

DOCUMENTO CONCEPTUAL DE PROYECTO (DCP)
COLOMBIA

28 DE FEBRERO DEL 2006

I. DATOS BÁSICOS

Título del proyecto:	Expansión del Programa de reorganización, rediseño y modernización de las redes de prestación de servicios de salud		
Inclusión en el Programa Operativo:	27 de enero de 2006		
Número del proyecto:	CO-L1017		
Equipo de Proyecto:	Antonio Giuffrida (RE3/SO3), jefe de Equipo; Loreto Biehl (COF/CCO), Baudouin Duquesne (RE3/SO3), Ethel Muhlstein (RE3/SO3); Juan Carlos Pérez-Segnini (LEG/OPR); y Leslie Stone (RE3/SO3).		
Prestatario:	República de Colombia		
Organismo ejecutor:	Ministerio de la Protección Social (MPS)		
Plan de financiamiento:	IDB (OC):	US\$	72.000.000
SEQ/PTI:	Esta operación califica como un proyecto que promueve la equidad social (SEQ) y también califica como un proyecto orientado a la reducción de la pobreza (PTI) (véase párrafo 5.5 y 5.6).		
Fechas tentativas:	PCD al Comité de Préstamos		Feb. 2006
	Informe de proyecto al Comité de Préstamos		Mayo 2006
	Propuesta de préstamo al Directorio del Banco		Junio 2006

II. MARCO DE REFERENCIA

A. El sector salud

- 2.1 Esta operación apoyará la expansión del programa de reorganización, rediseño y modernización de las redes de prestación de servicios de salud (1525/OC-CO) aprobado por el Banco en enero del 2004, que es parte integrante del ambicioso proceso de reforma del sector salud en Colombia. Esta sección describe los aspectos principales de la reforma en el sector salud colombiano y los logros principales del programa 1525/OC-CO.
- 2.2 El proceso de implementación de la reforma de la salud en Colombia empezó con la aprobación de la Ley 100 de 1993, que representa el principal marco legal del proceso de reforma del sector salud. La reforma buscaba responder a una

situación de baja cobertura, baja calidad, ineficiencia e inequidad, generada por un sector segmentado en tres niveles distintos: (i) el sistema estrictamente privado, que ofrecía servicios de mejor calidad a la pequeña proporción de la población con mayor nivel de ingreso; (ii) el sistema de la seguridad social, que cubría a los empleados del sector formal (cerca de 20% de la población) a través de los servicios propios del Instituto de Seguro Social (ISS) y otras entidades; y (iii) el sistema público, financiado por recursos fiscales, que ofrecía servicios (en general de baja calidad) a la población de bajos ingresos y/o no cubierta por la seguridad social a través de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) del Ministerio de Salud¹.

- 2.3 Frente a ese entorno, la reforma definió tres objetivos principales: (i) alcanzar una cobertura de aseguramiento en salud a toda la población; (ii) aumentar la eficiencia en el uso de los recursos; y (iii) mejorar la calidad de la atención. Estos objetivos serían alcanzados a través de una estrategia de aseguramiento obligatorio y solidario integrada a un proceso de descentralización de la prestación de los servicios de salud y de transformación de la estructura de financiamiento y gestión de los hospitales públicos.
- 2.4 El aumento de la cobertura de aseguramiento ha sido el principal logro de la reforma, considerando que entre los años 1992 y 2005 el porcentaje de población asegurada pasó desde el 28% al 69%². Además, en año 2000 Colombia fue clasificada por la Organización Mundial de la Sanidad (OMS) entre los 191 países miembros, como el país con el sistema de financiamiento en salud más equitativo y quedó en 22do lugar por el indicador global de desempeño del sector salud (primer país del continente Americano)³.

1. Los hospitales públicos

- 2.5 Como efecto de la reforma, los hospitales públicos se han visto sometidos a un proceso de transformación de los mecanismos de financiamiento y gestión. Para tal efecto, debieron convertirse en **Empresas Sociales del Estado (ESE)** (Ley 100 de 1993), que son entidades públicas descentralizadas, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, que deben sostenerse con la venta de sus servicios. La transformación ha creado un importante reto para los hospitales públicos. Desde el 1993, los hospitales públicos debieron operar como si fueran empresas privadas, aprendiendo a mercadear, contratar y facturar. Desde el punto de vista funcional las instituciones se vieron obligadas a implementar o mejorar procesos gerenciales, administrativos y financieros, muchos de ellos inexistentes antes de la reforma.

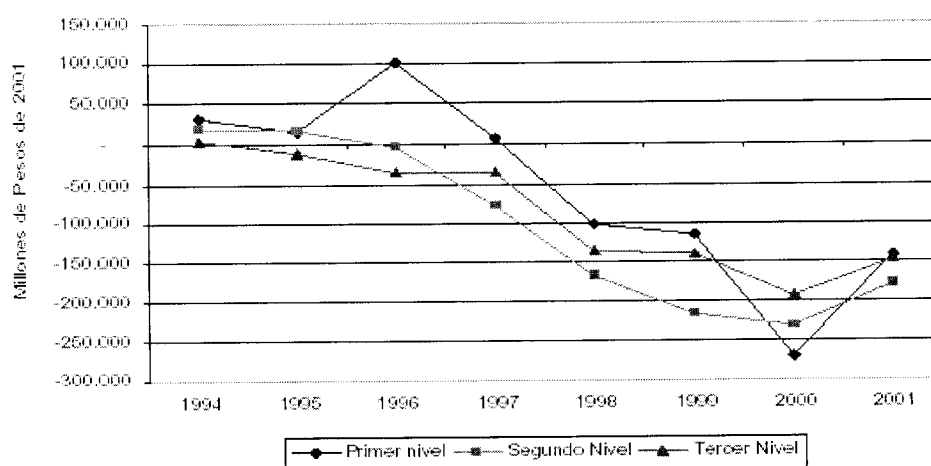
¹ En febrero de 2003 se creó el Ministerio de la Protección Social (MPS), que fusiona la cartera de los antiguos Ministerios de Salud y de Trabajo.

² Datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDES) 2005.

³ The World Health Report 2000. "Health Systems: Improving Performance". OMS, Ginebra (Anexo 1, página 152).

- 2.6 No obstante este marco legal, la mayoría de los hospitales públicos no han podido alcanzar un nivel adecuado de autofinanciación debido a problemas estructurales y de gestión internos de los hospitales, así que la Nación ha tenido que transferir recursos desde el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSyGA) y otras fuentes para cubrir el déficit de los hospitales públicos.
- 2.7 Desde el punto de vista financiero, los hospitales de segundo y tercer nivel comienzan a arrojar déficit a partir de los años 1995 y 1996 respectivamente, mientras que el déficit de los hospitales de primer nivel empieza a crecer a partir de 1997, superando el déficit de los hospitales de segundo y tercer nivel en el año 2000 (Gráfico 1)⁴.

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



- 2.8 Según datos reportados por el Ministerio de Salud, los hospitales habían acumulado al 31 de mayo de 2001 deudas por 1.015.074 millones de pesos (US\$461 millones). Este incremento en el pasivo de los hospitales públicos no sólo afecta la viabilidad financiera de las propias instituciones, sino que además ha limitado la transformación de los subsidios y el aumento en las coberturas del régimen subsidiado, a la vez que se ha constituido en el principal factor causante del déficit acumulado por el sector público no financiero territorial.
- 2.9 Las explicaciones de este fenómeno son múltiples. Entre los **problemas estructurales internos a los hospitales** se destacan: (i) estructura de administración y prestación de servicios de salud sobredimensionada en sus recursos físicos y humanos frente a la demanda real de los mismos; y (ii) los

⁴ De acuerdo al uso de recursos humanos y tecnológicos, los hospitales públicos se reparten en tres niveles de atención: (i) el primer nivel correspondiente a los hospitales locales y los centros de salud que prestan atención básica; (ii) el segundo nivel incluye los hospitales locales o regionales que prestan atención especializada; y (iii) el tercer nivel representa a las instituciones hospitalarias de referencia y de alta tecnología médica.

elevados costos de producción asociados con cargos “ociosos” y las altas cargas salariales y prestacionales. Estos problemas surgieron principalmente durante los primeros años de implementación de la reforma cuando las entidades territoriales financiaron la extensión de la oferta de servicios de salud en el ámbito municipal y departamental de manera duplicativa y autorizando aumentos salariales mayores al promedio del sector público.

- 2.10 Adicionalmente a estos aspectos, existen **factores internos relacionados a la gestión de los hospitales**: (i) inadecuada implementación de procesos gerenciales de planeación, organización, control y toma de decisiones empresariales; (ii) inadecuada gestión de los procesos de contratación de venta de servicios y bajo nivel de facturación; y (iii) inadecuada implementación de sistemas de información financiera y gerencial. Estos factores nacen de la incapacidad de la mayoría de hospitales públicos de acompañar la transformación jurídica en ESE con un adecuado proceso de ajuste gerencial y funcional.
- 2.11 También existen **factores externos a los hospitales** que han afectado la posibilidad de autosostenibilidad de los hospitales públicos: (i) el régimen laboral requiere pagos para la separación de personal que superan la capacidad financiera de los hospitales públicos; (ii) el costo de los recursos humanos de los hospitales públicos es superior en al menos un 36% al costo del régimen privado; (iii) la persistencia de población pobre no asegurada que demanda de servicios de salud en la red pública; (iv) el bajo nivel de desarrollo de las direcciones territoriales de salud (DTS) y la reducida capacidad para dirigir, organizar, vigilar y controlar el comportamiento de sus actores; y (v) el deficiente desarrollo del sistema de información del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).
- 2.12 De esta manera, la crisis hospitalaria es insostenible tanto financieramente como socialmente. Las acumulaciones de pasivos han generado la suspensión de servicios de salud por carencia de insumos y materiales esenciales. Esta situación es particularmente grave por la importancia que los hospitales públicos tienen para el sistema de salud colombiano, en particular por su papel en la atención a la salud de las poblaciones pobres sin afiliación al SGSSS o pertenecientes al régimen subsidiado, dado que ofrecen cobertura en áreas remotas en donde la presencia de otros proveedores no existe.

2. El programa de reorganización, rediseño y modernización de las redes de prestación de servicios de salud (CO-0139, 1525/OC-CO)

- 2.13 Considerando la situación del sector salud, la importancia que tienen los hospitales públicos dentro del SGSSS, y su impacto en las finanzas territoriales y de la Nación, el Gobierno Nacional ha venido implementando acciones de reestructuración de las redes públicas de prestación de servicios de salud de una manera progresiva desde el año 1999, cuando se inició un primer proyecto piloto⁵.

⁵ El piloto fue financiado con US\$30 millones originarios de la reorientación de dos créditos BID (716/OC-CO y 910/OC-CO), y el equivalente a US\$45 millones por parte del Gobierno de Colombia.

- 2.14 El proyecto piloto logró reducir el gasto de personal en promedio del 22,8%, al mismo tiempo se observó un incremento general en el volumen de los servicios producidos en los ambulatorios, donde el número de consultas creció un 24% y de los servicios quirúrgicos, que aumentaron un 19%⁶.
- 2.15 De acuerdo con las estimaciones realizadas en el año 2002, la reestructuración de la entera red pública de prestación de servicios de salud necesitaría inversión alrededor de los US\$550 millones.
- 2.16 En enero del 2004, con la aprobación por parte del Banco del programa de reorganización, rediseño y modernización de las redes de prestación de servicios de salud (1525/OC-CO)⁷, empezó una nueva etapa del proceso de reestructuración de las redes públicas de salud, que articula las acciones de reorganización institucional de las IPS en función del diseño de una reorganización operativa en redes de servicios. El proceso de reestructuración involucra la suscripción de contratos de empréstito interno entre la Nación y las entidades territoriales por 10 años de carácter condonable, previa la demostración anual del cumplimiento de las metas y compromisos establecidos en los convenios de desempeño medidos a través de indicadores incluidos en una matriz de condonabilidad. Las etapas más importantes en el ciclo del programa son las siguientes:
- 2.17 **Rediseño**, que consiste en la: (i) formulación de las propuestas de reorganización de las IPS en red de servicios por parte de las entidades territoriales; (ii) viabilización de estas propuestas, por parte del MPS y el DNP; (iii) y firma de los convenios de desempeño y contratos de empréstito con las entidades territoriales e IPS.
- 2.18 **Reorganización** de las IPS, que comprende: (i) la adecuación del portafolio de servicios de las IPS; (ii) el ajuste de la planta de personal; (iii) el pago de compensaciones, liquidaciones y deuda laboral con financiación de recursos de la Nación; y (iv) el pago de pasivos prioritarios.
- 2.19 **Modernización** de la gestión de las IPS y de las DTS a través de acciones implementadas que contribuyan a la sostenibilidad de los logros alcanzados con el ajuste institucional de las IPS y al mejoramiento de la eficiencia, calidad y oportunidad en la prestación de servicios. Estas acciones están asociadas con el mejoramiento de procesos de gestión en los hospitales y el aumento en la cantidad y calidad de los servicios prestados.

⁶ Fuente: Informe del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud al Congreso de la República, sobre evolución del Programa de reorganización, rediseño y modernización de las redes de prestación de servicios de salud en los años 1999 a 2004.

⁷ El programa 1525/OC-CO tuvo un valor de US\$90 millones, de los cuales US\$72 millones corresponden a recursos del crédito y US\$18 millones a recursos de aporte local. Un 70,1% de los recursos del préstamo fueron destinados a la cofinanciación del pago de liquidaciones, compensaciones y obligaciones al personal a quien se le suprime el cargo, y el 29,9% restante a las demás acciones: asistencia técnica a las IPS y DTS, seguimiento evaluación y administración del programa.

- 2.20 En la convocatoria del 2004 se viabilizaron propuestas de rediseño de las redes de IPS públicas de 12 departamentos y 32 subredes. Dentro de cada subred se determinó la necesidad de intervención en cada una de las IPS que la conforman. En total, se viabilizaron los planes de reorganización de 71 IPS en el 2004 y 17 IPS en el 2005. La operación 1525/OC-CO se está ejecutando rápidamente y con gran éxito; al 31 de diciembre del 2005, la ejecución financiera del programa era la siguiente (ver Cuadro 1):
- El MPS había comprometido US\$67,1 millones (93%), destinado en su mayoría al financiamiento de rediseño y reorganización operativa de las IPS públicas. De este monto, se han desembolsado US\$48,8 millones (68%) hasta la fecha y se espera desembolsar US\$18,2 millones en el primer semestre de 2006.
 - El saldo por comprometer es de US\$4,9 millones (7%), está destinado al financiamiento de las actividades de asistencia técnica de modernización de las redes de IPS públicas, seguimiento, evaluación y administración del programa que se prevé completar de ejecutar a fin del año 2007.
- 2.21 Se debe destacar, que el diferencial cambiario entre la tasa con la cual se dimensionó la operación (US\$1=COL\$2.900 en enero del 2003) y la tasa actual de (US\$1=COL\$2.270 en enero del 2006) ha generado una menor disponibilidad de recursos en moneda local para cubrir las necesidades del programa, creando así un saldo sin financiamiento de aproximadamente COL\$32.400 millones.
- 2.22 Con el fin de tener elementos de análisis suficientes para la formulación, ajuste y aprobación de una nueva operación, se realizó una evaluación “intermedia” con corte al 30 de octubre del 2005 de las propuestas de reorganización viabilizada en el año 2004, mirando a los avances relativos a los procesos de ajuste de sus plantas de personal y las metas de producción establecidas⁸.

Cuadro 1: Redes e IPS intervenidas en 2004 y perspectivas

Departamento	Intervención		
	Convocatoria 2004		Perspectivas
	Reest.	Liquid.	
Boyacá	19	5	Revisión de requerimientos de reorganización de las demás IPS de baja complejidad
Antioquia	17		Completar segunda y tercera fase en años 2005 y 2006 que incluye 78 IPS
Caldas	11	1	Revisión de requerimientos de reorganización de las demás IPS de baja complejidad
Atlántico	5	1	Reestructuración de las ESE Niño Jesús y Soledad
Huila	6		Revisión de requerimientos de reorganización de las demás IPS de baja complejidad
Risaralda	1		Completó los requerimientos de reorganización de la red.
Santander		1	Ampliar la cobertura a otras IPS red en 2005
Magdalena	1		Ampliar la cobertura a otras IPS red en 2005
Norte de Santander	1		Ampliar la cobertura a otras IPS red en 2005

⁸ Informe de avance convenios subscritos en la vigencia 2004 con corte a octubre 2005. MPS, Bogotá DC.

	Intervención		
	Convocatoria 2004		Perspectivas
Bolívar		1	Finalización liquidación Hospital Universitario de Cartagena
Cesar	1		Ampliar la cobertura a otras IPS red en 2005
San Andrés	1		Ampliar la cobertura a otras IPS red en 2005 (reestructuración de las IPS de primer nivel)
Total	62	9	

2.23 El **ajuste de la planta de personal** que pretende ajustar el costo⁹ y el tamaño de la planta de personal en los hospitales de acuerdo con su nivel de complejidad y nivel de producción y requerimientos de la demanda comporta: el retiro del personal y el pago de las liquidaciones, indemnizaciones y deudas laborales. A octubre de 2005, en promedio, el 71,68% de los empleados públicos y 54,44% de los trabajadores oficiales que fueron incluidos en los planes de reorganización operativa de las IPS se han retirado y recibieron el pago de su liquidación¹⁰.

2.24 En promedio los primeros funcionarios se retiraron a los dos meses y medio de haberse firmando el contrato de empréstito con las entidades territoriales y en general, el retiro los funcionarios de las IPS ocurrió dentro del cronograma establecido. Se destacan los casos de Boyacá, Cesar y Norte de Santander donde los primeros retiros ocurrieron al mes de firmado el contrato (ver Cuadro 2).

Cuadro 2. Avance en el ajuste de la planta de personal

	Empleados públicos				Trabajadores oficiales			
	A retirar (meta)	Retirados y pagados	% avance	Inicio retiro (meses)	A retirar (meta)	Retirados y pagados	% avance	Inicio retiro (meses)
Antioquia	536	395	73,7	4,09	201	132	65,7	4,89
Atlántico	212	119	56,1	2,43	97	13	13,4	2,48
Boyacá	1.072	745	69,5	0,90	387	237	61,2	0,85
Caldas	267	191	71,5	2,98	171	63	36,8	4,51
Cesar	48	18	37,5	1,00	13	4	30,8	1,00
Huila	101	73	72,3	2,69	80	51	63,8	5,03
Magdalena	57	45	78,9	1,50	29	27	93,1	1,93
Norte de Santander	69	22	31,9	1,00	22	14	63,6	1,00
Risaralda	530	449	84,7	-				n.a
San Andrés				4,03				4,17
Providencia	71	67	94,4		11	9	81,8	
Total	2.963	2.124	71,7	2,40	1.011	550	54,4	2,95

⁹ Los funcionarios de planta de las IPS en reestructuración reciben en promedio entre 22 y 25 asignaciones básicas anuales.

¹⁰ De acuerdo al Art. 123 de la Constitución Política, los empleados públicos son personas naturales que ejercen las funciones correspondientes a un empleo público, cuyo vínculo se realiza a través de un acto administrativo unilateral de nombramiento. Los trabajadores oficiales prestan sus servicios mediante un contrato de trabajo. El menor avance en el ajuste de la planta de trabajadores oficiales se debe a que, de acuerdo con la normatividad vigente, el retiro de estos funcionarios sigue un proceso diferente al de los empleados públicos, que requiere verificar si tienen fuero sindical, u otro tipo de restricción jurídica que impida su retiro inmediato, y de ser así, solicitar ante un juez laboral el levantamiento de esta condición (véase Decreto 2127 de 1945).

- 2.25 En cuanto al valor promedio pagado a los funcionarios para su retiro (incluyendo sólo el pago de liquidaciones e indemnizaciones) ha sido de 23,83 millones de pesos, equivalente a US\$10.832. En general el costo de los retiros fue un 8% inferior al que se había incluido en los presupuestos de los planes de reorganización (ver Cuadro 3).

Cuadro 3. Costo promedio de retiro (liquidaciones + indemnizaciones)

Departamento	Funcionarios retirados	Costo de retiro por funcionario (millones de pesos)	Costo de retiro / valor asignado promedio	% de avance	Primer giro del Programa (meses)
Antioquia	527	21,51	1,00	43,08	7,84
Atlántico	132	17,53	0,70	67,65	7,15
Boyacá	982	24,30	0,94	44,44	4,90
Caldas	254	24,85	0,96	51,35	5,94
Cesar	22	32,31	1,16	39,27	6,53
Huila	124	33,56	1,14	49,85	5,64
Magdalena	72	44,66	0,98	8,23	8,67
Norte de Santander	36	24,59	1,40	21,68	7,50
Risaralda	449	21,08	0,66	29,03	2,80
San Andrés	76	19,02	1,18	100,00	6,07
Total general	2.674	23,83	0,92	41,74	6,19

- 2.26 Una meta fundamental en la reorganización de las IPS es que los hospitales logren, en forma paralela al ajuste institucional, adecuar su portafolio de servicios y **nivel de producción** en función de los requerimientos de las subredes departamentales. Alcanzar esta meta significa que las IPS están logrando sustituir, con aumentos en productividad y eficiencia la producción generada por el personal que se retiró. En el Cuadro 4 se muestra el porcentaje de avance en las metas anuales de producción de servicios hospitalarios y ambulatorios por departamento con corte a 30 de septiembre del 2005. En ambos casos, la mayoría de los departamentos registraron un porcentaje de avance en el cumplimiento de las metas anuales de producción superior al 75% esperado.

Cuadro 4. Cumplimiento de las metas de producción: corte a 30/09/2005

Departamento	Servicios hospitalarios			Servicios ambulatorios		
	Meta	3er trimestre 2005	% avance	Meta	3er trimestre 2005	% avance
Antioquia	32.431	35.951	110,9	527.454	509.058	96,51
Atlántico	9.741	8.725	89,6	172.829	157.436	91,09
Boyacá	45.876	38.308	83,5	638.105	590.319	92,51
Caldas	26.040	27.445	105,4	524.547	486.710	92,79
Cesar	3.273	1.125	34,4	62.992	39.982	63,47
Huila	11.579	9.330	80,6	127.582	93.161	73,02
Magdalena	3.024	4.743	156,8	30.084	28.824	95,81
Norte de Santander	518	527	101,7	61.298	52.587	85,79
Risaralda	23.452	13.133	56,0	73.080	37.246	50,97
San Andrés	3.362	2.492	74,1	55.188	28.536	51,71

Departamento	Servicios hospitalarios			Servicios ambulatorios		
	Meta	3er trimestre 2005	% avance	Meta	3er trimestre 2005	% avance
Total	159.296	141.779	89,0	2.273.159	2.023.859	89,03

B. Estrategia del País en el sector

2.27 En 2005, después de haber identificado los principales problemas acumulados y emergentes del sistema de salud, el MPS definió una nueva Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud¹¹ cuyos propósitos son: (i) mejorar el acceso a los servicios de salud; (ii) mejorar la calidad de la atención en salud; y (iii) generar eficiencia en la prestación de servicios de salud y lograr la sostenibilidad financiera de las IPS públicas. El Plan de implementación de la política establece para cada uno de los objetivos las siguientes estrategias:

- a. Para el **eje de acceso**, se destacan las estrategias de consolidación de las redes de prestación de servicios de salud, el mejoramiento de la capacidad resolutoria en la prestación de servicios de baja complejidad y de urgencias, y el aumento de cobertura de aseguramiento a la población pobre y vulnerable.
- b. El **eje de calidad**, está centrado en la adecuada implementación del sistema obligatorio de garantía de calidad (SOGC) y el fomento al desarrollo del talento humano.
- c. Por su parte, en el **eje de eficiencia**, más centrado en la red de prestadores públicos de servicios de salud, las estrategias se dirigen al mejoramiento de las condiciones de carácter estructural y funcional de estas instituciones.

2.28 La expansión del programa de reorganización, rediseño y modernización de las redes de prestación de servicios de salud, apoya claramente los tres ejes principales de esta estrategia nacional.

C. La estrategia del Banco en el sector

1. Estrategia del Banco con el País

2.29 En términos de las áreas fundamentales de la *Estrategia del Banco con el País* (EBP), la operación contribuirá principalmente al objetivo de promover el desarrollo social y asegurar la protección de los más vulnerables. Primero, con el avance del ajuste de los hospitales públicos, se contribuirá a una provisión de servicios sociales financieramente sostenible, más eficaz en cubrir las necesidades de la población y más eficiente en el uso de los recursos. La protección de la inversión en el capital humano, a través del mejoramiento de las condiciones de salud, eleva el crecimiento potencial de la economía, apoyando al objetivo de sentar las bases para reactivar y dinamizar la economía. Asimismo, el proceso de reorganización, rediseño y modernización de las instituciones prestadoras de

¹¹ Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, MPS, Bogota DC, Noviembre del 2005.

servicios de salud promovería la eficiencia del Estado y mejoraría la gobernabilidad, apoyando al objetivo de mejorar la gobernabilidad del país y apoyar el proceso de reforma del Estado.

2. Estrategia de desarrollo social del Banco

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

3. Experiencia del Banco en el sector

- 2.31 Los proyectos de inversión financiados por el Banco: Mejoramiento de Servicios de Salud (716/OC-CO), Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud (910/OC-CO) y Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de Prestación de Servicios de Salud (1525/OC-CO) y el préstamo basado en políticas “Programa de Reforma de Salud y Seguridad Social” (1480/OC-CO)¹² han tenido un importante papel en ajustar los instrumentos y políticas de implementación de la reforma del sector y este programa es el resultado directo de la experiencia alcanzada en éstos préstamos¹³.
- 2.32 Por otra parte, la ejecución de estos préstamos, y en especial del 1525/OC-CO ha permitido identificar necesidades que se desprenden de procesos de esta índole, entre ellas: (i) la necesidad de contar con el apoyo de una política nacional que dé soporte a los procesos de conformación de redes hospitalarias; (ii) la necesidad de fortalecer el apoyo técnico para la gestión hospitalaria a nivel territorial; y (iii) la necesidad de analizar a fondo los temas laborales tales como la formación de cooperativas de trabajo en salud, y la re-adequación laboral del personal desvinculado de los hospitales.
- 2.33 La operación propuesta también se articulará con otras operaciones del Banco en fase de preparación. El programa FINDETER (CO-L1012) propone atender, a través de una banca de segundo piso, necesidades de mejoramiento integral de las entidades territoriales, que incluyen, entre otros, construcción y mejoramiento de equipamientos de salud. Durante la fase de análisis de las dos operaciones se analizará la necesidad de establecer criterios específicos para que las entidades territoriales puedan acceder a dicha fuente de financiamiento para el sector salud, al fin de asegurar la sostenibilidad financiera del sector.

¹² El programa incluyó en su matriz de políticas condiciones dirigidas a apoyar el proceso ajuste hospitalario. En particular, el primer tramo de la operación requirió presentar evidencia de la firma de convenios y de un plan de reestructuración de los hospitales públicos, y el segundo tramo de la operación evidencia del cumplimiento de los convenios y del plan de reestructuración.

¹³ Otra operación del Banco en ejecución en el sector salud es el “Programa de Apoyo a la Vacunación” 1624/OC-CO aprobado en mayo del 2005.

- 2.34 El préstamo basado en políticas, Programático de Reforma Social y Equidad (CO-L1014) merece especial atención, porque establece pautas para la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC) en el sector salud, que refuerza las actividades a ser parcialmente financiada por el presente programa. Finalmente, se ha presentado una propuesta de cooperación técnica al Fondo Especial del Japón para Implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC) de la Atención en Salud” (CO-T1029), que complementará los esfuerzos del presente programa en el apoyar la implementación del SOGC.

D. Estrategia del Programa

- 2.35 De acuerdo con las normas del Banco (GN-2085-2) la operación propuesta tendrá las características de un programa de fases múltiples, permitiendo de brindar un apoyo sistemático y a más largo plazo al programa de rediseño, reorganización y modernización de las redes públicas de prestación de servicios de salud, cuyo alcance y complejidad, requerirá más de un ciclo de proyecto para concluirse. Por otro lado, la operación propuesta permitirá apoyar de manera continuada la implementación de la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud; en particular, los ejes estratégicos de eficiencias y calidad (véase párrafos 2.27).
- 2.36 Preliminarmente el total de la operación será de US\$200 millones y estará constituida por dos etapas. US\$72 millones constituirán el financiamiento del Banco en la primera fase y US\$128 millones el financiamiento de la segunda fase del programa. Se identifican como elementos gatilladores de la segunda fase: (i) 75% de los recursos del préstamo comprometido; y (ii) los resultados de la evaluación de medio término del programa 1525/OC-CO.
- 2.37 Se considera que, teniendo en cuenta la culminación del actual de gobierno en agosto de 2006, la primera fase de la operación financiará convenios de desempeño entre la Nación y las entidades territoriales¹⁴ suscritos en el 2006 que se estima, cubrirán la reorganización de 39 IPS. Se estima que la segunda etapa apoyará la expansión del programa a otras 58 IPS.
- 2.38 La primera fase de la operación propuesta tendrá el carácter de “transitoria” en el sentido de que está concebida como una extensión del programa 1525/OC-CO, de manera que se obtengan recursos que permitan, por un lado, proseguir impulsando los procesos de reorganización de las redes de prestación de servicios¹⁵.

1. Coordinación con otros bancos de desarrollo y agencias de cooperación

- 2.39 El esfuerzo para apoyar a Colombia, tanto en términos de implantación de las reformas como de financiamiento, está siendo coordinado entre los organismos

¹⁴ Véase párrafo 2.16 para una descripción de los convenios de desempeños utilizados en el programa 1525/OC-CO.

¹⁵ La conclusión de la ejecución del programa 1525/OC-CO está prevista para mayo del 2007. Consecuentemente, operación propuesta se ejecutaría de manera simultánea con la operación 1525/OC-CO.

multilaterales y el gobierno de Colombia. Bajo el apoyo sectorial, tanto el Banco como el Banco Mundial están trabajando conjuntamente en la protección del gasto para financiar la extensión del régimen subsidiado. El Banco Mundial, en la tercera operación programática en el sector social, plantea incluir indicadores relacionados a la reorganización operativa de las redes de hospitales públicos.

III. EL PROGRAMA

A. Objetivo

- 3.1 El fin del programa es apoyar la implementación de la política nacional de prestación de servicios de salud, en el desarrollo de sus ejes estratégicos de accesibilidad, calidad y eficiencia. Para lograr lo anterior se plantean los siguientes objetivos específicos: (i) expandir el proceso de rediseño, reorganización y modernización de las redes de IPS públicas de salud; (ii) impulsar la implementación del sistema obligatorio de garantía de calidad (SOGC); (iii) apoyar la ejecución de proyectos prioritarios para la implementación de la política; y (iv) consolidar el sistema de seguimiento y evaluación de la política nacional de prestación de servicios de salud.

B. Estructura del programa

1. Componente 1 — Reorganización operativa de las redes de hospitales públicos

- 3.2 El propósito central del componente es de sostener el apoyo a las acciones de rediseño y reorganización de las redes de IPS públicas iniciadas con los recursos de la operación 1525/OC-CO a través de los siguientes sub-componentes:

a) Rediseño y modernización de las redes

- 3.3 El propósito de este sub-componente es financiar asistencia técnica requerida por las DTS como por las IPS, de manera que las primeras ejerzan de manera adecuada su papel de directoras y coordinadoras de la red de prestación de servicios y las segundas obtengan los resultados esperados en función de calidad y eficiencia en la prestación de servicios en condiciones de sostenibilidad financiera.
- 3.4 En las actividades de asistencia técnica contemplada en el sub-componente se prevé un énfasis importante en los aspectos de la gestión de la prestación de los servicios de salud y del sistema de información, con los siguientes objetivos básicos: (i) la adecuación de los procesos de gestión de las instituciones que mejore su eficiencia a través del apoyo para la implementación de sistemas integrados de información y el mejoramiento de las condiciones de conectividad; (ii) la capacidad para generar y reportar la información requerida por el Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO); y (iii) el mejoramiento de las competencias institucionales y de los servidores públicos de

las IPS y de los entes territoriales, en los aspectos fundamentales de la gestión de la prestación de los servicios de salud.

b) Reorganización operativa de las IPS

- 3.5 El sub-componente financiará, siguiendo las normas de la legislación colombiana, las indemnizaciones, compensaciones y obligaciones del personal a quien se le suprime el cargo en las IPS con el fin de adecuar las plantas de personal (número y calificaciones requeridas): (i) al portafolio de servicios previsto para cada IPS en el rediseño de su red; y (ii) permita operar en condiciones de sostenibilidad financiera gracias a la mayor flexibilización en sus costos fijos. La reorganización también puede implicar la fusión de varias IPS y, en los casos en los que las acciones de ajuste mencionadas anteriormente no garanticen la viabilidad financiera de las instituciones, o que dada la reorganización de la red, la IPS no se requiera, contempla su liquidación¹⁶.

2. Componente 2 — Apoyo a la política nacional de prestación de servicios de salud

- 3.6 El propósito de este componente es brindar asistencia técnica al MPS, DTS y IPS, dirigida a la implementación de la política nacional de prestación de servicios de salud. El componente prevé dos sub-componentes:

a) Implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad

- 3.7 Este sub-componente, a partir de los desarrollos que se logren con los recursos de la cooperación técnica CO-T1029, se concentrará, entre otros, en: (i) asistencia técnica para la implementación de los estándares de calidad incluidos en los sistemas de habilitación y acreditación, y las pautas y herramientas de auditoría en la prestación de servicios; y (ii) despliegue del sistema de información para la calidad, que involucre informes anuales de calidad y “ranking” de IPS y EPS.

b) Proyectos prioritarios de la política nacional

- 3.8 Este sub-componente pretende fortalecer algunos de los proyectos prioritarios para la implementación de la política nacional de prestación de servicios de salud relacionados a: (i) la revisión y ajuste del marco regulatorio de las prestaciones de servicios de salud relacionados al régimen jurídico de las ESEs y los lineamientos normativos para la regulación de la oferta de servicios en el territorio nacional; (ii) apoyo a las entidades territoriales para la revisión y ajuste de los pasivos previsionales del sector salud; (iii) impulso al desarrollo de la prestación de servicios de salud a través de telemedicina; (iv) desarrollo de proyectos tendientes a la implementación de un sistema nacional de evaluación de tecnología en salud

¹⁶ En caso que el rediseño de la red de IPS públicas involucre la liquidación de alguna IPS, los recursos de este sub-componente estarían dirigidos al pago de indemnizaciones, compensaciones y obligaciones del personal de la IPS en liquidación. En ningún caso los recursos del programa financiarán las deudas acumuladas por el no pago de salarios, beneficios laborales, pensiones, cesantías y proveedores.

e identificación de mecanismos que promuevan la renovación tecnológica en la red pública; (v) diseño de mecanismos de certificación y recertificación de recursos humanos en salud, que fomenten el desarrollo y mejoramiento del talento humano; y (vi) apoyo al uso y gestión de medicamentos e insumos en salud.

3. Componente 3 — Seguimiento y evaluación

- 3.9 Este componente apoyará: (i) el monitoreo y seguimiento de los convenios de desempeño subscritos; (ii) el levantamiento de la línea de base; y (iii) la evaluación final del programa para medir el impacto en la reducción de costos, el mejoramiento en la prestación de servicios y el cumplimiento de metas de producción y calidad de las IPS. Además el componente financiará actividades orientadas a mejorar la capacidad del MPS en la implementación, seguimiento y evaluación de la política nacional de prestación de servicios de salud.

4. Componente 4 — Administración del programa

- 3.10 Este componente incluye el financiamiento de la Unidad Coordinadora del Programa (UCP) así como los gastos asociados al financiamiento de la auditoría externa y los costos financieros en que se incurra para la administración de los recursos.

C. Costo y financiamiento

- 3.11 Para la estimación de la dimensión de esta operación, se tuvieron en cuenta los siguientes elementos: (i) las necesidades de recursos para la consolidación de las redes, teniendo en consideración las propuestas presentadas por las entidades territoriales al MPS; (ii) las necesidades de recursos para el desarrollo de los demás componentes del programa; y (iii) el espacio fiscal del país disponible para el programa incluidos en el anteproyecto de presupuesto del 2006.¹⁷
- 3.12 Con esos criterios, se dimensionó la primera fase del programa en US\$72 millones, que a pedido de las autoridades colombianas, será enteramente financiado con recursos del Banco. El Cuadro 5 resume los gastos a financiarse:

¹⁷ El gasto sanitario equivale al 8.1% del PIB del país, así que el monto del préstamo corresponde al 0.3% del gasto anual en salud del país. Fuente: OMS, 2002.

Cuadro 5: Costos del programa

Componente	BID US\$ (000)	Total %
1 - Reorganización operativa de las redes de hospitales públicos	67.000	93,1
1.1 Rediseño y modernización de las redes	7.150	9,9
1.2 Reorganización operativa de las IPS	59.850	83,1
2 - Apoyo a la política nacional de prestación de servicios de salud	3.500	4,9
2.1 Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad	1.900	2,6
2.2 Proyectos prioritarios de la política nacional	1.600	2,2
3 - Seguimiento y evaluación	400	0,6
4 - Administración	700	1,0
5 - Imprevistos	400	0,6
Total	72.000	100,0

IV. EJECUCIÓN DEL PROGRAMA

A. Prestatario y organismo ejecutor

- 4.1 El Prestatario será la República de Colombia, y el Ministerio de la Protección Social (MPS) será el Organismo Ejecutor del programa, a través de la Unidad Coordinadora que está implementando el programa 1525/OC-CO (UCP), la cual depende de la Dirección General de Calidad de Servicios del MPS. La UCP tendrá bajo su responsabilidad las funciones de coordinación, administración, supervisión, garantía de la ejecución y de la debida utilización de los recursos del programa, las cuales se encuentran detalladas en el Reglamento Operativo.

B. Ejecución y administración del proyecto

- 4.2 **Componente 1 - Reorganización operativa de las redes de hospitales públicos.** La ejecución de las actividades comprendidas en este componente será llevada a cabo por medio de convenios de desempeño utilizando el mismo esquema de ejecución de la operación 1525/OC-CO¹⁸. Los convenios serán suscritos entre el MPS y la entidad territorial correspondiente e incorporan los siguientes tres elementos: (i) una matriz de evaluación a nivel de entidad territorial que establece las condiciones que deberá cumplir la entidad territorial; (ii) los convenios de desempeño entre la entidad territorial y la IPS correspondiente, que incluye una matriz de evaluación del desempeño de las IPS participantes en cada entidad territorial que establece valores de línea de base y metas de desempeño; y (iii) un contrato de empréstito interno condonable para el financiamiento de las indemnizaciones, obligaciones y liquidaciones por concepto de reducción de personal.

¹⁸ Para más detalles véase la propuesta de préstamo, PR-2821-2, del programa de reorganización, rediseño y modernización de las redes de prestación de servicios de salud (CO-0139).

- 4.3 Siguiendo los procedimientos descritos en el Reglamento Operativo de la operación 1525/OC-CO¹⁹, la secuencia para el acceso a los recursos del programa, será la siguiente: (i) una vez seleccionada la entidad territorial, este y el MPS firman el convenio de desempeño; (ii) una vez suscrito dicho convenio, la entidad territorial firma con cada IPS participante un segundo convenio de desempeño; y (iii) finalmente, el MHCP procederá a suscribir el contrato de empréstito interno con la entidad territorial. Los desembolsos serán girados por el MCHP con la autorización del MPS a una entidad que será la encargada de efectuar el pago directo a los beneficiarios o al personal objeto de retiro, siguiendo las normas del Banco²⁰.
- 4.4 **Componentes 2, 3 y 4.** El MPS, a través de la UCP, estará encargado de contratar los bienes y servicios financiados bajo los demás componentes del programa, conforme a los procedimientos estipulados en las políticas y procedimientos de adquisiciones del Banco.

C. Período de ejecución y calendario de desembolsos

- 4.5 El período de ejecución del programa es de 18 meses. El plazo para desembolsos de los recursos del préstamo se ha estimado en 2 años, a partir de la fecha de entrada en vigencia del contrato de préstamo.

D. Seguimiento y evaluación

- 4.6 El programa contará con una evaluación final, que será financiada con recursos del programa. Para tal fin, se elaboraron indicadores de resultado y se estimarán valores de línea de base y metas para los indicadores del **Marco lógico** (Anexo 1).
- 4.7 Para evitar duplicaciones innecesarias, el proceso de seguimiento y evaluación de la operación propuesta se articulará con el proceso de seguimiento y evaluación de la operación 1525/OC-CO²¹. Además, es importante tomar en cuenta que el proceso de reorganización operativa de las IPS requiere la terminación de una vigencia fiscal completa posterior a la supresión de los cargos, para la evaluación de los efectos del programa en las IPS intervenidas. Con el fin de contar con información que permita la evaluación al final del ciclo del proyecto para el conjunto de IPS a las que se les asignaron recursos durante la vigencia 2004, la evaluación de medio término de la operación 1525/OC-CO se realizará sobre los resultados de la vigencia 2006. La entrega de dicha evaluación con la aprobación del Banco se constituirá en uno de los accionadores de la segunda fase de la

¹⁹ Durante la fase de análisis, se revisará el reglamento operativo de la operación 1525/OC-CO para su eventual actualización.

²⁰ Con el fin de asegurar los procedimientos, criterios e indicadores especificados en el Reglamento Operativo, el Banco deberá dar su no-objeción previa a la suscripción de dicho convenio de desempeño.

²¹ Para la evaluación del programa 1525/OC-CO se previeron tres cortes, el levantamiento de la línea de base, una evaluación de medio término a los dos años de ejecución y una evaluación final, al cuarto año, en las que se pretende evaluar de manera comparativa grupos de instituciones intervenidas frente a las no intervenidas. Para el levantamiento de la línea de base, en la actualidad se cuenta con la información de gestión de las IPS recolectada en el 100%.

operación CO-L1017. El Cuadro 6 resume el esquema de evaluación de las dos operaciones:

Cuadro 6: Esquema de evaluación de préstamos 1525/OC-CO y CO-L1017

Año	1525/OC-CO	CO-L1017
2004	Año cero	
2005		
2006	Línea base. Corte diciembre 2004	Complementación línea de base en los proyectos de política
2007	Medio término. Corte diciembre 2006	Accionador segunda fase
2008		
2009	Final. Corte diciembre 2008	Medio término. Corte diciembre 2008
2010		
2011		Final. Corte diciembre 2010

V. IMPACTO SOBRE EL DESARROLLO

A. Resultados esperados

- 5.1 Se espera que el programa mejore la calidad de los servicios prestados principalmente a las poblaciones más pobres y rurales, dependientes de las instituciones públicas. El proceso de reorganización operativa de hospitales públicos favorecerá la eliminación de los factores que limitan la transformación de los subsidios a la oferta en subsidios a la demanda, así apoyando el proceso de universalización del aseguramiento en salud y la equidad en el acceso a los servicios de salud de toda la población, como señalan los indicadores de fin y propósito incluido en el **Marco Lógico** del programa (véase **Anexo 1**).
- 5.2 Los esfuerzos propuestos en este programa se reflejarán en el mediano plazo en una reducción sustancial del déficit operacional de los hospitales públicos. Considerando los ahorros fiscales que se lograrían en el período 2006-2007 se calcula que la tasa interna de rendimiento financiero (TIR)²² del programa será del 29%.

B. Impacto ambiental y social

- 5.3 **Impacto ambiental.** El programa no financiará proyectos de infraestructura, por lo tanto no presenta riesgos de impacto ambientales.
- 5.4 **Impacto social.** Se estima que el programa tendrá un impacto social positivo para las poblaciones pobres y rurales que son los principales usuarios de los servicios públicos de salud. El programa plantea dirigir las actividades de reorganización y modernización de los servicios de salud también en áreas de **poblaciones dispersas, afrocolombianas e indígenas**, tales como San Andrés y Vaupés.

²² Esta tasa refiere a la relación entre los costos del programa y los ahorros esperados del programa. No contempla una cuantificación de los beneficios y costos sociales asociados.

C. Clasificación SEQ/PTI

- 5.5 Por ser una operación del sector salud, esta operación califica como un proyecto que promueve la equidad social, como se describe en los objetivos clave para la actividad del Banco contenidos en el informe sobre el Octavo Aumento General de Recursos (documento AB-1704).
- 5.6 Se ha estimado que más del 70% de los usuarios de los hospitales públicos tienen un nivel de ingreso inferior a la línea de pobreza o viven en un municipio donde reportan por lo menos una necesidad básica insatisfecha (NBI) - Encuesta de Hogares de marzo de 2000 (ENH-2000). El programa permitirá ampliar el acceso y mejorar la calidad de los servicios de salud dirigidos a personas de bajos ingresos y por estas razones, esta operación califica como programa focalizado en la pobreza (PTI).

VI. ASPECTOS ESPECIALES

A. Riesgos

- 6.1 Un **riesgo potencial de naturaleza política** es que la operación propuesta financiará convenios de desempeño y contratos de empréstito interno entre la Nación y las entidades territoriales, que deberán ser ejecutados por el nuevo gobierno. De otro lado, la demanda muy sostenida por parte de las entidades territoriales expresada durante la ejecución de la operación 1525/OC-CO, y el hecho que los convenios comprometen las partes por un período de 10 años (mucho más largo del ciclo político actual), permite mitigar satisfactoriamente este riesgo.
- 6.2 Durante la ejecución de la operación 1525/OC-CO se constató que la jurisprudencia colombiana extendió el ámbito originariamente previsto de **Protección Especial Constitucional** (Ley 790 de 2002)²³. Esto genera un riesgo que podría mitigarse proponiendo las siguientes medidas en el reglamento operativo del programa:
- a. Asegurar en la viabilización de las propuestas de reorganización de IPS, el análisis exhaustivo de la situación de los trabajadores. De esta forma, las decisiones sobre desvinculación del personal deberán realizarse en un marco de análisis de la sostenibilidad financiera y social de la entidad, con la debida sustentación jurídica que garantice que no surgirían demandas posteriores que puedan generar gastos adicionales y dificultades en el redimensionamiento de las instituciones.

²³ La sentencia de la corte constitucional de Colombia C-044/04 del 27 de enero de 2004 determinó que la prohibición de retirar del servicio las madres cabeza de familia sin alternativa económica, contenida en el artículo 12 de la Ley 790 de 2002, debe extenderse a los padres que se encuentren en la misma situación..

- b. Recomendar a las entidades territoriales involucradas en el programa, establecer el monto de los pasivos contingentes que se originarían en el sector salud como fruto de las posibles sentencias, así que los gobiernos territoriales contabilicen estos pasivos y hagan provisión de recursos para cubrir las posibles contingencias fiscales.

VII. ESTADO DE PREPARACIÓN Y PLAN DE ACCIÓN

- 7.1 Con relación a la viabilidad institucional del programa, se señala la capacidad ya establecida en el MPS y DNP durante la ejecución del préstamo 1525/OC-CO en gestionar proyectos de rediseño, reorganización y modernización de redes de hospitales públicos.
- 7.2 Entre las actividades para completar la operación se recopilarán las experiencias de entrenamiento para la reinserción laboral efectuadas a través del Sistema de Educación de Aprendizaje (SENA) del personal cuyo cargo fue suprimidos como resultado de los procesos de reorganización operativa. Finalmente, se está revisando del Reglamento Operativo del 1525/OC-CO para identificar la eventual necesidad de efectuar modificaciones al mismo.
- 7.3 El **Anexo 2** presenta los costos estimados para completar la preparación de la operación.

MARCO LÓGICO

EXPANSIÓN DEL PROGRAMA DE REORGANIZACIÓN, REDISEÑO Y MODERNIZACIÓN DE LAS REDES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD (CO-L1017)

Resumen Narrativo	Indicadores de Logro	Medios de Verificación	Supuestos Importantes
FIN			
Apoyar la implementación de la política nacional de prestación de servicios de salud, en el desarrollo de sus ejes estratégicos de accesibilidad, calidad y eficiencia.	<ul style="list-style-type: none"> Incremento de la cobertura del régimen subsidiado en salud en XX millones de nuevos afiliados entre 2006 y el 2010. Reducción del déficit operacional de los hospitales públicos intervenidos desde \$XXX mil millones de pesos en el 2006 para llegar a equilibrio financiero en el 2010. Tasa promedio de satisfacción del usuario de los hospitales públicos asciende de X% en 2006 a Y% al 2010 	<ul style="list-style-type: none"> Sistema de información del MPS. Estados financieros de los hospitales públicos. Encuestas nacionales – Línea de base y evaluación final 	<ul style="list-style-type: none"> Situación macroeconómica y fiscal sigue estable. Conflicto armado interno no empeora.
PROPÓSITO			<i>De Propósito a Fin</i>
Mejorar la eficiencia, la calidad de los servicios de salud y sostenibilidad financiera de las redes de hospitales públicos.	<ul style="list-style-type: none"> Proporción de hospitales públicos de 2do y 3er nivel con estados financieros sanos asciende del XX% en 2006 al XX% al final del programa y se mantiene para un periodo 3 años después de finalizar el programa. Al menos XX% de IPS intervenidas con cumplimiento total de metas de equilibrio financiero, producción de servicios y calidad de atención al final del programa y se mantiene para un periodo 3 años después de finalizar el programa. 	<ul style="list-style-type: none"> Ejecución presupuestal de los hospitales públicos. Línea de base Matrices de cumplimiento de convenios de desempeño. Sistema de seguimiento y monitoreo del programa 	<ul style="list-style-type: none"> Mecanismos de pago de la atención de población pobre no asegurada aplicados según legislación nacional. Flujo de recursos para la prestación de servicios ágil y oportuno. Adecuada implementación de la Ley 715/2001. Compromiso de los gobernadores, Secretarías Departamentales o Direcciones Seccionales de Salud y de los gerentes de las IPS

¹ La línea de base y metas para estos indicadores serán fijadas en los convenios de desempeño y en el marco lógico para cada IPS participante en el Programa.

Resumen Narrativo	Indicadores de Logro	Medios de Verificación	Supuestos Importantes
	<ul style="list-style-type: none"> Calidad de los servicios brindados en hospitales públicos aumenta, desde el principio hasta el final del programa, y se mantiene por 3 años siguientes, medido por¹: <ul style="list-style-type: none"> mortalidad hospitalaria infecciones nosocomiales oportunidad en la atención (listas de espera) 		
COMPONENTES			
<i>De Componentes a Propósito</i>			
1. Redes de Hospitales Públicos rediseñadas, reorganizadas y modernizadas	<p><i>Al final del programa</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Costo del personal reducido en media del XX% en las IPS intervenidas por el programa Nivel de producción de servicios hospitalarios constante (+-X%) en las redes de servicios de salud intervenidas Nivel de producción de servicios ambulatorios constante (+-X%) en las redes de servicios de salud intervenidas Al menos XX% de las Direcciones Territoriales de Salud (DTS) intervenidas (estimadas en XX) cuentan con ejercicio efectivo de las acciones de organización, dirección, coordinación y administración de la red de servicios a nivel territorial. Al menos XX% de las DTS intervenidas (estimadas en XX) cuentan con un centro de información y regulación de la referencia y contrarreferencia en la red operando. 	<ul style="list-style-type: none"> Línea de base Evaluación final del programa Matrices de cumplimiento de convenios de desempeño. Sistema de seguimiento y monitoreo del programa Contratos con las instituciones prestadoras de servicios Manuales de procesos y procedimientos 	<ul style="list-style-type: none"> Las direcciones cuentan con las herramientas y procedimientos adecuados para desarrollar los procesos de habilitación de IPS Adecuados niveles de conectividad Plantas de personal de las direcciones territoriales adecuadas y estables. Voluntad política y concertación entre los alcaldes y gobernadores para el ajuste y el reordenamiento de la prestación de servicios con enfoque de red. Estabilidad jurídica en lo concerniente a la administración de recursos humanos.

Resumen Narrativo	Indicadores de Logro	Medios de Verificación	Supuestos Importantes
2. Apoyo a la política nacional de prestación de servicios de salud	<p><i>Al final del programa</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de los criterios de verificación para habilitación a XX% de los servicios de las IPS públicas y privadas • Informes anuales de calidad y “ranking” de IPS y EPS. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reportes de evaluación del SOGC. • Reportes de evaluación del SOGC. 	<ul style="list-style-type: none"> • Las direcciones cuentan con las herramientas y procedimientos adecuados para desarrollar los procesos de habilitación de IPS • Adecuados niveles de conectividad
3. Seguimiento y evaluación	<p><i>Al final del programa</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Al menos 8 informes semestrales de evaluación producidos por el sistema de monitoreo y seguimiento. • Informe de evaluación final del programa producido. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reporte de evaluación del programa. • Reporte de evaluación del programa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Compromiso de los Gobernadores, Secretarios Departamentales o Direcciones Seccionales de Salud y de los gerentes de las IPS a proveer las informaciones necesarias.

EXPANSIÓN DEL PROGRAMA DE REORGANIZACIÓN, REDISEÑO Y MODERNIZACIÓN DE LAS REDES DE PRESTACIÓN
DE SERVICIOS DE SALUD
(CO-L1017)

COSTO ESTIMADO PARA COMPLETAR LA PREPARACIÓN DEL PROYECTO

	IDB Fondo Administrativo (US\$)
1. Misiones	12,500
1.1 Misión de Orientación	5,000
1.2 Misión de Análisis	7,500
2. Consultorías	30,000
2.1 Recolección de las experiencias de entrenamiento para la reinserción laboral del 1525/OC-CO	15,000
2.2 Revisión reglamento operativo	15,000
GRAN TOTAL	42,500