

**REPUBLICA DE COLOMBIA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN**

**REAJUSTES SALARIALES PARA LOS EMPLEADOS DE LA SALUD EN LAS  
ENTIDADES TERRITORIALES**

**Documento CONPES SOCIAL 30 - MINISTERIO DE SALUD - MINISTERIO DE  
HACIENDA - DNP:UDS  
Santafé de Bogotá, D.C., enero 18 de 1995**

**Versión: aprobada**

**I. INTRODUCCIÓN**

**El artículo 6° de la Ley 60 de 1993 determina que, en virtud de las autorizaciones de la Ley 4a. de 1992, corresponde al CONPES SOCIAL establecer los reajustes salariales máximos que podrán decretar o convenir las entidades territoriales para los trabajadores del sector de la salud.**

**El presente documento propone al CONPES SOCIAL los ajustes salariales máximos que regirán para la vigencia fiscal de 1995.**

## **II. PROPUESTA**

**Con el fin de cumplir los compromisos derivados de la suscripción del Pacto Social de Productividad, Precios y Salarios, el Gobierno Nacional ha determinado que el incremento para los servidores públicos para el año 1995 sea en general del 18%, y que cualquier incremento por encima de este nivel debe estar plenamente justificado en términos de mejoras en la productividad en el sector correspondiente.**

**En 1995 comienzan a regir en su integridad las normas de salud del nuevo régimen de Seguridad Social establecido por la Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios. Los recursos dirigidos hacia el sector se han incrementado considerablemente, pero también es de esperarse que lo hagan las demandas de servicios sobre el mismo. Las mejoras en la productividad, traducidas en mayor eficiencia y calidad de los servicios, son absolutamente indispensables, si se aspira a cumplir con las exigencias de la ley 100 y del plan de salud y seguridad social del presente Gobierno, contemplado en el documento CONPES 2756 del 11 de enero de 1995.**

**Para incentivar la mejora en la productividad, se considera conveniente autorizar a las entidades territoriales a otorgar un tratamiento diferencial a los trabajadores de la salud.**

**Adicionalmente, el artículo 193 de la Ley 100 de 1993 determina que el Gobierno Nacional debe establecer un régimen salarial especial<sup>1</sup> para los empleados públicos de la salud del orden territorial y un programa gradual de nivelación de los límites mínimos de cada rango salarial entre las diferentes entidades territoriales, por una sola vez y durante el período 1995-1998, de acuerdo con la disponibilidad de recursos del situado fiscal y de las demás rentas del sector en los diferentes departamentos y municipios, y en concertación con ellos.**

### **III. RECOMENDACIONES**

**Teniendo en cuenta las consideraciones anteriores, el Ministerio de Salud, el Ministerio de Hacienda y el Departamento Nacional de Planeación recomiendan al Conpes:**

- 1. Autorizar a las entidades territoriales a incrementar los salarios del personal de la salud hasta en un 19%.**
- 2. Autorizar igualmente a las entidades territoriales para que, dentro de sus posibilidades financieras, otorguen bonificaciones a la productividad y a la calidad del servicio al personal de la salud hasta en un monto equivalente a 2.5% adicionales. Estas bonificaciones estarán ligados a factores financieros, técnicos, científicos, calidad de la atención y la localización en zonas marginadas y rurales.**

---

<sup>1</sup> comprende la estructura y la denominación de las categorías de empleo, los criterios de valoración de los empleos y los rangos salariales mínimos y máximos correspondientes a las diferentes categorías para los niveles administrativos o grupos de empleados que considere el Gobierno Nacional.

- 3. Solicitar al Ministerio de Salud la reglamentación de los incentivos contemplados en el punto anterior.**
- 4. Conformar una comisión, que, en un plazo de 60 días, se encargará de preparar los decretos en los que se establezca el régimen salarial especial y el programa gradual de nivelación a los que hace referencia este documento. La comisión estará integrada por el Ministerio de Salud, el Ministerio de Hacienda y el Departamento Nacional de Planeación.**

**REPUBLICA DE COLOMBIA**  
**DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN**

**SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL**

**Documento CONPES 2756- Ministerio de Salud-DNP:UDS-DISAL**  
**Santafé de Bogotá, enero 11 de 1995**

**Versión aprobada**

## **I. CONTEXTO**

**La Constitución de 1991 estableció la obligación del Estado de organizar la prestación de los servicios de salud conforme a los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia. En desarrollo de estos principios, la Ley 100 de 1993 creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud, que materializa el concepto de Seguridad Social como un servicio público de carácter obligatorio. Por su parte, las leyes 10 de 1990 y 60 de 1993 descentralizaron la oferta pública de servicios de salud con el fin de mejorar la atención de la población. En conjunto, estas reformas dieron al sector un nuevo marco operativo, administrativo y financiero, a través del cual se busca garantizar a toda la población el acceso a servicios integrales de salud y mejorar su bienestar.**

**El desafío de la actual administración consiste en mejorar los indicadores de salud de la población colombiana, mediante una oferta integral de servicios preventivos y curativos, garantizando la transición hacia el Sistema General de Seguridad Social. Esto requiere la puesta en marcha de las nuevas instituciones del Sistema, de manera que se garantice la cobertura universal del Plan Obligatorio de Salud en el año 2001. Exige, además, el mejoramiento de la oferta pública y privada de servicios, el fortalecimiento de la capacidad resolutoria de los hospitales públicos, la calificación de los recursos humanos y el mejoramiento de sus condiciones laborales, la puesta en marcha de mecanismos que garanticen la calidad de los servicios, la consolidación del proceso de descentralización y, en general, el mejoramiento de la eficiencia del sistema.**

## **II. SITUACIÓN DE LA SALUD**

**La situación de salud de los colombianos se encuentra en una transición caracterizada por un mejoramiento progresivo pero desigual del estado de salud y por la concurrencia de enfermedades transmisibles, crónicas y degenerativas, que afectan con mayor severidad a la población más pobre. Además, el trauma y el homicidio han tomado una inusitada preponderancia en el marco epidemiológico general. Si bien la carga global de enfermedad,**

cercana a los 150 años de vida saludables perdidos por 1.000 habitantes (AVISA<sup>1</sup>) se encuentra por debajo de la media mundial, y la edad mediana al morir y la esperanza de vida al nacer han mejorado significativamente, la carga de la enfermedad por trauma y violencia se ha incrementado hasta el punto de representar actualmente el 40% de los años de vida saludables perdidos<sup>2</sup>.

Entre 1950 y 1991, la mortalidad materna disminuyó de 311 a 60.2 por cien mil, la mortalidad infantil descendió de 123.2 a un 30 por mil<sup>3</sup> y la esperanza de vida al nacer se incrementó de 50.6 a 69.2 años. No obstante, este desarrollo ha sido heterogéneo regional y socialmente, y el perfil epidemiológico presenta todavía rasgos de enfermedad y muerte compatibles con aquéllos de regiones subdesarrolladas (como el predominio de morbilidad por enfermedades infecciosas en regiones y estratos pobres), así como con los característicos de países desarrollados (alta prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas). La heterogeneidad del país hace necesaria la identificación de grupos poblacionales específicos expuestos a determinados riesgos.

El acceso de la población al sistema de salud es limitado e inequitativo. El 20% de la población no logra ser atendida por el sistema de salud, principalmente por razones de costos<sup>4</sup>, y el 25% de los servicios provistos por el sistema público de salud, particularmente los de cirugía, se dirige a los grupos de mayores ingresos. Por otra parte, sólo el 20% de las personas está cubierta por la Seguridad Social en salud a través del régimen contributivo, mediante la afiliación al Instituto

---

<sup>1</sup> el indicador de años de vida saludables perdidos (AVISA) incluye los años perdidos por defunciones prematuras para los diferentes grupos de edad y los años perdidos por incapacidad originadas en esas mismas enfermedades.

<sup>2</sup> el 39% de los AVISA entre 1989 y 1991 pueden atribuirse a enfermedades no transmisibles (crónicas y degenerativas), el 22% a enfermedades transmisibles y perinatales y el 39% al trauma y a la violencia. Esta pérdida cuantitativa y cualitativa de salud golpea con mayor fuerza al grupo de edad entre los 15 y los 44 años (45% de los AVISA); en segundo lugar, se ven afectados los niños entre 0 y cuatro años (24%) y por último los mayores de 60 años, que aportan el 12% de los AVISA. La violencia y el trauma afectan particularmente a la población masculina y la mayoría de AVISA se detectan en las zonas urbanas.

<sup>3</sup> diversas estimaciones disponibles muestran que la tasa de mortalidad infantil se encuentra entre 27 y 33 por mil.

<sup>4</sup> en el 50% de los casos esto se debe al costo, en el 10% a la inexistencia de un centro médico y el 40% a otras razones. Además, el 30% de los más pobres no asiste a los servicios de salud, en contraste con el 8% de inasistencia en el grupo de mayores ingresos, siendo esta situación más severa en las zonas rurales.

**de Seguros Sociales y a las Cajas de Previsión. El 42% no cubierto corresponde a la franja más pobre de la población.**

**Las instituciones estatales de salud se caracterizan por una marcada obsolescencia en la gestión y por grandes limitaciones en su capacidad resolutive. Además, no existe suficiente oferta de personal en ciertas áreas y su distribución favorece más que proporcionalmente a las grandes ciudades<sup>5</sup>; las oportunidades y los incentivos para la actualización del personal son limitados.**

**No existen en el país indicadores generalizados que permitan calificar la calidad de los servicios, ni una tradición de control de calidad y los estándares que se han desarrollado no son los adecuados para medir la satisfacción de los usuarios ni evaluar el impacto sobre la morbilidad y mortalidad.**

**Pese a las acciones efectuadas en los últimos años en desarrollo del proceso de descentralización, aún existen problemas relacionados con la falta de capacidad institucional en los diferentes niveles del sistema para desarrollar acciones de asistencia técnica y apoyo operativo que permitan la operacionalización de la normatividad vigente. La mayoría de los municipios y departamentos no han asumido las competencias que les corresponden y existen problemas en la definición de la naturaleza jurídica de los hospitales, lo cual, sumado a la deuda prestacional acumulada, dificulta el proceso de descentralización y la transformación de los hospitales públicos en Empresas Sociales del Estado.**

**Aunque el gasto público en salud ha venido incrementándose desde 1990, los niveles históricos de ejecución indican que se debe fortalecer la gestión de las instituciones del sector<sup>6</sup>.**

---

**Esto**

<sup>5</sup> en 1993 el personal de enfermería por médico era de 0.6, relación inferior a la deseable para este tipo de profesionales, pues se espera que por cada médico existan 2 enfermeras. Aunque el número de habitantes por médico es comparable al de países con nivel similar de desarrollo humano, la ubicación del personal no está acorde con las necesidades del país: el mayor volumen de personal profesional y auxiliar (84% y 69% respectivamente) se ubica en las entidades hospitalarias localizadas en las 5 principales áreas urbanas, que concentra el 30% de la población.

<sup>6</sup> la inversión presupuestada entre 1990 y 1994, creció en un 62%, mientras que su ejecución sólo aumentó en un 26.3% entre 1990 y 1993. Presidencia de la República, Consejería Presidencial para la Política Social. "Evaluación de la



**es particularmente importante en adelante, dado el significativo incremento que tendrán los recursos para la salud: entre 1995 y 1998, las transferencias de la nación con destinación específica para el sector se incrementarán en 45.2%, en tanto que los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía aumentarán en 59.6%.**

### **III. OBJETIVOS**

**Los objetivos del plan para el cuatrienio son:**

1. Mejorar las condiciones de salud de la población, de tal manera que se disminuya en un 20% los años de vida saludable perdidos, se reduzca la mortalidad infantil en un 15% y la tasa de mortalidad materna en un 50%, y se aumente en un año la esperanza de vida al nacer.
2. Ampliar la cobertura de la Seguridad Social, duplicando la cobertura actual del Régimen Contributivo y afiliando al Régimen Subsidiado al 80% de la población más pobre y vulnerable, para pasar de una cobertura global de la Seguridad Social del 20% al 71% en 1998.
3. Asegurar la atención de salud a la población no afiliada y su incorporación progresiva a los servicios integrales de salud a través del Sistema General de Seguridad Social.
4. Desarrollar la capacidad técnica, administrativa y financiera de las instituciones estatales del sector, con el fin de ajustarlas a las nuevas exigencias del Sistema, actualizando su infraestructura y dotación donde sea necesario, y mejorando las condiciones laborales del personal vinculado.

5. Promover el desarrollo científico y tecnológico del sector, orientado a mejorar la prevención, el diagnóstico y la atención en salud, así como al desarrollo de la tecnología adecuada.
6. Avanzar en el manejo descentralizado de los servicios públicos de salud, y adecuar el sistema público al marco del Sistema de Seguridad Social en Salud.
7. Desarrollar y aplicar los mecanismos que contribuyan a mejorar la calidad de los servicios de salud en todos los niveles de atención.

#### **IV. PROGRAMAS Y METAS**

**Los objetivos se lograrán con la puesta en marcha de los siguientes programas: (a) Acceso universal y equitativo a los servicios de salud preventivos y curativos; (b) mejoramiento de la calidad de la oferta pública de servicios; (c) gestión descentralizada y capacidad técnica del sector; (d) garantía de calidad de los servicios; y (e) ciencia y tecnología para la salud.**

##### **A. Acceso universal y equitativo a los servicios de salud preventivos y curativos**

**La ampliación de la cobertura de los servicios de salud se logrará con la afiliación progresiva de la población al Régimen Contributivo y al Régimen Subsidiado del Sistema de Seguridad Social en Salud, así como con acciones dirigidas al fomento de la salud y prevención de la enfermedad a través del Plan de Atención Básica.**

##### **1. Acceso a la Seguridad Social**

**Con el fin de promover la ampliación de la cobertura del nuevo Sistema de Seguridad Social, el Ministerio de Salud y las entidades territoriales adelantarán acciones que contribuyan a la creación de una cultura de la previsión y motiven la afiliación. De la misma manera, se promoverá la asociación de usuarios y la afiliación colectiva a la Seguridad Social.**

**El Gobierno Nacional presentará a consideración del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, durante el primer semestre de 1995, una propuesta para la vinculación de los grupos de población de los estratos medios a la Seguridad Social<sup>7</sup> no afiliados al régimen contributivo.**

**a. Régimen Contributivo**

**Con la afiliación de la población al Régimen Contributivo se ampliará el número de beneficiarios de la Seguridad Social de 7.5 a 15 millones de personas en 1998, esto es aproximadamente a un 40% de la población. Esta meta supone que se haga efectiva la cobertura familiar, y requiere que el sistema atraiga a los grupos con capacidad de cotizar y que actualmente no lo hacen. Exige, además, la conformación y consolidación de Empresas Promotoras de Salud (EPS) para promover la afiliación y el recaudo.**

---

**Las Cajas de Compensación podrán ofrecer el Plan Obligatorio de Salud y planes complementarios que cubran tanto al afiliado como a su familia. De la misma manera, las Cajas de Previsión o entidades del sector público que actualmente prestan o amparan servicios de salud, podrán transformarse en EPS públicas; de no hacerlo, el Gobierno Nacional recomienda su liquidación. Por su parte, el Instituto de Seguros Sociales tomará las medidas necesarias para fortalecerse como la principal entidad del Régimen Contributivo; estas acciones estarán dirigidas a mejorar la infraestructura existente, terminar las obras iniciadas, mejorar la dotación y los sistemas de información, y ampliar la contratación de servicios, todo ello con el fin de ofrecer una adecuada atención de los usuarios.<sup>7</sup> Particularmente la población perteneciente al nivel 3, según la clasificación SISBEN.**

**El Gobierno Nacional promoverá la creación de Instituciones Prestadoras de Servicios desalud (IPS) privadas, a través de créditos otorgados por el IFI, por el sistema de redescuento o banca de segundo piso, en modalidad subsidiada y no subsidiada, dando prioridad a aquéllas que seconformen a partir de la asociación de profesionales de la salud. Las condiciones financieras preferenciales beneficiarán las IPS localizadas en las zonas rurales y en cabeceras municipales conmenos de 100.000 habitantes o en los estratos 1 y 2 de las ciudades grandes e intermedias. El redescuento será del DTF-5, sujeto a que el intermediario cargue al usuario final una tasa no mayoral DTF durante los primeros cinco años y un recargo de 0.15% por año adicional. Esta línea se ofrecerá hasta diciembre de 1997 por un cupo total máximo de \$300.000 millones.**

**El presupuesto nacional cubrirá al IFI el valor presente del subsidio crediticio contra el desembolso total del crédito. Los créditos redescontados en el IFI podrán garantizarse parcialmente con los recursos del Fondo Nacional de Garantías, para lo cual el Gobierno Nacional adicionará a los recursos contemplados en el CONPES 2732 del 21 de septiembre de 1994<sup>8</sup>, \$5.000 millones, para completar \$40.000 millones.**

**b. Régimen Subsidiado**

**A través de este régimen tendrán acceso a la Seguridad Social integral los grupos de población más pobre y vulnerable, sin capacidad para contribuir al sistema, en particular las mujeres jefas de hogar, las madres comunitarias, las madres gestantes y lactantes y los niños, así como los menores en situación irregular, los discapacitados, los beneficiarios del programa de auxilios para ancianos indigentes, las comunidades indígenas, los habitantes pobres de las zonas rurales, entre otros.**

**Los desarrollos institucionales en este campo deberán permitir que aproximadamente 12**

---

<sup>8</sup> plan Nacional para la Microempresa 1994-1998.

**millones de personas estén afiliadas al Régimen Subsidiado en 1998. Esto implica la vinculación de EPS, bien sean estas organizaciones gubernamentales, no gubernamentales o Cajas de Compensación<sup>9</sup>, así como Empresas Solidarias de Salud. El Ministerio de Salud y las Direcciones Seccionales y Locales promoverán la asociación de usuarios.**

**Durante 1995, mientras se conforman las entidades administradoras del Régimen Subsidiado, las direcciones seccionales o locales de salud podrán asumir funciones de EPS que contraten con las entidades de prestación de servicios públicas y privadas, la prestación del Plan Obligatorio de Salud subsidiado a la población beneficiaria, identificada mediante un carné según los criterios establecidos por el Gobierno Nacional. A partir de 1996, las direcciones seccionales o locales de salud afiliarán a las EPS a la población beneficiaria, de acuerdo con la disponibilidad de los recursos destinados a subsidios a la demanda<sup>10</sup>. Las direcciones seccionales y locales de salud podrán constituir EPS públicas.**

**Hasta cuando hayan entrado en pleno funcionamiento las nuevas instituciones del Sistema de Seguridad Social en Salud, se garantizará la prestación de los servicios no asegurados a la población de bajos ingresos, sustituyendo gradualmente los subsidios a la oferta por los subsidios a la demanda. En tanto se amplía la cobertura del sistema, así como las intervenciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud subsidiado, las IPS públicas prestarán servicios a la población no afiliada, así como las atenciones no aseguradas a los afiliados, con cargo a los recursos del situado fiscal y otras rentas de destinación especial del sector. Los recursos de la subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía se destinarán exclusivamente a subsidiar la afiliación de la población pobre y vulnerable a la Seguridad Social.**

**La selección de los beneficiarios de subsidios será responsabilidad de los municipios y se**

---

<sup>9</sup> de acuerdo al Decreto 1298/94, art.155 y Decreto 1895/94, arts. 20, 21, 23 y 24.

<sup>10</sup> transferencias municipales, situado fiscal excedente y subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía.

**realizará con el Sistema de Identificación de Beneficiarios (SISBEN). Se dará prioridad a las mujeres embarazadas y lactantes y a sus hijos menores de un año, dentro del Programa de Atención Materno Infantil (PAMI)<sup>11</sup>.**

## **2. Plan de Atención Básica - PAB**

**Los servicios que hacen parte del Plan de Atención Básica (PAB)<sup>12</sup>, estarán orientados, primordialmente, a desarrollar en la población una cultura de la salud y a responder a situaciones individuales y colectivas que demandan acciones complementarias a las previstas en el Plan Obligatorio de Salud.**

**Mediante intervenciones de promoción de la salud se informará y educará a la población para producir cambios de actitud que fortalezcan estilos de vida saludables. Con las acciones de prevención de la enfermedad se detectarán, controlarán y eliminarán factores de riesgo de enfermedad y muerte, en tanto que la vigilancia epidemiológica permitirá la evaluación, reformulación, adaptación o reafirmación de programas de promoción y prevención, para que respondan adecuadamente a las necesidades en salud de la población, y permitan precisar los contenidos regionales del Plan Obligatorio de Salud.**

**Las acciones se focalizarán según variables de edad, género, nivel socioeconómico y región geográfica, entre otras. Para contribuir a una adecuada vigilancia epidemiológica, se creará el Centro de Control de Enfermedades, dentro del Instituto Nacional de Salud. Especial atención se dará a las campañas para la prevención de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y al SIDA.**

---

<sup>11</sup> de acuerdo al documento CONPES 2722 DNP-UDS-Misión Social, Santafé de Bogotá, agosto 10 de 1994, se beneficiarán 400.000 mujeres en total.

<sup>12</sup> campañas de información, educación y fomento de la salud, control del tabaco, el alcohol y sustancias psicoactivas, el control de plagas y las campañas nacionales de prevención, detección precoz de enfermedades transmisibles, complementación nutricional y planificación familiar.

**El Ministerio de Salud, en coordinación con las entidades territoriales y las EPS, diseñará y pondrá en marcha las políticas y acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y coordinará y cofinanciará las acciones de vacunación. Igualmente, definirá los lineamientos generales para el uso de los recursos que las Empresas Promotoras de Salud y el Fondo de Solidaridad y Garantía destinen a promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con el fin de garantizar la integración de las EPS públicas y privadas a las políticas nacionales de salud.**

**El Ministerio de Salud y las entidades territoriales, así como las distintas instituciones del Sistema de Seguridad Social, participarán activamente en las campañas para la prevención de los accidentes y la reducción de la violencia.**

**B. Mejoramiento de la calidad de la oferta pública de servicios**

**Con el fin de mejorar la capacidad resolutoria de las instituciones públicas prestadoras de servicios (IPS públicas) y ponerlas en condiciones para competir con las instituciones privadas en el Sistema de Seguridad Social, el Ministerio de Salud y las entidades territoriales desarrollarán acciones encaminadas a mejorar su capacidad técnica y administrativa, así como a actualizar la infraestructura y dotación de las futuras Empresas Sociales del Estado. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud establecerá los incentivos que contribuyan a mejorar la distribución de los profesionales de la salud en el país y para mejorar su calificación.**

**El Ministerio de Salud, en coordinación con las Direcciones Seccionales de Salud, elaborará durante 1995 el catastro de los hospitales públicos del país y el mapa sanitario, instrumentos que permitirán determinar las principales necesidades en infraestructura pública hospitalaria y dotación, y facilitarán la organización y funcionamiento de las redes de servicios.**

**Los departamentos, distritos y municipios, con apoyo del Fondo de Inversión Social (FIS), realizarán las inversiones necesarias para el mejoramiento de la oferta de servicios,**

con cargo a recursos de las transferencias de inversión social, de crédito y de cofinanciación. Las transferencias municipales se utilizarán prioritariamente para atender las necesidades de las instituciones de primernivel, pero podrán orientarse a los otros niveles una vez que se hayan solucionado tales deficiencias.

En el primer nivel de atención se recuperará la planta física y la dotación de 1.500 centrosde salud y hospitales locales que se encuentren ubicados en zonas rurales con población dispersa, enáreas de especial riesgo, así como en zonas marginales urbanas y en las áreas geográficas prioritarias del Programa Materno-Infantil (PAMI). También se mejorará la infraestructura y la dotación de aproximadamente 150 hospitales del segundo nivel, 22 del tercer nivel y 11 hospitalesuniversitarios estatales, de acuerdo con las recomendaciones que resulten del inventario catastral.Dentro de éstos se encuentran los hospitales que conforman el Centro Hospitalario Nacional<sup>13</sup>.

Durante el período de transición se hará particular énfasis en la gestión de las IPS públicas, mediante acciones dirigidas a implantar en cada una de ellas sistemas de costos y facturación, entre otros, que les permita la utilización eficiente de los presupuestos asignados y de los recursos que obtengan por la contratación de servicios. Las metodologías, procedimientos y programas serán desarrollados por el Ministerio de Salud, directamente o a través de organismos especializados. Los planes operativos y los recursos de los proyectos de Mejoramiento de la Gestión Hospitalaria de los Servicios de Salud y de Apoyo a los Sistemas Municipales de Salud se adecuarán a los requerimientos de este programa.

Las inversiones físicas y en gestión serán complementadas con el diseño y puesta en marchade un Plan Nacional de Educación y Evaluación Continua y con el establecimiento de incentivos para mejorar el desempeño de los profesionales de la salud y atraer y retener profesionales en regiones apartadas del país. Las IPS públicas, trasformadas en Empresas Sociales del Estado, aplicarán los incentivos con cargo a los recursos por venta de servicios.

---

#### Los incrementos de la

<sup>13</sup>

el Centro Hospitalario Nacional comprende el mejoramiento de la infraestructura y dotación de 24 hospitales públicos de tercer nivel, considerados en el documento CONPES del Centro Hospitalario Nacional, localizados en 16 centros urbanos, con el fin de adecuarlos para la prestación de los servicios obligatorios de



urgencias, en forma oportuna y de mejor calidad.

**remuneración de los profesionales de la salud se definirán de acuerdo con la calidad del servicio, los ingresos y la situación financiera de las Empresas Sociales del Estado, entre otros criterios.**

**Para sanear financiera y jurídicamente las IPS públicas y hacer posible su transformación en Empresas Sociales del Estado, el Gobierno Nacional y las entidades territoriales dispondrán de los mecanismos y recursos necesarios para sanear el pasivo prestacional del personal vinculado. Para tal efecto, las obligaciones nacionales serán asumidas por el ISS, para lo cual el Gobierno Nacional emitirá bonos pensionales redimibles periódicamente por el Instituto; las entidades territoriales, por su parte, negociarán con el ISS la forma de pago, así como las garantías que sean necesarias.**

#### **C. Gestión descentralizada y capacidad técnica del sector**

**Este programa se orientará hacia el fortalecimiento de la capacidad de las entidades territoriales para manejar los recursos y desempeñar adecuadamente las competencias que la ley les asigna, con énfasis en la administración del Sistema de Seguridad Social. El Ministerio de Salud dará especial atención a las acciones de apoyo a la gestión, la planeación y la descentralización institucional, así como al desarrollo de sistemas de información y monitoreo que permitan el seguimiento permanente de la gestión de las instituciones del Sistema. Al finalizar el cuatrienio la totalidad de los departamentos y distritos, así como el 80% de los municipios, habrán obtenido la certificación para el manejo autónomo de los recursos del situado fiscal. De la misma manera, la totalidad de las instituciones hospitalarias públicas se habrán constituido como Empresas Sociales del Estado.**

**Para conocer el impacto social del nuevo sistema, el Ministerio de Salud implantará un modelo integral de evaluación, que permita establecer el grado de avance del proceso descentralizador y la capacidad técnico-administrativa de las Empresas Sociales del Estado. De la misma manera, se pondrá en marcha un sistema que permita el monitoreo de los avances de la reforma a la Seguridad Social en Salud, el seguimiento financiero de la subcuenta**

**de compensación, el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), el contenido del Plan Obligatorio, entre otros, con el fin de identificar las dificultades e introducir los correctivos necesarios de manera oportuna.**

#### **D. Garantía de calidad de los servicios**

**El sistema de garantía de calidad tendrá como objetivo brindar a los usuarios la confianza en el cumplimiento de una serie de requisitos mínimos de calidad, así como identificar y eliminar los factores que afectan la prestación de los servicios de salud.**

**La calidad de los servicios se promoverá a través de la puesta en marcha de instrumentos de análisis del estado sanitario y evaluación de la prestación de los servicios, así como de mecanismos que contribuyan a la mejor formación de los recursos humanos y a elevar la capacidad de innovación e investigación del sector.**

**El Ministerio de Salud establecerá en un plazo no mayor de un año, los indicadores de calidad y los estándares mínimos necesarios para la acreditación de las IPS, condición indispensable para otorgar y renovar las licencias de funcionamiento. Igualmente, el Ministerio continuará efectuando el registro y certificación del cumplimiento de los requisitos académicos de los profesionales de la salud. El control a la calidad de insumos relacionados con la prestación de los servicios de salud tales como medicamentos y alimentos, será parte fundamental del sistema de garantía de calidad y corresponderá su aplicación al Instituto de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA). Por su parte, el Ministerio de Salud y el Instituto Colombiano de Normas Técnicas (ICONTEC) establecerán normas de calidad para los equipos e instrumentos médico- quirúrgicos que se utilicen en el país.**

**La Superintendencia Nacional de Salud creará el Sistema de Garantía de Calidad y vigilará el cumplimiento de las normas establecidas para las instituciones. Asimismo, será la encargada del diseño de los mecanismos de vigilancia y control que garanticen la financiación, la correcta aplicación de los recursos del Sistema y los aspectos de calidad mencionados.**

**Con el fin de garantizar la permanencia de niveles óptimos de calidad, el Ministerio de Salud desarrollará en un período no mayor a 12 meses, un modelo mínimo de auditoría médica cuyo objetivo sea la evaluación sistemática y objetiva de la atención clínica. Dicha auditoría debe examinar aspectos de gestión médica tales como los procedimientos utilizados, el respeto por los derechos de las personas, las relaciones entre prestadores y usuarios, el proceso de prescripción, el manejo de historias clínicas y el secreto profesional, así como la pertinencia de los insumos utilizados en las diversas fases de la atención. De igual manera las instituciones prestadoras de servicios crearán comités para autoevaluar la calidad de su atención.**

**Durante el cuatrienio y mediante conferencias de consenso, el Ministerio de Salud desarrollará los protocolos mínimos, o guías de atención integral, que posibiliten el análisis del cumplimiento de los procedimientos normatizados, dando prioridad, durante 1995, a aquéllos relacionados con las 10 principales causas de morbilidad. Los informes derivados de estas auditorías deberán ser revisados periódicamente por la Superintendencia Nacional de Salud, la cual, además, publicará los indicadores de calidad de cada una de las instituciones a fin de dar a conocer a los usuarios los resultados particulares y del sector en conjunto.**

**La satisfacción de los usuarios deberá ser evaluada periódicamente por parte de cada una de las IPS, a través de encuestas cuyos contenidos mínimos serán determinados por el Ministerio de Salud. Los resultados de estas evaluaciones deberán ser conocidos por la Superintendencia de Salud.**

**Para contribuir al mejoramiento de los recursos humanos vinculados al sector, el Gobierno Nacional conformará una misión para la evaluación del estado de la educación en las profesiones de la salud, con el objetivo de establecer el grado de correspondencia entre el perfil profesional y las realidades epidemiológicas del país, y determinar las necesidades en materia de modificaciones curriculares, así como los requerimientos para la acreditación de los distintos programas. De la misma manera, el Ministerio de Salud diseñará y difundirá instrumentos que permitan una mejor selección de los profesionales que se vinculen a las**

**instituciones prestadoras de servicios, así como su permanente evaluación y la formulación de planes de mejoramiento de los recursos humanos.**

**Los resultados de dicha misión servirán de base para el diseño de programas de educación continuada. El FIS, con el apoyo técnico del Ministerio de Salud, cofinanciará programas de actualización dirigidos al personal vinculado a las Empresas Sociales del Estado. El sector educativo se vinculará a este esfuerzo ofreciendo programas en áreas que sean determinadas prioritarias para el país.**

#### **E. Ciencia y tecnología para la salud**

**En el marco del Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología, el Ministerio de Salud promoverá y apoyará financieramente la investigación básica y aplicada en áreas que permitan mejorar el diagnóstico y la atención en salud, así como el desarrollo y adaptación de tecnología médica. Atención especial merecerá la investigación en el campo de la biotecnología, a través de la Corporación para el Desarrollo Industrial de la Biotecnología, de la cual hace parte el Instituto Nacional de Salud<sup>14</sup>.**

**Estos desarrollos deberán permitir la interacción de los sectores académico, productivo y de asistencia, aportar sentido de racionalidad a la inversión que se hace en nueva tecnología, y contribuir a la incorporación de tecnologías más adecuadas a los planes del Sistema de Seguridad Social.**

**A través del Sistema de Ciencia y Tecnología y con el apoyo del Ministerio de Salud, se**

---

<sup>14</sup> además del INS, son miembros gestores de la Corporación la Universidad Nacional y Corpoica y miembros asociados, la Asociación de Industrias Farmacéuticas Colombianas, Bavaria, Biocaribe Ltda., Colinagro S.A., Corporación para la Investigación Biológica y Merck de Colombia.

incentivará con becas y créditos educativos a profesionales sobresalientes en el campo de la investigación básica y aplicada en el sector de la salud. El ICETEX apoyará la formación de postgrado en el país y en el exterior mediante el mecanismo de créditos condonables.

## **V. FINANCIACIÓN**

El costo del Plan de Salud entre 1995 y 1998 asciende a \$12.48 billones (pesos de 1994), con lo cual el gasto en salud se incrementará de un 3.24% del PIB en 1994 a 5.3% en 1998. En total, entre 1994 y 1998 los recursos para el sector de la salud se habrán duplicado.

El Régimen Contributivo contará en los cuatro años con \$5.35 billones de las cotizaciones, los copagos y las cuotas moderadoras; estos recursos se incrementarán de \$636 mil millones en 1994 a \$1.35 billones en 1998, lo cual representa pasar del 1.18% al 2.22% del PIB. Por su parte, el Régimen Subsidiado pasará de contar con \$1 billón (1.83% del PIB) en 1994 a \$1.9 billones en 1998 (2.91% del PIB) (cuadro 1).

El programa de mejoramiento de la calidad de la oferta pública de los servicios de salud contará con recursos hasta por \$504 mil millones, que se destinarán a la actualización de la infraestructura, dotación y gestión de las IPS del Estado. Adicionalmente, para garantizar la gestión descentralizada y el mejoramiento de la capacidad técnica del sector se invertirán \$30 mil millones. De igual manera, para el desarrollo del recurso humano y el sistema de información, que permitan mejorar la calidad del servicio, se asignarán \$39 mil millones del presupuesto nacional. Adicionalmente, en el programa de Ciencia y Tecnología se destinarán \$29 mil millones que serán complementarios a los recursos que se encuentran disponibles en el Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología. Finalmente, se destinaron \$43 mil millones para subsidiar la tasa de interés de los créditos para la creación de IPS privadas que permitirán la ampliación de la cobertura de la atención de salud (Cuadro 1).

**Sin tener en cuenta los recursos propios que los departamentos y municipios aportarán, el Plan de Salud se financiará en un 49% con cotizaciones a la Seguridad Social y otras contribuciones privadas, en un 15% con recursos del presupuesto nacional, en un 17% con situado fiscal y en 12% por transferencias municipales y participaciones. Otros rubros, como rentas cedidas y ECOSALUD, aportarán un 7% de los recursos (Cuadro 2).**

**Por su parte el Régimen Subsidiado de Seguridad Social en Salud se financiará en un 23.4% con recursos del presupuesto nacional, en un 22% con contribuciones privadas (entre los que se encuentran el punto de cotización del régimen contributivo y los copagos), un 24.5% con las transferencias y participaciones municipales y un 30% con las rentas cedidas, los recursos de ECOSALUD y el situado fiscal destinado a prevención y promoción.**

## **VI. RECOMENDACIONES**

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

1. Adoptar los lineamientos de política y los programas propuestos en el presente documento.
2. Solicitar al Ministerio de Salud:
  - Coordinar con las entidades territoriales y con las instituciones del gobierno central la ejecución de los programas a los que se refiere este documento.
  - Difundir, durante el primer semestre de 1995, la línea de crédito ofrecida a través del IFI para la creación y adecuación de IPS privadas.
  - Difundir, durante el primer semestre de 1995, los mecanismos para la selección de los

**beneficiarios del Régimen Subsidiado, y coordinar con el DNP la asistencia técnica para la aplicación de los instrumentos para la identificación de los mismos.**

- Coordinar con las EPS las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y definir, durante el primer semestre de 1995, los lineamientos generales para el uso de los recursos que deben destinarse a dichos programas.
  - Conformar, antes de 30 de junio de 1995, la misión para la evaluación del estado de la educación en las profesiones de la salud, la cual deberá presentar recomendaciones en un período máximo de un año a partir de su iniciación.
  - Expedir en conjunto con el Ministerio de Hacienda, en el curso de 1995, el decreto que reglamente la emisión de bonos para la cancelación de las obligaciones pensionales con cargo a la nación y recomendar a las entidades territoriales la destinación de recursos de ECOSALUD al pago de esta deuda.
2. Solicitar al Ministerio de Salud, al Departamento Nacional de Planeación y al Ministerio de Hacienda preparar una propuesta para presentar al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, antes del 30 de junio de 1995, referente a la vinculación de los grupos de población de los estratos medios a la Seguridad Social.
3. Solicitar a la Superintendencia Nacional de Salud la creación del Sistema de Garantía de Calidad, la difusión de los indicadores de calidad, y la aplicación de los mecanismos de vigilancia y control de las instituciones del Sistema de Seguridad Social en Salud.
4. Solicitar al INVIMA el desarrollo y aplicación de los mecanismos para el control de la calidad de los insumos relacionados con la prestación de los servicios de salud.
5. Solicitar al IFI crear la línea de crédito a la que se refiere este documento, y la

**infraestructura operativa que evalúe el cumplimiento de las metas de esta línea de crédito.**

6. Solicitar al Ministerio de Educación y al ICFES impulsar el proceso de acreditación de los programas de formación de los profesionales de la salud, y apoyar al Ministerio de Salud para la puesta en marcha de la misión para la evaluación del estado de la educación en las profesiones de la salud.



**REPUBLICA DE COLOMBIA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN**

**El Salto Social  
Plan Plurianual de Inversiones  
Balance 1995**

**Documento Conpes 2849 DNP  
Santafé de Bogotá, D.C., mayo 29 de 1996**

**Versión aprobada**

## **INTRODUCCIÓN**

**Este documento presenta un resumen de la evaluación del Plan Nacional de Desarrollo *El Salto Social* según el mandato de los artículos 343 de la Constitución Nacional y 29 de la Ley del Plan (188 de 1995).**

**El Plan Nacional de Desarrollo e Inversiones, en su primer año de ejecución, avanza en la consolidación de las reformas económicas y políticas de los últimos años y en garantizar que sus beneficios se extiendan al conjunto de la sociedad. El modelo alternativo de desarrollo que inició el Plan ha demostrado que es posible hacer realidad el concepto esencial de que la equidad y la solidaridad son objetivos de la política económica y social, así como fuentes básicas de la estabilidad, el desarrollo y la paz.**

**El Plan ha cumplido con los tres principios que deben orientar la inversión pública del país en estos años. El primero, conforme con el artículo 350 de la Constitución, es la prioridad e impulso a la inversión pública social, conjugando el crecimiento económico con el bienestar; el segundo, la puesta en marcha de la estrategia de competitividad para la internacionalización, que ha logrado sentar las bases para vencer el atraso científico, tecnológico y de infraestructura; y, el tercero, el inicio de la recuperación y defensa del medio ambiente, que ha sentado las bases para revertir el deterioro ambiental acumulado.**

### **I. ESTRATEGIA MACROECONÓMICA Y EMPLEO**

**Durante 1995 la economía colombiana presentó un crecimiento de 5.3% frente a una recesión generalizada en América Latina (0.6%). Este crecimiento se ha producido con una recomposición hacia sectores comercializables, gracias al impulso de la minería y la agricultura que crecieron a tasas de 17.4 y 5.6% respectivamente (Cuadro 1).**

**El crecimiento de la producción industrial (sin incluir la trilla del café) fue de**

3.4% frente a 4.7% de 1994, debido a un menor crecimiento de la demanda privada, propiciada por el aumento de las tasas de interés. La reducción en el crecimiento de la construcción de edificaciones (-3.0%) se compensó con el alto dinamismo en obras civiles (13.8%) <sup>1</sup>. La producción agropecuaria creció 5.6%, superando ampliamente la crisis por la que atravesó la economía rural en los años anteriores.

Durante 1995 se observó una recomposición de la estructura de la demanda a favor de la inversión y las exportaciones, con una desaceleración en el consumo público y privado (Cuadro 2). Como resultado de la desaceleración del consumo, el ahorro se recuperó después de varios años de deterioro, cumpliendo con esta estrategia macroeconómica del Plan.

Gracias al Pacto Social, a la política monetaria restrictiva y a la buena oferta agropecuaria, la inflación se redujo en más de tres puntos, al pasar de 22.6% en 1994 a 19.5% en 1995. Paralelamente, durante el año, se realizó con éxito la defensa de la tasa de cambio real, otro objetivo central del Plan, lo cual contribuyó al incremento de las exportaciones.

En 1995 el déficit en la cuenta corriente en la balanza de pagos fue de 5.2% del PIB, superior al 4.4% de 1994, lo cual se explica por el comportamiento de la balanza de servicios, cuyo déficit estuvo asociado a los altos intereses pagados por deuda externa y al pago de dividendos a inversionistas del exterior (Cuadro 3).

Aunque las importaciones de bienes y servicios continuaron su tendencia ascendente alcanzando 24.7% del PIB, lo hicieron a un menor ritmo que a principios de los noventa. Las exportaciones aumentaron de 17.7% a 18.7% del PIB.

---

La financiación del déficit en cuenta corriente se logró con inversión extranjera y endeudamiento de largo plazo. La inversión extranjera neta ascendió al 2.8% del PIB, uno

<sup>1</sup> en el cuadro 1 se encuentran ambos sectores agregados en “5 Construcción”.

de los registros más altos en la historia. Las reservas internacionales alcanzaron US\$8.428 millones, mostrando un saldo global positivo de la balanza de pagos.

El mercado laboral presentó durante 1995, un comportamiento similar al año anterior. La tasa de desempleo y de participación promedio anual fueron iguales para 1994 y 1995. La tasa de desempleo urbano, que descendió durante el primer semestre de 1995, aumentó a partir del segundo semestre.

El alto crecimiento del PIB en 1995, a diferencia de los años anteriores, no se reflejó en un dinamismo similar del empleo urbano, el cual creció a 2.2%, permitiendo generar en términos absolutos, 280.000 empleos (Cuadro 4). Por su parte, el empleo rural creció 2.1%, lo cual es muy significativo si se tiene en cuenta la fuerte crisis por la que atravesó el sector Agropecuario. Esta falta de correspondencia se explica, en parte, por el cambio en la composición del PIB, con una marcada desaceleración de la construcción y los servicios sociales y personales, sectores altamente generadores de empleo, y una dinamización de la agricultura, la minería y las telecomunicaciones, algunos de los cuales son intensivos en capital.

No obstante, aunque se están creando menos puestos de trabajo de los esperados, hay un mejor comportamiento de la productividad laboral la cual aumentó en 6.3%, elemento indispensable para la competitividad de una economía abierta.

## **II. SITUACIÓN FISCAL**

En el campo fiscal, vale la pena destacar que, no obstante, las restricciones financieras, el sector público no financiero en su totalidad logró mantener el equilibrio fiscal. Para 1995, el sector público no financiero presentó un ligero excedente de 0.02% del PIB, frente a un superávit inicialmente proyectado de 0.66%. La diferencia se debió a variables exógenas de la política fiscal. En efecto, la desviación del balance proyectado se

explica principalmente por el comportamiento de las finanzas del Fondo Nacional del Café, que arrojó un déficit de 0.25% del PIB frente al superávit proyectado de 0.55%.

El gobierno central presentó un déficit de 2.47% frente al proyectado de 2.29%, el cual estuvo asociado a la caída de los recaudos frente a lo proyectado, en alrededor de

\$400.000 millones, y al freno a las privatizaciones como resultado de fallos de la Corte Constitucional. El mayor superávit de la seguridad social compensó, por su parte, mayores déficits de algunas de las entidades del sector público (Cuadro 5).

### III. LA INVERSIÓN PÚBLICA

No obstante, los ajustes presupuestales efectuados para cumplir las metas macroeconómicas en el marco de los acuerdos con el Banco de la República, el presupuesto de inversión nacional presentó un incremento neto de \$197 mil millones. En total, el presupuesto de inversión del Gobierno Nacional y sus institutos descentralizados alcanzó \$4.6 billones de pesos corrientes en 1995.

A pesar de las restricciones fiscales, los resultados globales de la ejecución presupuestal del Plan en 1995 son ampliamente satisfactorios, tanto por el incremento sustancial de los recursos de inversión (17% real<sup>2</sup>), como por una ejecución de 89.3% de la inversión programada, frente a 79.5% en 1994. Los pagos de inversión de la administración pública central crecieron 54.7% en relación al año anterior (Cuadro 6).

---

La destinación de estos recursos correspondió a las prioridades establecidas en *El Salto Social*. Por ello, la composición de la inversión del Gobierno Nacional y los Institutos Descentralizados estuvo concentrada en los sectores social (47.5%) y de infraestructura (33.1%).

<sup>2</sup> todas las cifras expresadas en pesos de 1994 en este documento han sido deflactadas con el deflactor implícito del PIB, es decir 20.4 en 1995 y 19 en 1996.

**La ejecución sectorial refleja un buen desempeño, especialmente en los sectores social (93.6%), ciencia y tecnología (93.2%) y justicia (88.9%). En infraestructura fue menor (84.7%), aunque variable entre subsectores. En medio ambiente y algunas entidades de los sectores social y agropecuario se tuvieron menores registros de ejecución presupuestal.**

**La mayor eficiencia en la gestión presupuestal permitió que los pagos de inversión alcanzaran 83% de la programación anual de caja del total de la Administración Pública Central y el 93% de lo programado por el Gobierno, frente a 65% y 79% de la vigencia anterior (Cuadro 7).**

**El presupuesto de inversión de las empresas industriales y comerciales del estado, con las modificaciones aprobadas durante el año, ascendió a \$2.3 billones, 61.9% mayor al presupuesto definitivo de 1994. En general, las empresas mejoraron su nivel de ejecución; los pagos ascendieron a \$1.9 billones, 81.5% del presupuesto definitivo, frente a 66% en 1994 (cuadro 8).**

**Tal como lo contempla el Plan, la mayoría de los recursos de las empresas se destinaron al sector de infraestructura, especialmente a los sectores de hidrocarburos y energía eléctrica. Se destacan las adiciones realizadas en Ecopetrol con el fin de incrementar la producción en los campos de Cusiana y Cupiagua. Así mismo, sobresalen las inversiones en telecomunicaciones realizadas por Telecom y sus empresas asociadas con el fin de cubrir la creciente demanda por sus servicios y para prepararse, en el caso de Telecom, a la competencia de larga distancia.**

**Por concepto de participación en los ingresos corrientes de la Nación, en 1995 se distribuyeron a los municipios y resguardos \$1.2 billones. Por concepto de situado fiscal, a los departamentos y distritos se transfirieron, \$1.8 billones.**

Es posible afirmar que con niveles de ejecución de la inversión pública similares a los del año anterior, en 1996 se llegará al 39.5% de las metas de inversión establecidas en *El Salto Social* (cuadro 9).

#### **IV. LA INVERSIÓN SOCIAL**

En 1995 se asignaron del presupuesto nacional \$1.8 billones de 1994 para inversión en el sector social, de los cuales se ejecutó el 90%, es decir \$1.6 billones. Si se excluye el sector de seguridad social, la ejecución asciende a 94%, 2 puntos por encima del año anterior (Cuadro 10). Por sectores, los mayores índices de ejecución se presentaron en niñez, salud, cultura y agua potable, superiores 93%.

Con la ejecución de 1995, el Plan en el sector social alcanzó el 17% del total de la inversión programada para los cuatro años. Con la apropiación de 1996 se espera lograr un avance presupuestal de 37.5%.

##### **A. El Salto Educativo y Cultural**

En 1995 el sector educativo alcanzó 16.6% de las metas presupuestales del cuatrienio y se espera, con la apropiación de 1996, llegar a 36.1%.

Durante 1995 se crearon 174.000 cupos de educación básica (incluyendo el grado obligatorio de preescolar) a través de los programas de Implantación y Fortalecimiento de Establecimientos de Educación Básica, y de Subsidio a la Construcción de Establecimientos de Secundaria, superando la meta propuesta de 140.000 nuevos cupos.

Adicionalmente 631.000 estudiantes ya matriculados se beneficiaron con la garantía de permanencia en la educación básica completa a través de la ampliación de infraestructura y la dotación pedagógica, o del establecimiento de convenios entre planteles de primaria y secundaria para la continuidad de sus estudios. También se crearon 2.100

nuevas aulas de grado cero en zonas urbanas marginales y 250 en el área rural, beneficiando a 74.500 niños menores de seis años. El programa de subsidios a la permanencia y asistencia en educación básica, permitió la creación de 153.000 nuevos cupos.

Para el mejoramiento de la calidad se crearon 210 centros de recursos educativos y se capacitaron 35.000 docentes. Se dispuso la entrega de 430.000 textos escolares y bibliotecas para 930.000 alumnos, superando la meta de 551.000 estudiantes beneficiarios, y se mejoraron sustancialmente las condiciones laborales de los docentes a través de incrementos salariales y del sistema de incentivos. Se creó la Corporación Mixta para la investigación y desarrollo de la educación básica para adelantar investigaciones y desarrollos pedagógicos.

En la consolidación de la descentralización del sector, nueve departamentos y tres distritos habían sido certificados en diciembre de 1995, superando la meta prevista de diez entes territoriales. En 1995 se financiaron 637 Proyectos Educativos Institucionales -PEI- de igual número de establecimientos educativos por \$1.270 millones.

En Educación Superior durante 1995 se dio especial énfasis al mejoramiento de la calidad de los programas. El fortalecimiento de la investigación, como elemento fundamental, se logró con el apoyo de Colciencias. El 62.6% de los proyectos del sistema de ciencia y tecnología se concentró en las universidades. Se inició el diseño de un Plan de Formación de Recursos Humanos para la Educación Superior y se integró el Consejo Nacional de Acreditación. El programa de créditos educativos, tuvo una ejecución cercana al 100% y se otorgaron 50.000 créditos para estudios de pregrado y 3.800 para postgrado en el país. Para posgrados en el exterior se otorgaron 567 créditos.

Durante 1995 se avanzó en la institucionalización del Sistema Nacional de Cultura por medio de la creación de los Consejos nacional y departamentales de cultura, ocho fondos mixtos y demás mecanismos para la promoción de la cultura y las artes.



**En 1995, la ejecución presupuestal de cultura y recreación y deporte alcanzó el 18% de los recursos previstos en el Plan de Inversiones del cuatrienio; con la apropiación presupuestal de 1996 se espera llegar a 39.5%.**

**En 1995 se aprobó la ley 181 mediante la cual se creó el Sistema Nacional del Deporte. Se crearon 625 entes deportivos municipales y se logró que 790 municipios presentaran sus planes de desarrollo en este campo. Además, Coldeportes capacitó y prestó asistencia técnica a las 900 escuelas de fundamentación deportiva y fortaleció el deporte social comunitario. También se realizaron exitosamente los I Juegos del Pacífico, las clasificatorias a los Juegos Deportivos Nacionales, el Campeonato Mundial de Ciclismo y el Mundial de Patinaje.**

#### **B. Seguridad Social Integral**

**En el régimen subsidiado del Sistema de Seguridad Social en Salud se identificaron y afiliaron 1.4 millones de personas por las empresas solidarias de salud y 4.9 millones por las administradoras transitorias, frente a la meta prevista de 6 millones de afiliados en 1995. De esta población, 73.000 corresponden a madres gestantes o lactantes y sus hijos menores de un año, beneficiarios del Programa de Atención Materno Infantil - Pami- de la Red de Solidaridad Social.**

**En el Plan de Atención Básica, las campañas de inmunización alcanzaron coberturas de 95% en polio y DPT, 99% en BCG y 86% en hepatitis.**

**Para el mejoramiento de la calidad de la oferta pública de servicios, se actualizó la infraestructura de 143 hospitales, centros y puestos de salud, y la dotación de 446. Para el fortalecimiento de los servicios de urgencias en los hospitales, se dotaron 80 hospitales y se adquirió equipo de transporte para 48, con una inversión de \$17.130 millones. También se avanzó en el programa de ciencia y tecnología para la salud con inversiones por \$5.000 millones.**

**La ejecución presupuestal del sector salud alcanzó 15.8% de los recursos previstos en el Plan Plurianual de Inversiones. Con la apropiación presupuestal de 1996, se espera llegar a 35%.**

**En el régimen contributivo del Sistema de Seguridad Social en Salud, el crecimiento de la afiliación en el primer año de aplicación de la ley fue del 25%, debido a la incorporación de nuevos cotizantes y a la ampliación de la cobertura al núcleo familiar consagrada en la ley. Esta cifra es superior a la de otros países que han aplicado reformas similares. La aprobación del funcionamiento de 25 EPS permitió alcanzar 1.5 millones de afiliados y beneficiarios y el ISS llegó a 10.2 millones, para un total de 11.7 millones de la población nacional.**

**En las acciones de protección a la niñez, el Programa Fami benefició a 389.000 madres y niños, alcanzando el 97% de cumplimiento. La cobertura de atención a pre-escolares en hogares comunitarios fue de 873.500 niños, con un 98% de cumplimiento. Se aumentó la ración alimentaria en los hogares, al pasar del 60 a 73% los requerimientos nutricionales previstos. Los programas para la niñez avanzaron durante 1995 el 18% de las metas presupuestales contenidas en Plan, con los recursos previstos para 1996 se espera ejecutar el 37.5%.**

**El programa Revivir ha llegado a 67.000 ancianos indigentes en 680 municipios, superando la meta prevista para 1995 de 45.600 ancianos. A diciembre de 1995 el Fondo de solidaridad pensional había recaudado \$90.000 millones y se proyecta que al finalizar 1996 los recaudos habrán ascendido a \$231.000 millones. El Fondo pretende afiliar 330.000 personas este año y hasta el momento ha afiliado 10.300.**

**El ICBF a través del proyecto de Asistencia Integral al Anciano busca promover la integración del anciano a su medio familiar y social, promoviendo su participación activa. Se atiende a personas mayores de 60 años con NBI, ubicadas en Centros de Bienestar del Anciano, oficiales y privados, sin ánimo de lucro. Durante 1996 se están atendiendo**

**103.056 usuarios, cubriendo el 24% de la población objetivo, destinando \$1.509.5 millones.**

### **C. Vivienda Social Urbana**

**Entre agosto de 1994 y diciembre de 1995, el Inurbe adjudicó 104.000 subsidios, de los cuales 100.500 se focalizaron en familias con ingresos de hasta dos salarios mínimos legales mensuales, superando en 6.000 subsidios las adjudicaciones a hogares de ese nivel de ingreso entre 1991 y julio de 1994. En el rango entre 2 y 4 salarios el Inurbe alcanzó el 42% de la meta física anual, nivel de asignación compensado por un desempeño de las Cajas de Compensación superior a sus metas.**

**El programa de vivienda social con crédito presentó un cumplimiento del 110% en la meta física. Las CAV y el sector bancario han colocado 35.000 créditos por \$319.600 millones. No obstante, se requieren ajustes para cubrir grupos de población desatendidos.**

**Entre agosto de 1994 y diciembre de 1995, el Programa de Vivienda Social Urbana generó en total 175.350 soluciones de vivienda, con una inversión de \$624.720 millones, cumpliendo las metas físicas previstas en 106% y las financieras en 102%. Desde el punto de vista presupuestal, durante 1995, el Programa tuvo un avance del 17% frente a los recursos previstos en el Plan, y se espera alcanzar el 37.3% con los recursos apropiados para 1996.**

#### **D. Plan de Agua**

**En 1995, se comprometió el 96% de una apropiación definitiva de \$151.700 millones, para el mejoramiento de la calidad y ampliación de cobertura de los servicios de acueducto y alcantarillado. En el componente de preinversión, se aprobaron 89 estudios por \$5.500 millones. Las inversiones en acueductos y alcantarillados sumaron \$139.300 millones del FIU, la Caja Agraria, el DRI y Findeter.**

**Es necesario resaltar que, a pesar de los problemas que enfrentó la Findeter para intermediar los recursos, debido a las medidas restrictivas de la Superintendencia Bancaria para frenar el endeudamiento territorial, durante 1995 realizó desembolsos por \$36.137 millones, correspondientes a créditos aprobados en vigencias anteriores y aprobó operaciones por \$70.603 millones, de las cuales desembolsó \$3.750 millones.**

**El Plan de Agua avanzó 22% en las metas del Plan de Inversiones del cuatrienio, presentando uno de los mejores desempeños en materia de compromisos presupuestales, no obstante, una baja ejecución en pagos (11% sobre compromisos). De mantenerse el mismo ritmo de inversión, al final de 1996 se habrá obtenido el 48.5% de las metas previstas.<sup>3</sup>**

**Los procesos de participación privada en el sector se adelantan de acuerdo con la iniciativa de los entes territoriales. El proceso que avanzó con mayor agilidad fue la vinculación del socio operador privado y la constitución de la empresa Sociedad de Aguas de Cartagena.**

**La Comisión de Regulación de Agua Potable y Saneamiento Básico ha venido desarrollando los aspectos principales de la regulación tarifaria y de subsidios, gestión empresarial, regulación de monopolios y promoción de la competencia. También se**

---

**ha**

<sup>3</sup> en el sector resalta la reestructuración de la deuda de la Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá, por \$34.459 millones, y una capitalización a Findeter por \$25.692 millones.

**reglamentado los indicadores y criterios de eficiencia para que los operadores adelanten los planes de gestión.**

#### **E. Plan de Empleo**

**El Sena logró un excelente desempeño durante 1995 capacitando durante el año a 42.000 personas en cursos largos, superando ampliamente la meta prevista. El programa de apoyo al sostenimiento para la capacitación a desempleados pobres se cumplió en 92% de lo programado.**

**Se firmaron 13 convenios de capacitación por \$2.800 millones con el sector empresarial en el marco de la Ley de Ciencia y Tecnología. Los servicios de intermediación labor llegaron a 150.000 desempleados.**

**El Plan Nacional para la Microempresa a través de Finurbano (IFI) colocó 26.900 créditos por \$35.700 millones, triplicando los promedios anuales históricos. La Corporación Mixta aprobó 94 proyectos de formación empresarial por \$3.780 millones, y apoyó nueve Centros de Desarrollo Productivo por \$1.050 millones. Por su parte, el Plande Empleo Urbano de la Red cofinanció 572 proyectos municipales, con una asignación de \$160.767 millones los cuales contaron con una contrapartida de \$12.351 millones. Durante 1995 los programas para el empleo alcanzaron 20.7% de las metas de inversión del Plan, y con la apropiación de 1996 se llegará a 52.6%.**

#### **D. Gasto Social Rural**

**En el marco de la nueva política de reforma agraria, el Incora adquirió 57.650 hectáreas para adjudicarlas a 4.960 familias campesinas e indígenas lo cual representa el 5% de la meta física para el cuatrienio en distribución de tierras y el 7% en número de beneficiarios; tituló 403.470 hectáreas de tierras baldías a 5.100 colonos alcanzando el 8%**

**de la meta total del Plan en términos superficie, y constituyó y amplió 26 resguardos en 318.500 hectáreas.**

**Por su parte, el Fondo DRI suscribió convenios con entes territoriales por \$77.000 millones para cofinanciar 3.850 proyectos. Entre agosto de 1994 y diciembre de 1995 se adjudicaron 900 proyectos de vivienda rural para beneficiar a 72.840 familias, duplicando las aprobaciones de los dos años anteriores. En 1995 la inversión de las entidades del sector en proyectos Plante llegó a \$8.550 millones**

**El gasto social rural ha sido el programa con menores logros presupuestales en el sector social, al alcanzar 14.1% de las metas del Plan durante 1995. Al final de 1996, se espera llegar a 31.9% de lo previsto en el Plan de Inversiones.**

#### **E. Justicia, Derechos Humanos y Seguridad Ciudadana**

**Durante 1995 el sector y la Superintendencia de Notariado y Registro contaron con una apropiación de \$104.855 millones y se ejecutó 88.8%. Con el conjunto de sus programas, se consiguieron avances significativos en capacitación: 33.000 jueces, fiscales, personeros, inspectores de policía, miembros de la fuerza pública y líderes comunitarios participaron en cursos y seminarios destinados a incrementar sus capacidades en materia de aplicación de la ley, conciliación y protección de los derechos humanos. Por otra parte, la infraestructura judicial y carcelaria se amplió en todo el territorio nacional para mejorar las condiciones de trabajo y de acceso a la justicia. El sector justicia ejecutó en 1995 el 15% del presupuesto previsto para el cuatrienio y, con niveles de ejecución similares, llegará en 1996 al 30.5%.**

**En Derechos Humanos, se diseñó y desarrolló la política de atención a la población desplazada por la violencia, se aprobó el Protocolo II de Ginebra, y se ha venido prestando apoyo a la víctima de la violencia a través de convenios con la CruzRoja Colombiana.**

**La Policía nacional, ha incrementado sus equipos y la dotación de su personal, mejorando así su presencia en las zonas rurales y su capacidad de respuesta (con Helicópteros y equipos de comunicación). Simultáneamente, está empeñada en un plan de mejoramiento de sus relaciones con la ciudadanía, se crearon 969 oficinas de Participación Comunitaria. Para 1996, la Policía habrá ejecutado el 32% del presupuesto previsto en el cuatrienio.**

## **V. COMPETITIVIDAD PARA LA INTERNACIONALIZACIÓN**

### **A. Competitividad y Tecnología**

**Durante 1995, bajo el auspicio del Consejo Nacional de Competitividad y con el liderazgo de los Ministerios de Desarrollo y Agricultura se suscribieron 6 Acuerdos Sectoriales de Competitividad. En diciembre de 1995 se presentó la Estrategia Nacional de Competitividad donde tienen especial importancia la creación del Centro Nacional de Productividad, la formulación de una visión de largo plazo para Colombia, y con el concurso de las principales empresas del país, se busca la creación de un Centro Nacional de Referenciación competitiva.**

**En desarrollo de la Política Nacional de Ciencia y Tecnología, la inversión pública en el sector se incrementó 24.7% en términos reales entre 1994 y 1995, y en 1996 lo hará en 14.8% adicional, pasando de representar 0.21% en 1994 a 0.3% del PIB en 1996. A través de Colciencias se invirtieron \$5.748 millones en formación de recursos humanos, con la aprobación de 158 becas, lo que supera la meta (113). También se invirtieron**

**\$10.711 millones en apoyo a las redes de innovación, a 16 centros de productividad y desarrollo tecnológico, y en créditos par a 150 proyectos de innovación y desarrollo tecnológico. La ejecución presupuestal de la Política de Ciencia y Tecnología alcanzó**

**8.6% de las metas previstas para el cuatrienio. Con la apropiación de 1996 se alcanzará 39.5%.<sup>4</sup>**

**En el contexto del Plan Estratégico Exportador se adoptó el arancel externo común y el mecanismo de franjas de precios en el Grupo Andino, y se suscribió la prórroga por 10 años de las preferencias unilaterales de la Unión Europea. Durante 1995 los Cert expedidos crecieron en 8% respecto a 1994, alcanzando U\$85.8 millones. Se conformaron 55 nuevas unidades exportadoras, alcanzando a finales del año un total de 100. Este mecanismo ya beneficia a 556 empresas.**

#### **B. Política de Modernización Agropecuaria y Rural**

**Los programas que conforman la política agropecuaria y rural han contribuido a establecer condiciones que favorecieron la recuperación del sector. Los convenios de absorción de cosechas han proporcionado un ambiente favorable para la comercialización, y los programas de crédito y capitalización rural han ayudado a preparar al sector para su reconvención productiva y tecnológica en beneficio de una mayor competitividad**

**Los créditos redescontados de Finagro ascendieron a \$669.209 millones. Se avanzó en el Incentivo a la Capitalización, asignando \$13.930 millones a 881 proyectos elegibles.**

**Se puso en marcha el Programa Nacional de Transferencia de Tecnología Agropecuaria -Pronatta, aprobando proyectos por \$13.500 millones. La adecuación de tierras contó con una apropiación de \$68.270 millones y su ejecución presupuestal fue de 86.2%.**



---

<sup>4</sup> esta cifra incluye componentes en educación y medio ambiente que fueron contabilizados en los respectivos sectores

**El Idema efectuó compras de productos agropecuarios por \$83.000 millones. En prevención y manejo de la sanidad agropecuaria, el ICA ejecutó 88.8% de su presupuesto de inversión, el cual alcanzó \$12.276 millones.**

**Los programas de la Política de Modernización Agropecuaria y Rural alcanzaron 13.6% de las metas previstas del Plan y se espera, para finales de 1996 alcanzar el 35.9%.**

### **C. Política de Modernización Industrial**

**Esta política presenta varios instrumentos que facilitan la incursión de la actividad manufacturera en el escenario internacional. Entre ellos se encuentran las áreas de normalización, metrología y control de calidad, la de propiedad intelectual, del diseño industrial y de medio ambiente, en las cuales se avanzó en la consolidación de una base institucional que propicie la modernización del sector productivo.**

**En los programas de desarrollo y fortalecimiento de recursos humanos el SENA ha suscrito 13 convenios de cooperación por \$2.800 millones y comprometió \$12.700 millones correspondientes a la vigencia de 1996. El Gobierno ha fortalecido el sistema financiero de fomento mediante el cambio gradual en las actividades crediticias directas del IFI hacia aquéllas de redescuento actividad que durante 1995 tuvo un incremento real de 30.2%.**

**En 1995 se continuó con las negociaciones de tratados bilaterales para la promoción de la inversión. En el mes de junio se firmó el tratado con España y se promovió en el Congreso la aprobación de los tratados con el Reino Unido, Cuba y Perú.**

### **D. Infraestructura para la Competitividad**

**Durante 1995 la inversión total en infraestructura y desarrollo minero fue de \$4.2 billones, un tanto inferior a lo previsto en el Plan, pero superior 26.7% en términos reales a la de 1994; este crecimiento estuvo asociado en gran medida al mayor aporte del sector privado, que incrementó sus inversiones en 66.7% (Cuadro 11).**

**En 1995, la inversión pública del Plan en Infraestructura alcanzó una ejecución global del 21.8% del total programado para los cuatro años. Con la apropiación de 1996 se espera poder llegar a 44.7%.**

**El sector transporte alcanzó 18.6% de las metas presupuestales del Plan de Inversión Plurianual. Con la apropiación de 1996 se llegará a 40.4% de las metas. En el sector vial, la apropiación definitiva de recursos públicos fue de \$705.980 millones. La ejecución presupuestal fue ampliamente satisfactoria (94.5%).**

**Entre agosto de 1994 y diciembre de 1995 entraron en operación 424 Km. de la red troncal. Y en la vigencia de 1995 se contó con una apropiación definitiva de \$540.679 millones, superando las metas del Plan para el primer año. En el programa de estudios de preinversión se concluyeron estudios de 397 Km. de nuevas vías y de rehabilitación de 471 Km., con una asignación de \$40.216 millones, tres veces más que en 1994. Conviene destacar, en particular, el incremento significativo que experimentó la ejecución del Instituto Nacional de Vías, que se elevó de 84% en 1994 a 94.5% en 1995 (Cuadro 12). A nivel administrativo y de gestión, se han adelantado acciones como la revisión del esquema de contratación y la implantación de una estrategia de control de peso de los vehículos**

**En el Programa de Red Secundaria se culminó la transferencia de 13.408 Km. de la red secundaria a 31 departamentos y 4 distritos. La apropiación definitiva del programa en el Invías fue de \$82.797 millones, mientras que en el Fondo de Cofinanciación de Vías se apropiaron \$57.107 millones.**

**En la Red Terciaria, según lo dispuesto por la Ley 188 y el Decreto 2128 de**

**1995, se reorganizó el Fondo Nacional de Caminos Vecinales, entidad que contó con una asignación de \$25.398 millones. El FCV apropió recursos por \$13.185 millones para apoyar el programa de transferencia de la red terciaria.**

**En 1995 la apropiación de Ferrovías fue de \$104.619 millones, de los cuales \$61.114 millones corresponden a un crédito para la rehabilitación del sector la Loma-Santa Marta. El sector aéreo contó con una inversión pública de \$73.861 millones, 43% para el sector aeronáutico y 53% para el aeroportuario.**

**Durante 1995 en el sector de navegación marítima y fluvial se adelantó el dragado de 2.5 millones de metros cúbicos, la señalización de 1.470 km. y el destronque de 800km. En los puertos, las sociedades portuarias regionales movilizaron 10 millones de toneladas, manteniendo niveles crecientes de eficiencia, al incrementar la productividad efectiva de 500 Toneladas por nave por día (TDN) en 1990 a 2700 TDN en 1995.**

**En telecomunicaciones se ejecutaron efectivamente \$313.000 millones, 88% de lo previsto para 1995. Esto permitió aumentar la capacidad instalada en telefonía local en 16%. En los servicios internacionales se llegó a 6.400 circuitos, con un incremento de 76%, superando la meta anual del Plan. En total el sector ejecutó 21.4% de las metas presupuestales del Plan y, con la apropiación de 1996, se espera alcanzar 45.6%.**

**En electricidad, los avances institucionales y regulatorios, como el mercado mayorista de electricidad y la promoción de la libre competencia, permiten avanzar en el propósito de asegurar la disponibilidad de una oferta energética eficiente, la prestación adecuada del servicio y la promoción de la participación privada.**

**En 1995 se logró una capacidad de generación de 10.089 MW, superior en 10 MW a la meta programada. El sistema de transmisión manejado por ISA, ejecutó 90% de su presupuesto de inversión durante 1995, logrando el mayor valor de disponibilidad**

de transmisión de los últimos 5 años (99.26%). El logro definitivo para los programas de transmisión y distribución rebasó la meta del Plan para 1995 en 17%. Las inversiones ejecutadas en dichos programas ascendieron a \$517.471 millones.

En el sector petrolero se sobrepasó en 28% las expectativas anuales del Plan. Se celebraron 15 nuevos contratos de asociación, con lo cual el número de contratos vigentes aumentó, de 72 en 1994 a 83 en 1995. La producción promedio de crudo aumentó en 26% respecto a 1994, alcanzando 585 KBPD sobre una meta de 569 KBPD determinada por la entrada en producción de nuevos pozos en los campos de Cusiana y Cupiagua.

La producción de gas durante 1995 se incrementó 6.4%, alcanzando 431 MPCD sobre una meta de 450 MPCD. Por su parte, la programación de inversiones en el sector carbón (\$27.215 millones) y en el sector minero (\$9.719 millones), cercana a la programación del Plan, tuvo una ejecución de 97%.

Los sectores energético y minero presentaron el mejor desempeño de la inversión en infraestructura, al avanzar 24.3% de las metas presupuestales contenidas en el Plan, lo cual, con la apropiación de 1996, se espera que llegue a 47.1%.

#### **E. Balance de la Participación Privada en Infraestructura**

El Plan preveía inversiones del sector privado en infraestructura por \$3.05 billones. Aunque la meta sólo se cumplió en 54%, ya que alcanzó poco menos de \$1.7 billones, es necesario destacar un incremento del 67% respecto a 1994.

En 1995 se constituyó la sociedad Ocesa para el desarrollo del sistema de transporte de crudo de Cusiana y Cupiagua, que realizó inversiones por \$272.000 millones. Se concluyó la construcción del gasoducto Ballenas-Barranca, de 575 km. de longitud, con un costo de \$153.000 millones.

**En generación eléctrica se inició la construcción de dos proyectos termoeléctricos - Termoflores II y Termobarranquilla - que representan 850 MW de generación, con una inversión de \$575,000 millones, de la cual se ejecutó 21% en 1995.**

**También se adjudicó la construcción de la segunda pista del aeropuerto El Dorado, a iniciarse en mayo de 1996, con un costo de \$80.560 millones.**

**Durante 1994 y 1995 se adjudicaron 11 proyectos de concesión vial para la rehabilitación de 880 km. y la construcción de 196 km. De éstos, han entrado en operación 150 km. de rehabilitación y 22 km. de construcción. La meta del Plan se cumplió en 98% en términos de compromisos, aunque se presenta un rezago en las inversiones efectivas.**

**Las inversiones privadas en telecomunicaciones se presentan principalmente en telefonía local a través de Metrotel y Telecom con una inversión de \$146.000 millones, en telefonía móvil celular con \$149.000 millones y en valor agregado con una inversión de \$18.000 millones.**

## **VI. DESARROLLO SOSTENIBLE**

**Durante 1995 el sector avanzó en el fortalecimiento institucional. Se establecieron y reorganizaron las corporaciones regionales e institutos, conforme con la Ley 99. Se organizó la autoridad ambiental urbana de Bogotá según las funciones asignadas en dicha Ley y se crearon las unidades ambientales de Cali, Barranquilla y Medellín - Valle de Aburrá.**

**El sector de medio ambiente durante 1995 tuvo una apropiación de \$79.788 millones, de los cuales ejecutó 70%, resaltando el programa de producción limpia con una ejecución de 86%. Durante 1995 se formuló la política de bosques, se reforestaron 11.500**

hectáreas y hubo un avance significativo en la organización y puesta en marcha institucional del Sistema Nacional Ambiental SINA.

El sector presentó un avance en el Plan Plurianual al llegar a 11% y se espera, con una ejecución total de lo apropiado en 1996, alcanzar 31.8% de las metas en el cuatrienio.

## **VII. DESCENTRALIZACIÓN**

Las acciones para la consolidación de la descentralización se han encaminado al fortalecimiento de las áreas relativas al liderazgo de la descentralización, la distribución de competencias, el financiamiento territorial y el desarrollo de las instituciones de las entidades territoriales, de acuerdo con los lineamientos de la Política de Consolidación de la Descentralización - Documento CONPES No. 2788, junio 15 de 1995.

Para consolidar la figura líder de la descentralización, la Ley 199 definió como coordinador de este proceso al Ministerio del Interior, en su calidad de canciller de asuntos internos y de interlocutor político de las entidades territoriales.

En materia de financiamiento territorial se ha iniciado la revisión y estudio de alternativas de ajuste del actual Sistema Intergubernamental de Transferencias, con el propósito de avanzar en el diseño y operación de un Sistema que beneficie la equidad, la eficacia y la eficiencia de la inversión social a nivel territorial, armonizando la distribución intergubernamental de competencias con los recursos transferidos. Como complemento, se está diseñando un sistema de seguimiento y evaluación sobre el impacto de las transferencias en la prestación de los servicios.

Para el fortalecimiento de los recursos propios de las entidades territoriales se ha avanzado en una propuesta para modernizar las estructuras tributarias de departamentos y

municipios, de manera que se les otorgue mayor autonomía y dinamismo en el recaudo y administración de sus rentas. Para complementar estos recursos, el Gobierno Nacional ha expedido reglamentaciones tendientes a racionalizar el endeudamiento territorial, así como para poner en marcha el Fondo Nacional de Regalías.

Para que las entidades territoriales puedan contar con recursos complementarios de cofinanciación, se han adelantado acciones para la simplificación del Sistema Nacional de Cofinanciación, relacionadas con: la estructuración del Comité Nacional, la eliminación de la obligatoriedad a los Fondos FIS y DRI, del manejo de los recursos a través de contratos de carácter fiduciario; la eliminación de la exigencia de probar la calidad de representante legal de la respectiva entidad territorial, y la conformación de los comités departamentales y distritales de cofinanciación, así como de los fondos departamentales. De igual forma, se han simplificado y unificado las matrices de cofinanciación<sup>5</sup> y se cuenta con una agenda conjunta de unificación de mecanismos y procedimientos de acceso al Sistema.,

En el área de desarrollo institucional de las entidades territoriales, se ha avanzado en la reglamentación de la Dirección General que, en el Ministerio del Interior, asumirá las funciones de recepción y canalización de solicitudes por acciones de asesoría y asistencia técnica y, de igual forma, establecerá unos principios para lograr una coordinación mínima entre las entidades que prestan apoyo a los entes territoriales. En esta área también es importante destacar la puesta en marcha del “Programa Mejor Gestión de los Departamentos” por parte del DNP. Este Programa consiste en acompañar a los departamentos en la identificación y alcance de las condiciones institucionales, políticas y económicas necesarias que requieren para alcanzar sus objetivos de bienestar, contemplados en sus planes de desarrollo. Con el Programa, se buscará que cada departamento defina y ejecute una estrategia propia de fomento municipal y, de igual forma, se les acompañará para que den respuesta a los municipios que soliciten asistencia técnica.

<sup>5</sup> documento CONPES No. 034 del 31 de enero de 1996, Criterios para Asignación de Cupos Indicativos y Fortalecimiento del Sistema

## **VIII. EVALUACIÓN**

**Durante 1995, se ejecutaron los compromisos institucionales derivados del Programa Gestión Orientada a Resultados, en desarrollo del proceso integral de mejoramiento de la gestión pública, a través de la implementación del Sistema Nacional de Evaluación de Resultados de la Gestión Pública, SINERGIA.**

**Para ello, se definió el marco conceptual e institucional del Sistema y se avanzó en el diseño y prueba de los instrumentos base. La metodología de Plan Indicativo fue utilizada en una prueba piloto que involucró a 13 entidades del orden nacional, ejercicio que permitió evaluar y retroalimentar dicha metodología para convertirla en una mejor herramienta de gestión y lograr que las entidades involucradas priorizaran y orientaran sus objetivos hacia el cumplimiento de los programas del Plan.**

**Con la metodología de Gestión de Programas -GESTOR, se avanzó en el diseño de la ficha del programa con el fin de que se constituya en instrumento guía para el trabajo de las unidades de gestión que se conformen en torno a los programas del Plan y que permitan una evaluación transparente y una adecuada coordinación interinstitucional. La conformación de unidades de gestión involucra a la sociedad civil a través de representantes designados por el Consejo Nacional de Planeación. Durante 1995 se realizaron 3 evaluaciones estratégicas: evaluación ex post de la Troncal del Magdalena Medio, de los CORPES, y profundización de la descentralización y la eficiencia del gasto social en Colombia.**

**Además de promover una cultura de gestión orientada al logro de resultados en cada nivel de la administración pública, el uso de estos instrumentos permitirá generar la información necesaria para hacer más efectivos los procesos de toma de decisiones. Para ello, el Sistema de Información de Sinergia está siendo configurado como una**



red de evaluaciones cuya interconexión con otros sistemas provea un conocimiento analítico apartir del cual se retroalimente la gestión, desde el nivel de políticas hasta el de las responsabilidades propias de cada puesto de trabajo. Con este fin se elaboran las normas funcionales del Sistema y se estableció una estrategia preliminar de vinculación con otros sistemas de información.

Se ha avanzado en el diseño del Programa de Investigación Aplicada en Gestión Pública que permita la generación de conocimiento institucional en temas como participación y representación ciudadana, organismos de control, el marco global de la gestión, participación del sector privado y regulación, relaciones ejecutivo - legislativo y relaciones Nación - entes territoriales, con el fin de evaluar la compatibilidad entre las instituciones que determinan la gestión pública y una gestión orientada a resultados, como lo consagra la Constitución.

## **IX. COOPERACIÓN TÉCNICA INTERNACIONAL**

Se encuentran 378 proyectos en ejecución, de los cuales 79 fueron aprobados e iniciadas sus actividades durante 1995, por un valor total de U\$80.9 millones, superior al promedio anual de los últimos 10 años (US\$73 Millones). En relación con las fuentes, 57% de la cooperación recibida por el país proviene de fuentes multilaterales como el Programa Mundial de Alimentos, la Unión Europea y UNICEF. El principal aportante bilateral es la República Federal Alemana (Cuadro 13).

En 1995 el Banco Interamericano de Desarrollo aprobó 23 proyectos de Cooperación, por la línea FOE, por U\$ 5.736.750. Por recursos TOMÍN (Fondo Multilateral de inversiones) se aprobaron 4 proyectos por U\$ 17.822.547. Con el Banco Mundial, cuya línea de cooperación no reembolsable es muy restringida, se está ejecutando el proyecto “Reasentamiento de población indígena” por U\$ 200.000 y fue aprobado el proyecto “Antioquia presente” por U\$ 197.000.

## **X. DEFENSA Y SEGURIDAD**

Para 1995, se asignaron recursos de la Nación por \$127.121 millones, equivalentes al 15.3% del monto total previsto en el Plan Nacional de Inversiones para las Fuerzas Militares. En cuanto a la Policía Nacional, principal ejecutora del programa de seguridad ciudadana, recibió \$22.786 millones 12.5% del total programado para el cuatrienio.

### **Cuadro 1**

## **PRODUCTO INTERNO BRUTO POR RAMAS DE ACTIVIDAD**

### **Cuadro 2**

## **PRODUCTO INTERNO BRUTO POR TIPO DE GASTO**

### **Cuadro 3**

## **BALANZA DE PAGOS (US\$ Millones)**

### **Cuadro 4**

## **OCUPADOS SEGÚN RAMA DE ACTIVIDAD ECONÓMICA (Siete áreas metropolitanas)**

**Cuadro 5**

**SECTOR PUBLICO NO FINANCIERO  
DÉFICIT/SUPERÁVIT REAL 1995  
(Porcentaje del PIB)**

**Cuadro 6**

**EJECUCIÓN DEL PLAN PLURIANUAL DE INVERSIONES 1995  
(Millones de Pesos de 1994)**

**Cuadro 7**

**PAGOS DE INVERSIÓN**

**A. GOBIERNO CENTRAL  
(Millones de pesos corrientes)**

**B. TOTAL, ADMINISTRACIÓN PÚBLICA  
CENTRAL (Millones de pesos corrientes)**

**Cuadro 8**

**EJECUCIÓN PRESUPUESTO DE INVERSIÓN POR SECTORES  
EMPRESAS INDUSTRIALES Y COMERCIALES DEL ESTADO  
1994 –1996  
(Millones de \$)**

\* Meta de pagos proyectada

**Cuadro 9**

**AVANCE PLAN PLURIANUAL DE INVERSIONES**

**PRESUPUESTO NACIONAL, EMPRESAS Y TRANSFERENCIAS  
PLAN PLURIANUAL DE INVERSIONES 1995-1998-07-30  
(Millones de Pesos de 1994)**

**Cuadro 10**

**INVERSIÓN SOCIAL 1995  
EJECUCIÓN DE PROGRAMAS POR SECTOR  
Millones de pesos de 1994**

**Continuación Cuadro 10**

**Continuación Cuadro 10**

**Cuadro 11**

**INVERSIÓN TOTAL PÚBLICA Y PRIVADA EN INFRAESTRUCTURA  
1994 – 1995**

**Cifras en millones de pesos de 1994**

**/1 La Inversión pública de los sectores no incluye empresas municipales**

**/2 La Inversión pública corresponde a los compromisos para los dos años**

**Cuadro 12**

**EJECUCIÓN DE RECURSOS**

**POR PROGRAMASector**

**TRANSPORTE**

**Cifras en Millones de  
pesos 1994**

**/1 Para calcular la ejecución de 1995 se utilizó 1.204 como  
deflactor**

**Cuadro 13**

**COOPERACIÓN TÉCNICA POR FUENTES 1995**

**REPUBLICA DE COLOMBIA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN**

**SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL  
INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO  
(Programa 1.7 de El Salto Social. Informe 1)**

**Documento CONPES 2813 - Ministerio de Salud-DNP:UDS-DISAL,DEE  
Santafé de Bogotá, D.C., octubre 25 de 1995**

**Versión aprobada**

## **I. ANTECEDENTES**

**Las propuestas de El Salto Social en el área de Salud y Seguridad Social se encuentran consignadas en el Documento CONPES 2756, aprobado el 11 de enero del presente año. Los programas que constituyen este plan para el cuatrienio son:**

- Acceso universal a los servicios de salud preventivos y curativos. Incluye el acceso al Sistema de Seguridad Social en sus modalidades de Régimen Contributivo y Subsidiado y las acciones del Plan de Atención Básica (PAB).
- Mejoramiento de la oferta pública de servicios.
- Gestión descentralizada del sector.
- Garantía de calidad de los Servicios.
- Ciencia y tecnología para la salud.

**Los principales logros del plan se han producido en el programa de mejoramiento de la oferta pública de servicios, particularmente en el área de gestión hospitalaria en los diferentes niveles de atención. Conjuntamente con otras acciones, como las dirigidas a la actualización de la infraestructura y dotación de los establecimientos, estos desarrollos sentarán las bases para que, en el mediano plazo, las Empresas Sociales del Estado operen plenamente en el marco del Sistema de Seguridad Social.**

**Aun cuando el proceso de transición al régimen de Seguridad Social ha sido rápido, incluso en comparación con países como Chile, los problemas identificados en el proceso afectan especialmente el acceso universal a los servicios de salud preventivos y curativos, tanto a la Seguridad Social como al Plan de Atención Básica. Se destaca el aumento del 25% en la afiliación al Régimen Contributivo, pero las afiliaciones se concentran en el ISS que enfrenta actualmente dificultades en su gestión. Aunque se registran avances importantes en la identificación de beneficiarios potenciales del Régimen Subsidiado, la afiliación es baja en relación con la meta**

propuesta para 1995 y, con excepción de las Empresas Solidarias de Salud, no existen empresas administradoras del Régimen Subsidiado propiamente dichas. No se han definido los contenidos del Plan de Atención Básica y no hay claridad sobre quiénes son los responsables de su prestación ni sobre sus componentes mínimos.

Problemas igualmente críticos se presentan en el programa de gestión descentralizada de los servicios. La certificación de las entidades territoriales para el manejo autónomo de los recursos del situado fiscal y las participaciones avanza lentamente. Hay resistencia por parte de los departamentos debido a la incertidumbre sobre la financiación del sector y a los altos costos laborales. La deuda prestacional constituye uno de los mayores obstáculos a la implantación de la Ley 100, pues dificulta la transformación de los hospitales en Empresas Sociales del Estado y la administración descentralizada de los servicios. Finalmente hay confusión en las entidades territoriales debido a la ausencia de criterios únicos que guíen el proceso y a la intervención de múltiples instancias del gobierno central.

Entre los retos inmediatos que se le presentan al sector se destacan la ampliación de la cobertura del Régimen Subsidiado, la aplicación de los controles sobre las distintas instituciones que conforman el Sistema de Seguridad Social y la efectiva descentralización de los servicios en el marco del nuevo sistema. Se requieren, además, acciones decididas para la puesta en marcha de un Plan de Atención Básica que responda al perfil epidemiológico de las distintas regiones y que se ejecute concertadamente con las entidades territoriales y las Empresas Promotoras de Salud (EPS).

## **II. PRINCIPALES AVANCES ENTRE AGOSTO DE 1994 Y SEPTIEMBRE DE 1995**

### **A. Seguridad Social**

- \* Como resultado de la preparación del proyecto de crédito BID para apoyo a la reforma a la Seguridad Social, se han identificado ya los principales cuellos de botella para su implantación, así como los estudios e instrumentos que deberán



**desarrollarse para superarlos.**

- \* El IFI y el Ministerio de Salud han difundido ampliamente la línea de crédito para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) privadas. A la fecha se encuentran en estudio solicitudes por \$34.000 millones; la meta es adjudicar este año créditos hasta por \$50.000 millones.

## **1. Régimen Contributivo**

- \* La Superintendencia de Salud ha aprobado la operación de 18 Empresas Promotoras de Salud (EPS).
- \* La Superintendencia de Salud está diseñando un plan de desempeño para el ISS, con el fin de proponer soluciones a los problemas relacionados con el número de afiliados, la compensación y la separación de riesgos, entre otros. Este informe será presentado al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS).
- \* El Ministerio de Salud está elaborando una propuesta para la vinculación de los grupos de población de los estratos medios al Sistema de Seguridad Social. Esta propuesta será sometida próximamente a la consideración del CNSSS.

## **2. Régimen Subsidiado**

- \* Se constituyó la fiducia para la administración de los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía.
- \* A través del SISBEN se encuestaron 1.8 millones de viviendas (aproximadamente 8 millones de personas) en 454 municipios. Se estima que el 70% de los encuestados son beneficiarios potenciales.
- \* Aproximadamente 500.000 personas se encuentran afiliadas a Empresas Solidarias de Salud.
- \* EL CNSSS aprobó nuevas reglas para la operación del Régimen Subsidiado, entre las cuales se cuenta la de impulsar la diversidad de entidades administradoras de los

**subsidios, lo que permitirá a los usuarios ejercer el derecho a la libre elección y ampliar la cobertura del Régimen Subsidiado de Salud.**

**B. Plan de Atención Básica**

- \* Se creó y puso en marcha el Centro de Control de Enfermedades con 81 Unidades Notificadoras; en lo que queda del año se establecerán 69 Unidades adicionales, hasta completar 150.
- \* El Ministerio de Salud aprobó los planes de promoción y prevención presentados por 5 EPS.

**C. Mejoramiento de la oferta pública de servicios**

- \* De los 161 hospitales de segundo y tercer nivel que constituyen la meta para este año, 131 han recibido asistencia técnica sobre gestión hospitalaria, 109 han sido dotados con hardware y software para tal fin, se han ofrecido cursos de capacitación en 156, y 93 se encuentran haciendo facturación de los servicios.
- \* El logro de metas del catastro de instituciones públicas prestadoras de servicios es aceptable. De 100 instituciones propuestas como meta para 1995, se han censado 52 establecimientos, y 46 se encuentran en proceso.
- \* A través del FIS se han cofinanciado proyectos de dotación para 331 hospitales y de mejoramiento de la infraestructura de 143 establecimientos.
- \* De los 32 hospitales que constituyen la meta del Plan para el Centro Hospitalario Nacional y la Red de Urgencias para el Valle de Aburrá, 15 han sido dotados parcialmente.
- \* En uso de las facultades concedidas por la Ley 188 de 1995, el CNSSS aprobó, de manera excepcional, la destinación de \$80.000 millones para cubrir los déficits de los hospitales públicos en 1995. Para la asignación efectiva de estos recursos, el

**Consejo exige que las entidades beneficiadas cumplan metas de mejoramiento de la eficiencia y cobertura de sus servicios y se ajusten al marco de las disposiciones de la Ley 100 de 1993.**

**D. Gestión descentralizada del sector**

- \* Se han elaborado propuestas para la reforma de la Ley 60 de 1993, para hacer compatibles las competencias de los entes territoriales y la asignación de recursos con la operación del Sistema de Seguridad Social en Salud (Ley 100 de 1993).
- \* El Gobierno nacional expidió el decreto por el cual se reglamenta la emisión de bonos para la cancelación de las obligaciones prestacionales a cargo de la Nación.

**E. Garantía de calidad de los servicios**

- \* Como resultado de los trabajos realizados para la preparación del proyecto de crédito BID para el apoyo a la reforma de Seguridad Social, se han identificado fuentes de información y algunas tecnologías adecuadas para la determinación de necesidades de recursos humanos en salud. Así mismo se identificaron las áreas más críticas para el diseño y puesta en marcha de una política de recursos humanos.
- \* La reglamentación del Sistema de Garantía de Calidad se expedirá en las próximas semanas. Dicho decreto define los instrumentos para realizar el control de calidad de los servicios de las EPS e IPS.
- \* Entre las acciones para el mejoramiento de los recursos humanos del sector, el Ministerio de Salud y el ICETEX han adjudicado becas-crédito a 544 médicos residentes.

**F. Ciencia y tecnología para la salud**

- \* En la evaluación realizada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología se ha reconocido que el Programa de Ciencias de la Salud y Biomédicas de Colciencias es el más dinámico del Sistema.

### **III. ÁREAS CRITICAS**

#### **A. Seguridad Social**

##### **1. Régimen Contributivo**

- \* Con aproximadamente 9 millones de afiliados, el ISS concentra la afiliación al Régimen Contributivo. Sólo 400.000 personas se han vinculado a las nuevas EPS.
- \* La oferta de las EPS privadas privilegia los planes de medicina prepagada sobre el Plan Obligatorio de Salud. Esta puede ser una de las causas del bajo nivel de afiliación a dichas empresas y de la preferencia de los usuarios por el ISS.
- \* El sistema de información del ISS no ha respondido a las nuevas realidades del Sistema. El proceso de carnetización de los nuevos afiliados ha sido deficiente.

##### **2. Régimen Subsidiado**

- \* El proceso de afiliación al Régimen Subsidiado ha sido lento. Las afiliaciones efectivas a las Direcciones Seccionales de Salud ascienden a 2.3 millones de personas, el 60% de los cuales se concentran en el Valle y en Antioquia.
- \* Los municipios no tienen claridad sobre cómo gastar los recursos de inversión obligatoria que deben asignar a subsidios de salud. Muchos municipios se rehúsan a transferir dichos recursos al nivel departamental que se ha constituido transitoriamente como administrador del Régimen Subsidiado. Existe una confusión entre el ente de dirección departamental y el ente afiliador o EPS, lo cual es visto por los municipios como un retroceso en la descentralización. Este problema se

**solucionará en la medida en que se ejecuten las recientes disposiciones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud sobre el Régimen Subsidiado.**

- \* El programa de atención materno-infantil de la Red de Solidaridad Social no se ha puesto en marcha.

**B. Plan de Atención Básica**

- \* No se han impartido directrices claras del Ministerio de Salud sobre la manera como las entidades territoriales deben invertir los recursos destinados a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, ni sobre cuáles acciones corresponden a los distintos entes territoriales.
- \* Debido a que en 1995 se cambió la política de jornadas de vacunación por la de fortalecimiento del programa regular, las coberturas de vacunación muestran retrasos en la consecución de la meta esperada.

**C. Mejoramiento de la oferta pública de servicios**

- \* Las acciones encaminadas al mejoramiento de la dotación, procedimientos y recursos humanos de los Bancos de sangre se encuentran atrasadas.

**D. Gestión descentralizada del sector**

- \* Las metas de certificación de entidades territoriales no se han cumplido como estaba previsto. No ha habido cambios con relación a la situación de agosto de 1994 cuando se encontraban certificados 9 departamentos y 17 municipios.
- \* Existe resistencia de los departamentos a la descentralización, debido principalmente a la incertidumbre sobre la financiación del sector en este nivel. Sus estructuras administrativas son insuficientes para administrar el sector, sin que se hayan tomado medidas para racionalizar las plantas de personal y los costos laborales, incluidos lo

**que se ocasionan por la afiliación a la Seguridad Social.**

- \* La descentralización de competencias y recursos no ha ido de la mano con la implantación del Sistema de Seguridad Social en las entidades territoriales.
- \* Muchos hospitales no han definido su naturaleza jurídica, lo que dificulta su transformación en Empresas Sociales del Estado.
- \* Existen conflictos entre las distintas instancias de la administración departamental y municipal.
- \* La deuda prestacional, especialmente de cesantías, es una de las mayores limitantes al proceso de descentralización.

**E. Garantía de calidad de los servicios**

- \* No se ha completado el diseño de los instrumentos necesarios para poner en marcha el Sistema de Garantía de Calidad.
- \* No se ha conformado la Misión para la evaluación del estado de la educación en las profesiones de la salud, prevista para junio de 1995.

**IV. EJECUCIÓN PRESUPUESTAL**

- \* A septiembre de 1995, los programas del sector salud presentan un nivel de compromisos del 71%. La entidad que más alto porcentaje de compromisos presenta es el Ministerio de Salud.
- \* El nivel de pagos efectivos es bajo (9%). Ello obedece principalmente a que, a la fecha, la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía sólo ha hecho un giro efectivo (alrededor de \$ 6.000 millones) al Departamento del Valle para financiar el Régimen Subsidiado en Salud. Otros giros corresponden a reclamaciones de la subcuenta de enfermedades catastróficas (\$ 2.165 millones).
- \* A 30 de agosto el ISS presentaba un bajo nivel de ejecución en salud cercano al 32%. De los \$33.485 millones apropiados para promoción y prevención de la salud, sólo se han ejecutado \$ 300 millones. En infraestructura se ha ejecutado el 33.7%

**de los \$ 24.014 millones vigentes, especialmente en infraestructura de primer nivel.**

- \* En lo poco que resta de la vigencia, las entidades del sector deben agilizar el pago efectivo de su PAC vigente. Los proyectos aprobados deben ser presentados a la Junta del FIS a la mayor brevedad y proceder de inmediato a la firma de los convenios respectivos.

## **V. ACCIONES Y RETOS INMEDIATOS**

### **A. Seguridad Social**

- \* Hacer una difusión amplia de la Ley 100 en lo que respecta a la Seguridad Social en Salud, e informar a la ciudadanía sobre sus derechos y responsabilidades como cotizantes y usuarios de los servicios de salud.
- \* Reglamentar inmediatamente la transformación de las Cajas y Fondos de Previsión del sector público en EPS.

#### **1. Régimen Contributivo**

- \* Fortalecer la vigilancia sobre el cumplimiento de las normas sobre el Plan Obligatorio de Salud que ofrecen las EPS y regular los planes complementarios en función del POS, evitando paralelismo.
- \* Presentar a consideración del CNSSS, dentro de los próximos 4 meses, un documento con propuestas para mejorar la gestión del ISS frente al Sistema de Seguridad Social en Salud.
- \* Diseñar dentro de los próximos 2 meses un plan anti evasión y anti elusión.

#### **2. Régimen Subsidiado**

- \* Agilizar el proceso de afiliación al Régimen Subsidiado, e impulsar la conformación

**de empresas administradoras de los subsidios, bien sean éstas EPS públicas o mixtas, independientes de los entes de dirección, EPS privadas o Cajas de Compensación.**

- \* Afiliar a las madres del Programa FAMI, del ICBF, a la Seguridad Social, como beneficiarias del PAMI, tal como fue decidido en el CNSSS.
- \* Informar a los beneficiarios sobre las entidades administradoras del Régimen Subsidiado y promover la libre elección de EPS.
- \* Brindar asistencia técnica a las entidades territoriales para que promuevan la afiliación al Régimen Subsidiado. Este proceso debe iniciarse, a más tardar, en la tercera semana de noviembre.

#### **B. Plan de Atención Básica**

- \* Diseñar una estrategia global que garantice la concurrencia de los recursos destinados a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad en el Ministerio de Salud, en el FIS y en las entidades territoriales.
- \* Impulsar, a través de la cofinanciación, proyectos de Plan de Atención Básica que respondan al perfil epidemiológico en los distintos departamentos y municipios.
- \* Aprovechar el lanzamiento de la vacuna MMR (sarampión, paperas y rubeola), para alcanzar las metas de vacunación propuestas.

#### **C. Mejoramiento de la oferta pública de servicios**

- \* Impulsar la transformación de los hospitales públicos en Empresas Sociales del Estado.
- \* Ampliar el programa de gestión hospitalaria dirigido a las instituciones del primer nivel de atención.
- \* Fortalecer financieramente a los hospitales públicos mediante la venta de servicios, independientemente de la región de donde sean remitidos los afiliados.



- \* Diseñar una estrategia para la sustitución gradual de los recursos del situado fiscal destinados a los hospitales públicos, por los provenientes de la contratación y venta de servicios. Dicha estrategia deberá comenzar a aplicarse, de manera piloto, a partir de 1996.

#### **D. Gestión descentralizada del sector**

- \* Unificar criterios para la asistencia técnica y la certificación de las entidades territoriales, y coordinar las acciones del Ministerio, de la Misión Social y de otras entidades del nivel nacional.
- \* Definir los montos y las responsabilidades, por niveles de la administración, de los pasivos prestacionales.
- \* Definir legalmente la destinación de las rentas cedidas dentro del nuevo sistema, y diseñar estrategias para mejorar el recaudo de dichas rentas.

#### **E. Garantía de Calidad**

- \* Hacer operativos y difundir los instrumentos para la implantación del Sistema de Garantía de Calidad.
- \* Conformar la Misión para la evaluación del estado de la educación en las profesiones de la salud.
- \* Realizar en 6 meses un análisis de las áreas más críticas para el desempeño de las funciones prioritarias de la Superintendencia de Salud.

#### **F. Ciencia y tecnología para la salud**

- \* Promover la presentación de proyectos de investigación que respondan al perfil epidemiológico de las distintas regiones del país y que contribuyan a la implantación del Sistema de Seguridad Social.

#### **G. Otras acciones y retos inmediatos**

- \* El Ministerio de Salud debe asumir una labor más proactiva, de tal manera que apoye más a las entidades territoriales en el desarrollo de gestión de proyectos y el **desarrollo institucional para la implantación del Régimen de Seguridad Social**

**descentralizado.**

- \* Dentro de los recursos disponibles para apoyar a las entidades territoriales, se debetener presente la equidad departamental, priorizando el apoyo a las entidades territoriales con un menor nivel de desarrollo.

**REPUBLICA DE COLOMBIA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE  
PLANEACIÓN**

**AUTORIZACIÓN A LA NACIÓN PARA CONTRATAR UN CRÉDITO EXTERNO  
CON EL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO PARA EL PROGRAMA  
DE APOYO A LA REFORMA DE SALUD EN COLOMBIA**

**Documento CONPES 2817-MINSALUD-DNP:UDS-DISAL  
Santafé de Bogotá, D.C., 25 de octubre de 1995**

**Versión aprobada**

## **INTRODUCCIÓN**

**Este documento somete a consideración del CONPES la autorización para la contratación de un crédito externo con el Banco Interamericano de Desarrollo hasta por US\$40 millones para apoyar el financiamiento del programa de Apoyo a la Reforma de Salud en Colombia, que tiene un costo aproximado de US\$63 millones.**

### **I. ANTECEDENTES**

**La Constitución de 1991 estableció la obligación del Estado de organizar la prestación de los servicios de salud conforme a los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia. En desarrollo de estos principios, la Ley 100 de 1993 creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud, que materializa el concepto de Seguridad Social como un servicio público de carácter obligatorio. Por su parte, las leyes 10 de 1990 y 60 de 1993 descentralizaron la oferta pública de servicios de salud con el fin de mejorar la atención. En conjunto, estas reformas dieron al sector un nuevo marco operativo, administrativo y financiero, a través del cual se busca garantizar a toda la población el acceso a servicios integrales de salud y mejorar su bienestar.**

**El desafío actual, consignado en el Plan de Desarrollo "El Salto Social", consiste en garantizar la transición hacia el Sistema General de Seguridad Social. Esto requiere la puesta en marcha de las nuevas instituciones del Sistema, de manera que se garantice la cobertura universal del Plan Obligatorio de Salud en el año 2001. Exige también, entre otras, la adecuación de los recursos humanos, la puesta en marcha de mecanismos que garanticen el aumento de cobertura, el mejoramiento de la calidad de los servicios, la consolidación del proceso de descentralización, en general, el mejoramiento de la eficiencia del sistema.**

**Con este marco legal, Colombia ha iniciado un proceso de transformación institucional de los servicios de salud y Seguridad Social, buscando corregir las deficiencias de los sistemas anteriores, especialmente en los aspectos de equidad, cobertura, eficiencia y calidad.**

**El esquema diseñado es de mercados regulados a través del precio (Unidad de Pago por Capitación) y el producto (Plan Obligatorio de Salud), en el que deben competir distintos "aseguradores" y prestadores, lo cual implica un modelo poco experimentado que retoma una serie de elementos de otros modelos.**

**Por lo "sui generis" y lo complejo del nuevo modelo colombiano de Seguridad Social, se hace necesario un proceso de apoyo, asistencia técnica y seguimiento permanente al proceso de su implantación, que consiste en una serie de estudios, evaluaciones y diversas actividades, que conduzcan a la formulación y adopción de políticas, al**

**fortalecimiento del componente institucional y a la adecuación y desarrollo del recurso humano.**

## **II. OBJETIVOS**

**El objetivo general del Programa es apoyar al Gobierno nacional en la puesta en marcha del nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud, para alcanzar los objetivos de equidad social y eficiencia económica, tanto en la asignación de recursos entre los diversos grupos y regiones de Colombia, como en la operación de las instituciones.**

**Los objetivos específicos del proyecto son:**

1. Adelantar un conjunto de estudios de base que permitan: (a) regular la aplicación de la ley en regiones donde no existe suficiente competencia de EPS, IPS, o ambas, la creación de EPS y los planes de servicios que ofrecen, y definir incentivos para mejorar la eficiencia y la calidad; (b) regular la oferta de consulta externa, de hospitalización, de recursos humanos y la adopción de tecnologías; (c) identificar el nivel adecuado de fondos en los regímenes subsidiado y contributivo y la convergencia del Plan Obligatorio de Salud subsidiado al Plan Obligatorio de Salud; (d) definir el reaseguro y ajuste de los riesgos, para la protección de gastos imprevistos y evitar la selección adversa de afiliados; (e) definir la forma de pago a los hospitales según si se encuentran en áreas competitivas o no; y (f) plantear políticas institucionales.
2. Fortalecer al Ministerio de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos para que puedan asumir las nuevas funciones que de ellas se requieren, y diseñar nuevas instituciones requeridas para el adecuado funcionamiento del nuevo modelo de Seguridad Social en Salud.
3. Apoyar actividades de recolección y análisis de información, proyectos de acreditación y programas de capacitación y entrenamiento, orientados a adecuar la disponibilidad, distribución racional e idoneidad del recurso humano del sector salud.

## **III. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA Y SUS COMPONENTES**

**Como resultado del proyecto de "Apoyo a la implantación de la Ley de Seguridad Social en Salud", el Gobierno contará con un conjunto de herramientas para: (1) la formulación, desarrollo e implantación de las nuevas políticas sectoriales; (2) el desarrollo y fortalecimiento institucional; y (3) el desarrollo<sup>1</sup> de recursos humanos.**

**A. Formulación, desarrollo e implantación de las nuevas políticas sectoriales**

Este componente se desarrollará principalmente durante 1996 y consiste en la realización de estudios y la elaboración de propuestas normativas que permitan operacionalizar el Sistema. Este componente tendrá un costo aproximado de US\$ 8.3 millones.

**B. Desarrollo institucional**

Con este componente se busca crear o fortalecer las instituciones necesarias para garantizar la implantación de la reforma de salud, entre las que se encuentran: un instituto semiautónomo de investigación en políticas y gestión de salud, la comisión revisora de tecnología, la comisión de calidad, instituciones especializadas en recaudar fondos. También se propone definir los procesos de acreditación. Este componente tendrá un costo aproximado de US\$ 12 millones.

**C. Desarrollo de recursos humanos**

Con este componente se pretende desarrollar un amplio programa que suministre suficiente información sobre proveedores, programas de capacitación y análisis de tareas y trabajos, establecer mecanismos para procesar información y evaluar las necesidades de profesionales, y crear un cuerpo de expertos para establecer lineamientos y políticas para el desarrollo de recursos humanos. De igual forma pretende diseñar y desarrollar programas innovadores de actualización y capacitación del recurso humano del sector, así como la implantación de métodos efectivos para incentivar el mejor desempeño del personal. Este componente tendrá un costo aproximado de US\$ 20.5 millones.

**IV. ORGANIZACIÓN Y OPERACIÓN**

El Ministerio de Salud tendrá a su cargo la dirección y ejecución del programa, para lo cual contará con una Unidad de Coordinación que tendrá la misión de consolidar la información y articular los diferentes proyectos.

**V. CONDICIONES FINANCIERAS**

**El costo total del programa asciende aproximadamente a la suma de US\$65 millones, de los cuales hasta US\$40 millones provienen del crédito externo.**

**Las siguientes son las condiciones financieras de la operación propuesta:**



**Prestamista:** Banco Interamericano de Desarrollo  
**Prestatario:** Gobierno Nacional  
**Ejecutor:** Ministerio de Salud  
**Monto del Proyecto:** Hasta US\$63 millones  
**Monto del Crédito:** Hasta US\$40 millones  
**Plazo total:** Hasta 30 años  
**Período de ejecución:** 4 años.  
**Período de gracia:** Hasta 8 años

**Intereses:** Variables según la clasificación del Banco  
**Comisión de compromiso:** 0.25% anual

Los recursos de este crédito hacen parte del Plan de inversiones del Sector Salud para el período 1995-1998.

El cuadro 1 presenta el costo total de cada uno de los componentes y las fuentes de financiación.

Dadas las características del proyecto, se han definido detalladamente las actividades del primer año y anualmente se definirán los temas y los recursos para cada una de las actividades de los componentes del programa.

## VI. RECOMENDACIONES

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

1. Autorizar al Gobierno Nacional la contratación del crédito con el Banco Interamericano de Desarrollo - BID, hasta por US\$40 millones. Las condiciones financieras de esta operación serán las que establezca el Ministerio de Hacienda.
2. Autorizar la monetización de los recursos procedentes del crédito.
3. Solicitar al Ministerio de Salud el diseño y presentación al DNP y al BID, anualmente, del Plan Operativo y las estrategias de evaluación y seguimiento del programa.

**COSTO TOTAL DE CADA UNO DE LOS COMPONENTES Y FORMA DE FINANCIACIÓN**  
**Total, de los cuatro años**

**(MILES DE US\$)**

REPUBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO NACIONAL DE  
PLANEACIÓN REAJUSTES SALARIALES PARA LOS EMPLEADOS  
DE LA SALUD EN LAS ENTIDADES TERRITORIALES

**Documento CONPES SOCIAL 33 –**

Ministerios de Salud, Trabajo y Hacienda-DNP:UDS-DISAL  
Santafé de Bogotá, enero 17 de 1996 Versión aprobada

IL INTRODUCCIÓN El artículo 6 de la Ley 60 de 1993, determina que corresponde al CONPES SOCIAL, en virtud de las autorizaciones de la Ley 4 de 1992, determinar los ajustes salariales máximos que podrán decretar o convenir las entidades territoriales para el sector salud. Por su parte el artículo 193 de la Ley 100 de 1993, determina que el Gobierno Nacional determinará por una sola vez, un régimen salarial especial y un programa gradual de nivelación de salarios de las diferentes entidades territoriales, el cual fue reglamentado por el decreto 439 de 1995. En desarrollo de estas disposiciones, el presente documento propone al CONPES SOCIAL los ajustes salariales máximos que regirán para la vigencia de 1996. n. PROPUESTA Con el fin de cumplir con los compromisos derivados del pacto Social, el Gobierno Nacional ha determinado que el incremento del salario mínimo legal para 1996 sea del 19.5%, y para los servidores públicos del 17.02% en promedio. De acuerdo a lo anterior, se propone actualizar las asignaciones básicas mínimas y máximas contempladas en el decreto 439 de 1995, de la siguiente manera: Asignación básica mensual mínima: Para los cargos cuya asignación básica mensual en 1995 era equivalente al salario mínimo, un incremento del 19.5%; para los cargos cuya asignación básica mensual en 195 e-a superior al salario mínimo y hasta \$359.871, el aumento será del 18.5%, y para los cargos con asignación superior a \$359.871, el aumento será del 18%. Asignación básica mensual máxima. Las asignaciones básicas mensuales máximas para los trabajadc.es del sector salud, de las entidades territoriales, corresponderán a las consignadas en el decreto 439 de 1995, para la vigencia de 1996, actualizadas como sigue: para los cargos con asignaciones hasta \$359.871 se incrementará en 18.5%, y los cargos con asignaciones superiores a \$359.871 se incrementarán en 17.0% (cuadro 1). Por otra parte, se propone autorizar a las entidades territoriales a incrementar la remuneración básica máxima mensual de los cargos cuya asignación era superior a los topes máximos establecidos para 1996 en el artículo 5 del decreto 439 de 1995 para el personal de la salud en 17%. II. RECOMENDACIONES Teniendo en cuenta las recomendaciones anteriores, los ministerios de Salud, Hacienda y Trabajo, y el Departamento Nacional de Planeación recomiendan al CONPES autorizar a las entidades territoriales a incrementar las remuneraciones básicas mensuales mínimas y máximas del personal de la salud de acuerdo a la propuesta del presente documento. CUADRO 1 ASIGNACIÓN BÁSICA MENSUAL MÁXIMA

**REPUBLICA DE COLOMBIA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN**

**GARANTÍA DE LA NACIÓN AL DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL  
CAUCA PARA UN CRÉDITO EXTERNO DESTINADO A FINANCIAR EL  
PROYECTO DE MEJORAMIENTO Y AMPLIACIÓN DE LA CAPACIDAD  
RESOLUTIVA DE LA RED DE SERVICIOS DE SALUD**

**Documento CONPES 2860-MINHACIENDA-DNP: UDS-UIP  
Santafé de Bogotá D.C., julio 10 de 1996**

**Versión aprobada**

## **INTRODUCCIÓN**

**Este documento somete a consideración del CONPES la aprobación del otorgamiento de Garantía de la Nación para respaldar una operación de crédito externo del Departamento del Valle del Cauca, hasta por US\$22'810.000, para financiar el suministro de equipos, instrumental y mobiliario hospitalario contemplado dentro del proyecto de Mejoramiento y Ampliación de la Capacidad Resolutiva de la Red de Servicios de Salud del Departamento.**

### **I. ANTECEDENTES**

**Los servicios de salud en el Departamento del Valle del Cauca han sido prestados con deficiencia en la coordinación y articulación de las diferentes instituciones según nivel de atención, dificultando el cumplimiento de sus objetivos asistenciales y de su misión social. Se observa en general una inadecuada utilización del nivel I de atención, congestión y poca eficiencia en los niveles II y III, lo que se traduce en una limitada capacidad de solución de los problemas evidenciados en la comunidad.**

**En esta perspectiva es fundamental la redefinición y consolidación de cada uno de los niveles de atención conforme a su complejidad, particularmente el nivel II, (pobremente desarrollado) y en el cual se debería dar respuesta a una gran cantidad de los problemas de salud en sus fases iniciales, ya que este nivel es el espacio natural desde el cual se deben realizar actividades preventivas y de promoción, que generalicen una cultura de salud en la población.**

**De otra parte, con la implantación del Sistema de Seguridad Social en Salud, los hospitales públicos deben actualizarse para poder entrar en competencia con el**

sector privado y hacer efectiva la atención de la población, la cual se incrementará por la ampliación de la cobertura, que se puede generar especialmente a expensas del Régimen Subsidiado. Dado lo anterior, se prevé un importante incremento en la demanda de atención, la mayor parte de la cual puede ser resuelta si se cuenta con instituciones que presten servicios preventivos, curativos y asistenciales generales y de algunas especialidades. Por otra, parte la Ley 100/93 le asigna al departamento la función de organizar la red de urgencias para la atención de emergencias y desastres.

## **II. DESCRIPCIÓN Y SITUACIÓN ACTUAL DEL PROYECTO**

El proyecto de Mejoramiento y Ampliación de la Capacidad Resolutiva de la Red de Servicios de Salud es ejecutado por el Departamento del Valle del Cauca con el fin de desarrollar una Red de Servicios que integre y maximice los recursos para responder en forma eficiente y eficaz las demandas de la población.

El Departamento ha considerado que la conformación y desarrollo de la red de servicios y la creación de una entidad promotora de salud, contribuirán a la solución de los problemas de salud de la comunidad vallecaucana.

La Red de Servicios considerará los recursos de los diferentes niveles territoriales, aplicando los principios de subsidiaridad, complementariedad y concurrencia, e incluirá el sistema de referencia y contrarreferencia, y será controlada y evaluada frente al cumplimiento de metas de ampliación de coberturas, mejoramiento de los servicios de salud y reordenamiento administrativo y financiero presente en los planes de descentralización y sectoriales de salud.

En cuanto a las relaciones intersectoriales e interinstitucionales, la Red de Servicios se orientará a articular y armonizar: (a) Procesos de promoción,

**prevención, tratamiento y rehabilitación; (b) Sectores que tienen relación con el control de factores de riesgo y acciones de intervención; (c) Intervenciones realizadas en los escenarios donde la comunidad vive, se moviliza, estudia, se recrea y trabaja; y (d) Planes, programas y proyectos de la nación con los diferentes sectores, entes territoriales y niveles de atención.**

**Con las anteriores acciones se estima que la ejecución del proyecto se realice en un plazo máximo de 3 años.**

**Este proyecto fue aprobado por la Asamblea Departamental, mediante Ordenanza No 049 del 31 de mayo de 1996, y cuenta con el concepto técnico favorable del Ministerio de Salud y el Departamento Nacional de Planeación.**

### **III. COSTOS Y ESQUEMA DE FINANCIACIÓN DEL PROYECTO**

**El proyecto se compone de dos elementos: el mejoramiento de la infraestructura física que representa el 12.5% y la dotación de mobiliario hospitalario, equipos e instrumental, que representa el 87.5% de los costos totales del proyecto. El esquema financiero incluye 80% de deuda externa y 20% de recursos propios (cuadro 1).**

#### **CUADRO 1**

### **IV. SITUACIÓN FINANCIERA DEL DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA**

Según las proyecciones financieras, el Departamento del Valle del Cauca presenta situación superavitaria durante el período analizado (1992-1997). Esto le permite contar con los recursos necesarios para responder por sus obligaciones en el mediano plazo (anexo 1). Analizada la situación financiera, se considera que el Departamento cuenta con la estabilidad necesaria para no comprometer la viabilidad de la ejecución del proyecto de Mejoramiento y Ampliación de la Capacidad Resolutiva de la Red de Servicios de Salud del Departamento.

De otra parte, el crédito externo tendrá mínimo el 30% en condiciones financieras blandas.

Esta garantía está sujeta a la adecuada ejecución de los recursos de transferencias (departamental y municipal), a la adecuación a las leyes 60 y 100 de 1993, y sus normas complementarias: transición de los recursos de oferta a



**demanda, organización de la Empresas Sociales del Estado, entre otras.**

## **V. CARACTERÍSTICAS DE LA GARANTÍA DE LA NACIÓN**

**La garantía de la Nación para respaldar obligaciones de pago del Departamento del Valle del Cauca, derivadas de la contratación de este crédito externo, será hasta por US\$22'810.000.00, correspondientes al componente blando del crédito. Las condiciones financieras indicativas del crédito externo son las siguientes:**

*Condiciones Blandas:*

<b>Monto:</b>	<b>Mínimo un 30% del crédito</b>
<b>Plazo:</b>	<b>máximo 30 años</b>
<b>Gracia:</b>	<b>10 años</b>
<b>Interés:</b>	<b>entre 0.95% y 1.5%</b>

## **VI. RECOMENDACIONES**

**El Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el Departamento Nacional dePlaneación recomienda al CONPES:**

1. Aprobar la garantía de la Nación a los créditos externos en condiciones blandas a ser obtenidos por el Departamento del Valle del Cauca hasta por un monto de US\$22'810.000.
2. Solicitar al Departamento el otorgamiento de las contragarantías adecuadas a satisfacción del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.
3. Solicitar al Departamento que, conjuntamente con el DNP, diseñe y opere un

**sistema de seguimiento y evaluación al proyecto financiado con los recursos del crédito externo, objeto de la garantía de la Nación.**

**Social 038**

**Reajustes Salariales para los Empleados de la Salud  
en las Entidades Territoriales**

**1997**

Ministerio de Hacienda y Crédito Público  
Ministerio de Salud

**DNP: UDS-DISAL**

Versión aprobada

**Santa Fe de Bogotá, D.C, enero 29 de 1997**

## **I. INTRODUCCIÓN**

**El artículo 6 de la Ley 60 de 1993, determina que corresponde al CONPES SOCIAL, en virtud de las autorizaciones de la Ley 4 de 1992, determinar los ajustes salariales máximos que podrán decretar o convenir las entidades territoriales para el sector salud. Por su parte el artículo 193 de la Ley 100 de 1993, determina que el Gobierno Nacional determinará por una sola vez, un régimen salarial especial y un programa gradual de nivelación de salarios de las diferentes entidades territoriales, el cual fue reglamentado por el decreto 439 de 1995.**

**En desarrollo de estas disposiciones, el presente documento propone al CONPES SOCIAL los ajustes salariales mínimos y máximos que regirán para la vigencia de 1997.**

## **II. PROPUESTA**

**Con el fin de cumplir con los compromisos derivados del decreto de nivelación salarial de las instituciones prestadoras de servicios del sector salud de las entidades territoriales, se propone actualizar las asignaciones básicas mínimas y máximas contempladas en el decreto 439 de 1995, de la siguiente manera:**

**Incremento salarial de la asignación básica mensual mínima:** Para los cargos cuya asignación básica mensual en 1996 era equivalente al salario mínimo, un incremento del 21.02% y para los demás cargos un incremento del 19%.

**Incremento salarial de la asignación básica mensual máxima:** El incremento salarial máximo para los trabajadores del sector salud, de las entidades territoriales, corresponderá al 18%; la nivelación salarial corresponderá a la consignada en el decreto 439 de 1995, para la vigencia de 1997.

**Para efectos de acogerse a la nivelación salarial, las entidades territoriales deberán tener en cuenta lo establecido en el decreto 439 de 1995, especialmente en los artículos 1, 6 y 11 y el artículo 21 de la Ley 344 de 1996.**

**En tal sentido, podrán acceder a la nivelación salarial en 1997, las instituciones prestadoras de servicios de salud – IPS- y las Empresas Sociales del Estado – ESE- del orden territorial que presten servicios de salud. Así mismo, las entidades de salud del orden territorial establecerán las asignaciones básicas mensuales entre los límites mínimos y máximos definidos, según la disponibilidad presupuestal de la entidad de salud, hasta por el monto máximo definido en el decreto.**

**Por otra parte, las Instituciones prestadoras de servicios de salud –IPS y las ESE, deben hacer la programación presupuestal con base en los recursos que esperan recaudar por la venta de servicios, los cuales se estimarán con base en el promedio del recaudo real de los dos últimos años, incluyendo el que se está ejecutando. En tal sentido el presupuesto que se presente deberá estar equilibrado de tal manera que ningún caso generen déficit.**

**Adicionalmente, en el caso de los cargos que actualmente tengan una asignación básica mensual mayor a la contemplada para la vigencia de 1997 en el artículo 5 del decreto 439 de 1995, continuarán con la remuneración que vienen percibiendo, sin que la misma resulte inferior al resultado de aplicar el programa de nivelación de salarios en la respectiva entidad de salud de orden territorial.**

**Finalmente, se propone autorizar a las entidades territoriales a incrementar la remuneración básica mensual de los cargos directivos, administrativos y de aquellos no contemplados en el decreto 439 de 1995 de las instituciones prestadoras de servicios en 19%. En caso de existir cargos no contemplados en el decreto 439 de 1995 que tengan como asignación el salario mínimo, éste se incrementará en 21.02%.**

### **III. RECOMENDACIONES**

Teniendo en cuenta lo anterior, los ministerios de Salud, Hacienda y Crédito Público y el Departamento Nacional de Planeación recomiendan al CONPES autorizar a las entidades territoriales a incrementar las

remuneraciones básicas mensuales mínimas y máximas del personal de la salud de acuerdo a la propuesta del presente documento.

## **CONPES 2837**

### **I. ANTECEDENTES**

Uno de los principales logros de “El Salto Social” se ha obtenido en el desarrollo de la reforma al sistema de seguridad social en salud, promovida por la Ley 100 de 1993, la cual inició su implementación en enero de 1995. Durante los dos primeros años de su desarrollo se ha conseguido pasar de una cobertura de la seguridad social del 30% al 50% a finales de 1996 y se espera llegar entre el 60% y el 70% al final del gobierno. En efecto, se ha conseguido asegurar a más de la mitad de la población del país. En el régimen subsidiado se han afiliado 5.9 millones de personas pertenecientes a los estratos más pobres de la población. En el régimen contributivo, durante este gobierno, se han afiliado 6.8 millones de personas, que sumados a los 6.6 millones que se encontraban asegurados antes de la reforma, totalizan 13.4 millones de afiliados a ese régimen. Estos y otros avances en la puesta en marcha de la reforma colombiana han sido reconocidos internacionalmente en diversos escenarios y han permitido que varios países estén atentos a esta experiencia.

No obstante, los logros alcanzados, subsisten dificultades que deben resolverse para lograr la plena implantación del sistema de seguridad social. Este documento hace un balance y presenta los logros y los desafíos que en este último periodo de gobierno se deben afrontar para avanzar en la implantación de la reforma.

### **II. PRINCIPALES LOGROS DURANTE 1996**

El Plan de Desarrollo El Salto Social define, básicamente, cinco programas de Salud y Seguridad Social: (1) Acceso universal a los servicios de salud preventivos y curativos, que incluye el acceso al Sistema de Seguridad Social en sus modalidades de Régimen Contributivo y Subsidiado y las acciones del Plan de Atención Básica (PAB); (2) Mejoramiento de la oferta

**pública de servicios; (3) Gestión descentralizada del sector y capacidad técnica; (4) Garantía de calidad de los Servicios y (5) Ciencia y tecnología para la salud<sup>1</sup>.**

## **A. Seguridad Social**

**El sector salud enfrenta el reto de afiliar, en forma gradual, a la totalidad de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS-, logrando una afiliación del 100% de la población en el año 2000. En este sentido el principal esfuerzo del sector se ha orientado a garantizar el servicio integral de salud y a mejorar las condiciones de salud de la población, a través de la ampliación de la cobertura de la Seguridad Social en Salud, tanto en el régimen contributivo como en el régimen subsidiado y de la implementación del Plan de Atención Básica -PAB-.**

### **1. Régimen Contributivo**

**La cobertura del régimen contributivo se ha doblado durante este gobierno. A diciembre de 1996 había 13.4 millones de personas afiliadas, de las cuales el 69.4% pertenece al ISS y el 30.6% a las restantes empresas promotoras de salud -EPS-, alcanzando casi un 90% de la meta del cuatrienio. Se presentó un crecimiento en la oferta de administradoras al pasar de 25 EPS en 1995 a 30 en 1996, cuya cobertura geográfica abarca la totalidad del territorio nacional en el caso de las públicas, mientras que las privadas orientan sus esfuerzos a algunos departamentos de la Costa Atlántica, el Eje Cafetero y el Centro del país, siendo menor el cubrimiento en los antiguos territorios nacionales.**

**Se presentó un cambio en el marco normativo para el montaje del sistema obligatorio de garantía de calidad; igualmente en 1996, el Ministerio de Salud definió las actividades y procedimientos para las acciones de promoción y prevención del Plan**

---

<sup>1</sup> un primer informe de avance sectorial fue presentado en el documento Conpes 2813 de octubre 25 de 1995.



Obligatorio de Salud -POS-<sup>2</sup>, con lo cual se definió la competencia de cada entidad territorial, que permitirá garantizar la estandarización de las acciones básicas, así como su complementariedad, con el fin de controlar las epidemias y disminuir las enfermedades prevenibles.

## **2. Régimen Subsidiado**

Durante 1996 terminó la fase transitoria de administración del subsidio en las Direcciones Territoriales de Salud y se inició la afiliación de los beneficiarios a través de las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS). La oferta de 214 ARS cubrió a todos los municipios del país, logrando afiliar a diciembre de 1996 a 5.9 millones de personas pertenecientes a estratos bajos de la población, lo cual corresponde al 49% de la meta propuesta para el cuatrienio<sup>3</sup>. Este avance en el aseguramiento es importante si se compara con la situación de otros países que han emprendido reformas de salud similares.

## **B. Plan de Atención Básica**

Durante la vigencia anterior se avanzó principalmente en la reglamentación de los contenidos del Plan de Atención Básica -PAB-<sup>4</sup>: se definieron las áreas de acción específicas del PAB en promoción, prevención y vigilancia en salud pública, las competencias territoriales y los mecanismos para el acceso, distribución, destinación y administración de recursos. En 1996, los 32 departamentos y los 4 distritos habían iniciado acciones del PAB y 10 departamentos estaban adelantando procesos de asistencia técnica a los municipios para la elaboración del PAB municipal. Igualmente se desarrollaron instrumentos y se incorporaron mecanismos para la vigilancia y seguimiento en la implementación de los PAB municipales.

---

<sup>2</sup> resolución 03997 de octubre 30 de 1996.

<sup>3</sup> el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado contemplan acciones de promoción, educación, prevención, protección específica, atención ambulatoria de primer nivel, atención hospitalaria de menor complejidad y atenciones ambulatorias por consulta médica de gineco-obstetricia, pediatría, optometría, atención hospitalaria de mayor complejidad que incluye cirugías tales como: apendicectomía, colecistectomía e histerectomía. A lo anterior se sumó la atención a enfermedades de alto costo, ruinosas o catastróficas.

<sup>4</sup> resolución 4288 de noviembre 20 de 1996.

**Como un componente esencial del PAB se han realizado esfuerzos para mejorar la vigilancia y control oportuno de epidemias en el país, se amplió el sistema alerta acción de la red de vigilancia epidemiológica, y actualmente se cuenta con un total de 1200 unidades notificadoras de IPS públicas y privadas funcionando en todo el país.**

## **C. Mejoramiento de la oferta de servicios**

### **1. Infraestructura**

**Paralelamente a los esfuerzos dirigidos a aumentar la cobertura en el aseguramiento en salud, se han hecho grandes inversiones con el fin de mejorar la oferta hospitalaria pública y privada. En el sector público, además, se han hecho grandes esfuerzos en la adecuación de los hospitales en empresas sociales del estado para que puedan entrar al mercado a competir en igualdad de condiciones. Se han apoyado hospitales de todos los niveles de atención ubicados en todos los departamentos.**

**Para reforzar y ampliar la oferta de servicios de salud, durante 1996 se apoyó el fortalecimiento de 35 instituciones prestadoras de servicios de salud -IPS-, con subsidios por valor de \$ 3,588 millones que jalonaron inversiones por \$ 12,172 millones.**

**Se actualizó la infraestructura del 41.3% de los hospitales de primer nivel y el 81.4% de las instituciones de segundo y tercer nivel y se avanzó en el levantamiento del catastro físico y funcional del 73% de las instituciones de segundo y tercer nivel en las áreas de arquitectura, infraestructura, redes, equipos e instalaciones mecánicas. Adicionalmente, se están definiendo los lineamientos técnicos para la integración de la información del Catastro Físico al Sistema de Información Geográfica, en desarrollo del Proyecto Mapa de Salud, el cual permitirá entre otros, disponer de una herramienta para conocer y evaluar el estado actual de la planta física instalada a nivel nacional, regional y local.**

## **2. Dotación**

Se actualizó la dotación de los hospitales, centros y puestos de salud, complementándose la dotación de los servicios de urgencias en 186 instituciones; 123 de primer nivel, 53 de segundo nivel y 10 de tercer nivel en los 32 departamentos del país, con 483 equipos médicos y 284 ambulancias entregadas, 243 al primer nivel, 36 al nivel III y 5 al tercer nivel. De la misma manera se fortalecieron los laboratorios de salud pública de 15 departamentos, así como 8 bancos de sangre y se entregaron seis unidades móviles. Con el fin de fortalecer la capacidad técnica de las empresas sociales del Estado

-ESE- y las IPS públicas, los hospitales de segundo y tercer nivel fueron dotados con equipos de computación y software para facturación y otros procesos administrativos.

Con la reorganización del programa nacional de emergencias se puso en funcionamiento una red de comunicaciones en 20 departamentos y se dotaron y pusieron en funcionamiento cinco centros reguladores de urgencias en grandes ciudades.

## **3. Gestión hospitalaria**

Se capacitó personal técnico en 81 hospitales de los tres niveles con el propósito de mejorar la calidad en la prestación de los servicios en condiciones de competir con el sector privado. Igualmente se adelantaron procesos para la elaboración de guías de atención para los servicios de urgencias y otros servicios críticos, así como la expedición de normas para el mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de salud.

## **D. Gestión descentralizada del sector**

### **1. Certificación**

Se continuó con el fortalecimiento de la capacidad de las entidades territoriales para manejar de manera autónoma los recursos y las competencias del sistema de seguridad social en salud. A finales de 1996 se encontraban certificados para

el manejo autónomo de los recursos 17 departamentos, los cuales representan el 57% de la población colombiana; por otro lado, si consideramos los 4 distritos y los 116 municipios certificados, estos representan el 43% de la población. En lo que queda de este gobierno, es necesario darle un nuevo impulso a la certificación de los departamentos y municipios para conseguir las metas de descentralización previstas en el plan.

## **2. Gestión**

Se realizaron 18 jornadas de alcaldes en los 32 departamentos con el objetivo de dar a conocer los aspectos esenciales del sistema general de seguridad social en salud - SGSSS- y las competencias locales, y estimular el compromiso para avanzar en el proceso de descentralización apoyando a 17 gobernadores, 656 alcaldes, 550 concejales, 237 directores locales de salud, 60 gerentes de ESS, 397 directores de instituciones hospitalarias de primer nivel de atención y 1,118 representantes de entidades del sector salud y otros sectores.

Se realizaron convenios de asistencia técnica con los CORPES de Amazonía, Centro Oriente y Costa Atlántica para la certificación municipal. Se realizaron, coordinadamente con las Direcciones Seccionales de Salud, los Planes Operativos Anuales (POA) en 30 departamentos y 4 distritos, base del trabajo para 1997 del componente de asistencia técnica por parte del Ministerio hacia los departamentos.

## **3. Creación de las Empresas Sociales del Estado**

A diciembre de 1996, 169 hospitales públicos de primer nivel y 126 de segundo y tercer nivel de los potencialmente convertibles<sup>5</sup>, se habían transformado en ESE, lo cual les implicó la asunción de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, técnica y financiera.

El Ministerio de Salud estimó en \$ 1.26 billones el monto del pasivo prestacional del sector, de los cuales 1.05 billones de pesos corresponden a pensiones y los restantes

**\$ 196,230 millones a cesantías adeudadas. Los beneficiarios son 157,667 funcionarios de**

---

<sup>5</sup> se consideran potencialmente convertibles en ESE, los hospitales que tienen definida su naturaleza jurídica, sin embargo, todos los hospitales y centros de salud con camas podrían ser transformadas una vez se defina su naturaleza jurídica.

**663 instituciones de salud aproximadamente. Se realizó una estimación inicial del monto del pasivo por departamento, pero aún no se han definido las concurrencias de cada uno de los entes. Sin embargo, en forma agregada se estima que, en promedio, el 65%, corresponde a la nación y el resto a los departamentos y municipios. Tanto la nación como las entidades territoriales deberán asignar recursos para el pago de esta deuda a fin de sanear los hospitales. El Ministerio de Hacienda dio el aval del cálculo de la deuda a Manizales y a los departamentos del Valle del Cauca y Casanare.**

## **E. Garantía de calidad de los servicios**

### **1. Control de calidad**

**Con el propósito de garantizar a los usuarios estándares nacionales de calidad en la prestación de los servicios de salud se expidió, en diciembre de 1996, el Decreto 2174 por el cual se organiza el sistema obligatorio de garantía de calidad del sistema general de seguridad social en salud; igualmente, se elaboraron los lineamientos de política de calidad.**

**El Ministerio de Salud, conjuntamente con la Superintendencia Nacional de Salud, trabaja en la propuesta normativa sobre principios de auditoría médica, y obligaciones de las EPS e IPS, en la elaboración institucional de protocolos, y en la definición de la metodología y matrices de requisitos mínimos para la declaración esencial de calidad. De otra parte, se encuentra en revisión el manual de acreditación de IPS, y el sistema de información al usuario -MIAU- en prueba piloto en tres hospitales de niveles de atención I, II y III.**

### **2. Recurso Humano**

**Como parte de la política de nivelación salarial del sector público, se**

incrementaron los salarios de 100 mil empleados del sector salud. El incremento representó, en promedio, un aumento real de sus salarios de 33% en los dos primeros años del presente gobierno. Para fortalecer la capacidad de gestión del recurso humano en los diferentes niveles de dirección y atención, se adelantaron acciones de capacitación y desarrollo de los profesionales y personal de salud. Durante 1996 se otorgaron 2,283 becas crédito a igual número de médicos residentes. Así mismo, se ha coordinado con el sector educativo la evaluación de programas de formación superior en el área de salud hacia la reorientación de currículos acordes con las exigencias de la reforma. En este sentido se prestó asistencia técnica y se evaluaron cinco programas.

Se profesionalizó el personal auxiliar de enfermería, se fomentaron programas de especialización en salud familiar en cumplimiento de las metas y propósitos de servicios integrales de salud y se apoyó a los procesos de Planeación de Recursos Humanos para la Salud a nivel Departamental, mediante la capacitación de personal en el manejo de modelos de estimación y proyección de personal de salud.

#### **F. Ciencia y tecnología para la salud**

Durante 1996 el Ministerio de Salud financió un total de 64 investigaciones por valor de \$ 6,248 millones, de las cuales cabe destacar la investigación en nuevas vacunas contra la tuberculosis y malaria, con una asignación de \$ 5,000 millones. A través de Colciencias se financiaron 34 investigaciones en salud por un valor de \$ 2,211 millones. En desarrollo tecnológico se realizó la primera reunión nacional de ciencia y tecnología y el primer seminario internacional de regulación de tecnología biomédica con participación de especialistas en el área. Adicionalmente, el Ministerio de Salud está revisando una guía para la adquisición de la tecnología biomédica que será distribuida en los hospitales, IPS y EPS una vez se haya concluido su validación.

### **III. EJECUCIÓN PRESUPUESTAL**

Las entidades del sector presentan un nivel satisfactorio de compromisos presupuestales. A diciembre de 1996 los programas del sector salud presentan un nivel

de compromisos del 84%. El nivel de pagos efectivos es de 52%. Cabe destacar el importante nivel de compromisos (94%) del Fondo de Solidaridad y Garantía, el cual se dirigió básicamente a cofinanciar la atención de los afiliados del régimen de seguridad social subsidiada.

Sin embargo, el PAC de reservas situado por la Tesorería General de la República es bajo frente a las mismas reservas, lo cual retrasa el cumplimiento de los compromisos adquiridos en los diferentes programas del sector.

Resulta preocupante el bajo nivel de ejecución del ISS (37%). En su programa de promoción y prevención de la salud, de los \$ 46.253 millones apropiados en 1996, tan sólo comprometió el 7%; en infraestructura su ejecución estuvo en 70% de sus apropiaciones y en sistemas de información en 50%.

#### **IV. DESAFÍOS**

##### **A. Seguridad Social**

No obstante, los logros alcanzados en la implantación del nuevo sistema de seguridad social en salud es necesario resolver algunas dificultades para alcanzar su adecuado funcionamiento. Aún existe ignorancia por parte de los afiliados sobre los derechos y posibilidad de reclamos que tienen, existe evasión y desviación de recursos en algunas entidades territoriales, tendencia al atesoramiento en las aseguradoras e inclinaciones gremialistas que no permiten a los actores el estudio integral del sistema.

Si bien se han expedido normas para agilizar los desembolsos, existen demoras en el pago por parte de las aseguradoras (EPS y ARS) a las IPS por los servicios prestados. Se presentan devoluciones injustificadas de cuentas, moras en los pagos y presión indebida para la contratación. Igualmente, existen limitaciones en los mecanismos de vigilancia y control que deben hacerse a las aseguradoras sobre la utilización de los recursos. Dado el importante volumen de contratación de las EPS públicas, es necesario que éstas agilicen el trámite de pago a sus prestadores de servicios de salud. Esta situación es especialmente grave en el caso de CAPRECOM.

**El principal reto del sistema es alcanzar la universalidad de la cobertura de manera tal que se logre el aseguramiento de grupos poblacionales actualmente no afiliados, en particular los trabajadores independientes y de los sectores informales de la economía, todo lo cual presupone la adopción de medidas para controlar la evasión y elusión del sistema en forma que se garantice su crecimiento y estabilidad financiera. Para ello se debe diseñar un sistema de seguimiento y actualización de las unidades de pago por capitación**

**-UPC- de los regímenes subsidiado y contributivo de tal manera que reflejen claramente el costo de las intervenciones, su grado de efectividad y la diferenciación según los riesgos generados en cada uno de los diferentes grupos de edad, género, zona geográfica y la posibilidad de ocurrencia de los eventos patológicos, de tal manera que los recursos disponibles aseguren la atención integral de salud a todos los afiliados.**

**El éxito de la reforma radica, en buena parte, en la aplicación efectiva del modelo preventivo de atención lo cual comprende el fortalecimiento de las actividades y la correcta inversión de los recursos destinados a prevención y promoción por parte de las EPS.**

**Con el fin de mejorar el recaudo de los diferentes aportes al Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA, y considerando que las cotizaciones a la seguridad social en salud no corresponden a los ingresos de las EPS sino al SGSSS, se propone estudiar la posibilidad de crear una central única de recaudo para los aportes de salud.**

**Así mismo se deben aumentar los esfuerzos para la implantación del Sistema de Información que permita tener acceso a información completa, detallada y estandarizada necesaria para los procesos de control, vigilancia y reajuste del SGSSS. Por su parte, las EPS públicas deben mejorar inmediatamente su sistema de información con el fin de conocer el número efectivo de afiliados y entrar a compensar al sistema en este año.**



**En materia operativa es necesario alcanzar la integración al sistema de todas las entidades aseguradoras (ISS, CAJANAL, CAPRECOM y cajas de previsión adaptadas) de forma que todas participen en el proceso de giro y compensación al FOSYGA.**

**Según evaluación hecha por la Superintendencia Nacional de Salud, el Instituto de Seguros Sociales sólo ha cumplido 2 de los 12 requerimientos que se le hicieron desde hace año y medio, después de habersele ampliado el plazo en 4 ocasiones<sup>6</sup>. Dado lo anterior y de acuerdo a la solicitud del ISS se propone dar un último plazo al ISS hasta el 31 de diciembre de 1997 para la aprobación de una propuesta de readecuación funcional, redefinición de la planta de personal y para la realización de los ajustes finales al sistema de información y efectuar los procesos de compensación ante el Fondo de Solidaridad y Garantía.**

**El ISS ha avanzado en algunos aspectos administrativos, sin embargo, debe existir una efectiva separación financiera y contable en sus cuatro negocios. Como principal EPS del régimen contributivo resulta importante que el ISS preste los servicios de salud no sólo con sus IPS; la prioridad para atender el acelerado crecimiento de la demanda debe ser contratar con otras IPS, tanto públicas como privadas, con lo cual lograría en el corto plazo mejorar la oportunidad de atención a los afiliados en todos los niveles, incluyendo urgencias, consulta externa, referencia, cirugías, entrega de medicamentos y disminuir las colas y los tiempos de espera.**

---

<sup>6</sup> En su informe de julio 1, la Supersalud detectó que, de las doce instrucciones impartidas por esta entidad, el ISS solamente ha adoptado el carné de afiliación normado por el Ministerio de Salud y los formularios de afiliación aprobados por la Supersalud. Las demás recomendaciones no han sido implantadas: presentación a la Supersalud de un plan completo para transformar su sistema de información y adecuarlo al SGSSS, ejecución de este plan, rediseño del formulario de autoliquidación, adecuación del presupuesto y ejecución presupuestal acorde, manejo separado de los fondos provenientes del recaudo de las cotizaciones para salud, adecuación institucional, descentralización y autonomía de las Unidades que prestan servicios de salud, adecuación de la planta de personal, implantación de las cuotas moderadoras, realización de estudios costo/beneficio sobre la implantación de copagos y elaboración de estudios de oferta y demanda de los servicios de la red propia y contratada.

## **1. Régimen Subsidiado**

**Aunque el avance en el aseguramiento de la población más pobre al régimen subsidiado en salud ha sido significativo, se debe continuar monitoreando el proceso para solucionar las dificultades que se presentan en el desarrollo de la reforma.**

**Existen problemas financieros<sup>7</sup> que llevarán a que el ritmo de crecimiento en la afiliación se reduzca en 1997 y 1998, comparado con los años anteriores. Con los recursos disponibles y los esperados para 1998 y mejorando sustantivamente la gestión central y territorial de los recursos, se lograría afiliar 9.5 millones de personas (80% de la meta para el cuatrienio). En tal sentido, la estrategia para alcanzar la meta a la que seha comprometido el gobierno deberá incluir una aceleración de la conversión de los subsidios de oferta a subsidios de demanda<sup>8</sup>, utilizar la totalidad de los recursos de la subcuenta de solidaridad en afiliación al sistema y no destinarla a otros fines y una transformación masiva de los hospitales públicos en ESE, donde estos mejoren la gestión de las empresas con el fin de incrementar los ingresos. Así mismo, deben explorarse alternativas de afiliación con subsidio parcial, para aquella población que tiene algunos recursos.**

**Para facilitar el manejo de los recursos por parte del municipio y garantizar la financiación del Régimen Subsidiado se propone juntar todos los presupuestos destinados a este propósito en una sola bolsa que manejará el municipio para la afiliación al POS. Estas fuentes de financiación son el situado fiscal, las participaciones municipales, y los**

---

<sup>7</sup> la Ley 344 de 1996 disminuyó los recursos del aporte nacional para el régimen subsidiado de tal manera que para 1997 estos solo podrían llegar a ser hasta medio punto por cada peso conseguido con aportes del régimen contributivo. De igual forma decrecieron el situado fiscal y las participaciones municipales.

<sup>8</sup> Con relación a la transformación de recursos del subsidio de oferta a la demanda, que cada año será en mayor proporción, para ser consecuentes con las instituciones hospitalarias públicas que deben transformarse en ESE y vender servicios a las ARS, los contenidos del POS-S deben aumentar con el fin de que estas instituciones puedan recuperar por venta de servicios lo que están transformando y para cumplir con lo establecido en la ley e igualar el plan de beneficios con el del régimen contributivo.

recursos de la subcuenta de Solidaridad del FOSYGA<sup>9</sup>. Estos recursos deben llegar directamente a los fondos locales de salud ubicados en los municipios, nivel territorial que tiene por obligación garantizar la afiliación al régimen subsidiado y por ende su financiación.

Hay dificultades en el mercado de seguros de salud del Régimen Subsidiado<sup>10</sup>, por lo cual, las entidades territoriales deben garantizar una mayor transparencia en los procesos de selección y contratación de las ARS para asegurar la libre escogencia. Se debe mejorar la asignación de los subsidios de salud, en el sentido de garantizar que los beneficiarios del régimen subsidiado sean los más pobres en las diferentes entidades territoriales. Las administradoras del régimen subsidiado -ARS- deben reconocer los derechos de los afiliados y no demorar los pagos a los hospitales. Así mismo, se deben difundir la cobertura del plan de beneficios a los afiliados y en el caso de los indígenas adecuarlo a sus necesidades. Por otra parte, las entidades territoriales deben asumir sus competencias<sup>11</sup> y las direcciones de salud cumplir su rol respecto al control y verificación de la existencia de la red prestadora de servicios de las EPS. Igualmente, se debe hacer más eficiente y expedito el flujo de recursos entre EPS e IPS.

---

<sup>9</sup> los demás recursos que el municipio y el departamento destinen para la financiación del régimen subsidiado, deberán adicionarse en esta misma bolsa. En cuanto a los recursos de las Cajas de Compensación Familiar, aunque financian el régimen subsidiado, son manejados directamente por ellas mismas.

<sup>10</sup> las entidades territoriales definen el mercado (seleccionan los beneficiarios), son propietarios de la oferta de servicios públicos, financian la demanda y, en la mayoría de los casos, administran los recursos por sí mismos o contratando con las administradoras que ellos eligen. Se restringen así, los principios de libre escogencia por parte de la población subsidiada y de separación entre administración y prestación.

<sup>11</sup> los municipios deberán garantizar la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud, a través del Régimen Subsidiado y administrar y distribuir los recursos del Fondo Local de Salud y los subsidios para la población más pobre y vulnerable. En materia de infraestructura y dotación hospitalaria este nivel, deberá apoyar su actualización durante el período de transición. El departamento deberá distribuir, con base en un sistema de capitación, los recursos del situado fiscal entre los municipios para apoyar la financiación del régimen subsidiado, este nivel estará encargado de la vigilancia y control de la aplicación de normas técnicas, y de atender el PAB de su competencia. Deberán financiar el sostenimiento de las Direcciones Seccionales de Salud y los hospitales psiquiátricos y los anexos psiquiátricos de las cárceles. Durante la transición financiarán el funcionamiento de los niveles 2 y 3 de complejidad, teniendo en cuenta que a medida que el POS vaya incluyendo estas atenciones, se deberán transferir estos recursos a los municipios. En este sentido, la responsabilidad de los departamentos en los niveles 2 y 3 es transitoria.

Otro problema que se enfrenta actualmente en la implantación del régimen subsidiado es el de la nivelación salarial y los paros médicos. El diseño del sistema de seguridad social proponía que los hospitales públicos se convirtieran en empresas sociales del Estado y de esta forma actuaran como empresas con patrimonio propio y autonomía financiera, lo que les permitía contratar y vender servicios para aumentar sus ingresos y de esta forma poder realizar la nivelación salarial. El anterior proceso no ha sido comprendido íntegramente por los trabajadores del sector, lo cual ha generado diferencias en algunos sectores. De otro lado, en las ARS los recursos del régimen subsidiado no han fluido con la debida oportunidad, hecho que ha causado problemas de liquidez en las IPS.

#### **B. Plan de Atención Básica**

Dadas sus múltiples externalidades, el PAB se debe ofrecer a toda la población gratuitamente. El principal reto que enfrenta el PAB es implementar los mecanismos de financiación y atención en cada uno de los niveles y garantizar una verdadera complementariedad con las acciones de promoción y prevención del POS en los dos regímenes.

De otra parte, debe continuarse el esfuerzo para el logro de la implementación del PAB en cada uno de los municipios con liderazgo del alcalde, previa concertación efectiva con los sectores y comunidades.

#### **C. Gestión descentralizada del sector**

El proceso de certificación municipal es complejo y dispendioso frente a la realidad del desarrollo en las localidades por la cantidad de requisitos que deben cumplir los municipios para llegar a la certificación, sin distingo de su categorización.

**Hay problemas en la financiación del pasivo prestacional, por lo cual se debe promover la firma de los acuerdos de concurrencia; debe asegurarse que los gobiernos departamentales y municipales efectúen la suficiente provisión de recursos con el Fondo Nacional del Pasivo Prestacional, con el fin de sanear financieramente los hospitales públicos. Por su parte, los compromisos del gobierno nacional serán asumidos por el Ministerio de Hacienda quien garantizará los recursos necesarios para el pago de la parte que le compete, en la medida que se vayan requiriendo, financiados por el mecanismo de bonos establecido en la ley 100. Para cambiar la dinámica inercial observada respecto del pasivo prestacional, por lo dispendioso de la labor de la auditoria de la información del cálculo de la deuda ya realizado, se propone que el Ministerio de Hacienda elimine la auditoría previa al aval de la deuda suscribiéndose todos los contratos de concurrencia y realizándose la auditoría posteriormente, previa al giro de los recursos.**

**De otro lado, hay falta de voluntad departamental para lograr la descentralización municipal<sup>12</sup>, por lo que se requiere modificar el marco legislativo que permita un trabajo más directo de la Nación en el caso de departamentos renuentes a entregar las competencias y recursos a sus municipios. Para esto se hace indispensable una reforma de la Ley 60 orientada entre otros ámbitos a la flexibilización de los requisitos de certificación y a una racionalización de fuentes financieras para una mejor complementariedad entre los recursos fiscales de Ley 60 y los parafiscales de Ley 100 a través del FOSYGA<sup>13</sup>.**

---

<sup>12</sup> la falta de voluntad política de los departamentos se debe a que sienten la descentralización de sus municipios como una pérdida de poder, en razón a la desarticulación del viejo esquema de regionalización impuesto por el antiguo Sistema Nacional de Salud. En algunos casos, dada la inercia del viejo sistema, los departamentos certifican en el papel a los municipios, pero no le ceden efectivamente mediante el acta correspondiente, los recursos financieros, humanos y físicos, resultando inocuo la descentralización.

<sup>13</sup> la asignación de recursos a las entidades territoriales se ha realizado teniendo en cuenta criterios equivocados, ya que no considera los costos de los objetivos a cumplir ni el volumen de personas a atender. El esquema de asignación de recursos que plantea la ley 60 de 1993, persigue objetivos redistributivos, aumento del esfuerzo fiscal de las entidades e intensificación en la prestación de servicios. Las fórmulas de distribución de los recursos se basan en criterios que no son los más adecuados para el sector. Las participaciones se distribuyen dándole un gran peso al índice NBI y este indicador no tiene información sobre las necesidades del sector. De otro lado, las rentas cedidas, son repartidas de acuerdo a criterios del gasto de funcionamiento y direccionamiento de los hospitales de los tres niveles.

---

Las transferencias (per cápita) de la nación a cada entidad territorial no se relacionan con las variaciones territoriales de sus costos unitarios. Así mismo, el sector presenta diversas fuentes de financiación, lo que lleva a una gran complejidad en su manejo.

**Por otra parte, con el objeto de superar los obstáculos derivados de la falta de voluntad o de capacidad de los entes territoriales, se debe orientar el esquema de asistencia técnica puntualmente por entidad y por problema específico, teniendo como base el fortalecimiento de la planeación sectorial.**

**D. Garantía de calidad de los servicios**

**El Ministerio de Salud no ha reglamentado los requisitos esenciales para la prestación de servicios por parte de las IPS. Se han ampliado los términos de cumplimiento del Sistema de Garantía de Calidad de los Servicios para que los requisitos esenciales, que constituyen su pilar fundamental, sean prontamente reglamentados por el Ministerio de Salud con el fin que los prestadores los conozcan y realicen las adaptaciones requeridas para su cumplimiento dentro de los plazos fijados.**

**Para contribuir al mejoramiento de los recursos humanos vinculados al sector, se debe conformar la misión para la evaluación del estado de la educación en las profesiones de la salud, con el objetivo de establecer el grado de correspondencia entre el perfil profesional y las realidades epidemiológicas del país, y determinar las necesidades en materia de modificaciones curriculares, así como los requerimientos para la acreditación de los distintos programas.**

**V. RECOMENDACIONES**

**El Departamento Nacional de Planeación recomienda al Conpes aprobar las propuestas presentadas anteriormente y solicitarle:**

**A los Ministerios de Salud, Educación y Hacienda y al Departamento Nacional de Planeación:**

- **Iniciar la preparación de una propuesta para modificar la Ley 60, que permita entre otras, definir claramente las competencias, los recursos sectoriales y los criterios de asignación, así como flexibilizar la normatividad existente que permita un trabajo más**

**directo de la Nación con los municipios, en el caso de departamentos renuentes a entregar las competencias y recursos.**

**A los funcionarios del gobierno que asisten al Consejo de Seguridad Social en Salud:**

- Promover la utilización de los recursos de la subcuenta de solidaridad exclusivamente para la afiliación al régimen subsidiado.

**Al Ministerio de Salud:**

- Junto con el Ministerio de Hacienda y el DNP estudiar la posibilidad de crear una central única de recaudo para los aportes de salud.
- Empezar las acciones necesarias para que el Sistema de Seguridad Social en Salud disponga de un sistema de información que le permita conocer los datos necesarios para su mejor funcionamiento.
- Promover la afiliación de la mayor cantidad de personas al régimen contributivo y proponer mecanismos que permitan incrementar la afiliación de la población que actualmente no se encuentra afiliada al sistema, y que tienen capacidad económica para afiliarse.

**A la Superintendencia Nacional de Salud:**

- Establecer antes del 15 de septiembre un estricto cronograma para el cumplimiento de los requerimientos hechos al ISS.

**Al Ministerio de Hacienda**

- Eliminar la auditoría previa al aval de la deuda del pasivo prestacional, suscribir los contratos de concurrencia y realizar posteriormente la auditoría, previa al giro de los recursos.



- Exigirle al ISS la presentación del proyecto de presupuesto de 1998 separando los cuatro negocios: aseguramiento (EPS), prestación de servicios (IPS), riesgos profesionales (ARP) y pensiones.

#### **Al Ministerio de Trabajo**

- Modificar el Decreto 990 de mayo 17/94, integrando al Consejo Directivo del ISS al Ministro de Salud o su delegado.

#### **Al ISS**

- Efectuar la adecuación institucional, descentralización y la autonomía administrativa de las unidades que prestan servicios de salud, tal como lo planteó la Ley 100/93 en su artículo 275.
- Separar funcional y financieramente el aseguramiento (EPS) de la prestación del servicio de salud (IPS), enfatizando su papel de asegurador.
- Fortalecer su acción en el régimen contributivo, sin que para ello requiera ampliar su actual planta de personal y su infraestructura, sino fortalecer la contratación con la red pública y privada de servicios.
- Perfeccionar antes del 31 de diciembre de 1997 su sistema de información con el fin de definir su sostenibilidad, la compensación al sistema y aportar la información necesaria que como principal EPS se requiere para que el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud pueda corroborar la sostenibilidad del sistema o plantear alternativas que lo garanticen.
- Tramitar la autorización para manejar el régimen subsidiado, previo el cumplimiento de los requisitos.

### **A las entidades territoriales**

- Promover la creación de las Empresas Sociales del Estado y apoyarlas en el mejoramiento de su gestión con el fin de que estas consigan los recursos necesarios para financiar en cada ESE la nivelación salarial de sus trabajadores.
- Implementar y financiar la prestación de los servicios del PAB.
- Definir la financiación del pasivo prestacional de su competencia.
  - A través de los organismos de control fiscal agilizar el giro y seguimiento de los recursos del régimen subsidiado.

# Documento

**Conpes  
043**

**Incrementos Salariales para los  
Empleados de la Salud en las Entidades  
Territoriales 1998**

**Ministerio de Salud  
Ministerio de Hacienda y Crédito Público  
DNP: UDS-DISAL**

**Versión aprobada**

**Santa Fe de Bogotá D.C., 3 de febrero de 1998**

## **I.**

**En desarrollo de estas disposiciones, el presente documento propone al CONPES SOCIAL el incremento salarial máximo que regirá para la vigencia de 1998.**

## **II. PROPUESTA Y RECOMENDACIÓN**

**En cumplimiento de las normas vigentes, los ministerios de Salud, de Hacienda y Crédito Público y el Departamento Nacional de Planeación recomiendan al CONPES SOCIAL autorizar a las entidades territoriales a decretar o convenir un incremento salarial máximo del 17% para todos los servidores públicos del sector salud de su territorio.**

## **CONPES 3000**

### **I. INTRODUCCIÓN**

**De acuerdo a los lineamientos de la Ley 100 de 1993 la población colombiana progresivamente se ha incorporado a los regímenes dispuestos en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, alcanzándose hasta el presente una cobertura aproximada de 7.5 millones de afiliados y beneficiarios en el régimen subsidiado y 14.5 millones de afiliados y beneficiarios en el régimen contributivo. Debido a ese progresivo proceso de transición, el segmento restante de la población no afiliada a dichos regímenes se relaciona con el sistema bajo la figura de población vinculada, la cual debe ser atendida a cargo de los recursos de oferta especialmente del Situado Fiscal.**

**Para garantizar la atención de la población vinculada no cubierta por los beneficios de los regímenes contributivo y subsidiado, el Gobierno Nacional debe implementar los mecanismos presupuestales requeridos para hacer efectiva la prestación de los servicios de salud a que tiene derecho dicha población.**

**El Contador General de la Nación por solicitud del Ministerio de Salud certificó la disponibilidad de recursos libre de afectación del Fondo de Solidaridad y Garantía por \$285.261.343.978, certificación expedida para la apertura de créditos adicionales al Presupuesto General de la Nación determinados con base en los estados financieros a 31 de diciembre de 1.997 del FOSYGA.**

**Del total de los recursos liquidados por concepto de excedentes financieros del FOSYGA de la vigencia fiscal de 1.997, corresponden a la subcuenta de Solidaridad \$166.084.240.424, de Promoción y Prevención \$1.291 millones y subcuenta Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito -ECAT- \$117.885.968.554.**

**Teniendo en cuenta que en la subcuenta de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito del Fondo de Solidaridad y Garantía en Salud existen excedentes en 1997 por**

**valor de \$117.885.968.554, se propone tramitar un proyecto de ley para destinarlos a financiar los servicios asistenciales prestados a la población vinculada al sistema, no amparada por beneficios de los regímenes contributivo o subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con los lineamientos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.**

**De otra parte, se requiere incorporar los recursos provenientes de los excedentes financieros del Fosyga de la vigencia fiscal de 1.997 debidamente certificados por el Contador General de la nación con el propósito de garantizar la ampliación de cobertura del régimen subsidiado en un número estimado de un millón cien mil personas pertenecientes a la población pobre y vulnerable, por valor de \$166.084,240,424, para garantizar el cumplimiento de metas del Plan de Desarrollo; para financiar campañas de prevención de la violencia y promoción de la convivencia pacífica a nivel nacional y territorial por \$1.291,135,000; y para financiar los servicios asistenciales prestados a la población vinculada la suma de \$117.885,968,564.**

## **II. PROPUESTA**

**Con el propósito de garantizar el incremento de la cobertura del régimen subsidiado, el desarrollo de programas de prevención de la violencia y promoción de la convivencia pacífica y la prestación de servicios de salud a la población vinculada, no amparada por los beneficios de los regímenes contributivo o subsidiado, es necesario adicionar el total de los excedentes por valor de \$285.261.343.978 y cambiar la destinación de los excedentes financieros de la vigencia 1997 por valor de \$117.885.968.554 de la subcuenta de Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito -ECAT-, del Fondo de Solidaridad y Garantía en Salud para financiar los servicios asistenciales prestados a esta población.**

**Los recursos de la subcuenta ECAT se distribuirán de acuerdo con los criterios que**

**para tal efecto señale el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, entre las instituciones prestadoras de servicios de salud o aquellas privadas con las cuales la Nación o las entidades territoriales suscriban contratos para tal fin.**

**Los recursos se distribuirán entre las entidades hospitalarias en las cuales el valor de los servicios producidos supera los ingresos estimados.**

### **III. RECOMENDACIÓN**

**Teniendo en cuenta las consideraciones anteriores los Ministerios de Salud y Hacienda y Crédito Público y el Departamento Nacional de Planeación recomienda al CONPES:**

**Autorizar al Ministro de Hacienda y Crédito Público presentar un proyecto de ley para el cambio de destinación de los recursos excedentes de la vigencia 1.997 por valor de \$117.885.968.554 de la subcuenta de Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito del Fondo de Solidaridad y Garantía en Salud y otro proyecto de ley incorporando los recursos de excedentes financieros para financiar las actividades mencionadas anteriormente.**

## **I. INTRODUCCIÓN**

Este documento somete a consideración del CONPES la aprobación del otorgamiento de la Garantía de la Nación hasta por US\$8.500.000 que equivalen al crédito externo que contratará el Municipio de Medellín, para el suministro de bienes y servicios contemplados dentro del Proyecto Integral de Salud: *“Renovación tecnológica en los servicios de urgencias, hospitalización, laboratorio e imagenología de las 10 unidades hospitalarias de Metrosalud y mejoramiento y reestructuración de la red informática de Metrosalud”*

## **II. ANTECEDENTES**

**Desde hace aproximadamente 10 años el Municipio de Medellín – a través de Metrosalud- ofrece todos los servicios de nivel I y algunos del nivel II de complejidad. Para atender a sus habitantes, las unidades hospitalarias se encuentran distribuidas en todo el Valle de Aburrá (Medellín y los corregimientos de San Antonio de Prado y San Cristóbal).**

**Estas unidades conforman una red de servicios con excelentes recursos humanos, pero con unas condiciones físicas regulares. Dadas las carencias tecnológicas, la dinámica del perfil epidemiológico de la población y el nuevo esquema de administración del sistema de salud, el Municipio se vio abocado a iniciar un estudio de la situación. Como resultado del estudio se puso en marcha una reorganización administrativa en Metrosalud, un proceso de modernización y actualización tecnológica de todo el sistema de salud, enfocando los servicios dentro del nuevo marco de legislación generada a partir del nuevo sistema de seguridad social, que puso al Municipio en condiciones desfavorables para la prestación de unos servicios óptimos, eficientes, oportunos y sobre todo competitivos.**

**Ante la necesidad de intervenir oportunamente en el proceso de reordenamiento de la salud pública en Medellín, el Concejo Municipal, mediante acuerdo, apoyó a la Alcaldía en el proceso de readecuación institucional y en la búsqueda de recursos para cubrir las necesidades del sector y mejorar la infraestructura física de las unidades hospitalarias y los**



**recursos técnicos y tecnológicos en las áreas administrativas para garantizar la calidad y oportunidad de los servicios hospitalarios.**

**No obstante, las carencias en el proceso de modernización se ha logrado que Metrosalud hoy sea una institución importante y definitiva en los últimos cambios que ha vivido la salud en Medellín y que hoy cuenta con una estructura humana, administrativa y financiera que lo respalda y apoya en su crecimiento y potencial desarrollo hacia una entidad de mayor complejidad.**

**La Alcaldía de Medellín y Metrosalud orientaron, conjuntamente, el presente proceso y atendiendo las necesidades apoyaron los estudios necesarios para diseñar y consolidar el actual proyecto que fue presentado y declarado viable técnicamente por el Departamento Nacional de Planeación - DNP y así lograr los recursos necesarios para culminar la etapa de consolidación de los servicios de salud del Municipio.**

### **III. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO**

**El proyecto Integral de Salud: “Renovación tecnológica en los servicios de urgencias, hospitalización, laboratorio e imagenología de las 10 unidades hospitalarias de Metrosalud y mejoramiento y reestructuración de la red informática de Metrosalud” tiene como principal finalidad dotar los servicios de salud que ofrece la red de unidades prestadoras de servicios y garantizar a los beneficiarios una infraestructura de servicios acorde con la demanda y un sistema administrativo-hospitalario que contribuya a mejorar la calidad de la salud y por ende la calidad de vida.**

**A través de las tecnologías de la información y los nuevos recursos tecnológicos se pretende facilitar la administración de los servicios y garantizar a los ciudadanos una oportuna prestación de los mismos.**

#### **IV. OBJETIVOS DEL PROYECTO**

**Contribuir al mejoramiento del sistema de salud adecuando el equipamiento biotecnológico, la infraestructura tecnológica, y fortaleciendo la gestión administrativa.**

**Extender los servicios de salud a una mayor cantidad de beneficiarios, con mejor infraestructura técnica, proveyendo un servicio de información y administración sistematizado y automatizado.**

**Mejorar la calidad de vida de la población beneficiada y desarrollar la misión de Metrosalud como Empresa Social del Estado con una alta rentabilidad social.**

##### **A. SITUACIÓN ACTUAL DEL PROYECTO**

**Actualmente el municipio de Medellín dentro de su plan de desarrollo propone el fortalecimiento de la red pública de salud contribuyendo al propósito de tener una ciudad más humana, centrando sus acciones en la población más vulnerable, apoyando a su vez a Metrosalud en el proceso de reorganización de su estructura física, con la construcción y remodelación tanto de las unidades hospitalarias, centros y puestos de salud.**

**Sin embargo, Metrosalud requiere modernizar y ampliar su sistema de información para entrar en los procesos de control interno, control de gestión, agilidad, oportunidad y veracidad de todos los datos que requiera su red de atención ciudadana, las finanzas y la administración, y su servicio de gestión hospitalaria. Actualmente, es urgente dar una respuesta a estas necesidades.**

**Por medio del proyecto "Renovación tecnológica en los servicios de urgencias, hospitalización, laboratorio e imagenología en las 10 unidades de Metrosalud, mejoramiento y reestructuración de la red de informática" el Municipio de Medellín - a través de Metrosalud - pondrá al servicio de los ciudadanos los equipos proporcionados por la nueva tecnología de la**

informática, las telecomunicaciones y la biotecnología para generar transformaciones de fondo, no solo en lo referente a la prestación de servicios de salud intra y extrainstitucionales, en la atención de urgencias en la promoción de la salud, la prevención de patologías y el apoyo diagnóstico, sino también en los procesos relacionados con la automatización de la base de datos de usuarios de la red de servicios y beneficiarios del sistema y servicios de facturación.

## **B. DESARROLLO DEL PROYECTO**

El proyecto será ejecutado en dos componentes que integran una concepción de servicio único hospitalario. De un lado se desarrollará el componente proyectado como *mejoramiento y reestructuración de la red informática de Metrosalud* y que significa modernizar todo el sistema de información hospitalario de las 10 unidades hospitalarias, 37 centros de salud y 4 puestos de salud. La red de servicios estaría intercomunicada y dotada de medios automatizados para prestar un servicio eficiente tanto en el orden administrativo como en el sistema de gestión hospitalaria de cada entidad, de manera tal que existiera un control de historia clínica ligada a la gestión administrativa y contable de las unidades, así como la información para el ciudadano tanto de los servicios como de su disponibilidad.

De otro lado se desarrollará el componente proyectado hacia *la renovación tecnológica en los servicios de urgencias, hospitalización, laboratorio e imagenología de las 10 unidades hospitalarias*, que mejorará la infraestructura en recursos tecnológicos de estas áreas, con lo cual las unidades entraran en una nueva fase de competitividad y calidad de servicios.

**La implantación del programa se llevará a cabo en un periodo de un año y se realizará de la siguiente manera:**

## **1. Red Informática de Metrosalud.**

- Revisión de la infraestructura necesaria y actualización de la información en las unidades hospitalarias.
- Suministro e instalación de la red de información y gestión hospitalaria.
- Desarrollo de aplicaciones y sistemas de información de la red hospitalaria.
- Implementación del sistema.
- Capacitación del personal.
- Puesta en marcha del sistema.

## **2. Dotación Tecnológica Hospitalaria.**

- Adecuación de las instalaciones hospitalarias.
- Suministro e instalación de la dotación hospitalaria.
- Capacitación e implantación de servicios.

## **3. Seguimiento y coordinación del Plan de Implantación de ambos componentes.**

## **V. COSTOS Y ESQUEMA DE FINANCIACIÓN**

### **Costo total del proyecto**

**El costo total del proyecto asciende a US\$ 10.000.000 de los cuales el 85% se financiará con crédito externo y el 15% con recursos propios del municipio de Medellín.**

### **CUADRO No. 1 (Costos Totales)**

### **CUADRO No 2 (Canales de Financiamiento)**

#### **Condiciones financieras**

**Las condiciones financieras serán las que en su momento apruebe el Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Se buscará la contratación de un crédito con un componente mínimo del 30% en condiciones blandas.**

**Las condiciones financieras indicativas para la porción blanda del crédito externo serán las siguientes:**

**Monto: Mínimo un 30% del total de crédito**

**Plazo Total: Treinta (30)**

**añosPeriodo de Gracia: Siete (7)**

**años Interés máximo :**

**3.0%**

## **VI. SITUACIÓN FINANCIERA DEL MUNICIPIO DE MEDELLÍN**

Según sus proyecciones financieras, la ciudad de Medellín presenta una situación de superávit en los dos últimos años 1996-1997. Esto le permite contar con los recursos necesarios para responder por sus obligaciones en el mediano y largo plazo. De otra parte, analizada la situación financiera se considera que la ciudad de Medellín cuenta con estabilidad para nocomprometer la viabilidad de la ejecución del proyecto. Esto se verifica a partir del análisis de la capacidad de endeudamiento, según lo estipulado en la ley 358 de enero de 1997. De acuerdo con ésta, el Municipio se encuentra con “Semáforo en Verde” para los indicadores estudiados. (anexo 1). A su vez el Municipio de Medellín debe otorgar contragarantía a la Nación por el crédito solicitado, para asegurar que ésta no tendrá que responder en el futuro por las obligaciones del ente territorial.

## **VII. CARACTERÍSTICAS DE LA GARANTÍA DE LA NACIÓN**

El monto de la garantía de la Nación para respaldar obligaciones de pago del Municipio de Medellín, derivadas de la contratación del crédito externo, será hasta por US\$8.500.000 – ó su equivalente en otras monedas – correspondientes al monto total del crédito y estará sujeta a los requisitos que para la aprobación de la misma sean exigidos por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Las condiciones financieras indicativas del crédito serán las acordadas conjuntamente entre el Municipio de Medellín y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

## **VIII. RECOMENDACIONES**

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

1. Aprobar la Garantía de la Nación a los créditos externos a ser obtenidos por el Municipio de Medellín, hasta por un monto de US\$8.500.000, para financiar el proyecto de “Renovación tecnológica en los servicios de urgencias, hospitalización, laboratorio e imagenología de las 10 unidades hospitalarias de Metrosalud y mejoramiento y reestructuración de la red informática de Metrosalud.”
2. Solicitar al municipio de Medellín, el otorgamiento de las contragarantías adecuadas a satisfacción del Ministerio de Hacienda y Crédito Público y de ser necesario la suscripción de un convenio de desempeño según lo dispuesto en la Ley 358 de 1997.
3. Solicitar al Municipio de Medellín, que conjuntamente con el Departamento Nacional de Planeación, diseñe y opere un sistema de seguimiento y evaluación al proyecto financiado con los recursos del crédito externo, objeto de la garantía de la Nación.
4. Solicitar al Municipio de Medellín mantener un manejo prudente de sus finanzas, especialmente en lo concerniente a la contratación de nuevas operaciones de crédito que puedan deteriorar sensiblemente su capacidad de pago.