta de beneficios del POS, la situación del ISS y de las Cajas de Compensación Familiar (CCF).

1. Régimen subsidiado de salud

- 1.12 La transformación pendiente para expandir la afiliación a la totalidad de la población más pobre consiste en un proceso de sustitución gradual de los recursos de la oferta – hoy en día entregados en su gran mayoría a los hospitales públicos vía presupuestos históricos – por subsidios a la demanda⁴. Actualmente, Colombia todavía se encuentra distante de tener una cobertura universal para la población en pobreza y equidad entre los contenidos del plan de salud ofrecido en cada régimen. En efecto, hoy el 58% (9.3 millones) de la población pobre se encuentra afiliada al régimen subsidiado y el plan que tiene incluye 54% del POS ofrecido en el régimen contributivo. Hasta 1999, se había transformado de oferta a demanda el 25% de los recursos propios y el 35% del SGP. La Ley 344 de 1996 estipulaba que a partir de 2000 este porcentaje alcanzara a 60% para ambas fuentes. Sin embargo, el gobierno decidió en ese mismo año congelar el proceso de transformación debido a la difícil situación financiera de los hospitales públicos. De acuerdo con la Ley 715 del 2001, este proceso de transformación se reiniciará a partir del 2002.

2. Hospitales públicos

- 1.13 Como parte del proceso de descentralización, las instituciones públicas hospitalarias se convirtieron en Empresas Sociales del Estado (ESE), entidades públicas descentralizadas, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa. 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. 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 servicios de salud. No obstante, en muchos de los casos, dicho proceso no generó los efectos

4 El régimen subsidiado tiene varias fuentes de recursos, entre las cuales se destacan la transferencia de un punto de la cotización hecha por los trabajadores del régimen contributivo al Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSyGA), la transferencia de la Nación a las Entidades Territoriales a través del Sistema General de Participaciones (SGP), y los recursos propios que puedan aportar los departamentos o municipios.

positivos esperados y muchas de las entidades territoriales no asumieron de manera efectiva las competencias que se les transfirieron. Como consecuencia, se incentivó en muchos territorios un marcado desorden en la oferta pública⁵.

- 1.14 La situación financiera de los hospitales públicos es deficitaria, en gran medida debido a deficiencias en el manejo de la autonomía institucional que la ley les otorgó⁶. A partir del año 1997, el déficit de los hospitales públicos empezó a crecer significativamente con ingresos aumentando en menos del 5% al año, mientras los gastos lo hacían en más del 10%. El crecimiento en el gasto se explica principalmente por el aumento de la planta de personal. Como consecuencia, se generaron mayores costos fijos por las inflexibilidades que se manejan en el régimen laboral y los beneficios prestacionales.
- 1.15 La crisis hospitalaria 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 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 atender con estos recursos. Asimismo, el déficit hospitalario representa una carga fiscal insostenible al nivel territorial, convirtiéndose en el 2001 en el principal factor causante del déficit acumulado por el sector público no financiero territorial. Hacia el futuro, sin reforma, los desequilibrios financieros evidenciados por los hospitales públicos serán crecientes. Se estima que si se mantienen las condiciones actuales de operación, al finalizar el 2006, el déficit acumulado en el cuatrienio alcanzaría a US\$750 millones, un monto equivalente al 0.62% del PIB de ese año.

3. Evasión y elusión en la SGSSS

- 1.16 El tema de evasión y elusión en las cotizaciones del SGSSS es significativo y también tiene un impacto sobre su equilibrio financiero. Estimaciones efectuadas indican que por concepto de evasión y elusión de los aportes se dejan de recaudar anualmente cerca de US\$710 millones. Estas prácticas ocurren por razones de subdeclaración de ingresos, afiliados que no cotizan, pensionados que no cotizan y personas que no se afilian al SGSSS, así como moras por cotizantes inactivos. Es por tanto prioritario concentrar esfuerzos para corregir esta situación mejorando los esquemas de verificación y control, interconectando los sistemas de recaudación del SGSSS con los de la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN),

5 Destacan el sobredimensionamiento de la planta de personal y el desbalance entre personal profesional y no -médico.

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

Superintendencias y otras agencias, así como la exigencia de que los agentes del sistema reporten información oportuna y veraz⁷.

- 1.17 Como resultado de un estudio financiado por el *Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud* (716/OC-CO) en 1996, se recomendó que el sistema existente tendría que reenfocarse hacia un Sistema Integral de Información en Salud (SIIS) con una recolección de datos coordinada de sistemas: usuario-orientados, usuario-diseñados y usuario-mejorado, con capacidad de transferir la información de sistema a sistema, de modo que se acomode a las diferentes necesidades de todos los involucrados. A partir de ese año y como primera acción, se expidieron un conjunto de normas que buscaban estandarizar los datos, flujos de información y medios de remisión de datos entre los diferentes actores.
- 1.18 La situación actual del SIIS es la siguiente: (i) se cuenta con un diagnóstico real y cierto de las necesidades de información del Ministerio de Protección Social (MPS); (ii) no se cuenta con la infraestructura tecnológica que permita soportar toda la consolidación de datos; (iii) el desarrollo de los proyectos de sistemas de información en el MPS no ha tenido continuidad ni apoyo gerencial, y (iv) el MPS no produce información unificada a su interior. Dado este diagnóstico, sigue siendo válida la necesidad de contar con información integral que le permita reducir la evasión y la corrupción, tomar decisiones, fijar políticas y articular las actuaciones de los diferentes actores del sistema.

4. Plan Obligatorio de Salud

- 1.19 El POS creado mediante Ley 100 de 1993, es un plan para todos los habitantes del territorio nacional de Colombia que tiene por fin permitir la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad en general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que defina para el caso el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS). Los servicios de salud incluidos en los POS son, a su vez, actualizados por el CNSS de acuerdo con las necesidades y los cambios que se susciten en el territorio nacional, incluidas las condiciones financieras del SGSSS. A su vez, el Acuerdo No. 72 de 1997, suscrito entre el Ministerio de Salud y el CNSS, establece el contenido de los servicios de salud correspondientes al POS para el Régimen Subsidiado.
- 1.20 El POS tiene asociado un costo denominado la Unidad de Pago por Capitación (UPC) que es una cuota de valor anual que permite distribuir el valor de las cotizaciones al SGSSS para financiar el costo de la protección de la salud por igual a todos los afiliados según el criterio de equidad. Corresponde al CNSSS aprobar el valor anual de la UPC, lo cual debe tener un valor ajustado anualmente según

⁷ Como ejemplo, se ha detectado cerca de 384 mil casos en los cuales algunos afiliados a los programas de medicina prepagada (planes complementarios) no están aportando al régimen contributivo y aquellos que lo están haciendo, están pagando mucho menos que lo que les correspondería de acuerdo con sus ingresos reales reportados a la DIAN.

sean las frecuencias de uso y costos unitarios según género, edad y región del afiliado. El pago per capita de la UPC pretende estimular o inducir una economía de costos en la administración del POS por parte de las Empresas Promotoras de Salud (EPS).

- 1.21 Sin embargo, desde 1993, no se han institucionalizado los instrumentos metodológicos que permitan realizar un ajuste informado de los planes de beneficios y la UPC de año en año. Bajo el *Programa de Apoyo a la Reforma en Salud* (910/OC-CO), se evaluó algunos aspectos del equilibrio financiero del SGSSS referente al POS y la UPC, pero no se ha logrado avanzar en la evaluación de la pertinencia y el costo-efectividad de los beneficios incluidos en el POS. La ausencia de información sobre los niveles de utilización de los servicios del POS, que de acuerdo con la metodología de ajuste planteada, exigía información detallada de frecuencias de uso, imposibilitó el avance en el ajuste y priorización de los contenidos del POS y su costeo base para la determinación del valor de la UPC, lo que puede haber tenido un impacto sobre la rentabilidad de las EPS y el funcionamiento y balance financiero del SGSSS como un todo.
- 1.22 Si bien los servicios de salud que forman parte integrante del POS para el régimen subsidiado y el régimen contributivo están claramente identificados y establecidos en las disposiciones legales que regulan la materia, en la práctica, como consecuencia de interpretaciones diferentes sobre el contenido de los servicios de salud que forman parte de los POS, los beneficiarios del sistema han presentado demandas contra el Estado para obtener de éste la prestación de servicios cuya obligatoriedad dentro del sistema no ha sido uniformemente interpretada. Esta situación ha traído como consecuencia que la Corte Constitucional se haya pronunciado favorablemente ante las demandas presentadas por beneficiarios del sistema para la cobertura de ciertos servicios de salud, lo que se traduce en un cierto grado de incertidumbre jurídica dentro del sistema, un alto costo financiero para el mismo, el financiamiento de servicios inefectivos y experimentales en algunos casos y privación de servicios a los demás beneficiarios actuales y potenciales del SGSSS.

5. Instituto de Seguros Sociales

- 1.23 *El ISS antes de la Ley 100* El ISS fue hasta 1993 un monopolio público dedicado a manejar la seguridad social en salud, riesgos profesionales y pensiones. En todas estas ramas, el ISS manejó siempre más del 90% del universo de la población afiliada en el país, funcionando en salud básicamente como un proveedor de servicios por medio de la más extensa red de centros ambulatorios y clínicas del país. Si bien la aprobación de la Ley 100 en 1993 significó para el ISS cambios radicales en el entorno reglamentario, el esquema de ingresos y la posición de monopolio, el ISS se había adelantado a los cambios al aprobar previamente modificaciones a su naturaleza jurídica para convertirse en empresa industrial y comercial del Estado y organizar su operación en unidades de negocio.
- 1.24 Al entrar en vigencia la Ley 100 de 1993, el ISS era una empresa con 24,000 trabajadores de planta permanente y 12,000 contratistas temporales organizada

tanto en su nivel central como en los niveles seccionales en cuatro áreas de negocio: Empresa Promotora de Salud (EPS), Institución Prestadora de Salud (IPS), Administradora de Pensiones (AP) y Administradora de Riesgos Profesionales (ARP). Además, se crearon dos áreas para el soporte financiero y administrativo. Esta conformación organizacional se planteó como una respuesta de flexibilidad y efectividad ante la competencia privada que las áreas de negocio del ISS verían desarrollarse a partir de la reforma de 1993.

- 1.25 *El impacto de la Ley 100 y la dicotomía EPS-IPS.* La separación orgánica entre EPS e IPS dictada por los respectivos decretos de reestructuración y encaminada a hacer frente a los retos de la nueva ley no fue acompañada en la práctica del correspondiente desarrollo en la separación funcional y financiera entre ambas ramas de la operación, que facilitara el control de ingresos y gastos y la evaluación del desempeño individual. Aunque el nuevo marco legal le entregaba a la EPS la responsabilidad de control financiero y la administración del riesgo, la estrategia corporativa del ISS se enfocó en incrementar las inversiones para expandir la infraestructura de la IPS y dedicó pocos recursos y esfuerzos a construir el entramado administrativo que dotara a la EPS de las herramientas para ejercer efectivamente el control financiero y de riesgos. Por otro lado, como parte de la estrategia de crecimiento, el ISS decidió centrar la expansión comercial de la EPS en promover aquellas “fortalezas” que le daban a ésta singularidad en el mercado, pero que al mismo tiempo hacían su operación más costosa: (i) entrega de un plan de beneficios 35% más grande y costoso que el aprobado por la Ley 100; (ii) cubrimiento nacional y por tanto oferta de infraestructura propia costosa en sitios de difícil acceso; (iii) envío de pacientes de alto costo fuera del país, y (iv) activa búsqueda de los pacientes de mayor riesgo (enfermedad renal y cardiovascular).
- 1.26 Durante los dos primeros años de la Ley 100 el ISS no cumplió el mandato de generar los ingresos de la EPS a través del cruce de cuentas con el sistema para obtener las UPC respectivas. Por otro lado, el deficiente desarrollo de los sistemas de información internos impidió contar con datos precisos sobre el número y naturaleza de los afiliados y por lo tanto la EPS calculó sus ingresos sobre la base de las cotizaciones y con un universo de afiliados poco confiable. Durante los primeros años de la reforma, el incremento inicial de afiliados al incluirse la familia completa y la lenta penetración de la competencia privada generó una explosión de ingresos para la EPS que le permitió al ISS corporativo promover una continuada expansión de personal, y abundante inversión en infraestructura de la IPS. Aunque EPS e IPS fueron creadas como unidades de negocio separadas, la IPS siguió siendo financiada por presupuestos históricos, sin un marco explícito de financiamiento ligado al desempeño, lo cual le impidió a la EPS ejercer un real y efectivo control de sus gastos.
- 1.27 Con el paso del tiempo, la regulación del sistema impuso a la EPS la generación de ingresos únicamente a través del mecanismo de la UPC y con base en la cuantificación objetiva de afiliados. La caída en la participación de mercado de la EPS-ISS tuvo un fuerte impacto a la baja sobre sus ingresos. Sin embargo, la inflexibilidad de la estructura de costos fijos que se desarrolló a través de la expansión en infraestructura y personal de la IPS no permitió el consecuente ajuste

en los gastos de ésta para enfrentar las limitaciones de ingresos a través de las UPC. La IPS ha mantenido una estructura presupuestal histórica, donde los recortes han sido marginales y el desajuste oferta-demanda ha conllevado a crecientes porcentajes de desocupación de servicios, especialmente en ciudades intermedias o ciudades con cuantificado exceso de capacidad instalada tradicional. Esta falta de sincronización entre EPS e IPS ha generado resultados financieros negativos, tanto operacionales como patrimoniales durante los últimos cinco años.

- 1.28 *Los gastos laborales y los resultados financieros.* La inflexibilidad de los gastos de la IPS tiene que ver esencialmente con su reglamentación laboral. Dada su condición mayoritaria como trabajadores oficiales, la convención colectiva que cubre a los funcionarios del ISS genera un factor prestacional de 43.7%, que se compara con un 21% del promedio nacional⁸. Adicionalmente, los trabajadores oficiales del ISS disfrutaban de un régimen especial de jubilaciones que les permite jubilarse cinco años antes que el resto de la población y con beneficios diferenciales, los cuales debe pagar el ISS de sus ingresos propios. Durante toda su operación antes y después de la reforma, el ISS no constituyó un fondo para responder por el pasivo creciente generado por las obligaciones de jubilación extraordinaria con sus empleados. Los jubilados pasarán de 14,097 en el 2000 a 23,212 en el año 2012, generando una carga creciente para las finanzas del ISS, del orden del 30% de los ingresos operacionales, lo cual hace la operación de la EPS completamente insostenible. Aunque el gobierno nacional aceptó cubrir los costos de los jubilados causados antes de 1993, esta porción del gasto total no es significativa, se mantiene constante y resuelve sólo una fracción del problema de caja, sin atacar el problema estructural⁹.
- 1.29 La caída de ingresos y la deficiente cultura de control financiero, sumada a la inflexibilidad de los gastos y la equivocada política comercial han desencadenado en una severa crisis en la calidad de la prestación de los servicios de salud. Toda esta problemática ha llevado a la EPS a perder su posición dominante en el mercado. Entre 1997 y el 2002, la EPS ha perdido más de la mitad de sus afiliados, a un ritmo aún más creciente a partir del 1998, cuando la EPS fue sancionada por la Superintendencia de Salud al incumplir los requisitos mínimos de desempeño financiero y de salud, y debió suspender nuevas afiliaciones. A partir de 1999 y hasta 2002, se ha presentado un déficit operacional creciente que implica que por cada peso recaudado se gastó 1.7 veces dicha suma. El déficit, que ha sido financiado en 2001 y 2002 con aportes de la Nación por aproximadamente US\$200

8 El factor prestacional se calcula con base al total de días reconocidos a un trabajador al año por concepto de asignación básica, servicios prestados, vacaciones, prima de vacaciones, prima por servicios y cesantías.

9 Los cálculos disponibles muestran que proporcionalmente el EPS cubre el 80% de los pagos a jubilados en 2003, pero la proporción llegará a 52% en el 2005. La propuesta de eliminación de los regímenes especiales de jubilaciones que se halla en el referendo, ayudará a aliviar la carga operacional y el valor del pasivo.

millones anuales, es explicado esencialmente por la caída de los afiliados y por ende de los ingresos¹⁰.

- 1.30 Bajo el escenario descrito anteriormente y si se considera que no sólo no aumentan los afiliados a la EPS en el inmediato futuro, si no que disminuyen, como ha sido la tendencia de los últimos meses (a razón de 50.000 por mes), los ingresos seguirán cayendo. Ante la inflexibilidad de personal y de adecuación de los gastos, el desequilibrio financiero actual será creciente y el déficit acumulado alcanzará el 3.3% del PIB en 2012. El déficit acumulado, además de afectar las cuentas del gobierno central, son un impedimento sectorial para incrementar la cobertura del régimen subsidiado y por tanto genera un efecto creciente sobre la consecución de los objetivos de equidad impulsados por la Ley 100 de 1993.

6. Cajas de Compensación Familiar

- 1.31 Creadas en 1957 como un mecanismo de asistencia a trabajadores de bajos ingresos y sus familias, las CCF son organizaciones privadas que reciben ingresos a través de un aporte parafiscal de 4% de salarios totales. Los trabajadores formales solamente son elegibles para beneficios cuando están activamente contribuyendo. Existen 55 CCF en 32 departamentos del país, con aproximadamente 3.5 millones de trabajadores afiliados del sector formal (23.8% de la PEA). Las CCF están legalmente obligadas a proveer subsidios en efectivo, subsidios de vivienda, salud, educación y atención infantil a su membresía, pero también gastan en mercadeo, nutrición, bibliotecas, recreación, capacitación y otros servicios.
- 1.32 Con respecto al tema de salud, los recursos que las CCF destinan obligatoriamente al régimen subsidiado de salud están dirigidos a una población diferente a los afiliados de las cajas, pues dicho régimen no cubre a los trabajadores asalariados del sector formal, quienes están afiliados al régimen contributivo en salud. Tanto las EPS como las ARS de las CCF son abiertas a todos los trabajadores, en el caso del régimen contributivo, y a todas las personas que cumplan con los requisitos establecidos, en caso del régimen subsidiado. Según información suministrada por la Superintendencia de Salud, en 1998 había 1.5 millones de personas afiliadas a las ARS de las CCF. Existen 41 cajas que tienen ARS en 516 municipios del país.
- 1.33 Aunque las CCF están reguladas por la Superintendencia de Subsidio Familiar (Supersubsidio) y la Superintendencia Nacional de Salud y están legalmente requeridas de cumplir con estándares de asignación de recursos y contabilidad, algunas CCF no han podido cumplir con estos requisitos. También, algunas presentan problemas relacionados con prácticas corporativas. Con el fin de mejorar la asignación de recursos, particularmente del gasto en administración, inculcar una mayor responsabilidad corporativa y promover la rendición de cuentas, el gobierno está llevando a cabo una serie de reformas entre las que

10 Los US\$200 millones los entregó el gobierno como parte de un convenio con el ISS, donde éste se comprometía a tomar una serie de medidas y cumplir un conjunto de hitos de desempeño. La revisión de esos compromisos muestra que se diseñaron con expectativas a todas luces irrealizables, y por tanto fueron incumplidos en su amplia mayoría.

destacan: (i) implantar mecanismos idóneos de difusión sobre el nombramiento o remoción de los representantes legales y demás administradores; (ii) establecer mecanismos por los cuales un número mínimo de afiliados pueda solicitar que se realicen Asambleas Extraordinarias; (iii) eliminar los sesgos sobre afiliación, CCF que conducen a una situación de selección adversa de mercado; (iv) mejorar las movilidad o retiro de los afiliados, mediante la simplificación de trámites; (v) unificar el formato de los reportes contables de las CCF, y (vi) eliminar las prácticas colusivas que llevan a cabo algunas CCF.

D. Estrategia del país en el sistema general de seguridad social en salud

- 1.34 De acuerdo con el Plan Nacional de Desarrollo el gobierno tiene previsto: (i) *fortalecer el aseguramiento* a través de ampliación de la cobertura, transformación de subsidios de oferta a demanda, reorganización de hospitales públicos y mejoras en los sistemas de registro, información y recaudo; (ii) *asegurar sostenibilidad financiera al SGSSS*, a través de seguimiento y ajuste anual de la UPC y el contenido de los planes de beneficio, revisión de la metodología para acreditar u organizar empresas aseguradoras, así como establecer condiciones de permanencia en el sistema, entre otras acciones; (iii) *mejorar el acceso y la prestación del servicio*, mediante la regulación de mecanismos de entrada a las empresas prestadoras del servicio, creación de sistemas de evaluación y monitoreo de la oferta y demanda, sistema único de tarifas y estímulo a la eficiencia y calidad; (iv) *ejecutar acciones prioritarias en salud pública* mediante la ejecución del programa ampliado de inmunización, implementación de la política de salud reproductiva, aseguramiento materno infantil y programas de prevención y riesgo de enfermedades y (v) *reestructurar el ISS* para convertirlo en una entidad financieramente viable.

E. Estrategia del Banco y aporte del programa

1. Estrategia del Banco

- 1.35 La *Estrategia del Banco con el País* (EBP) establece tres áreas fundamentales sobre las cuales se definen las acciones del Banco en el país 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 de Estado. Adicionalmente, la EBP identifica dos restricciones de importancia: la dinámica del déficit fiscal y el escalamiento del conflicto. La resolución gradual de estas dos restricciones es un supuesto básico para el éxito de la estrategia.
- 1.36 En términos de las áreas fundamentales de la EBP, la operación contribuirá principalmente al objetivo (ii). Con la continuación de la reforma del SGSSS y la reestructuración del ISS 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. Paralelamente, con el fortalecimiento del ISS y la mayor transparencia de las CCF se está favoreciendo al objetivo (iii). Finalmente, el saneamiento financiero del ISS y de los hospitales, con la

correspondiente mejora en las finanzas territoriales y nacionales, apoyará a mitigar la restricción del desbalance fiscal. Complementariamente y en el marco del ASB del FMI, los recursos de esta operación están incluidos dentro del Programa de Desembolsos de Crédito Externo 2003-2005 preparado por el MHyCP.

2. Apoyo del Banco a la reforma del sector salud

- 1.37 Como se señala en la EBP, los cambios estructurales y el fortalecimiento institucional de un sector toman tiempo. La experiencia en el sector salud es importante, pues la presencia y apoyo del Banco han permitido dar continuidad al proceso y trabajar con metas intermedias para lograr el objetivo de largo plazo. El Banco, mediante cinco operaciones preparadas y ejecutadas en los últimos 10 años, ha sido la entidad multilateral que ha acompañado más de cerca el proceso de reforma del sector. El énfasis de este apoyo ha sido favorecer el acceso de los grupos de menores ingresos a los servicios de salud mediante reformas o el financiamiento de acciones directas. Destacan: (i) la afiliación al sistema de régimen subsidiado y contributivo; (ii) asistencia social para ancianos y menores de hogares de bajos recursos; (iii) modificación de fórmulas y criterios para las transferencias de recursos a las entidades territoriales; (iv) experiencias piloto para reestructurar hospitales públicos; (v) protección de gastos para vacunación; (vi) regulación para mejorar la gestión del SGSSS, y (vii) reformas iniciales del ISS. La presente operación continúa el apoyo a las iniciativas de reforma del gobierno en el contexto del Plan Nacional de Desarrollo y las metas y reformas estructurales establecidas en el ASB. El Cuadro I-1 presenta un resumen del apoyo del Banco al sector salud, los resultados alcanzados y las lecciones aprendidas.

Cuadro I-1. 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.	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. Proyecto piloto de reorganización y fortalecimiento en la gestión de una muestra de hospitales públicos cofinanciado por el Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud	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. Ordenó y saneó parte del pasivo pensional territorial.	Controló el crecimiento de las transferencias. Estableció normativa base para definición de competencias. Sentó las bases para iniciar el saneamiento del pasivo territorial.	Se pueden lograr reformas importantes con un <i>Policy Based Loan</i> (PBL). Sin embargo, debido a los tiempos legislativos, el detalle de la normatividad que sustenta las reformas debe continuar desarrollándose en operaciones posteriores.
Programa de Reforma Social (1381/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. Una situación fiscal restringida al nivel territorial y el problema estructural de los hospitales no permitió extender el aseguramiento a toda la población objetivo, mas 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 periodos de restricción fiscal.

F. Experiencia del Banco y lecciones aprendidas

- 1.38 La experiencia del Banco en Colombia en relación a los préstamos de rápido desembolso se puede resumir en: (i) los recursos de financiamiento actuaron como un eficiente mecanismo contracíclico; (ii) las operaciones impulsaron reformas, sobre todo en el sector financiero y territorial, que fueron claves para eliminar una de las principales fuentes de la crisis del sector privado y del déficit del sector público no financiero; (iii) la combinación de operaciones de emergencia y PBLs resulta eficiente, pues mientras la primera entrega recursos financieros para cubrir necesidades fiscales de corto plazo, la segunda apoya las reformas necesarias para eliminar los desequilibrios, y (iv) aunque las operaciones de emergencia han afectado significativamente el perfil de repagos para el 2003-2004 y posiblemente para el 2005-2006 (especialmente con el Banco) las reformas que apoyaron y los momentos en que se entregaron los recursos fueron necesarios para evitar una crisis mayor en Colombia.
- 1.39 En términos del diseño y ejecución de estas operaciones, tres lecciones destacan: (i) la necesidad de involucrar activamente a los ministerios y entidades sectoriales relacionadas con la condicionalidad, pues su participación permite definir condiciones de política factibles y crear compromisos para su cumplimiento; (ii) la coordinación con otras entidades multilaterales en términos de división de áreas o temas de reforma, permite un mejor apoyo de cada entidad al país, y (iii) el Banco ha apoyado reformar medulares de la acción del gobierno, con impactos profundos en los sectores (financiero, social, salud y territorial).

G. Coordinación con otras agencias multilaterales

- 1.40 El esfuerzo para apoyar a Colombia, tanto en términos de implantación de las reformas como de financiamiento, está siendo estrechamente coordinado entre los organismos multilaterales y el gobierno de Colombia. En términos de reformas, tanto el Banco como el Banco Mundial están trabajando conjuntamente en la protección del gasto en asistencia social. En la racionalización de hospitales, existe la posibilidad que el Banco Mundial participe en el financiamiento paralelo de estas actividades. Con respecto a los recursos del préstamo, el ASB con el FMI sirve 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\$4,700 millones serían de rápido desembolso (53% para ser aprobados en el 2003). En términos de desembolsos, para el presente año, el Programa Financiero del gobierno estima desembolsos totales por US\$2.510 millones provenientes de las entidades multilaterales, de los cuales el Banco financiaría el 56%.

II. EL PROGRAMA

A. Objetivos y descripción

- 2.1 El objetivo del programa es apoyar al gobierno en mejorar la cobertura, calidad, equidad y sostenibilidad financiera del sistema de seguridad social en salud en el mediano plazo.
- 2.2 El programa condicionará sus desembolsos con acciones en cuatro áreas: (i) cumplimiento con los lineamientos de política macroeconómica; (ii) eficiencia y sostenibilidad financiera del régimen subsidiado del SGSSS; (iii) eficiencia y sostenibilidad financiera del ISS, y (iv) eficiencia, transparencia y equidad de las CCF. La Matriz de Políticas con condicionalidad asociada a cada uno de estas áreas se presenta en el Anexo I y los detalles de los Medios de Verificación para dar por cumplidas las condiciones se encuentran en el Anexo II. La Carta de Políticas con los lineamientos generales del programa se presenta en el Anexo IV.

B. Estructura del programa

1. Componente A: Estabilidad macroeconómica

- 2.3 El objetivo de este componente es asegurar un contexto macroeconómico congruente con los objetivos del programa. Para ambos tramos, el cumplimiento de esta condición se establecerá mediante un informe del CONFIS sobre el marco macroeconómico del Prestatario que incluya, entre otros, los resultados de la última revisión del estado de cumplimiento con el ASB del FMI (*condiciones 1 y 2*).

2. Componente B: Eficiencia y sostenibilidad financiera en el régimen subsidiado del SGSSS

a) Objetivo

- 2.4 El objetivo del componente es aumentar la cobertura de la afiliación, la calidad de la atención y la equidad en la asignación de recursos en favor de los más pobres y construir un balance financiero sostenible para el sistema de salud. Para lograrlo, el programa apoyará acciones tendientes a modificar el régimen subsidiado de salud, racionalizar las redes de hospitales públicos, promover medidas que mejoren el sistema de información para reducir la evasión y elusión del SGSSS y modificar la metodología de seguimiento y ajuste del POS-UPC.

b) Condiciones

- 2.5 *Régimen subsidiado de salud.* Se busca mantener el crecimiento histórico del aseguramiento. Para el primer tramo el gobierno se compromete a extender el aseguramiento del régimen subsidiado en salud (320,000 entre junio del 2002 y junio del 2003) (*condición 3*). Para el segundo tramo, se verificará que hay una extensión del aseguramiento del régimen subsidiado en salud (800,000 entre julio del 2003 y fines del 2004). Específicamente, 600,000 representarán nuevos cupos

financiados por el SGP y 200,000 representarán cupos liberados por el proceso de depuración de la afiliación del régimen subsidiado (*condición 4*).

- 2.6 *Hospitales públicos.* Se busca apoyar al gobierno en la revisión de la normativa vigente que limita la transformación de subsidios a la oferta hacia subsidios a la demanda para la extensión del régimen subsidiado y medidas que ayuden a sanear el desequilibrios financieros de los hospitales públicos. Esta revisión se enfocará en la reducción de los descuentos (particularmente los destinados del SGP para salud) y el pago de las plantas de personal de hospitales públicos (en la medida que se avance en el proceso de ajuste y modernización hospitalario).
- 2.7 Para el primer tramo: (i) se debe aprobar la normativa que define la política de reducción del subsidio de la oferta por parte de los departamentos; (ii) no se debe realizar ninguna transferencia por parte del Gobierno Nacional a los hospitales públicos, dirigida a financiar servicios sin metas de atención; (iii) se deben firmar 18 convenios de reestructuración de hospitales públicos, y (iv) se requiere que el gobierno apruebe un Plan de Reestructuración de hospitales públicos, en adición a los contemplados en el numeral (iii), que tenga por fin la reducción del gasto vía oferta en un 20% en los hospitales que se reestructuren, manteniendo el nivel de producción agregada consistente con la demanda y portafolio de servicios de la red y calidad de los servicios (*condición 5*)¹¹.
- 2.8 Para el segundo tramo, el gobierno se compromete a: (i) aprobar un Plan de Acción que incluya, entre otros aspectos, la definición de las modalidades de pago, diferentes a la transferencia directa, por parte de las entidades territoriales a las IPS públicas o privadas; (ii) aprobar e implantar un Plan de Acción para la reasignación de los subsidios de la oferta a la extensión del aseguramiento; (iii) no realizar ninguna transferencia por parte del Gobierno Nacional a los hospitales públicos, dirigida a financiar servicios sin meta de atención; (iv) avanzar en el cumplimiento de metas de los indicadores establecidos en los convenios de los 18 hospitales, y (v) avanzar en el cumplimiento de las metas definidas en los convenios de reestructuración de los hospitales públicos, incluyendo la racionalización de la oferta y consolidación de hospitales (*condición 6*).
- 2.9 *Reducción de la evasión y la elusión dentro del SGSSS.* Para el primer tramo el gobierno se compromete a diseñar un sistema de información que contribuya al desarrollo de medidas para el control de la evasión y la elusión¹² (*condición 7*). Para el segundo tramo se verificará el avance satisfactorio en la implantación del sistema de información y avances en el cumplimiento de metas para el control de la evasión y de la elusión (*condición 8*).

¹¹ Los costos de la reestructuración de los 18 hospitales públicos, mencionados en el numeral (iii), serán financiados con recursos propios del gobierno. Los costos del Plan de Reestructuración, mencionado en el numeral (iv), serán financiados con recursos propios del gobierno y con recursos del *Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de los Servicios de Salud* (CO-0139), actualmente en preparación.

¹² Los costos para el diseño e implantación del sistema serán financiados con recursos del *Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud* (910/OC-CO).

- 2.10 *Plan Obligatorio de Salud (POS)*. Para avanzar en la construcción de un sistema de monitoreo y ajuste permanente del POS y UPC que asegure el funcionamiento costo-efectivo y el balance financiero del SGSSS, el gobierno para el primer tramo documentará los avances en el diseño de una metodología para la revisión y actualización periódica de la POS-UPC tanto en contenidos como en costos, tomando en cuenta las restricciones fiscales y el costo-efectividad de las intervenciones a financiarse y un cronograma para su implementación¹³ (*condición 9*).
- 2.11 Para el segundo tramo el gobierno se compromete a: (i) la aprobación de una normativa legal por medio de la cual se modifica el POS-UPC con el fin de ajustar año a año el valor de la UPC o el contenido del POS según lo conveniente para el equilibrio financiero y el costo-efectividad del servicio prestado, y (ii) la realización de la primera evaluación técnica según la metodología para el seguimiento y evaluación del POS-UPC (*condición 10*).

3. Componente C: Eficiencia y sostenibilidad financiera del ISS

a) Objetivo

- 2.12 El objetivo del componente es lograr la sostenibilidad financiera del ISS en el mediano y largo plazo y mejorar la calidad de sus servicios. Dado que la inviabilidad actual depende tanto de factores orgánicos-funcionales, como de factores estructurales, la reforma apunta a generar soluciones en esas dos dimensiones combinando medidas de impacto inmediato con otras de impacto sostenible en el largo plazo.

b) Condiciones

- 2.13 En cuanto a lo orgánico-funcional, el corazón de la reforma es la escisión efectiva entre la EPS y la IPS, para que las relaciones financieras entre ellas (mediadas por contratos y precios) vinculen la financiación con los servicios efectivamente prestados. Estas reformas incluyen la transformación de la actual IPS en un conglomerado de siete ESE, adscritas al MPS. La EPS actual seguirá siendo parte del ISS, junto con la ARP y la AP.
- 2.14 En la dimensión estructural con impacto inmediato, las nuevas ESE deberán racionalizar su capacidad instalada y personal de soporte para adecuar la oferta a la demanda existente de la EPS-ISS u otras EPS y ARS del país. Las ESE serán contratadas prioritariamente por la EPS-ISS durante los próximos tres años, al término de los cuales tendrán que competir en el mercado y se mantendrán sólo aquellas que puedan financiar sus gastos con ingresos propios¹⁴. La EPS-ISS contratará a las ESE bajo las tarifas vigentes que utiliza para contratar a otros prestadores públicos y privados. Los contratos contendrán indicadores y metas

¹³ Este sistema de monitoreo tendría en cuenta la variable étnica.

¹⁴ Es de anotar sin embargo que durante los tres años de gracia, el elemento central de la contratación con la EPS será la demanda efectivamente generada y no el subsidio a la oferta disponible, lo cual demandará de las nacientes juntas directivas de las ESE un cuidadoso trabajo de planificación y racionalización de su oferta.

mínimas de calidad en la prestación (infecciones nosocomiales, mortalidad hospitalaria, entre otras), y de oportunidad en el servicio (tiempos promedio de espera en consulta general, especializada y quirúrgica), de forma tal que ante situaciones insostenibles con las ESE pueda optar por contratar con otros prestadores para poder sobrevivir en un mercado altamente competido y donde las ineficiencias y problemas del pasado son una pesada carga para lograr detener la caída de afiliados y eventualmente recuperar terreno.

- 2.15 En cuanto a las medidas de largo plazo, la reestructuración implica el cambio en la naturaleza de la vinculación laboral de la mayoría de sus trabajadores, los cuales no estarán cobijados por la actual convención colectiva de trabajo. Este cambio resuelve en parte el crecimiento del pasivo pensional y las inflexibilidades laborales ya descritas. A partir de la escisión, la EPS absorbe el pago de todos los jubilados ya causados bajo el sistema preferencial y una porción mayoritaria de los trabajadores oficiales con fuero sindical cobijados por la convención colectiva. El MHyCP se ha comprometido a asumir a partir del presupuesto del 2005 el pago de los jubilados causados hasta el 31 de diciembre del 2001, lo cual deja a la EPS-ISS con la posibilidad financiera e institucional de diseñar su operación para aumentar el universo de afiliados e ingresos y lograr la estabilidad financiera en el mediano y largo plazo
- 2.16 Para el primer tramo el gobierno se compromete a: (i) aprobar la normativa legal por medio de la cual se reestructura el ISS a través de una escisión que cimente la separación efectiva entre EPS e IPS; y (ii) presentar un Plan de Acción para la implantación de la reestructuración en el EPS-ISS y las ESE (*condición 11*). En el segundo tramo de la reforma, el gobierno se compromete a avanzar sustancialmente en el cumplimiento del Plan de Acción acordado en el primer tramo (*condición 12*).

4. Componente D: Eficiencia, transparencia y equidad de las CCF

a) Objetivo

- 2.17 El objetivo del componente es crear mecanismos institucionales de transparencia, rendimiento de cuentas y mejora de la equidad en las CCF.

b) Condiciones

- 2.18 Para el primer tramo el gobierno reglamentará el régimen de transparencia y rendimiento de cuentas de las CCF contenidos en la ley 789 de 2002 y aprobará un Plan de Acción para su implantación. Además reglamentará la cuota monetaria, de forma tal que se equipare regionalmente entre las diferentes CCF y se hayan establecido metas para su implantación (*condición 13*). Para el segundo tramo se verificará el avance satisfactorio del Plan de Acción mencionado en la condición (13). Además se verificará el avance satisfactorio en el cumplimiento de las metas para la implantación de las cuotas monetarias. (*condición 14*).

C. Costo y financiamiento

- 2.19 El costo total del programa es de US\$400 millones que se desembolsará en dos tramos, el primero por US\$250 millones y el segundo por US\$150 millones, de acuerdo a la Matriz de Políticas que se encuentra en el Anexo I.

D. Condiciones de financiamiento del Banco

- 2.20 El financiamiento del Banco, por un monto de US\$400 millones, se otorgará con cargo a los fondos del OC. El Cuadro II-1 indica los plazos y condiciones del préstamo.

Cuadro II-1. Términos y condiciones del préstamo

Fuente de Recursos:	Capital Ordinario (OC)
Monto:	US\$400 millones
Plazos:	
Amortización:	20 años
Gracia:	5 años
Desembolso	18 a 36 meses
Tasa de Interés:	ajustable
Inspección y Vigilancia:	1%
Comisión de Crédito:	0.75% sobre montos no desembolsados
Moneda:	US\$ dólares de la Facilidad Unimonetaria

III. EJECUCIÓN DEL PROGRAMA

A. Ejecución

1. Prestatario y organismo ejecutor

- 3.1 El prestatario es la República de Colombia. El Ministerio de Hacienda y Crédito Público (MHyCP) actuará como el organismo ejecutor del préstamo, a través de su Viceministerio Técnico.

2. Ejecución y administración del programa

- 3.2 El organismo ejecutor se hará cargo de la supervisión general del programa hacia el cumplimiento en tiempo y forma de sus objetivos y metas. Estas actividades serán llevadas a cabo en coordinación con el Departamento Nacional de Planeación (DNP). El MPS y el ISS serán responsables por el cumplimiento de las condiciones y reformas vinculadas a cada uno de los componentes del programa. Para la coordinación y seguimiento del programa se establecerá un Grupo de Trabajo Interministerial en el MHyCP, con representación de las entidades involucradas. El grupo será presidido por un coordinador general a ser designado por el MHyCP y por coordinadores a ser nombrados por sus respectivas entidades.
- 3.3 Las funciones del coordinador general serán: (i) ser el interlocutor del gobierno nacional frente al Banco, asumiendo la responsabilidad de recopilar y enviar la información técnica, legal y administrativa requerida para el desembolso de cada tramo; (ii) apoyar el cumplimiento de las condicionalidades de los distintos componentes del programa; (iii) coordinar con los responsables en las distintas entidades las acciones y reformas del programa, y (iv) coordinar la recolección y el envío de la información de soporte del cumplimiento de la condicionalidad de la matriz de políticas.

B. Seguimiento y evaluación

- 3.4 *Seguimiento.* El MHyCP y el DNP hará el seguimiento semestral y la evaluación anual de los resultados de las condiciones, los cuales a su vez están contenidos en el Plan Nacional de Desarrollo 2002-2006 del gobierno. Se busca que este seguimiento ayude a mejorar la eficacia y coordinación de las políticas, programas e instituciones del Estado. Este seguimiento será reportado al Banco en la forma de informes semestrales sobre avances y desafíos encontrados durante la implantación de las medidas de política del programa. Adicionalmente, se promoverá la divulgación de dichos resultados en la página web del DNP, con lo cual, además de contratar por resultados la gestión de cada responsable sectorial, se facilitará el control social de los ciudadanos sobre la administración pública.
- 3.5 *Evaluación.* El Anexo III resume los indicadores de desempeño (*output* y *outcome*) a ser medidos en el tiempo para evaluar los efectos de las reformas sobre sus objetivos. El anexo contempla valores de línea de base, valores a ser alcanzados después del último desembolso (6 12 meses) y metas a ser logradas en

el mediano plazo (tres años posterior al último desembolso del sectorial). Los indicadores han sido elegidos por su relación directa con las acciones del presente programa¹⁵.

- 3.6 Las autoridades han indicado al equipo de proyecto que optarían por no financiar una evaluación ex post del programa. Sin embargo, el gobierno se ha comprometido a asegurar la disponibilidad de la información necesaria para la realización de una evaluación de los indicadores de resultados, tres años después de la terminación del programa (*outcome*)¹⁶.

C. Otros temas de ejecución

1. Período ejecución y calendario de desembolsos

- 3.7 El período mínimo para la ejecución es de 18 meses y el período máximo es de 36 meses. Las condiciones del primer tramo estarán cumplidas al momento de presentar la Propuesta de Préstamo para consideración del Directorio.
- 3.8 El período de tiempo en que se lleven a cabo las reformas estipuladas en la Matriz de Políticas son importantes debido a: (i) la magnitud de la reforma que el programa apoya, especialmente con respecto a las reestructuraciones de redes de hospitales y del ISS; (ii) los recursos propios (o de endeudamiento) que el gobierno está asignando para lograr el saneamiento financiero de los hospitales, y (iii) la coyuntura política propicia para el cambio y la reforma. De llevarse a cabo las reformas en los tiempos acordados con el gobierno se habrá: (i) ampliado la cobertura y calidad del sistema de seguridad social en salud en un tiempo relativamente corto; (ii) logrado los ahorros fiscales esperados, justificándose el gasto inicial del gobierno, y (iii) aumentado la probabilidad de que la reforma sea irreversible.
- 3.9 Dada la importancia de que la reforma se lleve a cabo en los tiempos establecidos, el segundo tramo del programa está vinculado al avance en estos procesos. Por esta razón, el cumplimiento de condiciones claves (sobre todo vinculadas a los hospitales públicos y el ISS) no está relacionado a una meta fija en el tiempo, sino que está sujeto a que las metas anuales acumuladas para los indicadores financieros, de gestión, calidad y producción hayan sido cumplidas en el momento que se decida realizar el desembolso del segundo tramo.

2. Carta de Políticas

- 3.10 El país y el Banco han acordado una Carta de Políticas en la que se presenta el programa dentro del marco más amplio de la estrategia económica y social del gobierno (ver Anexo VI).

¹⁵ Es importante destacar que, por diseño de la evaluación, los cambios registrados en los indicadores no podrán ser necesariamente atribuibles a las acciones del presente programa.

¹⁶ Por el alto nivel de desarrollo del sistema de monitoreo y evaluación de indicadores de desarrollo y la inversión a realizarse en el SIIS, la mayoría de los costos asociados a la documentación, compilación y reportaje de los indicadores ya han sido absorbidos por el gobierno.

3. Auditoría externa

- 3.11 El Banco se reserva el derecho de solicitar al Prestatario informes financieros sobre el uso de los recursos del financiamiento, auditados por auditores independientes aceptados previamente por el Banco. Por lo tanto, el Prestario se compromete a: (i) mantener registros contables separados y documentación de soporte, que permitan realizar las auditorías externas y/o las verificaciones del uso de los recursos y (ii) mantener una cuenta bancaria separada en la que se depositarán los fondos del financiamiento.

4. Inspección y supervisión

- 3.12 El Banco establecerá los procedimientos de inspección que considere necesarios para la ejecución satisfactoria de esta operación. Para ello, el Prestatario cooperará con el Banco aportando la asistencia e información necesaria.

IV. VIABILIDAD, IMPACTOS Y RIESGOS

A. Viabilidad institucional del programa

- 4.1 La ejecución del programa involucra al MHyCP como ejecutor, trabajando en estrecha coordinación con el DNP, y al MPS e ISS como responsables del cumplimiento de las reformas contenidas en la Matriz de Políticas. La viabilidad en la ejecución del programa (cumplimiento de las condiciones durante el período de ejecución) se fundamenta en tres elementos: (i) experiencia de las entidades involucradas para trabajar con el Banco; (ii) recursos humanos y financieros para llevar a cabo las reformas, y (iii) existencia de incentivos para ejecutar el programa.
- 4.2 Con respecto a la experiencia para trabajar con el Banco, tanto el MHyCP como el DNP han trabajado juntos en cinco operaciones PBL y de emergencia en los pasados cinco años. Debe destacarse que, con la excepción de una operación, en todas las demás se cumplió totalmente con la condicionalidad en los plazos de ejecución establecidos. En el caso del MPS, actualmente es ejecutor de una operación de inversión (*Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud* (910/OC-CO)) y es responsable por el cumplimiento de condiciones en el *Programa de Emergencia Social* (1455/OC-CO). Finalmente, el ISS, aunque no cuenta con experiencia de trabajo previo con el Banco, ha recibido un fuerte apoyo del DNP y el MPS durante la preparación de la operación.
- 4.3 En términos de recursos humanos y financieros, debe indicarse que parte de los estudios y preparación de planes de acción para el componente de salud cuentan con financiamiento del gobierno. También en el caso de apoyos puntuales (diagnóstico de las CCF, sistemas de información para el ISS y las ESE y el estudio del POS-UPC) se están financiando con recursos administrativos del Banco. Con respecto a los recursos humanos, todas las entidades involucradas han asignado personal que ha venido trabajando desde las primeras etapas de preparación de la operación y que continuarán siendo parte del Grupo de Trabajo Interministerial mencionado en el párrafo 3.2.
- 4.4 Finalmente, el incentivo de las entidades sectoriales (ISS y MPS) para cumplir con las condiciones está vinculado a la asignación presupuestal en el caso de la reforma de hospitales y el pasivo pensional del ISS. Por otro lado, el ISS tiene el incentivo a que la escisión de las ESE funcione pues de eso depende su viabilidad financiera en los siguientes tres años. En el caso del MPS, las ESE complementan el proceso de racionalización de hospitales.

B. Resultados esperados de las reformas

- 4.5 El objetivo del componente de Eficiencia y sostenibilidad financiera en el régimen subsidiado del SGSSS es aumentar la cobertura de la afiliación al SGSSS, la calidad de la atención brindada y la equidad en la asignación de recursos del sistema a favor de los más pobres. Al aumentar la cobertura del régimen subsidiado en salud, disminuir los subsidios directos a la oferta en hospitales públicos e implantar medidas para mejorar la eficiencia de los servicios en

hospitales públicos, se espera ver una extensión significativa del aseguramiento como resultado directo de las condiciones del programa, así como resultado indirecto de la reasignación de subsidios a la oferta al aseguramiento. Este efecto de extensión del aseguramiento del régimen subsidiado entre los más pobres y vulnerables también contribuirá a mejorar la equidad en la asignación de los recursos del SGSSS. Como las condiciones del programa también apuntan a mejorar la calidad de los servicios brindados tanto en hospitales públicos como las nuevas ESE (anteriormente clínicas del ISS), se medirá las mejoras en la calidad de la atención brindada. Estos resultados serán medidos a través de los indicadores con línea de base y meta establecidos en el Anexo III.

- 4.6 Con respecto al componente de eficiencia y sostenibilidad financiera del ISS, el programa apoyará las medidas de política conducentes a lograr su estabilidad financiera, al detener el crecimiento del pasivo pensional de los jubilados, escindir la IPS en ESE para flexibilizar sus costos laborales, dotar a la EPS-ISS de las condiciones institucionales para revertir la tendencia de decrecimiento en su participación de mercado, y transparentar las relaciones financieras entre la EPS-ISS y las ESE, de forma tal que solo se financie la compra de servicios efectivamente demandados y en condiciones adecuadas de calidad. Esta profunda reestructuración busca recobrar la estabilidad en las cifras de margen operacional de la EPS-ISS, y eventualmente mitigar el impacto que estos desequilibrios tendrían sobre la situación fiscal del país. Así, al final del período de tres años, la EPS-ISS habrá ajustado sus gastos a los ingresos generados por los afiliados efectivos y podrá mostrar resultados financieros sin déficit. Por otro lado, la conversión de la IPS en ESE generará por un lado una significativa disminución en el crecimiento del pasivo pensional, y por el otro permitirá que éstas ajusten su tamaño y plantilla a la demanda real por sus servicios. Estos resultados también serán medidos a través de los indicadores con línea de base y meta establecidos en el Anexo III.
- 4.7 Con respecto al componente de eficiencia, transparencia y equidad de las CCF, se reflejará en un mejor rendimiento de cuentas de estas entidades. Por otro lado, la reglamentación de la cuota monetaria permitirá equiparar regionalmente los beneficios que reciben los miembros de estas cajas.

C. Impacto fiscal neto de las reformas

- 4.8 En el caso del ISS, el escenario base proyecta la situación del déficit/superávit del ISS desde el 2004 hasta el 2007 bajo el supuesto de que no hay reestructuración y que por lo tanto no se efectúan ajustes en los ingresos y en los gastos, manteniéndose una población de 2.7 millones de afiliados. El escenario con reforma implica la escisión de las clínicas y centros de atención ambulatoria de la EPS y el cambio de régimen laboral de gran parte de los funcionarios que venían prestando sus servicios al ISS y que fueron reubicados en las nuevas ESE. Es decir, la gran mayoría de estos trabajadores pasaron del régimen de trabajador oficial a régimen de empleado público. Por lo tanto, los efectos de la escisión que se reflejan a partir del año 2004 en adelante, tiene como principal fuente de ahorro los ajustes en gastos de personal y en menor medida las mejoras en la gestión

administrativa de las ESE¹⁷. Por otro lado, la reducción del gasto total de hospitales públicos a ser intervenidos se supone que es del 20% en promedio. Los resultados se presentan en el Cuadro IV-I.

Cuadro IV-I. Estimación del ahorro fiscal

Ahorro fiscal		2004	2005	2006	2007
Escisión del ISS	US\$millones	62.0	53.0	41.6	37.0
	%PIB	0.07	0.05	0.04	0.03
Racionalización de hospitales	US\$millones	49.6	65.2	84.2	136.9
	%PIB	0.05	0.07	0.08	0.12

- 4.9 El impacto fiscal neto de las reformas, en el caso de la racionalización del sistema de salud, representará ahorros crecientes a medida que se vayan racionalizando hospitales. Estos ahorros netos aumentan de 0.05% del PIB en el 2004 hasta alcanzar 0.12% del PIB desde el 2007 en adelante. Con la reestructuración del ISS, se espera generar ahorros inmediatos anuales al gobierno nacional equivalentes a 0.07% del PIB en el 2004, para luego ir descendiendo paulatinamente.

D. Impacto social y ambiental

- 4.10 *Clasificación SEQ/PTI.* En cuanto al impacto social, se espera que el programa contribuya a aumentar la equidad en la distribución de los beneficios y la calidad y la oportunidad de los servicios prestados. En el caso de la reforma de hospitales, la racionalización permitirá ampliar la cobertura del servicio, con énfasis en los grupos de menores ingresos. Por estas razones, el programa califica como SEQ. Por otro lado, de acuerdo con los lineamientos que rigen la formulación de PBLs, esta operación no califica como programa focalizado en la pobreza (PTI).
- 4.11 *Impactos sociales y ambientales.* Por sus características especiales, el programa no contempla inversiones físicas o de otra naturaleza y, por lo tanto, no tendrá un impacto ambiental directo. Para atender a las minorías indígenas y afrocolombianas, el programa incluirá la variable étnica en el sistema de monitoreo y ajuste permanente del POS y dará prioridad a los grupos indígenas en la asignación de los subsidios de salud.
- 4.12 En relación con este último tema, el programa pretende respetar, implantar y asegurar el cumplimiento de la Ley Número 691 del 2001, mediante la cual se reglamenta la participación de los grupos étnicos en el SGSSS. Adicionalmente, los Acuerdos 77 de 1997 y 244 de 2003 del CNSSS, señalan que en el acceso a los beneficios del régimen subsidiado de salud, tienen prioridad aquellas personas que por su condición de pobreza y vulnerabilidad no están en condiciones de cotizar al régimen contributivo. Para el efecto, el SGSSS, define como instrumento de focalización al Sistema de Clasificación de Beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN). Sin embargo, en el caso de la población indígena pobre, define la alternativa del Listado Censal que la autoridad indígena correspondiente debe elaborar y mantener actualizado. Finalmente, el Acuerdo 277 confiere a los grupos

¹⁷ Debe destacarse que el escenario con reforma no considera la aprobación del referendo y por lo tanto deja de lado los ahorros debido a la terminación de los regímenes especiales y exceptuados.

indígenas prioridad en la asignación de los subsidios entre todas aquellas personas que por su condición de pobreza sean beneficiarios potenciales de los mismos.

- 4.13 Para mejorar y controlar el manejo de residuos en los hospitales y minimizar riesgos a los trabajadores del sector, el *Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de Servicios de Salud* (CO-0139), actualmente en preparación, financia estas actividades. Asimismo, con el mismo programa se financiará asistencia técnica para implantar un programa de capacitación y reconversión laboral para aquellas personas afectadas por la reestructuración de las plantas de personal.

E. Riesgos

- 4.14 En cuanto a los riesgos específicos destacan:

- a. El riesgo político que implique la desaceleración, postergación o reversión de la reforma, sobretodo en el caso del ISS y de hospitales públicos. *Mitigación:* Durante la preparación del programa se llevaron a cabo las decisiones más importantes con respecto a la escisión del ISS, no sólo en términos de promulgar normativa sino también en acciones concretas para la constitución de los hospitales como nuevas ESE. Esto demuestra que por parte del gobierno (MHyCP, MPS y ISS) existe un fuerte compromiso con la reforma¹⁸. El seguimiento semestral que se realizará al programa permitirá identificar a tiempo cualquier señal sobre desviaciones en el proceso de reestructuración del ISS. En el caso de hospitales, el interés para que mejore el servicio de estas entidades de salud, es compartido por el gobierno central, como por las autoridades territoriales y los usuarios del sistema. La experiencia piloto muestra que las reacciones de los grupos afectados por las medidas de racionalización (empleados de las ESE) pueden ser sobrellevados siempre y cuando los hospitales mantengan o mejoren la calidad en su servicio y aseguren pagos de indemnizaciones y programas de reconversión laboral para el personal racionalizado. Ambos elementos son parte integral del Plan de Reestructuración y se ha garantizado el espacio fiscal para estas acciones durante el período de ejecución. Como en el caso del ISS, el seguimiento semestral será relevante para evaluar y mitigar este riesgo. Finalmente, debe destacarse que Colombia tiene una trayectoria de cumplimiento de compromisos y condiciones establecidas en operaciones de emergencia y PBLs.
- b. La vulnerabilidad legal del POS-UPC representa un desafío continuo al equilibrio financiero del SGSSS. *Mitigación:* evidencia histórica, muestra que el número de tutelas a servicios públicos está directamente relacionado con la calidad del servicio. En el caso de la salud, la reestructuración de hospitales

¹⁸ Debe destacarse que este compromiso también se produjo durante la preparación del programa. La participación de altas autoridades del gobierno (viceministro del MHyCP, subdirector del DNP, ministro de MPS y presidente del ISS) se dio no sólo en reuniones de apertura y cierre de misiones, sino también en reuniones técnicas.

permitirá mejorar la calidad y cobertura del mismo, por lo cual se espera una reducción significativa en el número de tutelas dirigidas al sector. Adicionalmente, el Gobierno está explorando la posibilidad de crear un cuerpo de jueces especializados en la legislación del SGSSS, lo cual permitirá balancear mejor los derechos individuales y los derechos de la sociedad en el tema de los servicios de salud.

- c. La disposición del espacio fiscal necesario para llevar a cabo la reestructuración de hospitales públicos, sobre todo en el 2004. *Mitigación:* el anteproyecto de presupuesto del 2004 enviado al Congreso incluye la partida necesaria para iniciar la reestructuración de hospitales. Disponibilidad de recursos para los años siguientes dependerá en gran medida de la evolución de la situación fiscal.
- d. Las condiciones propicias para llevar a cabo una reestructuración del ISS que sea financieramente viable. *Mitigación:* en el ISS, la reestructuración apoyada por la presente operación, separa la función aseguradora de la prestadora en el área de salud. Esto permitirá que la EPS-ISS se concentre en los procesos que le atañen (afiliación, compensación, contratación de servicios de salud, entre otros) y que establezca una relación contractual con las ESE. Estos dos factores presionarán a que la EPS-ISS sea más eficiente en el uso de sus recursos y en la calidad de sus servicios. Simultáneamente, las ESE al tener un período de transición donde contratará con el ISS y al recibir durante ese tiempo fortalecimiento para la gestión, tendrán tiempo suficiente para ajustarse y competir con otros proveedores
- e. Que existan incentivos para las entidades participantes (ISS y MPS) para cumplir con las condiciones establecidas en la matriz. *Mitigación:* el incentivo para el cumplimiento de las condiciones por parte del MPS está dado por vínculo entre la condicionalidad y la asignación presupuestaria al MPS para llevar a cabo su proceso de reforma. En el caso del EPS-ISS, el incentivo está relacionado con la competencia que debe enfrentar en el mercado. Esta situación es similar para las ESE que dependen del MPS.

Matriz de Políticas
Programa Reforma de Salud y Seguridad Social (CO-0265)

Componente	Primer Tramo (US\$250 millones)	Segundo Tramo (US\$150 millones)
A – Estabilidad macroeconómica <i>Objetivo: Mantener un marco macroeconómico estable.</i>	(1) Cumplimiento con los lineamientos establecidos en la Carta de Políticas, y consistencia del marco macroeconómico del Prestatario con los objetivos del programa.	(2) Cumplimiento con los lineamientos establecidos en la Carta de Políticas, y consistencia del marco macroeconómico del Prestatario con los objetivos del programa.
B – Eficiencia y sostenibilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) <i>Objetivo: Aumentar la cobertura, calidad y equidad en salud para los más pobres y construir un balance financiero sostenible para el sistema de salud.</i>	<p>(3) <i>Régimen subsidiado de salud.</i> Que el aseguramiento del régimen subsidiado de salud se haya extendido, entre junio de 2002 y junio de 2003, a 320,000 beneficiarios.</p> <p>(5) <i>Hospitales públicos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Aprobación de las normas legales que establecen la política de reducción del subsidio de la oferta por parte de los Departamentos. ➤ Que el Gobierno Nacional no haya realizado transferencias de recursos financieros a los hospitales públicos con el fin de financiar servicios sin metas de atención. ➤ Que se hayan suscrito convenios para la reestructuración de 18 hospitales públicos. ➤ Aprobación de un Plan de Reestructuración para hospitales públicos, en adición a los contemplados en la condición anterior, que tenga por fin la reducción del gasto vía oferta en un 20% en los hospitales que se reestructuren, manteniendo el nivel de producción agregada consistente con la demanda y portafolio de servicios de la red y calidad de servicios.. <p>(7) <i>Reducción de evasión y elusión del SGSSS.</i> Diseño de un sistema de información que contribuya al desarrollo de medidas para el control de la evasión y la elusión.</p> <p>(9) <i>Plan Obligatorio de Salud.</i> Presentación de un informe de avance sobre: (i) el diseño de una metodología para el seguimiento y evaluación del POS-UPC, y (ii) un cronograma para su implantación.</p>	<p>(4) <i>Régimen subsidiado de salud.</i> Que el aseguramiento del régimen subsidiado de salud se haya extendido, entre julio de 2003 y diciembre de 2004, a 800,000 beneficiarios.</p> <p>(6) <i>Hospitales públicos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Aprobación de un Plan de Acción que incluya la definición de modalidades de pago por parte de las entidades territoriales a IPSs públicas o privadas. ➤ Aprobación e implantación de un Plan de Acción de reasignación de los subsidios de la oferta para la extensión del aseguramiento. ➤ Que el Gobierno Nacional no haya realizado transferencia de recursos financieros a los hospitales públicos con el fin de financiar servicios sin metas de atención. ➤ Avance satisfactorio en el cumplimiento de las metas de los indicadores establecidos en los convenios para la reestructuración de los 18 hospitales públicos. ➤ Avance satisfactorio en el cumplimiento de las metas de los indicadores establecidos en los convenios de reestructuración de los hospitales públicos, incluyendo racionalización de la oferta y consolidación de hospitales. <p>(8) <i>Reducción de evasión y elusión del SGSSS.</i> Avance satisfactorio en la implantación del sistema de información y avances en el cumplimiento de metas para el control de la evasión y de la elusión.</p> <p>(10) <i>Plan Obligatorio de Salud.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Aprobación de la normativa legal por medio de la cual se modifica el POS-UPC para poder ajustar de año en año el valor de la UPC o el contenido del POS, teniendo en cuenta lo que sea más conveniente para el equilibrio financiero y el costo-efectividad del servicio. ➤ Realización de la primera evaluación técnica según la metodología para el seguimiento y evaluación de la UPC-POS.
C. – Eficiencia y sostenibilidad financiera del Instituto de Seguros Sociales (ISS) <i>Objetivo: Contribuir a construir un balance financiero sostenible para el ISS y mejorar la calidad de sus servicios.</i>	<p>(11) <i>Reestructuración del ISS.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Aprobación de la normativa legal por medio de la cual se reestructura el ISS. ➤ Aprobación de un Plan de Acción para la implantación de la reestructuración en el EPS-ISS y las ESE. 	<p>(12) <i>Reestructuración del ISS.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Avance satisfactorio del Plan de Acción para la implantación de la reestructuración en el EPS-ISS y las ESE
D – Eficiencia, transparencia y equidad de las Cajas de Compensación Familiar (CCFs) <i>Objetivo: Crear mecanismos institucionales de transparencia, rendimiento de cuentas y equidad de las CCFs.</i>	<p>(13) <i>Transparencia, supervisión y equidad</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Reglamentación del régimen de transparencia y rendimiento de cuentas de las CCF contenidos en la Ley 789 de 2002 y aprobación de un Plan de Acción para su implantación. ➤ Reglamentación de la cuota monetaria, de tal forma que se equipare regionalmente entre las diferentes CCF y se hayan establecido metas para su implantación. 	<p>(14) <i>Transparencia, supervisión y equidad</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Avance satisfactorio del Plan de Acción para la reglamentación del régimen de transparencia y rendimiento de cuentas de las CCF, contenidas en la Ley 789 de 2002. ➤ Avance satisfactorio en el cumplimiento de las metas para la implantación de las cuotas monetarias.

Medios de Verificación
Programa Reforma de Salud y Seguridad Social (CO-0265)

Componente	Primer Tramo	Medio de Verificación
A – Estabilidad macroeconómica <i>Objetivo: Mantener un marco macroeconómico estable.</i>	(1) Cumplimiento con los lineamientos establecidos en la Carta de Políticas, y consistencia del marco macroeconómico del Prestatario con los objetivos del programa.	Informe CONFIS sobre el marco macroeconómico del Prestatario que incluya, entre otros, los resultados de la última revisión del estado de cumplimiento del Prestatario con el ASB del FMI.
B – Eficiencia y sostenibilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) <i>Objetivo: Aumentar la cobertura, calidad y equidad en salud para los más pobres y construir un balance financiero sostenible para el sistema de salud.</i>	<p>(3) <i>Régimen subsidiado de salud.</i> Que el aseguramiento del régimen subsidiado de salud se haya extendido, entre junio de 2002 y junio de 2003, a 320,000 beneficiarios.</p> <p>(5) <i>Hospitales públicos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Aprobación de las normas legales que establecen la política de reducción del subsidio de la oferta por parte de los Departamentos. ➤ Que el Gobierno Nacional no haya realizado transferencias de recursos financieros a los hospitales públicos con el fin de financiar servicios sin metas de atención. ➤ Que se hayan suscrito convenios para la reestructuración de 18 hospitales públicos. ➤ Aprobación de un Plan de Reestructuración para hospitales públicos, en adición a los contemplados en la condición anterior, que tenga por fin la reducción del gasto vía oferta en un 20% en los hospitales que se reestructuren, manteniendo el nivel de producción agregada consistente con la demanda y portafolio de servicios de la red y calidad de servicios. <p>(7) <i>Reducción de evasión y elusión del SGSSS.</i> Diseño de un sistema de información que contribuya al desarrollo de medidas para el control de la evasión y la elusión.</p> <p>(9) <i>Plan Obligatorio de Salud.</i> Presentación de un informe de avance sobre: (i) el diseño de una metodología para el seguimiento y evaluación del POS-UPC, y (ii) un cronograma para su implantación.</p>	<p>Certificación del MPS sobre la extensión adicional del aseguramiento del régimen subsidiado.</p> <p>Normativa sancionada y publicada.</p> <p>Certificación del MPS, por medio de la cual se establece la no transferencia de recursos financieros a los hospitales públicos para financiar servicios sin metas de atención para el período 2003.</p> <p>Convenios debidamente suscritos entre los representantes autorizados del MPS y 12 Entidades Territoriales, para la reestructuración de 18 hospitales públicos. Estos convenios incluirán valores de línea de base y metas para el ajuste de personal, logro de balance financiero, nivel de producción agregada consistente con la demanda y portafolio de servicios de la red y calidad del servicio.</p> <p>Plan de Reestructuración de los hospitales públicos, aprobado por el MPS, el cual deberá establecer la racionalización operativa de 132 hospitales adicionales, como meta para el período 2003-2007, así como los criterios que servirán de base para la identificación y el establecimiento de las metas anuales que formarán parte integrante de los convenios de desempeño y de crédito..</p> <p>Documento sobre: (1) el diseño técnico del sistema de información diseñado para reducir los niveles de evasión y elusión aprobado por el MPS. En este documento se definirán: (i) el modelo conceptual del sistema integral de información; (ii) sus componentes estructurales, y (iii) un plan de trabajo anual; y (2) la estrategia y metas para la reducción de la evasión y elusión.</p> <p>Documento aprobado por el MPS en el cual se establece: (i) los elementos que debe contener la metodología de seguimiento y evaluación; (ii) las actividades que deben llevarse a cabo, y (iii) un cronograma para el diseño de cada elemento.</p>
C. – Eficiencia y sostenibilidad financiera del Instituto de Seguros Sociales (ISS) <i>Objetivo: Contribuir a construir un balance financiero sostenible para el ISS y mejorar la calidad de sus servicios.</i>	<p>(11) <i>Reestructuración del ISS.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Aprobación de la normativa legal por medio de la cual se reestructura el ISS. ➤ Aprobación de un Plan de Acción para la implantación de la reestructuración en el EPS-ISS y las ESE. 	<p>Normativa aprobada.</p> <p>Componente EPS-ISS del Plan de Acción aprobado por el Prestatario. Este documento establecerá: (i) indicadores financieros con línea de base y metas anuales; (ii) indicadores de gestión con línea de base y metas anuales, y (iii) la fecha mínima de corte a partir de la cual se aumentará el financiamiento por parte del Prestatario a los jubilados del ISS-Patrón y un cronograma que indique cómo se realizará este financiamiento.</p> <p>Componente ESE del Plan de Acción aprobado por el Prestatario. Este documento establece las áreas de intervención para el fortalecimiento institucional de las ESE, los resultados esperados y un cronograma de implantación. Las actividades incluirán la realización de estudios para cada ESE que permita la definición un respectivo plan de ajuste y fortalecimiento.</p>

<p>D – Eficiencia, transparencia y equidad de las Cajas de Compensación Familiar (CCFs)</p> <p><i>Objetivo: Crear mecanismos institucionales de transparencia, rendimiento de cuentas y equidad de las CCFs.</i></p>	<p>(13) <i>Transparencia, supervisión y equidad</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Reglamentación del régimen de transparencia y rendimiento de cuentas de las CCF contenidos en la Ley 789 de 2002 y aprobación de un Plan de Acción para su implantación. ➤ Reglamentación de la cuota monetaria, de tal forma que se equipare regionalmente entre las diferentes CCF y se hayan establecido metas para su implantación. 	<p>Normativa aprobada.</p> <p>Plan de Acción aprobado por el MPS, indicando los plazos de aprobación para la reglamentación pendiente.</p> <p>Normativa aprobada que deberá incluir, entre otros aspectos, las metas para su implantación.</p>
---	--	--

	Segundo Tramo	Medio de Verificación
A – Estabilidad macroeconómica <i>Objetivo: Mantener un marco macroeconómico estable.</i>	(2) Cumplimiento con los lineamientos establecidos en la Carta de Políticas, y consistencia del marco macroeconómico del Prestatario con los objetivos del programa.	Informe CONFIS sobre el marco macroeconómico del Prestatario que incluya, entre otros, los resultados de la última revisión del estado de cumplimiento con el ASB del FMI.
B – Eficiencia y sostenibilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) <i>Objetivo: Aumentar la cobertura, calidad y equidad en salud para los más pobres y construir un balance financiero sostenible para el sistema de salud.</i>	<p>(4) <i>Régimen subsidiado de salud.</i> Que el aseguramiento del régimen subsidiado de salud se haya extendido, entre julio de 2003 y diciembre de 2004, a 800,000 beneficiarios</p> <p>(6) <i>Hospitales públicos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Aprobación de un Plan de Acción que incluya la definición de modalidades de pago por parte de las entidades territoriales a IPSs públicas o privadas. ➤ Aprobación e implantación de un Plan de Acción de reasignación de los subsidios de la oferta para la extensión del aseguramiento. ➤ Que el Gobierno Nacional no haya realizado transferencia de recursos financieros a los hospitales públicos con el fin de financiar servicios sin metas de atención. ➤ Avance satisfactorio en el cumplimiento de las metas de los indicadores establecidos en los convenios para la reestructuración de los 18 hospitales públicos. ➤ Avance satisfactorio en el cumplimiento de las metas de los indicadores establecidos en los convenios de reestructuración de los hospitales públicos, incluyendo racionalización de la oferta y consolidación de hospitales. <p>(8) <i>Reducción de evasión y elusión del SGSSS.</i> Avance satisfactorio en la implantación del sistema de información y avances en el cumplimiento de metas para el control de la evasión y de la elusión.</p> <p>(10) <i>Plan Obligatorio de Salud.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Aprobación de la normativa legal por medio de la cual se modifica el POS-UPC para poder ajustar de año en año el valor de la UPC o el contenido del POS, teniendo en cuenta lo que sea más conveniente para el equilibrio financiero y el costo-efectividad del servicio. ➤ Realización de la primera evaluación técnica según la metodología para el seguimiento y evaluación de la UPC-POS. 	<p>Certificación del MPS sobre la extensión del aseguramiento del régimen subsidiado, de los cuales 600,000 representarán nuevos cupos financiados por el SGP y 200,000 representarán cupos liberados por el proceso de depuración de la afiliación del régimen subsidiado.</p> <p>Plan de Acción aprobado por el MPS.</p> <p>Plan de Acción preparado por el MPS y aprobado por el CNSSS y evaluación de avance en la implantación.</p> <p>Certificación del MPS, por medio de la cual se establece la no transferencia de recursos financieros al servicio sin metas de atención para el período 2004.</p> <p>Informe aprobado por el MPS sobre el cumplimiento de las metas de ajuste de personal, logro de balance financiero, de producción y calidad del servicio establecidas en los convenios para la reestructuración de los 18 hospitales públicos. Este informe reportará sobre el cumplimiento de las metas anuales acumuladas al 31 de diciembre del año anterior a la fecha en que se den por cumplidas todas las condiciones del segundo tramo.</p> <p>Informe aprobado por el MPS sobre el cumplimiento en la implantación de los convenios de reestructuración de hospitales públicos, con base a las metas anuales de hospitales intervenidos y las metas de reducción de gasto anual de los mismos. Las mediciones de los resultados financieros, de producción agregada consistente con la demanda y portafolio de servicios de la red y calidad, se evaluarán en el agregado de los hospitales intervenidos sobre la línea de base establecida en los convenios de reestructuración firmados (valores de producción agregada consistente con la demanda y portafolio de servicios de la red). Estas metas serán acumuladas para el conjunto de hospitales intervenidos y serán medidas considerando el ciclo del proyecto al 31 de diciembre del año anterior a la fecha en que se den por cumplidas todas las condiciones del segundo tramo.</p> <p>Informe aprobado por el MPS sobre: (1) el cumplimiento del avance en la implantación del plan de trabajo del sistema de información. Esto implica que se haya cumplido con todas las acciones del plan de trabajo anual mencionado en la condición (7) para el 31 de diciembre del año anterior a la fecha en que se den por cumplidas todas las condiciones del segundo tramo; y (2) el avance en la estrategia y las metas para el control de la evasión y la elusión.</p> <p>Acuerdo aprobado por el CNSSS sobre el ajuste de la UPC-POS..</p> <p>Informe preparado por el MPS sobre el cumplimiento del cronograma mencionado en la condición (9) para el 31 de diciembre del año anterior a la fecha en que se den por cumplidas todas las condiciones del segundo tramo y los resultados de la evaluación técnica.</p>

<p>C. – Eficiencia y sostenibilidad financiera del Instituto de Seguros Sociales (ISS)</p> <p><i>Objetivo: Contribuir a construir un balance financiero sostenible para el ISS y mejorar la calidad de sus servicios.</i></p>	<p>(12) <i>Reestructuración del ISS.</i></p> <p>➤ Avance satisfactorio del Plan de Acción para la implantación de la reestructuración en el EPS-ISS y las ESE.</p>	<p>Informe del Componente EPS-ISS del Plan de Acción aprobado por el Prestatario. Este documento presenta el cumplimiento del avance en la implantación del Plan de Acción, con énfasis en el avance de los indicadores financieros y de gestión, de acuerdo a lo establecido en la condición (11). Se tomarán en cuenta los siguientes indicadores: (i) el porcentaje de afiliados compensados como síntoma de mejoramiento en el manejo de la información; (ii) el nivel de recaudo de cuotas moderadoras y copagos, para reflejar el control de ingresos; (iii) los costos promedio por afiliado para mostrar los avances en la gestión de gastos y administración de la contratación, y (iv) el margen de utilidad operacional como indicador global del desempeño financiero, excluyendo el costo de los jubilados del ISS Patrono. Las metas que deben cumplirse para cada indicador son aquellas que corresponden al 31 de diciembre del año anterior a la fecha en que se den por cumplidas todas las condiciones del segundo tramo.</p> <p>Aprobación de la normativa legal y apropiación de los recursos necesarios, por medio de los cuales el Prestatario incrementará la financiación en el pago de los jubilados ISS, de acuerdo a la fecha de corte y al cronograma definido en el Plan de Acción mencionado en la condición (11).</p> <p>Informe del Componente ESE del Plan de Acción aprobado por el Prestatario. Este documento presenta el cumplimiento del avance en la implantación del Plan de Acción en el fortalecimiento institucional de las ESE de acuerdo a lo establecido en la condición (11).</p> <p>Este documento incluirá los estudios y el plan de acción correspondiente a cada ESE, junto con los indicadores financieros, de calidad y de gestión, así como la evidencia de su avance. Específicamente en términos de fortalecimiento institucional se avanzará, de acuerdo con el cronograma en: (i) la consolidación de la plataforma jurídica; (ii) la implantación de procesos gerenciales, financieros y administrativos; (iii) la organización de la prestación del servicio, y (iv) la evaluación y seguimiento al proceso. Las metas sobre las cuales debe evidenciarse avance para los indicadores financieros y de gestión son aquellas que corresponden al 31 de diciembre del año anterior a la fecha en que se den por cumplidas todas las condiciones del segundo tramo.</p>
<p>D – Eficiencia, transparencia y equidad de las Cajas de Compensación Familiar (CCFs)</p> <p><i>Objetivo: Crear mecanismos institucionales de transparencia, rendimiento de cuentas y equidad de las CCFs.</i></p>	<p>(14) <i>Transparencia, supervisión y equidad</i></p> <p>➤ Avance satisfactorio del Plan de Acción para la reglamentación del régimen de transparencia y rendimiento de cuentas de las CCF, contenidas en la Ley 789 de 2002.</p> <p>➤ Avance satisfactorio en el cumplimiento de las metas para la implantación de las cuotas monetarias.</p>	<p>Informe del cumplimiento del avance en la implantación del Plan de Acción aprobado por el MPS. Específicamente, avances en la reglamentación correspondiente al 31 de diciembre del año anterior a la fecha en que se den por cumplidas todas las condiciones del segundo tramo,.</p> <p>Informe del cumplimiento del avance en las metas para la implantación de cuotas, correspondientes al 31 de diciembre del año anterior a la fecha en que se den por cumplidas todas las condiciones del segundo tramo.</p>

Matriz de Resultados
Programa Reforma de Salud y Seguridad Social (CO-0265)

Problema a resolver	Reforma propuesta	Indicadores de Resultado de Corto Plazo (<i>output</i>); 6-12 meses post-sectorial	Indicadores de Resultado de Mediano Plazo (<i>outcome</i>): 3 años post-sectorial	Fuente de Información
Cobertura inadecuada de aseguramiento en salud en la población en extrema pobreza	Extensión del régimen subsidiado en salud entre poblaciones de mayor pobreza	Aseguramiento a través del régimen subsidiado extendido a por lo menos 1,1 millones de personas en extrema pobreza (SISBEN 1 y 2,) no cubierta en el 2001, a diciembre de 2004 (Nota: el 1,1 millones se da entre julio de 2002 y diciembre de 2004. Luego la línea de base son los cubiertos a diciembre de 2001)	Aseguramiento a través del régimen subsidiado extendido a por lo menos 0.7 millones de personas extrema pobreza (SISBEN 1 y 2), adicionales a los no cubiertos en el 2004, en el periodo 2005 – 2007.	Informes rutinarios del CNSSS, el DNP y la Superintendencia Nacional de Salud, reportados en Sinergia
Hospitales públicos con baja eficiencia y calidad en el servicio y sin sostenibilidad financiera, con impactos fiscales negativos para la Nación y las Entidades Territoriales	Reestructuración de los hospitales públicos y reducción de los subsidios a la oferta, manteniendo el nivel de producción y calidad de los servicios.	40 hospitales públicos reestructurados, con una reducción promedio de su gasto total equivalente al 20% del nivel de gasto en el 2002, manteniendo el nivel de producción y calidad de los servicios.	Ninguna transferencia anual de recursos financieros a los hospitales públicos con el fin de financiar servicios, sin metas de atención, entre 2003 y el momento de la evaluación. Ahorros de los hospitales públicos debido a la racionalización son al menos US\$150 millones, comparado con el nivel de gasto en el 2002	Informe de evaluación de los contratos de gestión MPS-Departamento sobre los hospitales participantes; Informe especial MPS y MHyCP.
Costo y contenido del POS-UPC actual contribuye al desequilibrio financiero e incluye intervenciones costo-inefectivos	Racionalización del POS-UPC	Resultado de la primera evaluación técnica del POS-UPC resulta en equilibrio financiero e intervenciones costo-efectivas.	Equilibrio financiero del POS-UPC mantenido en el tiempo.	Análisis especial preparado por el MPS, DNP y CNSSS
El ISS tiene un desequilibrio financiero creciente que afecta negativamente su sostenibilidad financiera en el mediano y largo plazo, así como la calidad de sus servicios	Reestructuración del ISS	<u>Para EPS:</u> Los siguientes indicadores, consistentes con las metas definidas en los planes de gestión. Porcentaje de afiliados compensados aumenta de 58% en 2003 a entre el 70% y 80% a finales de 2004 Recaudo efectivo de cuotas moderadoras y copagos aumenta de 32% en 2003 a entre el 75% y 85% a finales de 2004 Costo promedio por afiliado disminuye del 114,7% en 2003 a entre el 100% y 110% de la UPC a finales de 2004 <u>Para ESE:</u> Los siguientes indicadores, consistentes con las metas definidas en los planes de gestión. Condición de habilitación: entre el 70% y 90% de las clínicas y CAAs de las ESE con registro para habilitación a finales de 2004 Estudios y propuestas de reorganización, rediseño y ajuste para cada ESE terminados y en ejecución a finales de 2004.	<u>Para EPS:</u> Los siguientes indicadores, consistentes con las metas definidas en los planes de gestión. Porcentaje de afiliados compensados entre 85% y 95% a finales de 2007 Recaudo efectivo de cuotas moderadoras y copagos entre 85% y 95% a finales de 2007 Costo promedio por afiliado entre 90 y 100% de la UPC a finales de 2007 <u>Para ESE:</u> Los siguientes indicadores, consistentes con las metas definidas en los planes de gestión. Condición de habilitación: 50% de las clínicas y CAAs habilitadas a finales de 2007 Ejecución del 50% de los planes de reorganización a finales de 2007.	Informes de evaluación del Registro de Habilitación del MPS Informes de evaluación de las Encuestas de satisfacción del usuario de la EPS-ISS Informes de evaluación financiera de las entidades Informe de evaluación de los Registros de producción de la entidades

Bogotá, viernes 19 de septiembre de 2003

Señor

ENRIQUE IGLESIAS

Presidente

BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

Washington, D.C.

Estimado Señor Iglesias:

Desde el inicio de la Administración del Presidente Álvaro Uribe Vélez en Agosto de 2002, la definición de un amplio programa de préstamos del Banco Interamericano de Desarrollo para el período 2003-2006, ha sido una de las más contundentes muestras de apoyo al país. Los anuncios de los programas por parte de las agencias multilaterales de desarrollo, en particular los del Banco Interamericano de Desarrollo y del Banco Mundial, ayudaron a la recuperación de la confianza en la estabilidad de la economía colombiana y a restablecer el acceso a los mercados. Esta muestra de confianza ha sido primordial para la realización de un ambicioso programa de reformas, buena parte de las cuales han sido ya aprobadas por el Congreso de la Republica.

En el marco de la política económica y social de mediano y largo plazo, el gobierno está diseñando un conjunto de reformas en el sector social para las cuales el Gobierno Nacional solicita el apoyo financiero del Banco para llevarlas a buen término, así como la asistencia técnica y el acompañamiento permanente en el diseño de los mecanismos que den soporte a dichas reformas.-

Adicionalmente el Gobierno está trabajando en la consecución y movilización de recursos en condiciones favorables para el país, con el objetivo de apoyar ajustes en las políticas públicas sectoriales, la implementación de cambios institucionales y atenuar los efectos adversos inmediatos del ajuste fiscal que se está adelantando actualmente.

En este contexto, el pasado 23 de marzo el Gobierno Nacional firmó con el Banco Interamericano de Desarrollo el Programa de Emergencia Social, cuyo objetivo principal es apoyar al Gobierno en el mantenimiento de la estabilidad macroeconómica y fiscal, así como mitigar los potenciales efectos del ajuste fiscal y del conflicto armando sobre la población en extrema pobreza y promover la continuación de reformas en marcha en el campo social. Este programa se ha venido implementando de manera adecuada y está realizando todas las acciones de política e institucionales con el fin de lograr el segundo desembolso de la operación.



Esta carta busca describir los antecedentes y el contexto sobre el cual se conceptualiza y desarrolla el programa de Reforma de Salud y Seguridad Social en Colombia. Respecto a esta nueva operación, el Gobierno reconoce que algunos riesgos pueden amenazar su adecuada implementación, incluido un incremento no anticipado en el gasto de seguridad, un apoyo insuficiente a las iniciativas económicas incluidas en el referendo y una mayor volatilidad en los mercados externos. A sabiendas, el Gobierno ha identificado medidas de contingencia diseñadas para salvaguardar su programa. Estas incluyen impuestos adicionales y la implantación temprana de algunas de las medidas discutidas en el presente documento.

Las políticas incorporadas en esta operación, surgieron de un amplio intercambio de ideas entre los equipos del Banco y el Gobierno, incluyendo al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el Departamento Nacional de Planeación (DNP), el Ministerio de la Protección Social y el Instituto de Seguros Sociales. Como resultado de este diálogo, se logró conformar un programa que permitirá al Gobierno implantar un conjunto de reformas estructurales que permitan mejorar la cobertura, calidad, equidad y sostenibilidad financiera del sector salud y del sistema de seguridad social en el mediano plazo

I. Estabilidad Macroeconómica

1. En el período 1998-1999 Colombia experimentó la más grave recesión en 70 años. En 1998 el Producto Interno Bruto (PIB) creció apenas en un 0.6% y decreció en un 4.2% en 1999. El período recesivo estuvo caracterizado por un deterioro de las cuentas fiscales del sector público no financiero, cuyo déficit llegó en ese año a la cifra récord de 5.5% del PIB. Esta situación se originó en gran parte en el exceso de gasto que se inició especialmente a partir de 1994, tanto a nivel central como territorial, que hizo insostenibles las finanzas públicas, y por la crisis mundial que se inició a finales de 1997.
2. Colombia ha venido presentando una recuperación desde la crisis de 1998-1999, a pesar de la agudización de la violencia y de la existencia de un entorno internacional adverso. La consolidación fiscal ha avanzado, la inflación se ha reducido y el sistema financiero ha sido reestructurado. Hasta comienzos del año 2002, estos logros permitieron el acceso a los mercados internacionales de crédito y garantizaron la estabilidad de la tasa de cambio.
3. Sin embargo, a mediados de 2002, el país sufrió las consecuencias de la inestabilidad regional: los spreads de los bonos soberanos se ampliaron de manera considerable y el peso se devaluó consecuentemente. Esta situación se vio agravada por el aumento en el déficit fiscal y por una agudización sin precedentes recientes en el conflicto armado, resultado de los desarrollos en los procesos de paz del momento.
4. Enfrentado a un entorno regional adverso y a ingentes problemas fiscales, el nuevo Gobierno ha actuado rápidamente. Primero, propuso (y logró aprobar) importantes recortes presupuestales para el año 2003 hasta el punto de que el gasto diferente a intereses crecerá este año por debajo de la inflación esperada. Segundo, estableció por una sola vez un impuesto al patrimonio y presentó al Congreso un paquete de medidas tributarias y de control de gasto sin precedentes. Y tercero, expidió decretos que recortaban



gastos, prestaciones o subsidios: se redujo a cero la tasa para el Certificado de Reembolso Tributario (CERT), las prestaciones extralegales a nivel territorial y se suprimieron las vacantes que no habían sido llenadas desde julio de 2002. De manera paralela, el Gobierno comenzó el diseño y la implantación de un ambicioso programa para reducir y reestructurar la administración pública.

5. Durante el 2002, el crecimiento real del PIB estuvo cerca de 1.7%, la inflación fue de 6.99%, el déficit en la cuenta corriente permaneció en niveles cercanos al 1.9% del PIB y las Reservas Internacionales Netas crecieron en un monto aproximado de US \$188 millones. Para el año 2003, se espera una recuperación del crecimiento económico con estabilidad: la tasa de crecimiento estará entre 2% y 2.5%, la inflación oscilará entre 5% y 6% y el déficit de cuenta corriente se ubicará en un 2.9% del PIB.
6. Por el lado fiscal, al finalizar el año 2002, el déficit consolidado fue de 3.6 % del PIB, 1,4 puntos por encima de la meta inicialmente pactada con el Fondo Monetario Internacional. Esta desviación se explica, en buena medida, por las mayores erogaciones (asociadas en parte al proceso electoral) y por la desaceleración del crecimiento económico en 2001 y en el primer semestre de 2002, la cual afectó de manera adversa el recaudo tributario.
7. Inicialmente, las metas de déficit fiscal para el sector público consolidado pactadas por FMI para 2003 y 2004 eran de 2.5% del PIB y de 2.1% del PIB, respectivamente. Sin embargo, dado que se tuvo que llevar al Congreso de la República una adición presupuestal en el segundo semestre del año. Se está evaluando la posibilidad de aumentar dichas metas a 2.8% del PIB en 2003 y a 2.5% del PIB en 2004. Con el fin de alcanzar el objetivo fiscal, el Gobierno ha puesto en marcha una estrategia que tiene dos elementos principales. Primero, la ley de Referendo que, de ser votada positivamente, congelará los gastos de funcionamiento del Estado en términos nominales durante 2003 y 2004. Los ahorros directos esperados por esta iniciativa serán de 0.7% del PIB (\$1.5 billones) en el 2003 y 1.3 % del PIB (\$2.9 billones) en el 2004. Y segundo, la reforma tributaria que incrementará los ingresos en 1% del PIB durante 2003 y 2004.
8. El programa de Gobierno está orientado a garantizar la sostenibilidad fiscal y, en última instancia, a recobrar la seguridad, recuperar el crecimiento económico y aumentar la equidad social. El ajuste fiscal y las reformas estructurales asegurarán que estos objetivos sean alcanzados dentro de un ambiente de estabilidad macroeconómica, apoyado por políticas monetarias prudentes y el fortalecimiento del sistema financiero, a la vez que se fortalecen los programas de asistencia social, se aumenta la cobertura en educación y salud y se mitiga el impacto de los aumentos en las tarifas de servicios públicos sobre los grupos más pobres de la población.
9. Dentro de este marco de estabilización macroeconómica, el Gobierno colombiano firmó un acuerdo Stand-By (SBA) con el FMI por DEG 1.548 millones para los siguientes dos años. Uno de los principales objetivos del programa es la reducción del déficit fiscal en dos puntos del PIB. Esta reducción se logrará con mayores ingresos tributarios, como resultado de la nueva reforma tributaria y con la congelación de los gastos corrientes de la Nación por un período de dos años. En el mediano plazo, reformas estructurales como la Reforma Pensional -aprobada recientemente por el Congreso- y el programa de modernización del Estado, contribuirán a asegurar la sostenibilidad de la deuda y consolidar el proceso de ajuste iniciado por el Gobierno. El SBA incluye un déficit del sector público no financiero de 2.5% del PIB, un déficit de cuenta corriente de 0.8% del PIB y tasa de inflación entre 5 y 6% como principales metas para el 2003.



10. El fortalecimiento de las finanzas públicas es una de las estrategias centrales para recuperar la confianza y el crecimiento económico. La gradualidad del ajuste sobre el exceso de gasto que subsiste en el sector público se financiará con el ahorro generado por el ajuste del sector privado. La credibilidad del ajuste en el sector público está dada por el alcance de las reformas estructurales que se están adelantando. Se tiene como objetivo explícito reducir el déficit del sector público consolidado de 3,6 % del PIB en 2002 a 2,8% en 2003, y a 2.5% en 2004 y continuar así con la consolidación del proceso en los años siguientes. El ajuste fiscal aumentará el superávit primario del sector público no financiero de 0,8% del PIB a 2,4% y se espera que reduzca la deuda del sector público no financiero por debajo del 52% del PIB.
11. El Gobierno es consciente que la sostenibilidad de la deuda pública debe estar sustentada en reformas estructurales sólidas y no en escenarios optimistas de crecimiento económico o en supuestos aventurados sobre el comportamiento de la tasa de cambio o la tasa interés.
12. El gobierno reconoce que algunos riesgos pueden amenazar la adecuada implementación de su programa, incluyendo un incremento no anticipado en el gasto de seguridad, apoyo insuficiente a las iniciativas económicas del gobierno, incluyendo aquellas establecidas en el referendo, y la volatilidad en los mercados externos.
13. En el caso de insuficiencia de financiamiento, el gobierno considerará el uso temporal de recursos del Fondo de Ahorro y Estabilización Petrolera – FAEP –, el cual tiene en la actualidad activos por cerca de 1,4 por ciento del PIB. Con relación a los gastos en seguridad, la información preliminar indica que el impuesto al patrimonio destinado a este fin está produciendo más de lo previsto. Si los recursos adicionales más las medidas de contingencia mencionadas no fueran suficientes para financiar los gastos militares no anticipados, el gobierno consideraría la posibilidad de emitir bonos de largo plazo en términos concesionales .

II. Salud

14. El Plan Nacional de Desarrollo ha establecido que la construcción de una sociedad más equitativa debe ser uno de los fundamentos de la políticas de desarrollo, para lo cual ha establecido tres desafíos fundamentales: i) aumentar la eficiencia del gasto social para que los mayores recursos se traduzcan en mejores resultados; ii) mejorar la focalización del gasto para que los recursos lleguen a los más necesitados; y iii) consolidar un sistema de protección social para que las crisis económicas no afecten a los grupos más vulnerables.
15. Con el fin de lograr estos desafíos, el Gobierno Nacional ha puesto en marcha la consolidación de una estrategia que proteja a la población más pobre y vulnerable mediante el desarrollo de instrumentos de prevención y asistencia social. Para este fin, implementará un Sistema de Protección Social (SPS) que se constituye como el conjunto de políticas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y a mejorar la calidad de vida de los colombianos, especialmente de los más desprotegidos.
16. El primer paso para la puesta en funcionamiento del marco conceptual del SPS era crear el marco legal y regulatorio sobre el cual se pudieran ajustar las instituciones que hacen parte del sistema. Por lo anterior, la agenda legislativa al comenzar el gobierno apuntó al tema regulatorio especialmente con las reformas



laboral y pensional que fueron aprobadas por el Congreso en diciembre del año 2002. La nueva Ley laboral permitió reformar la normatividad en materia laboral, definió el Sistema de Protección Social e incluyó normas para apoyar el empleo y la ampliación de la protección social.

17. Paralelamente el desarrollo institucional inició con la creación del Ministerio de Protección Social –MPS – que nació como resultado de la fusión de los Ministerios de Trabajo y Seguridad Social y de Salud, y cuya responsabilidad es la de diseñar las políticas y articular el SPS. Esta estrategia incluye la salud pública, la seguridad y bienestar social, la capacitación, políticas y estándares laborales, las intervenciones para disminuir el trabajo infantil y las políticas de invalidez. De esta forma el Ministerio es la instancia de decisión para establecer los lineamientos de política y la coordinación interinstitucional entre las entidades que hacen parte del SPS¹.
18. Los componentes del SPS y los beneficios principales que brindan a la población se aprecian en el Gráfico 1. El Ministerio de la Protección Social se constituye en el ente rector de las políticas y regulador de cada uno de los subsistemas, contando con el concurso y coordinación de sus entidades adscritas (SENA, ICBF, Superintendencias), otras del sector público, privado y solidario (prestadores públicos y privados, Cajas de Compensación Familiar, EPS, ARS) y las entidades territoriales.

¹ Las instituciones que conforman el Sistema de Protección Social son las siguientes: i) Ministerio de la Protección Social, ICBF, SENA, Cajas de Compensación Familiar, las Administradoras de Fondos de Pensiones, los Fondos de Protección Social, Solidaridad y garantía, Solidaridad Pensional, Superintendencias de Salud y Subsidio Familiar, INS, INVIMA, EPS, ARS, IPS, entre otras).



Gráfico 1. Sistema de Protección Social

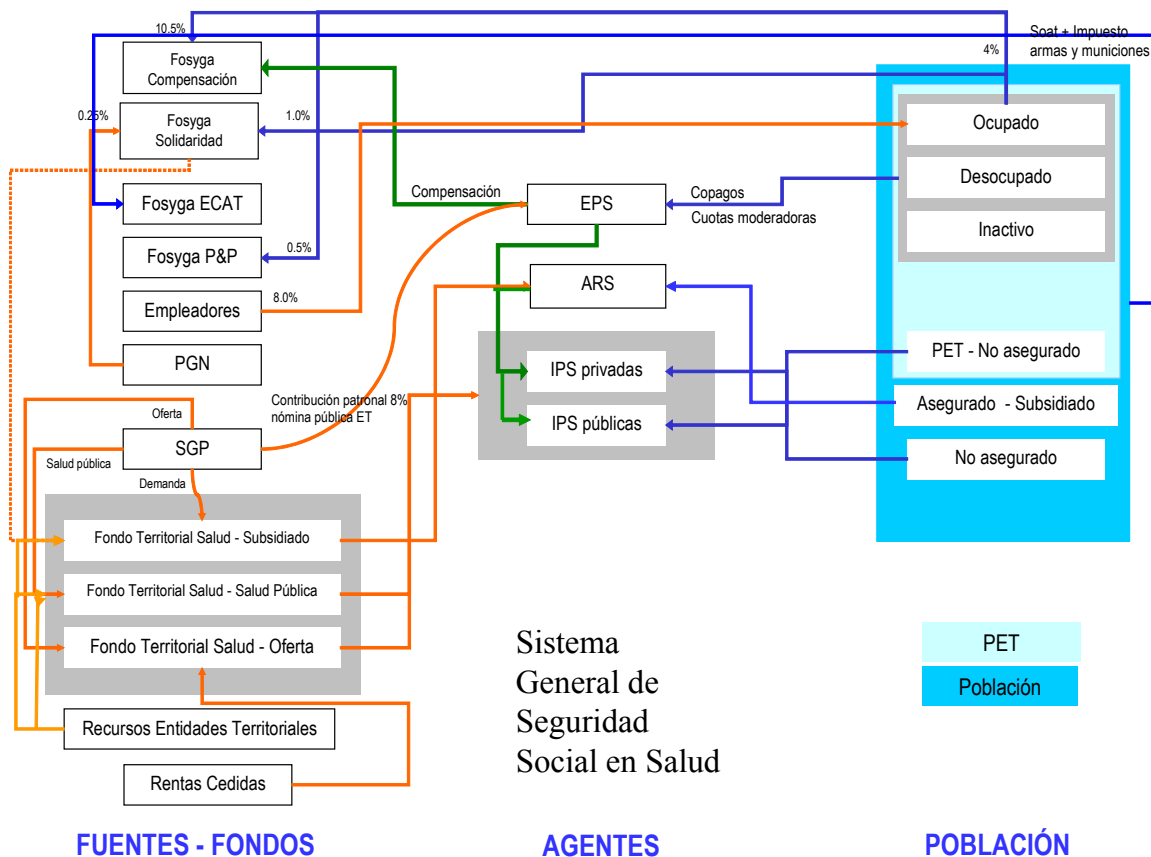


19. Como se puede apreciar en el gráfico 2 para el caso del subsistema de seguridad social en salud, existe para cada subsistema un diseño institucional particular que procura articular las fuentes de financiamiento con las poblaciones objetivo que son beneficiarias de los bienes y servicios que cada uno de ellos provee. En este caso, el diseño institucional reconoce la especialización de funciones de los agentes ejecutores de los programas en los diferentes ámbitos: afiliación y recaudo de aportes, focalización, concentración de recursos y manejo financiero, ejecución de programas, dirección y formulación de políticas, entre otras. El reto en el corto plazo será dinamizar la estructura de financiamiento y generar mecanismos efectivos de focalización e integración de beneficios para población objetivo, según las condiciones previstas en cada uno de ellos. Para esto, será fundamental el Sisben como instrumento de focalización de los programas, junto con el diseño de instrumentos para su seguimiento y evaluación.



Libertad y Orden

Gráfico 2. Diseño Institucional del Sistema General de Seguridad Social en Salud



20. El aumento de la cobertura de la seguridad social en salud, y la atención de manera diferenciada de las necesidades de los grupos poblacionales más vulnerables, es uno de los principales objetivos que se están llevando a cabo en el sector salud. En particular, en materia de salud pública, se busca aumentar las coberturas de vacunación, reducir la incidencia de la malaria y el dengue, disminuir la mortalidad infantil y materna, prevenir los embarazos en adolescentes y atender las enfermedades de transmisión sexual.
21. En lo relacionado con el Sistema de Seguridad Social en Salud se pondrán en marcha mecanismos conducentes a garantizar la sostenibilidad financiera del Sistema para aumentar la cobertura y la calidad en la prestación de los servicios de salud en sus diferentes niveles y categorías. La ampliación de la cobertura del régimen subsidiado se logrará a través del Sistema General de Participaciones, así como con la transformación gradual de subsidios de oferta a demanda, con lo cual se incrementará la capacidad de los hospitales públicos para financiar sus gastos con la venta de servicios. Como complemento, se buscará un mayor recaudo de recursos reduciendo el nivel de evasión y elusión de aportes. Finalmente, para el sistema de seguridad social en pensiones se pretende aplicar una política pensional que evite desequilibrios



financieros, mejorar la cobertura e implementar mecanismos para cubrir el pasivo pensional de manera que se garantice la equidad intra e intergeneracional.

22. La reestructuración de los hospitales públicos y su transformación, que permita su autosostenibilidad y mejor desempeño en el mercado, encuentra su fundamento en el hecho 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. 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 territorial².
23. 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, en caso de una inversión del orden de los US\$250 millones, un ahorro equivalente hasta del 0.5% del PIB. No obstante, las dificultades fiscales han restringido el tamaño de la inversión, estimándose ésta en cerca de US\$ 108 millones, entre 2003 y 2007.
24. Junto con la estrategia de ajuste y modernización, el sistema debe modificar los incentivos actuales que contribuyen al crecimiento del gasto hospitalario. Aparte de eliminar la demanda por recursos adicionales vía transferencia, se hace necesario que los hospitales públicos avancen en la justificación de su ingreso a partir de la implementación de modalidades de pago diferentes a la transferencia directa. El pago que las entidades territoriales competentes realicen a las IPS públicas o privadas, por la prestación del servicio de salud a la población pobre no afiliada en lo no cubierto con subsidios a la demanda, deberá soportarse en la compra de servicios de salud mediante modalidades de pago que sean consistentes con la cantidad y valor de los servicios efectivamente prestados, en los términos convenidos en los respectivos contratos. Solo podrán transferirse recursos cuando procuren garantizar los servicios básicos (a ser definidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud - CNSSS), por entidades públicas, donde las condiciones del mercado sean monopólicas y las entidades prestadoras no sean sostenibles financieramente en condiciones de eficiencia, conforme las condiciones y requisitos que establezca el Reglamento. 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.

² 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.



25. La situación fiscal del país impone importantes restricciones para avanzar más rápidamente y de forma consistente en la ampliación de coberturas de aseguramiento. En el régimen subsidiado, los recursos de cofinanciación disponibles en la subcuenta de solidaridad del Fosyga deberán prioritariamente asignarse para garantizar la continuidad de la afiliación lograda y en la medida de lo posible, de acuerdo a las posibilidades presupuestales, a cofinanciar la ampliación de nuevos cupos.
26. Los esfuerzos hechos en el financiamiento del aseguramiento en salud, deben acompañarse de mejoras en el acceso y la calidad de los servicios. La regulación fundamentada en la calidad es una estrategia esencial del sistema. En tal sentido, con la expedición del nuevo marco regulatorio sobre la calidad, el sistema podrá avanzar en el desarrollo de sistemas de aseguramiento de la calidad y mejoramiento continuo, a cargo de aseguradores y prestadores y con el fin de proteger a los usuarios .
27. De otra parte, el Ministerio de la Protección Social está desarrollando instrumentos metodológicos que permitan realizar un ajuste anual de los planes de beneficios asociados al Plan Obligatorio de Salud –POS, así como del cálculo de la Unidad de Pago por Capitación – UPC, que se define como el valor anual del POS por afiliado para los regímenes contributivo y subsidiado.. La definición del plan de beneficios, en términos generales, incluye la identificación de los problemas de salud de la población, su priorización, la identificación del conjunto de intervenciones disponibles para abordar estos problemas y finalmente , la selección de las intervenciones que se van a incluir en el plan, usando como principales criterios la efectividad y el costo de dichas intervenciones. La generosidad del plan de beneficios está circunscrita a los recursos financieros disponibles para alcanzar las metas de cobertura deseadas, lo cual implica un ejercicio previo que determine el valor máximo que se reconocerá por el plan.
28. La evaluación de los planes de beneficios está encaminada a asegurarse que los contenidos sigan siendo pertinentes a la problemática de salud de la población, con un nivel de calidad y costo razonable. Por lo tanto, los procesos de ajuste (inclusión o exclusión de contenidos) de planes de beneficios requieren información sobre cambios en el perfil epidemiológico y en el uso de servicios por parte de la población, en la tecnología médica y en la disponibilidad de recursos. Lógicamente, el ajuste de los contenidos de un plan de beneficios conlleva un ajuste en el precio que se paga por el mismo.
29. El precio del plan de beneficios también requiere de otros ajustes periódicos, que deben tomar en cuenta factores que generan diferencias predecibles en los costos de los proveedores (p.e.j. características de salud de los afiliados, costos de los insumos locales, condiciones locales de operación, otras circunstancias especiales) o cambios en los costos a través del tiempo (p.e.j.inflación, cambios en tecnología, patrones de práctica o condiciones del mercado).
30. Teniendo en cuenta lo anterior, la evaluación y posible ajuste de los planes de beneficios y de la UPC requiere disponer de información que permita llevar a cabo evaluaciones económicas de los contenidos del POS y análisis econométricos de la demanda de servicios en la población asegurada. El desarrollo e implementación del Sistema Integral de Información en Salud, es fundamental para este propósito. De igual manera, se hace necesario para contribuir al avance en la reducción de los niveles de evasión y elusión de aportes a la seguridad social, junto con una estrategia integral que incluye la unificación de (a) bases de datos de afiliados; (b) el sistema de recaudación de aportes y (c) los procesos de afiliación. Lo anterior, con el propósito de facilitar los cruces de datos, reducir la multifiliación y simplificar los procesos de pago de aportes y de afiliación.



31. En resumen, a través de la estrategia presentada anteriormente, Colombia está dando pasos significativos hacia la resolución de los principales problemas en el sector salud. El Gobierno está comprometido a realizar estos cambios de política y asegurar la continuidad del proceso de organización, racionalización y fortalecimiento del SPS.

III. Seguridad Social – Instituto de Seguros Sociales ISS

32. El ISS fue creado por la ley 90 de 1946 y organizado como Empresa Industrial y Comercial del Estado adscrita al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, por el decreto 2148 de 1992 y la Ley 100 de 1993. Está autorizado para administrar los seguros de salud, pensiones y riesgos profesionales del Sistema de Seguridad Social Integral.
33. Antes de entrar en vigencia la ley 100 de 1993, el ISS actuaba como asegurador y prestador de servicios de salud, sin distinguir entre dichas actividades. Éstas se financiaban con los aportes de los trabajadores y empleadores afiliados, equivalentes a 8% del salario³. En tales circunstancias, el aseguramiento y la prestación de los servicios de la población activa del país, vinculada mediante contrato de trabajo, era capturada en gran proporción por el ISS sin realizar mayores esfuerzos dado que no tenía competencia real en el mercado⁴. La condición de monopolio y su presencia en casi todo el país, tampoco le imponían esfuerzos para su modernización administrativa.
34. La Ley 100 de 1993 crea un nuevo escenario en el que el ISS pierde la condición dominante en el aseguramiento al entrar el sector privado a competir. En este nuevo escenario, la cotización para salud se fija en 12% del salario del afiliado, pero los recaudos totales por concepto de dichas cotizaciones ya no se constituyen en ingreso para el ISS. Los ingresos se supeditan a un valor por persona, ajustado por edad, género y ubicación geográfica del afiliado, la UPC, y que es fijado por el CNSSS. Los ingresos provienen del cruce de cuentas entre la EPS y el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), el cual acumula todos los recaudos por cotizaciones del sistema⁵. Paralelamente al incremento de las cotizaciones, se extendieron los beneficios del régimen contributivo a los miembros del núcleo familiar del afiliado cotizante (beneficiarios).
35. De acuerdo con el análisis realizado por el Consejo Nacional de Política Económica y Social – Conpes, el negocio de Salud ha acumulado un déficit corriente desde 1998, producto de los altos costos fijos en servicios personales, pagos a jubilados del ISS y gastos generales. Con base en el análisis realizado, el Conpes concluye que el Instituto de Seguros Sociales es una entidad inviable financieramente si seguía manteniendo su estructura organizacional. El Seguro Social carece actualmente de sistemas adecuados de

³ Las 2/3 partes de los aportes o cotizaciones estaban a cargo del empleador, al igual que después de la reforma.

⁴ Las cajas de previsión y compensación se constituían en la competencia natural del ISS.

⁵ A este proceso de reconocimiento de UPC por afiliado real y sus características, se le denomina compensación. Si el valor de las cotizaciones excede el de las UPC, la EPS transfiere el excedente al Fosyga y viceversa.



información sobre sus afiliados, afronta una incapacidad en la gestión gerencial de las IPS, no cuenta con estrategias continuas de depuración y actualización en el manejo de la información, presenta sobrecostos por falta de control en prestación de los servicios de salud, en su desempeño interior existe destinación de recursos físicos y financieros que podrían simplificarse con un buen sistema de información, tiene costos operacionales y laborales altos y una gestión de promoción y prevención que está excluida de las prioridades de la entidad. En conclusión, la institución presenta las más variadas situaciones de ineficiencia e incapacidad administrativa y financiera que la sitúan en una posición precaria y deficiente frente a sus competidores.

36. De esta forma los factores que han incidido en el mal desempeño del ISS se pueden resumir de la siguiente forma: i) incapacidad para adaptarse al escenario de competencia definido en la Ley 100 de 1993; ii) deficientes sistemas de información; iii) inflexibilidad en los gastos y costos laborales (convención colectiva); iv) baja productividad; v) ineficiencia en la gestión.
37. Para solucionar la anterior situación, el documento Conpes 3219 señaló la necesidad de una reforma estructural a través de la cual la entidad flexibilice sus costos laborales y de operación, transforme sus mecanismos de gestión y aumente su capacidad para generar ingresos, así como la separación funcional de los negocios, al igual que un mejor desempeño del sistema de información y registro y una adecuada planeación técnica y operativa.
38. Luego de un proceso de negociación con la entidad y el sindicato, no fue posible encontrar fórmulas concertadas para definir y llevar a cabo los ajustes requeridos por la entidad. Por tanto, el gobierno nacional expidió el decreto – ley 1750 de 2003, que escindió el negocio de prestación de servicios del ISS y creó 7 Empresas Sociales del Estado (ESEs), adscritas al Ministerio de la Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio. Con ello a su vez le definió al ISS su carácter de asegurador en las áreas de pensiones, salud (EPS) y riesgos profesionales, eliminándole la mayor parte de la carga laboral y prestacional. A su vez, las nuevas empresas prestadoras de servicios surgen con un marco jurídico laboral de empleados públicos sin convención colectiva. Estos cambios les confieren independencia a los dos negocios, señalando, no obstante, un periodo de transición de tres años durante los cuales el ISS como EPS, contratará con las ESEs servicios de salud para su población afiliada, estando sujetos el monto y la cantidad de los servicios al portafolio que estén en capacidad de ofrecer cada una de ellas.
39. Dentro de cada ESE se integrarán redes de atención en donde la regulación de la demanda de servicios médicos se realizará a través de los Centros de Atención Ambulatoria –CAA para descongestionar la clínicas de II y III nivel, permitir un mayor conocimiento de la población afiliada y sus características demográficas y desarrollar programas de promoción y prevención con la población adscrita.
40. En cuanto a las medidas de largo plazo, la reestructuración implica el cambio en la naturaleza de la vinculación laboral de la mayoría de sus trabajadores, los cuales no estarán cobijados por la actual convención colectiva de trabajo. Este cambio ayudará a resolver el crecimiento del pasivo pensional y las inflexibilidades laborales ya descritas. A partir de la escisión, la EPS absorberá el pago de todos los jubilados ya causados bajo el sistema preferencial y una porción mayoritaria de los trabajadores oficiales con fuero sindical cobijados por el convención colectiva. Por su parte, el Gobierno Nacional incrementará su participación en el financiamiento del pago de los jubilados a cargo del ISS patrono, que permita contribuir a la estabilidad financiera en el mediano y largo plazo.



IV. Cajas de Compensación Familiar

41. La Aprobación de la Ley 789 de 2002 propuso una transformación en el cumplimiento de mayores funciones sociales por parte de las Cajas de Compensación Familiar para darle todo el contenido económico y cultural que la Constitución quiso darle al Estado Social de derecho. El objetivo principal de la introducción de estos cambios es asegurar los mecanismos de distribución de los medios de protección social a los trabajadores y a los desempleados a través de la mayor función social que cumplirán las Cajas de Compensación Familiar. Lo anterior permitirá la ampliación de la cobertura democrática de participación de los trabajadores en el cumplimiento de esas metas sociales.
42. El Sistema de Compensación Familiar administrado por las Cajas tendrá cambios importantes que pretenden volverlo más redistributivo y con mayor cobertura. Se propone que: i) cambien las condiciones actuales para el acceso a los trabajadores y se permita la vinculación de los jefes cabezas de hogar en situación de desempleo; ii) disminuya de cuatro a tres salarios mínimos el tope salarial para tener derecho al subsidio monetario; iii) los beneficiarios desempleados tengan derecho a un subsidio que incluya los aportes al régimen de salud por algún tiempo, de acuerdo con la disponibilidad presupuestal; iv) los desempleados con vinculación previa a la cajas de compensación tengan derecho a los servicios de recreación y turismo, de acuerdo con la antigüedad que hayan acumulado; v) el desempleado que acredite más de un año de vinculación al sistema, en el período inmediatamente anterior a su estado de desempleo, reciba capacitación laboral pertinente para que aumente sus posibilidades de inserción laboral; vi) las cajas otorguen créditos a las microempresas.
43. Con la nueva normatividad se les da a las Cajas de Compensación Familiar un protagonismo económico y social significativo. En lo económico podrán invertir en el sector financiero, a través de bancos, cooperativas financieras y compañías de financiamiento comercial, así como en el mercado de vivienda. También podrán asociarse y constituir personas jurídicas distintas para realizar cualquier actividad de su objeto social, pudiendo vincular a esas nuevas entidades a los trabajadores afiliados. En lo social se les asigna una trascendental responsabilidad toda vez que se les permite invertir en todos los regímenes del Sistema de Seguridad Social Integral, en jardines sociales y en vivienda de interés social.
44. Para lograr una mayor equidad entre los servicios que ofrecen las Cajas de Compensación Familiar se trabajará implementará la normatividad que permite un mayor equilibrio entre la cuota monetaria y los subsidios en servicios. Es decir, se busca promover que todas las cajas ofrezcan diferentes servicios y no únicamente el subsidio monetario.
45. El artículo 5° de la ley 789 concreta el principio de Equidad, como mecanismo de redistribución y compensación regional o departamental, que se desarrolla en la prohibición de obligar a Cajas ubicadas en regiones de menor desarrollo socioeconómico a girar recursos por cualquier concepto a Cajas que se encuentren operando en regiones con mayores índices de desarrollo socioeconómico. Los giros entre cajas deben ir acorde con la disponibilidad de sus recursos, por tal razón la Superintendencia verificará que el giro realizado por cada Caja no ponga en riesgo su propia estabilidad financiera, en este sentido la prohibición es para evitar que aquellas cajas ubicadas en regiones con menor desarrollo socioeconómico,



transfieran recursos a las cajas ubicadas en regiones con mayor desarrollo, poniendo en peligro su situación económica.

46. En conclusión para garantizar una mayor equidad, se busca igualar las cuotas monetarias al interior de cada departamento y posteriormente trasladar recursos a los departamentos con menores cuotas monetarias y equilibrar ésta con los demás servicios que prestan las cajas.
47. Se desarrollarán medias para garantizar una mayor transparencia al interior del sistema. Las Cajas de Compensación Familiar se abstendrán de realizar selección adversa en el proceso de adscripción de afiliados u otorgamiento de beneficios; retardar injustificadamente la expedición de paz y salvo a las empresas que hubieran tomado la decisión de desafiliarse; aplicar criterios de desafiliación en condiciones de desigualdad frente a los empleadores y ejercer frente a los mismos cualquier tipo de presión indebida con el objeto de obtener la afiliación a la Caja o impedir su desafiliación.
48. También se mejorará la disponibilidad de información de los afiliados a través del desarrollo de una base de datos histórica en la cual lleve un registro de los trabajadores que han sido beneficiarios de todos y cada uno de los programas y desarrollar un sistema de información de los beneficiarios de las prestaciones dentro del programa de desempleo de sus trabajadores beneficiarios y dentro del programa que se constituya para la población no beneficiaria de las Cajas de Compensación.
49. Las Cajas de Compensación Familiar deberán construir un Código de buen gobierno. Este código deberá ser conocido por todos los empleados de la respectiva Caja. Entrará en vigencia a partir de su aprobación por el Consejo Directivo y desde ese momento empezará a divulgarse y socializarse entre los miembros de la organización y en los grupos interesados.
50. Por último, el Gobierno está comprometido con el programa que se presenta en este documento y ve con beneplácito el acompañamiento y el apoyo financiero del Banco Interamericano de Desarrollo. El Gobierno agradece la pronta consideración por parte del Directorio del Banco, de un crédito para el Programa de Reforma de Salud y Seguridad Social por US \$400 millones para el período 2003-2005.

Cordialmente,

/original firmado/

ALBERTO CARRASQUILLA BARRERA
Ministro de Hacienda y Crédito Público

/original firmado/

SANTIAGO MONTENEGRO TRUJILLO
Director General
Departamento Nacional de Planeación