



Directorio Ejecutivo

Para consideración

A partir del: 14 de junio de 2006

PR-3043

30 de mayo de 2006

Original: español

Al: Directorio Ejecutivo

Del: Secretario

Asunto: Colombia. Propuesta de préstamo para la expansión del programa de reorganización, rediseño y modernización de la redes de prestación de servicios de salud

Información básica:	Prestatario	República de Colombia
	Monto	hasta US\$50.000.000
	Fuente	Facilidad Unimonetaria del Capital Ordinario

Consultas a: Señor Antonio Giuffrida (extensión 2454)

Referencias: GN-1838-1(7/94), DR-398-5(5/03)

Otra distribución: Representante en Colombia

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

COLOMBIA

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

(CO-L1017)

PROPUESTA DE PRÉSTAMO

Este documento fue preparado por el equipo de proyecto integrado por: Antonio Giuffrida, Jefe de equipo (RE3/SO3); Loreto Biehl (COF/CCO), Baudouin Duquesne, (RE3/SO3), Ethel Muhlstein (RE3/SO3), Juan Carlos Perez-Segnini (LEG/OPR), y Leslie Stone (RE3/SO3).

ÍNDICE

I.	MARCO DE REFERENCIA.....	1
A.	Marco socioeconómico.....	1
B.	La reforma del sector salud en Colombia.....	2
C.	La estrategia del país en el sector.....	9
D.	Estrategia sectorial del Banco	12
E.	Estrategia del programa.....	13
F.	Lecciones aprendidas y relaciones con otras operaciones del Banco	14
G.	Coordinación con otros donantes	14
II.	EL PROGRAMA.....	15
A.	Objetivos	15
B.	Descripción del programa	16
C.	Costo y financiamiento.....	18
III.	EJECUCIÓN DEL PROGRAMA	19
A.	Prestatario y organismo ejecutor	19
B.	Ejecución y administración del programa	19
C.	Reconocimiento de gastos	23
D.	Adquisición de bienes y servicios	23
E.	Período de ejecución y calendario de desembolsos.....	24
F.	Auditoría externa.....	24
G.	Seguimiento y evaluación	24
IV.	VIABILIDAD Y RIESGOS.....	26
A.	Viabilidad institucional	26
B.	Viabilidad financiera	26
C.	Impacto ambiental y social.....	27
D.	Beneficios y beneficiarios	28
E.	Riesgos	29

ANEXOS

ANEXO 1	MARCO LÓGICO
ANEXO 2	PLAN DE ADQUISICIONES

APÉNDICES

PROYECTO DE RESOLUCIÓN

SIGLAS Y ABREVIATURAS

ARS	Administradoras del Régimen Subsidiado
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CESI	Comité de Impacto Ambiental y Social
CO	Capital Ordinario
CNSSS	Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud
CONPES	Consejo Nacional de Política Económica y Social
DAF	Dirección General de Apoyo Fiscal
DGCPTN	Dirección General de Crédito Público y Tesoro Nacional
DNP	Departamento Nacional de Planeación
DTF	Depósitos a Término Fijo
DTS	Direcciones Territoriales de Salud
ENDS	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
EPS	Entidades Promotoras de Salud
FMI	Fondo Monetario Internacional
FOSyGA	Fondo de Solidaridad y Garantía
IPS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
MHCP	Ministerio de Hacienda y Crédito Público
MPS	Ministerio de la Protección Social
MRPD	Misión para la Reducción de la Pobreza y la Desigualdad en Colombia
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAB	Plan de Atención Básica
PBL	Préstamo basado en políticas
PIB	Producto Interno Bruto
PNPSS	Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud
POS	Plan Obligatorio de Salud
PTI	Inversión focalizada en la pobreza
RC	Régimen Contributivo
RS	Régimen Subsidiado
SEQ	Proyecto que promueve la equidad social
SGP	Sistema General de Participaciones
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SISBEN	Sistema de Selección de Beneficiarios
SOGC	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad
TIR	Tasa Interna de Rendimiento Financiero
UCP	Unidad de Coordinación del Proyecto
UPC	Unidad de Pago por Capacitación

Referencias electrónicas

Cartera en ejecución & Préstamos aprobados	http://ops/approvals/PDFs/COsp.pdf
Programa tentativo de préstamos	http://opsgs1/ABSPRJ/tentativelending.ASP?S=CO&L=SP
Anexo II Plan de Adquisiciones	http://idbdocs.iadb.org/WSDocs/getDocument.aspx?DOCNUM=745919
Información disponible en los archivos de proyecto de RE3	http://opsws3.reg.iadb.org/idbdocswebservices/getDocument.aspx?DOCNUM=711930

RESUMEN DEL PROYECTO

COLOMBIA

Expansión del Programa de reorganización, rediseño y modernización de las redes de prestación de servicios de salud (CO-L1017)

Términos y Condiciones Financieras ¹				
Prestatario: República de Colombia			Plazo de amortización:	25 años
Garante: No aplicable			Período de gracia:	3 años
Organismo Ejecutor: Ministerio de Protección Social			Desembolso:	3 años
Fuente	Monto	%	Tasa de interés:	Ajustable
BID (CO)	50 m.	100	Comisión de inspección y vigilancia:	0%
Local			Comisión de crédito:	0,25%
Otro/Cofinanciamiento				
Total	50 m.	100	Moneda:	Dólares estadounidenses de la Facilidad Unimonetaria del Capital Ordinario del Banco
Esquema del Proyecto				
<p>Objetivo del proyecto: El objetivo de largo plazo (<i>fin</i>) del programa es contribuir a mejorar el estado de salud de la población colombiana. El propósito del programa es mejorar la eficiencia, la calidad y la sostenibilidad financiera de las redes públicas de prestadores de servicios de salud. Para lograr este objetivo, se plantea un programa estructurado en dos fases. La primera fase del programa financiará tres componentes: (i) reorganización de las redes de instituciones prestadoras de servicios de salud públicas; (ii) implementación de proyectos prioritarios de la política nacional de prestación de servicios de salud; y (iii) seguimiento y evaluación.</p> <p>Condiciones contractuales especiales: ninguna.</p> <p>Excepciones a las políticas del Banco: Se solicita un fondo rotatorio hasta un límite del 15% del monto del préstamo según OA-345. Ver párrafo 3.20.</p> <p>El proyecto es coherente con la Estrategia de País: Sí [<input checked="" type="checkbox"/>] No [<input type="checkbox"/>]</p> <p>El proyecto califica como: SEQ[<input checked="" type="checkbox"/>] PTI [<input checked="" type="checkbox"/>] Sector [<input type="checkbox"/>] Geográfica [<input type="checkbox"/>] % de beneficiarios[<input type="checkbox"/>]</p> <p>Fecha verificación del CESI: 7 de abril de 2006</p> <p>Revisión social y ambiental: ver párrafos 4.6-4.9</p> <p>Adquisiciones: ver párrafos 3.17-3.19 y Anexo 2 (Plan de Adquisiciones).</p>				

¹ La tasa de interés, la comisión de crédito, y la comisión de inspección y vigilancia que se mencionan en este documento se establecen según lo dispuesto en el documento FN-568-3-Rev. El Directorio Ejecutivo puede modificarlas tomando en consideración los antecedentes existentes a la fecha, así como la respectiva recomendación del Departamento de Finanzas. En ningún caso la comisión de crédito podrá superar el 0,75%, ni la comisión de inspección y vigilancia el 1%.(*)

(*) En lo que respecta a la comisión de inspección y vigilancia, en ningún caso el cargo podrá superar en un semestre dado el monto que resultaría de aplicar el 1% al monto del préstamo, dividido por el número de semestres incluido en el plazo original de desembolso.

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 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 se desarrolló en el contexto de limitado acceso a recursos de financiamiento externo y un aumento en la actividad de los grupos violentos. Al asumir en agosto de 2002, el Gobierno enfrentó los efectos económicos y sociales de la crisis macro-fiscal y de orden público a través de un plan de reformas estructurales tendientes a controlar el déficit y dinamizar la economía, y de una estrategia alternativa con respecto a la situación de violencia.
- 1.2 Estas políticas han tenido un impacto favorable sobre la economía colombiana, mostrándose una notable reactivación productiva desde 2003. Como resultado del positivo desempeño macroeconómico, Colombia ha cumplido con todas las metas del programa *stand-by* con el Fondo Monetario Internacional (FMI). El crecimiento estimado del PIB para el 2005 es 5,1%. La inflación se ha mantenido estable con un incremento de precios al consumidor de 5,1%. La liquidez del mercado financiero local ha permitido al gobierno mejorar el perfil de repago de la deuda, pese a su elevado nivel, mediante el cambio de moneda y la prolongación de plazos. El déficit del Sector Público no Financiero se ubicó en 0,9% del PIB (inferior a la meta establecida con el FMI de 2,5%) y se explica por el superávit operativo de Ecopetrol (3,5% del PIB) y el sostenido superávit de las entidades territoriales (1,1% del PIB). Finalmente, el indicador convencional del riesgo país (EMBI+) ha mostrado una caída desde 260 puntos base en diciembre de 2004 a 162 puntos en febrero de 2006.
- 1.3 Recientemente, el Gobierno de Colombia y una misión del FMI llegaron a un acuerdo que se espera sea ratificado por el Directorio del Fondo en mayo de 2006 sobre la segunda revisión del programa con el FMI, aprobado en abril de 2005. En reconocimiento de los avances macro-fiscales del país, se acordó que el Gobierno: (i) mantendrá una política fiscal encaminada a reducir la deuda pública bruta a 40% del PIB para 2010; (ii) para 2006, tendrá como objetivo mantener un déficit en cuenta corriente de 1,6% del PIB, por debajo del objetivo original de 2%; (iii) propondrá fortalecer aún más la política fiscal en el presupuesto que será presentado al congreso en julio de 2007; y (iv) intensificará el proceso de reformas estructurales durante 2006, especialmente en las áreas de política tributaria, Sistema General de Participaciones (SGP) y del sector financiero.

- 1.4 Con excepción de los años más severos de la crisis económica, Colombia ha conseguido avanzar de manera continua en términos de desarrollo social en los últimos años. De acuerdo con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, este progreso sitúa actualmente al país dentro del grupo de países con desarrollo humano medio, ocupando el lugar 69 dentro de los 177 países analizados. Dentro de los avances se destacan los aumentos del acceso de la población a educación, habiéndose logrado en 2005 una asistencia de más del 80% de la población infantil al grado obligatorio preescolar, un acceso al nivel de educación básica cercano a la universalización, y una tasa de cobertura de educación media de 78%. Asimismo, en salud, se destaca que la expectativa de vida al nacimiento actual es de alrededor de 72,4 años. Paralelamente a estos avances, el gasto social en Colombia ha experimentado un fuerte aumento, pasando de 5,4% del PIB en 1995 a 8,8% en 2004.
- 1.5 A pesar de estos logros en materia social, la pobreza sigue siendo un problema crítico. Aunque el índice de pobreza se ha reducido en los últimos años, pasando de 57,5% en 1999 a 52,6% en 2004, el indicador sigue siendo muy elevado y no ha recuperado su nivel previo a la crisis (50,9% en 1996)¹. Esta aparente contradicción entre mejoras significativas en desarrollo social y una modesta reducción de la pobreza se explica por el lento crecimiento del producto per cápita en 15 años (un promedio de 1% anual)² y por un aumento en el desempleo³.

B. La reforma del sector salud en Colombia

1. Panorama general

- 1.6 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 de un ambicioso proceso de reforma del sector salud en Colombia. Esta sección presenta un panorama general de la reforma en el sector salud colombiano. Las secciones posteriores presentan: (i) una descripción mas detallada de los elementos principales del sistema; (ii) los logros principales de la reforma; y (iii) un análisis de la problemática pendiente. Basándose en estos antecedentes, la sección C se enfoca en la estrategia del país para resolver los problemas pendientes y los avances del programa 1525/OC-CO, formulado como parte integrante del ambicioso proceso de reforma del sector salud en Colombia.
- 1.7 La reforma del sector se inició con la aprobación de la Ley 100 de 1993, su marco legal fundamental. El sector presentaba una estructura institucional segmentada en

¹ Estimaciones de la Misión para la Reducción de la Pobreza y la Desigualdad en Colombia (MRPD).

² Se estima que desde 1992, la violencia ha restado 2 puntos porcentuales de crecimiento al producto interno bruto (Ver: UNDP "Human Development Report", 2005).

³ De acuerdo al Sistema de Información Económica del Banco de la República, en enero de 2001, la tasa de desempleo al nivel nacional era de 17%. Aunque esta situación ha mejorado en los últimos años, el desempleo continúa siendo un serio problema en Colombia (13,4% en enero de 2006).

tres niveles: (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 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 Salud⁴. El sector se caracterizaba por su baja cobertura, baja calidad, ineficiencia e inequidad.

- 1.8 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 compuesta de tres elementos principales: (i) el aseguramiento obligatorio y solidario para toda la población; (ii) un proceso de descentralización de la prestación de los servicios de salud; y (iii) la transformación de la estructura de financiamiento y gestión de las redes de proveedores de servicios de salud.
- 1.9 El motor que impulsaría el proceso de cambio sería “la competencia regulada” (*managed competition*) basada en dos mercados competitivos: el del aseguramiento y el de la provisión de servicios de salud. En el primer mercado, las personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) tienen el derecho de elegir su aseguradora, haciendo que compitan por sus afiliados en función de la calidad de los servicios ofrecidos. Las aseguradoras reciben un valor por persona afiliada (UPC), fijado y transferido por el Gobierno, a cambio de la garantía de prestación de un plan obligatorio de salud a los afiliados (POS). En el segundo mercado, las aseguradoras actúan como compradores de servicios de salud en representación de sus afiliados, seleccionando y negociando entre los prestadores de servicios de salud públicos o privados, la mejor combinación precio-calidad posible⁵.
- 1.10 El direccionamiento del SGSSS, incluyendo su vigilancia y control, es responsabilidad del Estado a través del Ministerio de la Protección Social (MPS), la Superintendencia Nacional de Salud, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (con amplia participación de todos los actores del sector) y las autoridades públicas de los niveles departamentales y municipales.

⁴ 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.

⁵ La Corte Constitucional, en jurisprudencia reiterada (ver Sentencia C-480/97, etc.), ha sostenido que en el caso que la prestación del servicio excluido o no cubierto por el POS pueda poner en peligro el derecho a la vida, las aseguradoras deberán atender al afiliado y, con posterioridad, podrán solicitar reembolso del FOSyGA o informar oportunamente al afectado para que éste acuda a las instituciones públicas y privadas que tengan contrato con el Estado, las cuales estarán en la obligación de atenderlo de conformidad con su capacidad de oferta.

- 1.11 La reforma puso sobre la mesa la necesidad de diseñar un sistema integral de garantía de calidad en salud basado en los siguientes principios: (i) la definición de los requisitos esenciales y condiciones mínimas de estructura para permitir el funcionamiento de un prestador; la acreditación para buscar mejoramiento de instituciones; y la auditoría para tener un sistema de seguimiento o monitoreo permanente de la calidad de la prestación de servicios; y (ii) la implementación de un sistema de información de la calidad de los servicios de salud ofrecidos a los usuarios, para que los incentivos intrínsecos de un sistema basado en competencia regulada se desplieguen y produzcan la mejora de los servicios deseadas.

2. Aseguramiento y financiamiento en salud

- 1.12 El sistema de aseguramiento en salud de Colombia se establece a través de la creación del SGSSS, definido por la Ley 100 de 1993. El SGSSS se sustenta sobre el aseguramiento obligatorio de la población en dos regímenes diferentes - el *régimen contributivo* y el *régimen subsidiado* con vinculaciones mediante el Fondo de Solidaridad y Garantías (FOSyGA)⁶.
- 1.13 El **régimen contributivo (RC)** está diseñado para cubrir a los asalariados con uno o más salarios mínimos y a los trabajadores independientes con más de 1.5 salarios mínimos de ingreso. Este sistema es financiado sólo con las contribuciones del empleado y el empleador (4% y 8% de los ingresos, respectivamente). Los trabajadores y sus familias se aseguran a través de instituciones llamadas Entidades Promotoras de Salud (EPS).
- 1.14 El **régimen subsidiado (RS)** incorpora a las personas sin recursos suficientes para cubrir el monto de la cotización al RC⁷. El RS tiene varias fuentes de recursos, como el FOSyGA, las transferencias de la Nación a las entidades territoriales a través del SGP⁸, y los recursos propios que puedan aportar los departamentos o municipios. Para el manejo de los subsidios se crearon las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS)⁹.

⁶ Los ingresos del FOSyGA incluyen: (i) un punto de la cotización de solidaridad del régimen contributivo; (ii) 5% a 10% de los recursos de las Cajas de Compensación; (iii) aporte del Estado (mínimo de 25% de lo recaudado en (i)); (iv) los rendimientos financieros generados por la inversión de los recursos del Fondo; (v) porcentaje de las remesas de explotación de los pozos de petróleo de Cuisiana y Cupiagua; y (vi) impuesto a las armas y municiones, entre otros. Los fondos del FOSyGA están destinados a financiar cuatro subcuentas: el RC, el RS, la atención de enfermedades catastróficas y accidentes de tránsito, y programas de promoción y prevención.

⁷ Son elegibles al régimen subsidiado aquellas personas clasificadas en los estratos más pobres, niveles 1 y 2 del Sistema de Selección de Beneficiarios (SISBEN). EL SISBEN es una herramienta de clasificación socioeconómica que se aplica a las familias por parte de los municipios.

⁸ El SGP representa la parte de los ingresos corrientes (el conjunto de los recursos de los impuestos del IVA, renta y comercio exterior) que la Nación gira a los departamentos y municipios para financiar la prestación de servicios de salud y educación, entre otros.

⁹ El POS del RS se define en el Artículo 156 de la Ley 100/93, como un plan integral de protección de la salud, con atención preventiva, médico-quirúrgica y medicamentos esenciales.

- 1.15 Adicionalmente, se garantiza a todos los ciudadanos un **Plan de Atención Básica** (PAB) implementado por las Direcciones Territoriales de Salud (DTS) y financiado con recursos de transferencias de la SGP y propios, que consiste en un paquete de acciones de salud pública dirigidas a la promoción de la salud, realización de acciones de vigilancia epidemiológica, saneamiento ambiental y campañas prevención de enfermedades; existe además un **Plan para la Atención de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito** y la **atención de urgencias vitales** a todo lo largo del territorio nacional.
- 1.16 Entre tanto que el aseguramiento no alcanza la meta de la universalización, la población pobre no asegurada (denominados vinculados) recibe atención en salud principalmente a través de las redes de prestadores de servicios de salud públicos. El Artículo 49 de la Ley 715 del 2001 define los recursos del SGP destinados a financiar los servicios de salud a la población pobre no asegurada (subsidios a la oferta) y la metodología de asignación a las entidades territoriales¹⁰. La Ley 100 de 1993 determinó que las entidades territoriales substituyeran los mecanismos tradicionales de pago (a través de presupuestos históricos) por mecanismos de pago asociados a los servicios efectivamente prestados, aspecto que la Ley 812 de 2003 reiteró.
- 1.17 El acceso a los servicios para esta población se dificulta por la falta de información sobre los mecanismos para acceder a la atención y el insuficiente presupuesto para atenderlos¹¹. A esto debemos sumar la falta de precisión de los contenidos de los planes de beneficios; de hecho, no existe un plan de beneficios para los no asegurados. Por otro lado, los resultados de la Primera Encuesta Nacional de Calidad en Salud Percibida por los Usuarios efectuada en el año 2000, muestran que la población pobre no asegurada recibió atención más oportuna, tanto en medicina general como especializada, que los afiliados al RS. Se observa una situación contraria en los servicios de promoción y prevención, donde los afiliados al RS resultan mejor atendidos que los no afiliados¹².

3. La descentralización en la provisión de los servicios de salud

- 1.18 La Ley 715 de 2001 asignó a los departamentos la competencia para el financiamiento y la garantía de la prestación de servicios de salud de segundo y tercer nivel, y otorgó a los municipios certificados la competencia para el primer

¹⁰ Los recursos del SGP son divididos por la población pobre no asegurada por atender a nivel nacional. El valor per-cápita resultante se multiplica por la población pobre por atender de cada municipio y distrito y es ajustado por dispersión poblacional y por un factor de ajuste que pondere los servicios no incluidos en el POS.

¹¹ Mientras que un afiliado del RS cuenta con \$192.344 anuales el per-cápita para los pobres no asegurados oscila entre los \$60.000 por persona por año.

¹² Defensoría del pueblo. "Primera Encuesta Nacional de Calidad en Salud Percibida por los Usuarios", Bogotá, 2000.

nivel de atención¹³. Además, la Ley 100 de 1993 otorgó a las entidades territoriales (municipios y departamentos) la responsabilidad de implementar las acciones de salud pública incluidas en el PAB¹⁴ y de asignar los subsidios al aseguramiento en salud.

- 1.19 El proceso de descentralización otorga a la secretaría de salud de la entidad territorial o dirección territorial de salud (DTS), la responsabilidad de organizar los servicios de salud en su área de competencia geográfica en redes de proveedores. La conformación de las redes tomó en cuenta, entre otras: (i) la demanda de servicios (población del área geográfica, perfil demográfico y epidemiológico, tipo de afiliación al SGSSS y preferencias del consumidor); (ii) la oferta de servicios (identificación, caracterización y evaluación de los prestadores públicos y privados, y de los recursos disponibles); y (iii) los aspectos logístico-operativos relevantes para el sistema de referencias y contra-referencias (sistemas de comunicación, transporte y acceso).
- 1.20 De otro lado, las IPS públicas se han visto sometidas a un proceso de transformación de los mecanismos de financiamiento y gestión. Para tal efecto, debieron convertirse en **Empresas Sociales del Estado** (Ley 100 de 1993), 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 proveedores públicos, que debieron empezar a operar como si fueran empresas privadas, aprendiendo a mercadear, contratar y facturar con las aseguradoras y las entidades territoriales. Desde el punto de vista funcional, los proveedores se han visto obligados a implementar o mejorar procesos gerenciales, administrativos y financieros, muchos de ellos inexistentes antes de la reforma.

4. Logros principales de la reforma de salud en Colombia

- 1.21 El aumento de la cobertura de aseguramiento ha sido el principal logro de la reforma (entre 1992 y 2005 el porcentaje de población asegurada pasó de 28% a 69%¹⁵). Los avances más significativos se dieron en términos de equidad: el 20% más pobre de la población amplió su cobertura de 4,2% al 57,6%.

Cuadro 1: Cobertura del aseguramiento en salud 1992-2005

	1992	1997	2000	2005
Población Total del País	32.113.615	40.064.093	43.035.394	45.325.260
Afiliada al RS	-	4.800.916	9.510.560	18.578.760

¹³ En 2006 existen 491 municipios que administran el primer nivel de atención. Estos municipios son evaluados anualmente por parte del departamento, quien define si estos mantienen o no la competencia en el primer nivel de atención.

¹⁴ Notase que el Artículo 46 de la Ley 715 de 2001 encargó a las entidades territoriales las actividades de promoción y prevención del POS de los afiliados al RS.

¹⁵ Datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2005.

	1992	1997	2000	2005
Afiliada al RC	8.964.816	14.969.278	13.063.046	15.421.930
Cobertura aseguramiento	28%	49%	52%	69%
Cobertura Q1 (más pobre)	4%	43%	35%	58%
Cobertura Q5 (más rico)	55%	79%	75%	86%

- 1.22 Los 11,3 millones de Colombianos todavía no afiliados al SGSSS se distribuyen en 6 millones de pobres (niveles 1 y 2 del SISBEN) que deben ingresar al RS; 2,4 millones con capacidad de parcial de pago (nivel 3 del SISBEN, esta es la denominada población sándwich); y alrededor de 3 millones de personas con capacidad de pago no afiliada al régimen contributivo (niveles 4 y 5 del SISBEN).
- 1.23 Esta expansión se ha sustentado por un incremento significativo del gasto público en salud. Antes de la Ley 100 de 1993, Colombia invertía en salud de 3% a 5% del PIB¹⁶. Hoy la inversión en salud sobrepasa el 9% del PIB, de los cuales el 5,5% es gasto público y el resto son aportes privados y parafiscales.
- 1.24 Como evidencia de los logros de reforma en salud, se destaca que en el año 2000 la Organización Mundial de la Salud (OMS) clasificó a Colombia como el país con el sistema de financiamiento en salud más equitativo entre los 191 países miembros y al primer lugar del continente americano (22do en total) por el indicador global de desempeño del sector salud¹⁷.

5. Problemas actuales y retos

- 1.25 La reforma produjo un aumento de la presión ejercida por el requerimiento financiero de las IPS públicas. Inicialmente, los problemas se revelaban en el uso de los recursos adicionales transferidos por el gobierno nacional a las entidades territoriales. Entre 1994 y 1997 los empleados del sector salud crecieron en un 21%, mientras que el personal administrativo auxiliar creció en un 73%, mucho más que el personal asistencial¹⁸. A este fenómeno debemos añadirle las negociaciones de convenciones colectivas que otorgaron beneficios a los trabajadores hasta llegar a la alarmante cifra de 27,9 salarios al año por trabajador. Además, se financió la extensión de la oferta de servicios de salud en el ámbito municipal y departamental de manera duplicativa por creación o ampliación de instituciones o servicios que no contemplaban los requerimientos de la demanda y la capacidad instalada tanto pública como privada.
- 1.26 Mientras que no se transformara el financiamiento en salud a través de subsidios a la oferta, hacia subsidios a la demanda, este aumento desmedido en el número de empleados, el nivel de remuneración, y la capacidad de las instalaciones físicas, se traduciría en un deterioro de la situación financiera de las IPS públicas. Las

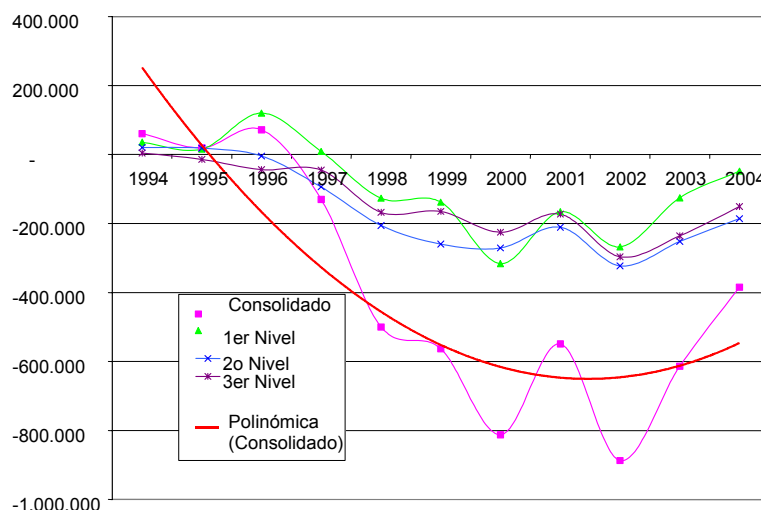
¹⁶ En su mayoría recursos fiscales procedentes de rentas cedidas a los departamentos (impuestos de licores, cervezas y sifones, loterías, apuestas y registro y anotaciones) y transferencias intergubernamentales.

¹⁷ OMS. "The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance", Ginebra, 2000.

¹⁸ Censo del Recurso Humano y la Dinámica Salarial entre 1994-1998.

IPS de segundo y tercer nivel comienzan a arrojar déficit a partir de los años 1995 y 1996 respectivamente, mientras que el déficit de las IPS de primer nivel empieza a crecer a partir de 1997, superando el déficit de las IPS de segundo y tercer nivel en el año 2000 (Gráfico 1)¹⁹.

Gráfico 1: Déficit en las IPSs públicas 1994-2004 en millones de pesos. Fuente: DNP



- 1.27 La crisis de las IPS públicas es un fenómeno multicausal entre los cuales se destacan: (i) una estructura de administración y prestación de servicios de salud sobredimensionada en sus recursos físicos y humanos frente a la demanda real; (ii) los elevados costos de producción asociados con cargos ociosos y las altas cargas salariales y prestacionales; y (iii) la falta de información que permita la toma de decisiones.
- 1.28 Adicionalmente, existen **factores internos relacionados a la gestión de los proveedores de servicios de salud**: (i) inadecuada implementación de procesos gerenciales; (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. La velocidad de transformación de recursos de oferta a demanda superó la de las IPS públicas para realizar los ajustes institucionales necesarios para subsistir a expensas de la facturación de servicios, lo que llevó a una mengua de recursos.
- 1.29 También existen **factores externos** que han afectado la posibilidad de autosostenibilidad de los proveedores de servicios públicos: (i) el régimen laboral requiere pagos para la separación de personal que superan la capacidad financiera

¹⁹ De acuerdo al uso de recursos humanos y tecnológicos las IPS 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.

de las IPS públicas; (ii) el alto costo de los recursos humanos en el sector público²⁰; (iii) el bajo nivel de desarrollo de las DTS y su reducida capacidad; y (iv) el deficiente desarrollo del sistema de información del SGSSS que genera dificultades para controlar la evasión y la elusión.

- 1.30 La crisis de IPS públicas es insostenible financieramente y 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 las IPS públicas tienen para el sistema de salud, por su papel en la atención a la salud de las poblaciones pobres sin afiliación al SGSSS o pertenecientes al RS, dado que ofrecen cobertura en áreas remotas en donde la presencia de otros proveedores no existe. El incremento en el pasivo de las IPS públicas afecta su viabilidad financiera y se ha constituido en factor importante del déficit acumulado por el sector público no financiero territorial.
- 1.31 Finalmente, la rigidez de la estructura de costos de las IPS públicas, en particular de su componente laboral, les impide adaptarse a la dinámica de financiamiento en salud establecida por la Ley 100 basada en presupuestos prospectivos y ha limitado los alcances de la transformación de los subsidios a la oferta en coberturas del RS (subsidios a la demanda).

C. La estrategia del país en el sector

- 1.32 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 ha venido implementando acciones de reestructuración de las redes públicas de prestación de servicios de salud de una manera progresiva desde 1999, cuando se inició un primer proyecto piloto²¹. Por su parte, la Ley 812 de 2003 al definir el Plan Nacional de Desarrollo 2003-2006, estableció que se mejoraría "el acceso y la prestación de servicios de salud en el sistema mediante la reestructuración y capitalización de hospitales, la regulación de la entrada de IPS al SGSSS, la promoción de mecanismos de acreditación para mejorar la calidad y la creación de redes de atención".
- 1.33 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)²², empezó una nueva etapa que articula las acciones de

²⁰ En particular el personal administrativo (7% superior) y del personal de enfermeras (20% superior). Ver: Ministerio de Salud. "Los recursos humanos de la salud en Colombia. Balance, Competencias y Prospectiva", Bogotá, 2001.

²¹ 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.

²² El programa 1525/OC-CO tuvo un monto 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.

reorganización institucional de las IPS en función del diseño operativo de las 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:

- a. **Rediseño**, que incluye: (i) formulación de las propuestas de reorganización de las IPS en red de servicios por las entidades territoriales (ver párrafo 1.19)²³; (ii) viabilización de las propuestas por parte del MPS y el Departamento Nacional de Planeación (DNP); y (iii) firma de los convenios de desempeño y contratos de empréstito con las entidades territoriales e IPS.
- b. **Reorganización** de las IPS, que comprende: (i) adecuación del portafolio de servicios de las IPS; (ii) ajuste de la planta de personal; (iii) pago de compensaciones, liquidaciones y deuda laboral con financiación de recursos de la Nación; y (iv) pago de pasivos prioritarios.
- c. **Modernización** de la gestión de las IPS y de las DTS a través de acciones 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.

- 1.34 Desde 1999 se han intervenido 179 IPS públicas, de estas a 88 a través del programa 1525/OC-CO (71 IPS en 2004 y 17 IPS en 2005). La operación 1525/OC-CO se está ejecutando rápidamente y con gran éxito. Hasta la fecha se han comprometido US\$67,1 millones (93%), destinados en su mayoría al financiamiento de rediseño y reorganización operativa de las IPS públicas y se han desembolsado US\$53,7 millones (75%). El saldo por comprometer es de US\$4,9 millones (7%), destinado al financiamiento de asistencia técnica de modernización de las redes de IPS públicas, seguimiento, evaluación y administración del programa que se prevé completar para fin del año 2007²⁴.
- 1.35 Dadas las características del ciclo del programa, los resultados solamente pueden ser observados en el mediano plazo; a la fecha es posible analizar el impacto de la reorganización realizada en 71 IPS incluidas en convenios entre 1999 y 2002 (ver Cuadro 2). Además, se realizó una evaluación intermedia con corte al

²³ La cooperación técnica "Reorganización de Redes de Servicios de Salud" (ATN/JO-7650-CO) apoyó el desarrollo de las herramientas y modelos para la reorganización de las redes de servicios de salud.

²⁴ 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 recursos en moneda local para cubrir las necesidades del programa, creando así un saldo sin financiamiento de aproximadamente COL\$32.400 millones

30 de octubre del 2005 de las 71 IPS intervenidas en el 2004 a través del programa 1525/OC-CO, analizando los avances relativos a los procesos de ajuste de sus plantas de personal y las metas de producción establecidas²⁵.

- 1.36 Una meta fundamental del proceso de reorganización es que las IPS logren, en forma paralela al ajuste, adecuar su portafolio de servicios y **nivel de producción** a 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. El Cuadro 2 muestra que en promedio la producción de servicios ambulatorios y quirúrgicos aumentó significativamente y el informe de avance del MSP muestra que en promedio, los departamentos alcanzaron y superaron las metas de producción esperadas.

Cuadro 2. Evolución de los principales indicadores en las IPS intervenidas

INDICADOR	Año 0	Año 2*	Variación (%)
1. PRODUCCIÓN DE SERVICIOS			
Servicios ambulatorios (Nro. consultas) ⁽¹⁾	2.879.560	3.583.892	24,5
Servicios quirúrgicos (Nro. Cirugías y partos) ⁽²⁾	281.103	335.512	19,4
Producción total equivalente (Nro. unidades) ⁽³⁾	4.444.136	5.055.679	13,8
% ocupacional	74,5	80,4	7,9
Giro cama	59,5	65,1	9,4
2. ESTRUCTURA DEL GASTO			
Numero de funcionarios	20.023	12.594	-37,1
Gasto total nómina (millones de \$ 2004) ⁽⁴⁾	570.551	362.517	-36,5
Gastos total personal (millones de \$ 2004) ⁽⁵⁾	634.746	490.304	-22,8
% gasto de personal /total gasto	69,3	61,7	-11,0
Gasto total (millones de \$ 2004) ⁽⁶⁾	915.451	794.472	-13,2
Gasto por unidad producida (\$ 2004) ⁽⁷⁾	205.991	157.145	-23,7
3. DÉFICIT/SUPERAVIT CON RECAUDO			
Diferencia ingreso recaudado vs. Gasto (millones de \$ 2004) ⁽⁸⁾	-321.015	-48.938	-84,8

* El año 0 es aquel en el cual se inició el proceso de intervención y el año 2 como la vigencia equivalente a los 2 años posteriores.

(1) Servicios ambulatorios: incluyen el número total de consultas médicas electivas y de urgencias realizadas tanto por médicos generales como especialistas para el conjunto de IPS en cada año.

(2) Servicios quirúrgicos: incluye el número total de cirugías electivas y urgentes, partos y cesáreas atendidas por el conjunto de IPS en cada año.

(3) Producción total equivalente: incluye la sumatoria de productos generados por cada IPS en cada año, en términos de equivalentes a días estancias, incluyendo servicios ambulatorios, quirúrgicos y hospitalarios.

(4) Gasto total de nómina: el total de gastos comprometidos por el conjunto de IPS cada año, incluyendo sueldos, servicios personales asociados a la nómina y contribuciones inherentes a la nómina.

(5) Gasto total de personal, comprende el total de gastos comprometidos por el conjunto de IPS cada año, incluyendo el gasto total de nómina (4) más los servicios personales indirectos.

(6) Gasto total: el total de gasto comprometido por el conjunto de IPS cada año.

(7) Gasto por unidad producida: el monto total de gastos comprometidos para la generación de cada unidad equivalente producida por el conjunto de IPS cada año. [(6)/(3)]

(8) Déficit/Superávit: diferencia entre ingresos recaudados frente a los gastos comprometidos por el conjunto de IPS cada año.

Fuente: Ministerio de la Protección Social.

²⁵ Ver: MPS. "Informe de avance de los convenios suscritos en la vigencia 2004 con corte a octubre 2005". Disponible en el archivo técnico del proyecto en RE3.

- 1.37 El **ajuste de la planta de personal** que pretende ajustar el costo²⁶ y el tamaño de la planta de personal en las IPS 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 liquidaciones, indemnizaciones y deudas laborales. El Cuadro 2 muestra que el número de funcionarios empleados bajó un 37% y el costo total del personal un 22%. El informe de avance del MPS muestra al final de 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 habían retirado y recibido el pago de su liquidación²⁷.
- 1.38 En 2005, después de haber identificado los principales problemas acumulados y emergentes del sistema de salud, el MPS definió una **Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud (PNPSS)**²⁸ 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 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 resolutive 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), el fomento al desarrollo del talento humano²⁹, y en la reducción de asimetrías de información informando al usuario sobre la calidad de los servicios de las EPS, ARS e IPS.
 - c. 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.

D. Estrategia sectorial del Banco

- 1.39 En términos de las áreas fundamentales de la **Estrategia del Banco con el País** (GN-2267-1), la operación contribuirá principalmente al objetivo de promover el desarrollo social y asegurar la protección de los más vulnerables. Primero, con el

²⁶ Los funcionarios de planta de las IPS en reestructuración reciben en promedio entre 22 y 25 asignaciones básicas anuales.

²⁷ El valor promedio pagado a los funcionarios para su retiro (pago de liquidaciones e indemnizaciones) ha sido de 23,83 millones de pesos, equivalente a US\$10.832.

²⁸ MPS. "Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud", Bogotá, Noviembre del 2005. Disponible en el archivo técnico del proyecto en RE3.

²⁹ Con la expedición del Decreto 2309 de 2002 y sus resoluciones reglamentarias, se definió el SOGC, con cuatro componentes: el sistema único de habilitación, la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, el sistema único de acreditación y el sistema de información para la calidad.

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 IPS públicas 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.

- 1.40 En términos de las áreas fundamentales de la ***Estrategia de Desarrollo Social del Banco*** (GN-2241-1), esta operación contribuirá principalmente al primer objetivo de la estrategia, extendiendo la cobertura del aseguramiento en salud y promoviendo la eficiencia de los recursos públicos asignados en salud.

E. Estrategia del programa

- 1.41 De acuerdo con las normas del Banco (GN-2085-2) la operación propuesta tendrá las características de un **programa de fases múltiples**, permitiendo brindar un apoyo sistemático y de más largo plazo al programa de redes públicas de salud, cuyo alcance y complejidad requerirá más de un ciclo de proyecto para concluirse. Asimismo, esta operación permitirá apoyar de manera continuada la implementación de la PNPSS, en particular los ejes estratégicos de eficiencia y calidad (ver párrafo 1.38).
- 1.42 Aunque el déficit consolidado de las IPS públicas ha disminuido (ver Gráfico 1), evidenciando el impacto de las acciones de reorganización operativa efectuadas, persisten instituciones que son insostenibles financieramente, y que requieren ser intervenidas. Además, se requiere apoyar la implementación de la PNPSS (ver párrafo 1.38) tanto con recursos financieros como de asistencia técnica. Se estima que, teniendo en cuenta la culminación del actual gobierno en agosto de 2006, esta primera fase de la operación financiará convenios de desempeño entre la Nación y las entidades territoriales³⁰ suscritos en el 2006, que cubrirá la reorganización de unas 40 IPS³¹ y la modernización operativa de 10 DTS. La primera fase está concebida como una extensión del programa 1525/OC-CO, que permitirá seguir impulsando los procesos de reorganización de las redes de prestación de servicios³². La segunda fase extenderá el programa de manera horizontal, apoyando la reorganización operativa y modernización de unas 58 IPS. Además, la segunda etapa extenderá de manera vertical las acciones de apoyo a la

³⁰ Ver párrafos 3.6-3.8 para una descripción de los convenios de desempeño utilizados en el programa.

³¹ El número total de IPS que se serán intervenidas con los recursos del programa podrá variar en función del nivel de atención de las instituciones que se incluyan y de las acciones de reorganización operativa requeridas.

³² 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.

PNPSS con base en los resultados de los estudios y análisis que se implementarán en la primera fase.

F. Lecciones aprendidas y relaciones con otras operaciones del Banco

- 1.43 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)³³ 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 adquirida en éstos préstamos³⁴. La ejecución de estos préstamos, en especial del 1525/OC-CO, ha permitido identificar la necesidad de: (i) contar con el apoyo de una política nacional que dé soporte a los procesos de conformación de redes hospitalarias; (ii) fortalecer el apoyo técnico para la gestión hospitalaria a nivel territorial; y (iii) analizar a fondo los temas laborales tales como la formación de cooperativas de trabajo en salud, y la re-adecuación laboral del personal desvinculado de los hospitales.
- 1.44 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 construcción, mejoramiento de equipos de salud y de estructuras. Asimismo, el Programa de Reforma Social y Equidad (CO-L1014) merece especial atención, porque establece pautas para la implementación del SOGC en el sector salud, que refuerza las actividades a ser parcialmente financiadas por este programa. Finalmente, la cooperación técnica “Apoyo a la Implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud – SOGC” (CO-T1029) complementará los esfuerzos del presente programa.

G. Coordinación con otros donantes

- 1.45 El esfuerzo para apoyar a Colombia en la implantación de las reformas está siendo coordinado entre los organismos multilaterales y el gobierno. Bajo el apoyo sectorial, el BID y el Banco Mundial están trabajando conjuntamente en la protección del gasto para financiar la extensión del RS. El Banco Mundial, en la

³³ 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.

³⁴ 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. Una descripción sistemática del apoyo del Banco en el sector salud en Colombia se encuentra disponible en el archivo técnico del proyecto en RE3.

tercera operación programática social, plantea incluir indicadores relacionados a la reorganización operativa de las redes de hospitales públicos.

II. EL PROGRAMA

A. Objetivos

- 2.1 El objetivo de largo plazo (*fin*) del programa es contribuir a mejorar el estado de salud de la población colombiana. El propósito del programa es mejorar la eficiencia, la calidad y la sostenibilidad financiera de las redes públicas de prestadores de servicios de salud. Para lograr este objetivo, se plantea un programa estructurado en dos fases.
- 2.2 El monto total de la operación multifase sería de US\$194 millones, a ejecutarse en aproximadamente 6 años, en dos fases. La primera fase tendrá un financiamiento del Banco de US\$50 millones y la segunda fase sería de US\$144 millones³⁵. Los elementos activadores de la segunda fase son:
 - a. Uso de los recursos de la primera fase. Las metas específicas serán: (i) 75% comprometidos; y (ii) 50% desembolsados.
 - b. Informe de seguimiento de la operación 1525/OC-CO que reportará resultados relativos a las 71 IPS objeto de los convenios suscritos en 2004. Las metas específicas serán: (i) reducción promedio del gasto de personal hospitalario en un 15%; (ii) 90% de las IPS intervenidas en situación de equilibrio financiero; (iii) cumplimiento del 90% de la meta de producción de servicios hospitalarios y ambulatorios en el agregado de IPS³⁶; y (iv) sistema de monitoreo de calidad implementado en el 80% de las IPS intervenidas.
 - c. Convenios de desempeño suscritos entre el MPS y las entidades territoriales en el marco de la primera fase del programa, por medio de los cuales las entidades territoriales se comprometen a alcanzar las siguientes metas específicas: (i) reducción promedio del gasto hospitalario del 15-20%; (ii) metas de producción de servicios hospitalarios y ambulatorios constantes; y (iii) las IPS intervenidas en situación de equilibrio financiero.
 - d. Despliegue del sistema de información para la calidad, que involucre informes anuales de calidad y “ranking” de IPS y EPS.³⁷

³⁵ Previa confirmación de disponibilidad de espacio presupuestal y análisis técnico de la primera fase y operación 1525/OC-CO (ver párrafo 2.2).

³⁶ El nivel de producción de servicios hospitalarios podría modificarse como resultado del cambio del portafolio de servicios de la IPS en la red y el nivel de contratación que realicen las ARS con la red pública.

³⁷ La difusión del ranking pondrá a disposición del público la información acerca de la calidad de los servicios ofrecidos por las EPS, ARS y IPS, así incentivando a dichas instituciones a mejorar la provisión de servicios (ver párrafo 1.11).

B. Descripción del programa

2.3 Para alcanzar estos objetivos, la primera fase financiará cuatro componentes.

1. Componente 1 — Reorganización de las redes de IPS públicas (US\$43,54 millones)

2.4 Este componente consolidará los procesos de reorganización, modernización y rediseño de las redes de prestación de servicios de salud iniciados con los recursos del crédito BID 1525/OC-CO y apoyará al nivel territorial e institucional en la implementación de la PNPSS. El componente incluirá los siguientes sub-componentes:

a) Reorganización operativa de las IPS (US\$34,15 millones)

2.5 El sub-componente financiará, siguiendo las normas de la legislación colombiana, las indemnizaciones, compensaciones y obligaciones del personal a quien se le suprima el cargo en las IPS con el fin de adecuar las plantas de personal (número y perfiles requeridos) al portafolio de servicios previsto para cada IPS en el rediseño de su red, de manera que puedan 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 no garanticen la viabilidad financiera de las instituciones, o que dada la reorganización de la red se requiera su liquidación³⁸.

b) Rediseño y modernización de las redes (US\$9,38 millones)

2.6 Este sub-componente mejorará la calidad de los servicios de salud y la atención centrada en el usuario, en situación de eficiencia y de sostenibilidad financiera, y se instrumentará en función del cumplimiento de los estándares de acreditación para las DTS e IPS. El sub-componente financiará actividades de asistencia técnica, capacitación, suministro de instrumentos de gestión, equipos de computación, software y redes informáticas dirigidas:

- a. A las DTS, para que ejerzan adecuadamente su papel de rectoría de la red de prestación de servicios, con énfasis en: (i) coordinación, administración y sostenibilidad de la red de prestadores; (ii) gestión de los recursos para la prestación de servicios a la población pobre no cubierta con subsidios a la demanda; (iii) implementación del SOGC; (iv) gestión de tecnología biomédica a nivel territorial; y (v) mejoramiento de la tecnología informática para la operación y conectividad de la red.

³⁸ 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.

- b. A las IPS, para que obtengan los resultados esperados, en función de calidad y eficiencia en la prestación de los servicios, con énfasis en: (i) gestión financiera; (ii) gestión del talento humano, incluyendo la capacitación y reconversión laboral para los trabajadores a quienes se les suprima el cargo en el desarrollo del programa (ver párrafo 4.12); (iii) gestión de insumos hospitalarios; (iv) gestión de tecnología biomédica; (v) implementación del SOGC³⁹; y (vi) fortalecimiento de la tecnología informática para la operación y conectividad de la red

2. Componente 2 — Implementación de proyectos prioritarios de la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud (PNPSS) (US\$2,15 millones)

- 2.7 Este componente apoyará la implementación de proyectos prioritarios de la PNPSS al nivel nacional. El componente financiará asistencia técnica, capacitación, compra de equipos, software y redes informáticas que fortalezcan, entre otros: (i) la implementación del SOGC; (ii) la modificación del marco regulatorio para la prestación pública de servicios de salud; (iii) el desarrollo de proyectos de evaluación de tecnología biomédica; (iv) la implementación de la política farmacéutica nacional; (v) la estandarización de procesos de gestión del talento humano y de insumos en salud; (vi) el fortalecimiento de la tecnología informática para la operación y gestión de las redes de prestación de servicios de salud; y (vii) auditorías y evaluaciones sobre: (a) el alcance y recursos destinados por las entidades territoriales a la financiación de las acciones no incluidas en el POS del RS; (b) la dinámica de las cuentas por cobrar de las IPS públicas hacia las ARS y las DTS; (c) la gestión de los recursos destinados por la Nación para la financiación de los aportes patronales de los funcionarios de las IPS públicas, sin situación de fondos; y (d) la financiación de IPS públicas, donde las condiciones del mercado no les permitan su sostenibilidad exclusiva a partir de los ingresos por venta de servicios.

3. Componente 3 — Seguimiento y evaluación (US\$1,13 millones)

- 2.8 Este componente tendrá como propósito el monitoreo, seguimiento y evaluación de la gestión de las IPS y DTS; del impacto del programa a nivel territorial y nacional; y la evolución en la implementación de la PNPSS. El componente financiará asistencia técnica dirigida a: (i) seguimiento y evaluación de la gestión de las IPS, redes de prestadores de servicios de salud y DTS en los ámbitos de intervención del programa; (ii) monitoreo del cumplimiento por las IPS y DTS de las metas y compromisos incluidos en los convenios de desempeño y contratos de empréstito interno condonables; (iii) evaluación del impacto de las acciones del programa frente al mejoramiento en las condiciones de calidad, eficiencia y sostenibilidad financiera de las redes de prestadores de servicios de salud; y (iv) evaluación y seguimiento a los avances en la implementación de la PNPSS.

³⁹ El SOGC incluye las pautas relativas al manejo oportuno de los residuos hospitalarios.

- 2.9 Lo anterior implica el desarrollo de sistemas de rendición de cuentas y de monitoreo de la oferta de prestación de servicios que generen información periódica tanto a los ciudadanos como las diferentes instancias gubernamentales y no gubernamentales del sector.

4. Componente 4 — Administración del programa (US\$1,13 millones)

- 2.10 Este componente incluye el financiamiento de la Unidad Coordinadora del Programa (UCP), 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

- 2.11 Para la estimación de la dimensión de esta operación, se tuvieron en cuenta los siguientes elementos: (i) la necesidad de recursos para consolidar las redes, según las propuestas presentadas por las entidades territoriales al MPS; (ii) la necesidad de recursos para desarrollar los demás componentes; y (iii) el espacio fiscal del país disponible para el programa incluido en el anteproyecto de presupuesto del 2006⁴⁰.
- 2.12 Con esos criterios, se dimensionó la primera fase en US\$50 millones, que a pedido de las autoridades del Gobierno colombiano, será enteramente financiada con recursos del Banco (ver Cuadro 3).

Cuadro 3: Costos del programa

Componente	BID US\$ (000)	% Total
1 - Reorganización de las redes de IPS públicas	43.540	87,1%
1.1 Reorganización operativa de las IPS	34.155	68,3%
1.2 Rediseño y modernización de las redes	9.385	18,8%
2 - Implementación de proyectos prioritarios de la PNPSS	2.150	4,3%
3 - Seguimiento y evaluación	1.259	2,5%
4 - Administración	1.135	2,3%
4.1 Unidad de Coordinación	667	1,3%
4.2 Auditorías y costos de administración financiera	468	1,0%
5 - Imprevistos	1.916	3,8%
Gran Total	50.000	100,0%

⁴⁰ El monto de la primera fase del programa corresponde al 0,2% del gasto anual en salud del país.

III. EJECUCIÓN DEL PROGRAMA

A. Prestatario y organismo ejecutor

- 3.1 El Prestatario será la República de Colombia, y el Ministerio de la Protección Social (MPS) 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 programa

- 3.2 La **administración del programa** estará a cargo de la UCP, que cuenta con un equipo de aproximadamente 8 profesionales responsables del manejo de los aspectos técnicos, administrativos, jurídicos, financieros y contables del programa. La UCP contratará la auditoría del programa de acuerdo con las políticas del Banco.

1. Ejecución del sub-componente 1.1: Reorganización operativa de las IPS

- 3.3 La ejecución de las actividades comprendidas en este sub-componente será llevada a cabo utilizando el mismo esquema de ejecución de la operación 1525/OC-CO.
- 3.4 **Prerrequisitos para la participación de las entidades territoriales y de las IPS.** Para que las entidades territoriales y las IPS puedan participar en el programa, deberán expresar formalmente su intención de participar y preparar los estudios orientados al diagnóstico de la prestación de servicios de salud en su jurisdicción, una propuesta de organización en red(es), incluyendo su análisis financiero y una propuesta de reorganización de sus IPS. Estos diagnósticos serán preparados por cada DTS, con asistencia técnica del MPS. Se incluyó un diagnóstico tipo en el Reglamento Operativo. El MPS, con asesoramiento del DNP y tomando en cuenta el análisis fiscal de cada entidad territorial establecido por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público (MHCP), evaluará los diagnósticos preparados por cada DTS y focalizará y priorizará las propuestas entregadas por las entidades territoriales para la distribución de los recursos.
- 3.5 **Focalización y priorización de las entidades territoriales.** Las propuestas serán elegidas de acuerdo con los siguientes criterios de priorización: (i) proporción de población pobre no asegurada; (ii) nivel de déficit; (iii) nivel de dependencia de los recursos para la atención de la población pobre no cubierta por subsidios a la demanda; (iv) proporción del gasto en servicios personales; (v) mejor sostenibilidad en el mediano plazo; (vi) mayor relación costo-beneficio e impacto en la red; y (viii) importancia estratégica en la prestación de servicios. Asimismo, se tendrán en consideración otros criterios, tales como la cofinanciación propuesta

por la entidad territorial, sus antecedentes en términos del cumplimiento de compromisos asumidos con la Nación en relación con procesos similares de reorganización hospitalaria.

- 3.6 **Convenios de desempeño.** La ejecución de las actividades de este componente serán llevadas a cabo mediante convenios de desempeño suscritos entre el MPS y las entidades territoriales. Los convenios incorporan tres elementos: (i) una matriz de condonabilidad que establece las condiciones que deberá cumplir la entidad territorial, incluyendo la sostenibilidad de la red; (ii) los convenios de desempeño entre la entidad territorial y las IPS correspondientes, que incluyen 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.
- 3.7 Según se describe en el Reglamento Operativo, la secuencia para el acceso a los recursos del programa será la siguiente: (i) una vez seleccionada la entidad territorial, esta y el MPS celebran el convenio de desempeño; (ii) una vez suscrito dicho convenio, la entidad territorial celebra con cada IPS participante un segundo convenio de desempeño; y (iii) finalmente, el MHCP celebrará el contrato de empréstito interno con la entidad territorial. Los desembolsos serán girados por el MHCP con la autorización del MPS a una entidad que será la encargada de efectuar el pago directo a los beneficiarios finales (personal objeto de retiro), siguiendo las normas del Banco.
- 3.8 Las **obligaciones adicionales de las entidades territoriales** están especificadas en el convenio de desempeño. Estas incluyen: (i) facilitar la documentación requerida para llevar a cabo el seguimiento del programa; (ii) presentar una certificación sobre el cumplimiento de las disposiciones legales para llevar a cabo la racionalización del personal y responder con exactitud sobre la legalidad y veracidad de las liquidaciones; y (iii) adoptar las medidas técnicas, administrativas y financieras necesarias para la adecuada ejecución del programa, efectuar su control y llevar a cabo la auditoría del programa. Para efectos del manejo de los recursos correspondientes al pago de las indemnizaciones, obligaciones y liquidaciones del personal a jubilarse como resultado de la adecuación y racionalización de la planta de personal, se abrirá una cuenta bancaria especial, de conformidad con el Reglamento Operativo.
- 3.9 Además, la entidad territorial, a través de la DTS, será responsable de: (i) la conformación de un equipo que proveerá asistencia técnica a las IPS para el logro de las metas de la matriz de evaluación; (ii) la medición, el monitoreo y el reporte de los avances en los indicadores de la matriz de evaluación e IPS semestralmente al MPS-UCP; (iii) el financiamiento de los pasivos acumulados⁴¹, que no será reconocido como contrapartida del programa; (iv) el desarrollo de otras

⁴¹ Pasivos descritos en el párrafo 1.31.

actividades que apoyarían el logro de las metas de la matriz de evaluación; y (v) cumplimiento de las metas de sostenibilidad de la red pública propuestas y aprobadas. Para la realización de estas actividades, el MPS-UCP proveerá asistencia técnica directamente y a través de firmas, organizaciones no gubernamentales o consultores contratados por la UCP. Para asegurar que se cumplan los procedimientos, criterios e indicadores establecidos en el Reglamento Operativo para los convenios de desempeño, dichos convenios serán remitidos al Banco para su no-objeción.

- 3.10 **Contrato de empréstito interno condonable.** Este instrumento financiará el pago de indemnizaciones, obligaciones y liquidaciones del personal a retirar como resultado de la adecuación y racionalización de la planta de personal de la IPS que integran las redes, identificado en el diagnóstico base⁴², que permitirá el cumplimiento del indicador sobre ajuste de personal contenido en la matriz de condonabilidad. El MPS será responsable de autorizar el pago de los recursos asociados al pago de las indemnizaciones, obligaciones y liquidaciones, que será efectuado por el MHCP. Asimismo, la Dirección General de Apoyo Fiscal (DAF), vigilará el proceso de ajuste fiscal al nivel territorial; la Dirección General de Crédito Público y Tesoro Nacional (DGCPTN) autorizará los contratos de empréstito a las entidades territoriales; y la División de Servicio de Deuda de la DGCPTN verificará si la situación financiera de la entidad territorial se encuentra al día con la Nación.
- 3.11 **Matriz de condonabilidad a nivel de entidad territorial.** Esta matriz establece los valores de línea de base, generados a partir de los diagnósticos y metas anuales para los siguientes indicadores de desempeño para un período de diez años: (i) el ajuste y mantenimiento de la planta de personal, consistente con la demanda, a través del pago de indemnizaciones y los ahorros operativos obtenidos a partir del ajuste; (ii) la racionalización del gasto y sostenibilidad financiera; (iii) la producción de servicios; (iv) la calidad de los servicios médicos; (v) la gestión de las IPS; (vi) la gestión de las entidades territoriales (DTS); y (vii) el saneamiento de deudas. El detalle de la definición de estos indicadores se encuentra disponible en el Reglamento Operativo del programa, así como el Marco Lógico (ver Anexo 1). Estas metas se establecerán como parte de la negociación del convenio, que será realizado entre el MPS-UCP y el DTS, a partir de los estudios de diagnóstico. El cumplimiento de estas metas por parte de las IPS y las entidades territoriales es el objetivo central del convenio de desempeño.
- 3.12 **Condiciones financieras de los contratos de empréstito interno condonable.** Los siguientes términos han sido acordados para dichos contratos: (i) tendrán un plazo mínimo de 10 años; (ii) se aplicará la tasa de interés de los Depósitos a

⁴² La lista de los cargos para suprimir forma parte de la propuesta departamental para la reorganización de las IPS, basada en el estudio de diagnóstico y forma parte del convenio de desempeño.

Término Fijo (DTF) de 90-días⁴³; (iii) el repago del préstamo se realizará en nueve cuotas anuales, consecutivas e iguales, incluyendo intereses y capital; (iv) el período de gracia será de dos años; y (v) en caso de no cumplimiento, se utilizarán como fuentes de pagos: (a) en primera instancia, los recursos del SGP, según las especificaciones de la Ley 715 de 2001⁴⁴; y (b) si fuera necesario, otros recursos de las entidades territoriales que el MHCP-DAF identificarían para cubrir el monto del préstamo⁴⁵.

- 3.13 **Evaluación de los contratos de empréstito interno condonable.** Cada año, y con un mínimo de tres meses de antelación a la fecha prevista para el pago de cada cuota de repago del contrato, se llevará a cabo una evaluación de las matrices de condonabilidad de los convenios de desempeño por parte de un Comité conformado por representantes del MPS, MHCP y DNP a fin de determinar la condonabilidad o no de la respectiva cuota⁴⁶. El cumplimiento de las metas establecidas en la matriz de condonabilidad de cada IPS, hasta la fecha de evaluación, implica la condonación de la cuota de repago del contrato de empréstito interno relacionada en el monto asignado a cada IPS. El incumplimiento de las metas establecidas en la matriz de condonabilidad implica el repago de la cuota del contrato de empréstito interno relacionada, debiendo la entidad territorial utilizar las fuentes de pago indicadas en el párrafo 3.12. Este proceso de evaluación se repetirá cada año para cada convenio de desempeño.
- 3.14 La posibilidad de condonación de las cuotas de repago del empréstito interno actúa como principal incentivo para que las entidades territoriales adelanten acciones de ajuste y modernización de la red, que permitan aumentar la calidad y cobertura de los servicios haciendo un uso más eficiente de recursos. Además, estos créditos no se computarían dentro de los indicadores de solvencia y sostenibilidad de la Ley de Endeudamiento Territorial mientras las metas de ajuste estén siendo cumplidas de acuerdo con el cronograma establecido en el convenio de desempeño. Por lo anterior, las entidades territoriales tendrían el incentivo adicional de cumplir con las metas establecidas en el convenio de desempeño, dado que de lo contrario podrían afectar su capacidad de contraer nuevos endeudamientos.
- 3.15 **Ejecución de los Componentes 2, 3 y 4 y del sub-componente 1.2.** El MPS, a través de la UCP, estará encargado de contratar los bienes y servicios financiados

⁴³ Esta tasa de interés es la que cobra la DAF del MHCP para los préstamos de ajuste con las entidades territoriales. Esta tasa garantiza la “rentabilidad” de los préstamos de la Nación, exigida por el Decreto Ley 1133/99.

⁴⁴ Los recursos para salud del SGP de una vigencia corresponden a 10 veces el valor a ser ejecutado a través de contratos de empréstito interno y por lo tanto no representarán un cargo importante del SGP.

⁴⁵ Entre estos recursos se destaca el 70% de los fondos provenientes del impuesto al consumo de licores que la Ley 788 de 2002 destina para financiar la reestructuración hospitalaria.

⁴⁶ El sistema de seguimiento y monitoreo del programa proveerá los insumos requeridos por el Comité de Evaluación de Convenios, en términos de la comprobación del cumplimiento de las metas y compromisos por parte de las entidades territoriales participantes en el programa.

bajo los demás componentes del programa, conforme a los procedimientos de adquisiciones del Banco.

C. Reconocimiento de gastos

- 3.16 Las autoridades del Gobierno colombiano han solicitado al Banco que se reconozca, como cargo al financiamiento, los gastos que se realizarán anteriormente a la aprobación del préstamo a partir del 1º de abril 2006 y enmarcados en esta operación. El valor máximo de gastos a reconocer sería de US\$15 millones, que representa el 30% del financiamiento. El Banco verificará el cumplimiento de los procedimientos de contratación de las políticas de adquisiciones y del Reglamento Operativo de la operación. Resulta útil destacar que el Banco, a través de la Representación en Colombia, acompañará los procesos de contratación más significativos, verificando el cumplimiento de las políticas del Banco en materia de adquisiciones.

D. Adquisición de bienes y servicios

- 3.17 El programa comprende la adquisición de bienes y la contratación de servicios de consultoría. Dichas actividades serán adquiridas y contratadas conforme a lo dispuesto en las Políticas para la adquisición de obras y bienes financiados por el BID (GN-2349-6) y las Políticas para la selección y contratación de consultores financiados por el BID (GN-2350-6). En el Anexo 2 se presenta el Plan de Adquisiciones para los primeros 18 meses de ejecución.
- 3.18 Las licitaciones públicas internacionales serán obligatorias para la adquisición de bienes por montos estimados iguales o mayores a US\$250.000; por montos entre US\$50.000 y US\$250.000 se efectuarán licitaciones públicas nacionales; por montos inferiores a US\$50.000 se utilizará el método de comparación de precios. Para la contratación de servicios de consultoría cuyos montos sean menores a US\$350.000, se podrán constituir listas cortas solamente con firmas nacionales.
- 3.19 **Examen por el Banco.** El Banco aplicará el procedimiento de revisión conforme a lo estipulado en los documentos GN-2349-6 y GN-2350-6. Utilizando la experiencia positiva de la operación 1525/OC-CO,⁴⁷ se aplicará el procedimiento de examen ex-post semestral, a los procesos de adquisición de bienes por montos inferiores a US\$250.000 y a la contratación de servicios de consultoría por montos menores a US\$350.000.
- 3.20 **Fondo rotatorio.** El porcentaje del fondo rotatorio será de 15% del monto del préstamo, equivalente a US\$7,5 millones, según la autoridad otorgada en OA-345. Esto se justifica por un análisis de flujo de desembolsos efectuado en base a la

⁴⁷ Las revisiones ex-post efectuadas (ver CCO-4335/2005) evidencian que el sistema de control interno, administrativo, financiero y contable de la UCP permite tener los estados financieros básicos y complementarios con la oportunidad requerida. La conclusión de los auditores externos es que no existen debilidades relevantes en el ambiente de control interno y que el ejecutor cuenta con la estructura administrativa financiera adecuada.

programación de ejecución del programa y a los compromisos ya adquiridos, se prevé un ritmo importante de desembolso entre julio de 2006 y julio de 2007, cuando deberán ser tramitadas ante el Banco las solicitudes de desembolso de los recursos del financiamiento simultáneamente para todas las IPS que habrán suscrito Convenios de Desempeño. La UCP presentará informes semestrales sobre el estado del fondo rotatorio dentro de los 60 días del cierre de cada semestre, lo que permitirá revisar la pertinencia del nivel del fondo rotatorio. Se destaca que la UCP en el manejo del 1525/OC-CO utilizó exitosamente un fondo rotatorio de un monto equivalente (US\$7,2 millones) que permitió una ágil ejecución de la operación.

E. Período de ejecución y calendario de desembolsos

- 3.21 El período de ejecución del programa es de 24 meses. El plazo para desembolsos de los recursos del préstamo se ha estimado en 36 meses, a partir de la fecha de entrada en vigencia del contrato de préstamo (ver Cuadro 4).

Cuadro 4: Flujo de desembolsos (en miles de US\$)

Fuente	Año 1	Año 2	Año 3	Total
BID	30.000	15.000	5.000	50.000
%	60%	30%	10%	100%

F. Auditoría externa

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

G. Seguimiento y evaluación

- 3.23 **Reuniones y evaluaciones de seguimiento.** El MPS, la UCP y el Banco realizarán reuniones de seguimiento para revisar el funcionamiento institucional y operativo del programa. Durante el primer año se realizarán dos reuniones semestrales y una en cada año siguiente. Las fechas serán programadas entre el Banco y el MPS. Si corresponde, de acuerdo a los resultados de la revisión, se adoptarán las medidas pertinentes para asegurar la buena marcha del programa.
- 3.24 **Informes de progreso.** La UCP presentará al Banco durante la ejecución del programa informes semestrales de progreso con un detalle apropiado de las

actividades realizadas y el avance de cada componente en términos de desembolsos ejecutados y metas acordadas en el Marco Lógico del programa, así como los informes producidos por los consultores contratados bajo el programa.

- 3.25 **Evaluación.** 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 (ver Anexo 1.) Los indicadores asociados con los *componentes* pondrán énfasis en el avance en las metas establecidas por el programa, que incluyen la reducción del costo del personal generado por las medidas de reorganización operativa, el mantenimiento de los niveles de producción de servicios de salud, un índice constituido por la razón entre los valores de las prestaciones brindadas a la población asegurada al RS y a la no asegurada (ver párrafo 4.12), avances en la implementación del sistema de monitoreo de la calidad en IPS públicas y en el proceso de acreditación. Los indicadores al nivel de *propósito* medirán los niveles de satisfacción de los usuarios de las IPS públicas y la sostenibilidad financiera de las mismas. A nivel de *fin*, se medirá el mejoramiento en el acceso a los servicios de salud por parte de la población de mayor pobreza a través de la extensión del RS y la mejora de la calidad de la atención en salud a través de la reducción de las infecciones intra-hospitalarias.
- 3.26 Para evitar duplicaciones, se articularán los procesos de seguimiento y evaluación de la operación propuesta y de la operación 1525/OC-CO. Es importante tomar en cuenta que la evaluación del proceso de reorganización operativa de las IPS requiere la terminación de una vigencia fiscal completa posterior a la supresión de los cargos. Por ejemplo, para evaluar los convenios de desempeño suscritos durante la vigencia 2004, se tendrá que recolectar información financiera y operativa hasta diciembre de 2006 y se podrán obtener los resultados de la evaluación a mediados de 2007 (ver Cuadro 5.)

Cuadro 5: Esquema de evaluación de préstamos 1525/OC-CO y CO-L1017

Año	1525/OC-CO	CO-L1017 Fase I	CO-L1017 Fase II
2004	Año cero		
2005			
2006	Línea base. Corte dic. 2004		
2007	Medio término. Corte dic. 2006	Accionador segunda fase	Línea de base Fase II
2008			Comienzo de la Fase II
2009	Final. Corte dic. 2008	Final. Corte dic. 2008	
2010			
2011		Posterior. Corte dic. 2010	Medio término. Corte dic. 2010
2012			Final. Corte dic. 2011

- 3.27 Las evaluaciones serán iniciadas con una línea de base, en coordinación con la elaboración de los diagnósticos y convenios de desempeño en cada IPS y la entidad territorial, y seguidas por mediciones anuales que servirán de insumo para las revisiones de cumplimiento de la matriz de condonabilidad.

- 3.28 El Gobierno ha indicado que no efectuará una evaluación ex post. Sin embargo, los datos recolectados como parte de las evaluaciones del programa, podrían servir como insumo directo para la evaluación ex post del programa. El Gobierno se compromete a recopilar y tener disponible la información necesaria para la preparación del informe de terminación de proyecto, consistente con la política del Banco (OP-305.)

IV. VIABILIDAD Y RIESGOS

A. Viabilidad institucional

- 4.1 En relación con la viabilidad institucional del programa, se señala que el programa reorganización, rediseño y modernización de las redes de prestación de servicios de salud es mencionado en el Artículo 43 de la Ley 812 de 2003 por medio de la cual se aprueba el Plan Nacional de Desarrollo para el cuatrienio 2003-2006.
- 4.2 El esquema de ejecución del Componente 1, a través de convenios de desempeño y contratos de empréstito entre la Nación y las entidades territoriales, está conforme con lo dispuesto en el Artículo 54, Párrafo Tercero de la Ley 715 de 2001. Este artículo dispone que la Nación podrá otorgar préstamos condonables a las entidades territoriales con el fin de adelantar el programa de reorganización y modernización de las redes de los prestadores de servicios de salud públicos, los cuales serán considerados como gastos de inversión del sector⁴⁸. Finalmente, la buena ejecución de la operación de crédito 1525/OC-CO confirma la viabilidad legal del programa.
- 4.3 Con relación a la viabilidad institucional del programa, se destaca la más que satisfactoria capacidad, estabilidad y alistamiento de la UCP involucrada en la implementación del piloto financiado para el Banco en el 1999 y del programa 1525/OC-CO desde el 2004.

B. Viabilidad financiera

- 4.4 El Gobierno de Colombia ha asegurado el espacio fiscal adecuado para la correcta ejecución del presente programa. En el presupuesto del 2006, el MPS tienen asignado un espacio fiscal para hasta \$146.000 millones de pesos colombianos (alrededor de US\$70 millones) para financiar actividades dirigidas a la reorganización operativa de IPS públicas. El 27 de marzo de 2006 el Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES) autorizó la Nación a contratar empréstitos con la Banca multilateral de hasta US\$50 millones con el fin de financiar la primera fase del programa⁴⁹.

⁴⁸ Asimismo, se establece que: (i) estos créditos no se computarán dentro de los indicadores de solvencia y sostenibilidad de la Ley 358 de 1997, mientras que la entidad que los reciba no cumpla con los requisitos que el Gobierno Nacional establezca para su condonación; y (ii) que en caso de no condonación de los mismos, las rentas de la SGP para salud, podrán ser pignoradas a la Nación.

⁴⁹ Ver Documento CONPES 3415. Disponible en el archivo técnico del proyecto en RE3.

- 4.5 El Gráfico 1 muestra la tendencia hacia la reducción del déficit en las IPS públicas a partir del año 2002, atribuible a la reorganización operativa implementada desde 1999. Los esfuerzos propuestos en este programa se reflejarán en el mediano plazo en una reducción sustancial del déficit operacional de las IPS públicas. Considerando los ahorros fiscales que se lograrían en el período 2007-2009, se calcula que la tasa interna de rendimiento financiero (TIR)⁵⁰ del programa es del 15%. Si se consideran los ahorros fiscales del período 2007-2012, el TIR del programa sería de 28%. El período de recuperación de la inversión en indemnizaciones se estima en dos años y tres meses para todo el programa⁵¹.

C. Impacto ambiental y social

- 4.6 **Estrategia ambiental.** El marco normativo colombiano relativo a la gestión de los desechos hospitalarios es bastante completo. Se mencionan: (i) la Ley 9 de 1979, (Código Sanitario Nacional); (ii) la Resolución 4445 de 1996, por la cual se dictan normas referentes a las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares, y reglamenta la evacuación y disposición sanitaria de residuos líquidos y sólidos y el control de emisiones atmosféricas; (iii) el Decreto 2676 de 2000 y 1011 de 2006, por el cual se reglamenta la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares; (iv) la Resolución 01164 de 2002, por el cual se adopta el Manual de Procedimientos para la Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares en Colombia, que fue difundido a nivel nacional por parte del MPS; y (v) el Decreto 2309 de 2002 por el cual se establece el SOGC, donde la gestión de los residuos hospitalarios forma parte de los sistemas únicos de habilitación y acreditación⁵².
- 4.7 Al momento, no se cuenta con información sistemática sobre el avance en la aplicación de las normas mencionadas, pero teniendo en cuenta que este aspecto forma parte de los estándares del Sistema Único de Habilitación, se puede inferir que la mayor parte de los hospitales cumplen con los criterios mínimos⁵³. Como el manejo integral de los residuos hospitalarios forma parte de los criterios de acreditación, se incluyeron acciones de asistencia técnica en el Componente 1 dirigidas a apoyar a las IPS en el manejo de los desechos hospitalarios y a las DTS en el mejoramiento de las acciones de verificación, vigilancia y control.

⁵⁰ 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.

⁵¹ El período de recuperación estimado es consistente con los encontrados en la experiencia mundial. Ver: Haltiwanger y Singh. (1999), "Cross-Country Evidence on Public Sector Retrenchment", The World Bank Economic Review, Vol. 13, No. 1, Pág. 23-66.

⁵² Los criterios de habilitación establecen estándares de infraestructura, procedimientos para el depósito y almacenamiento de residuos hospitalarios peligrosos biosanitarios, anatomopatológicos y cortopunzantes, y la implementación de procedimientos documentados para el manejo de los residuos hospitalarios infecciosos o de riesgo biológico. Los estándares de acreditación requieren garantizan procesos para el manejo seguro de los desechos, entre otros.

⁵³ Ver: Contraloría Municipal de Cali. "Informe del Estado de los Recursos Naturales y del Medio Ambiente del Municipio de Santiago de Cali", Santiago de Cali, 2003.

- 4.8 **Estrategia social.** Colombia se destaca en la Región en el tema de salud indígena⁵⁴. En Colombia, toda acción de salud que se proyecte adelantar en comunidades indígenas debe ser previamente acordada con ellas y aprobada por los respectivos Cabildos o autoridades que ejerzan el gobierno interno de las mismas. La Ley 100 de 1993 introduce criterios de discriminación positiva a las comunidades indígenas en el acceso de los recursos del RS y permite a las mismas autogestionar las ARS, desarrollando sus propios servicios de salud⁵⁵.
- 4.9 El componente 1 incluye el diseño y desarrollo de actividades de capacitación y reconversión laboral para personas afectadas por la reorganización operativa de las IPS. Estas actividades tienen por objeto reducir el impacto psicológico de la interrupción de la relación laboral, apoyar el uso apropiado de los recursos recibidos como compensación, apoyar el desarrollo de formas organizativas como cooperativas de servicios y ayudar a reducir los efectos sociales negativos de este proceso. Al momento se está desarrollando un estudio que evaluará las actividades de capacitación y reconversión laboral efectuadas en el ámbito del programa 1525/OC-CO y generará propuestas para su mejora.

D. Beneficios y beneficiarios

- 4.10 **Clasificación SEQ/PTI.** Por ser una operación del sector salud, esta operación califica como un proyecto que promueve la equidad social (SEQ), 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.) Ya que la operación mejorará el acceso a servicios de salud que serán, en su mayoría utilizados por los pobres, esta operación califica como inversión focalizada en la pobreza (PTI).
- 4.11 El impacto del programa en mejorar el acceso de la población a los servicios de salud está claramente comprobado por el aumento en la producción de servicios de salud registrado después de las actividades de reorganización operativa (ver Cuadro 2.) Varios hospitales que habían sido cerrados o no podían comprar medicamentos e insumos por su deuda, ahora están abiertos y ofreciendo servicios de salud. Además, se estima 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. Esto es confirmado por los datos de la Encuesta de Hogares de marzo de 2000 y por los datos de facturación de las IPS públicas, que indican que en el 2005 alrededor del 79% de los servicios de salud fueron dirigidos a población pobre (el 45% a pobres no asegurados y el 34% al RS)⁵⁶.

⁵⁴ Ver: BID. "Calidad Legislativa Indígena en América Latina. Compilación de Legislación sobre Asuntos Indígenas", SDS/IND, 2003, Pág. 12.

⁵⁵ Los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de año 2003 confirman que las poblaciones indígenas colombianas tienen un acceso privilegiado al RS (ver: Bernal y Cardenas, "Race and Ethnic Inequality in Health and Health Care in Colombia", mimeo, 2005).

⁵⁶ Adicionalmente, un análisis del DNP muestra que existe una relación positiva y estadísticamente significativa entre la oferta de servicios de salud privados, y el índice de calidad de vida y el nivel de riqueza.

E. Riesgos

- 4.12 Un riesgo potencial de la operación es que las IPS después de la reorganización operativa puedan **discriminar negativamente a la población pobre no asegurada**, produciendo una reducción en el acceso a los servicios de salud por parte de la población pobre no asegurada. Al momento no parece haber un sesgo sistemático de las IPS públicas contrario a la población no asegurada. Además, el sistema de incentivos existente -las IPS públicas reciben pagos por prestaciones también cuando atienden población no asegurada- no favorece que ocurra este riesgo. De todas formas, para controlar este riesgo potencial, la UCP construirá e incluirá en el sistema seguimiento y monitoreo del programa un índice conformado por los valores de las prestaciones brindadas a la población asegurada al RS y a la no asegurada. De observarse una variación en este índice no justificada por factores exógenos, como la expansión del RS, cambios en el nivel de contratación de servicios con las ARS o DTS y/o cambios en el portafolio de servicios de las IPS, se efectuará un análisis más riguroso.
- 4.13 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. Sin embargo, la demanda sostenida por parte de las entidades territoriales expresada durante la ejecución de la operación 1525/OC-CO y el hecho que los convenios comprometen a las partes por 10 años, período mucho más largo del ciclo político actual, permiten mitigar satisfactoriamente este riesgo.
- 4.14 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)⁵⁷. Esto genera un riesgo que será mitigado de la siguiente manera: (i) asegurando durante 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; y (ii) recomendando 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, para que los gobiernos territoriales contabilicen estos pasivos y hagan provisión de recursos para cubrir las posibles contingencias fiscales.

En otras palabras, la oferta privada surge sólo en las municipalidades donde hay mejor calidad de vida y mejor capacidad de pago.

⁵⁷ 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 jefas de hogar 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.

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			
Contribuir a mejorar el estado de salud de la población colombiana.	<ul style="list-style-type: none"> Incremento de la cobertura del RS en salud en 2 millones de nuevos afiliados entre 2006 y el 2011 La tasa de infecciones intra-hospitalarias baja desde X en el 2007 para llegar a Y en el 2011¹ La tasa de mortalidad neonatal baja desde 12 por mil nacidos vivos durante 2000-2005 hasta 11 por mil nacidos vivos durante 2005-2010. 	<ul style="list-style-type: none"> Datos oficiales del MPS y del Consejo Nacional de la Seguridad Social Sistema de registro hospitalario Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDES) 2005 y 2010 	
PROPÓSITO			<i>De Propósito a Fin</i>
Mejorar la eficiencia, la calidad y la sostenibilidad financiera de las redes públicas de prestadores de servicios de salud	<i>Al término de la fase I del programa</i> <ul style="list-style-type: none"> Para el 2008, 90% de las IPS intervenidas en situación de equilibrio financiero². Tasa promedio de satisfacción del usuario de las IPS intervenidas asciende de X% en 2006 a Y% en 2008³ 	<ul style="list-style-type: none"> Ejecución presupuestal de los hospitales públicos. Sistema de seguimiento y monitoreo del programa y evaluación final del programa 	<ul style="list-style-type: none"> Cuadro macroeconómico del País estable.
COMPONENTES			<i>De Componentes a Propósito</i>
1. Redes de Hospitales Públicos rediseñadas, reorganizadas y	<i>Al término de la fase I del programa</i> <ul style="list-style-type: none"> Costo del personal reducido en promedio del 15% en las IPS intervenidas por el programa 	<ul style="list-style-type: none"> Sistema de seguimiento y monitoreo del programa y 	<ul style="list-style-type: none"> Las direcciones cuentan con las herramientas y procedimientos adecuados para desarrollar los

¹ La línea de base y meta del indicador se definirá después de mejoramiento del sistema de registro hospitalarios.

² Se entiende por equilibrio financiero que la facturación por venta de servicios cubre los gastos operación de la IPS en cuestión.

³ Las líneas de base y metas de los indicadores serán refinadas teniendo en cuenta las informaciones colectada en el levantamiento de la línea de base.

Resumen Narrativo	Indicadores de Logro	Medios de Verificación	Supuestos Importantes
modernizadas	<ul style="list-style-type: none"> Nivel de producción de servicios hospitalarios constante en el agregado de IPS intervenidas⁴ Nivel de producción de servicios ambulatorios constante en el agregado de IPS intervenidas⁴ Al menos 80% de las Direcciones Territoriales de Salud (DTS) intervenidas (estimadas en 10) recibieron capacitación en el componente de prestación de servicios del proceso de acreditación y cumplen con los estándares establecidos Sistema de monitoreo de calidad implementado en el 80% de las IPS intervenidas Índice constituido por el ratio entre los valores de las prestaciones brindadas a la población asegurada al RS y a la no asegurada en las IPS intervenidas, constante 	<p>evaluación final del programa</p> <ul style="list-style-type: none"> Sistema de seguimiento y monitoreo del programa y evaluación final del programa Sistema de seguimiento y monitoreo del programa y evaluación final del programa Sistema de seguimiento y monitoreo del programa y evaluación final del programa Sistema de seguimiento y monitoreo del programa y evaluación final del programa Reportes semestrales de seguimiento del programa 	<p>procesos de habilitación de IPS</p> <ul style="list-style-type: none"> 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.
2. Apoyo a la política nacional de prestación de servicios de salud	<p><i>Al término de la fase I del programa</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Sistema nacional de evaluación de tecnología en salud diseñado. Lineamientos normativos para la organización de la oferta pública de servicios definidos. Informes anuales de calidad y “ranking” de IPS y EPS publicados Porcentaje de IPS con conectividad 	<ul style="list-style-type: none"> Reportes semestrales de seguimiento del programa Reportes semestrales de seguimiento del programa Reportes semestrales de seguimiento del programa Reportes semestrales de seguimiento del programa 	<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

⁴ El nivel de producción se refiere a la vigencia fiscal anterior a la reorganización operativa. Este nivel podría modificarse como resultado del cambio del portafolio de servicios de la IPS en la red.

Resumen Narrativo	Indicadores de Logro	Medios de Verificación	Supuestos Importantes
	<p>asciende de 10% a 20% en el nivel 1, de 20% a 40% en nivel 2 y de 40% a 80% en nivel 3.</p> <ul style="list-style-type: none"> Mecanismos de capacitación en competencia y destreza del personal auxiliar diseñados. 		
3. Seguimiento y evaluación	<p><i>Al término de la fase I del programa</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Al menos 1 informe y reunión anual de monitoreo y evaluación de los convenios de desempeño producidos Informe de evaluación final del programa producido. 	<ul style="list-style-type: none"> Reportes semestrales de seguimiento del programa Reportes semestrales de seguimiento 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 la información necesaria.