

# De la generación de conocimiento a la formulación de políticas públicas

Evaluación externa

Programa de Apoyo a la Reforma de Salud

PARS 1996 - 2007

Evaluación



Ministerio de la Protección Social

Gesaworld S.A.





Ministerio de la Protección Social

Gesaworld S.A.

# De la generación de conocimiento a la formulación de políticas públicas

Evaluación externa

Programa de Apoyo a  
la Reforma de Salud - PARS

1996 - 2007





© 2008 Programa de Apoyo a la Reforma de Salud - PARS  
Ministerio de la Protección Social - MPS

ISBN: 978-958-8361-53-6

### De la generación de conocimiento a la formulación de políticas públicas Evaluación externa del PARS 1996-2007

Proyecto Evaluación del Programa de Apoyo a la Reforma de Salud - PARS en cuanto a sus objetivos, estrategias, productos, institucionalización y sostenibilidad de sus acciones

Bogotá, Colombia  
Marzo 2008

### Colección PARS

Teresa Tono Ramírez  
Directora general

Marcela Giraldo Samper  
Directora editorial

Impresol Ediciones Ltda.  
Diseño, impresión y acabados  
Calle 78 No. 29B-44 PBX 2508244  
impresol@gmail.com

Ministerio de la Protección Social  
www.minproteccionsocial.gov.co  
Cra. 13 N. 32 -78  
Teléfono: 3305000 Extensión 1540 / 1503  
Línea de atención al ciudadano  
En Bogotá: 3305000  
Resto del país: 018000910097

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL - MPS

Diego Palacio Betancourt

Ministro de la Protección Social

Carlos Jorge Rodríguez Restrepo

Viceministro Técnico

Blanca Elvira Cajigas de Acosta

Viceministra de Salud y Bienestar

Jorge León Mesa

Viceministro de Relaciones Laborales

Juan Pablo Toro Roa

Director General de Planeación y Análisis de Política

Luis Carlos Corral Strassman

Consultor Dirección General de Planeación y Análisis de Política

PROGRAMA DE APOYO A LA REFORMA DE SALUD - PARS

Teresa Tono Ramírez

Directora Ejecutiva

Jaime Ramírez Moreno

Coordinador Técnico Científico

María del Rosario Estrada Moncayo

Coordinadora Administrativa y Financiera

María Cristina Cruz Aristizábal

Interventora del Proyecto Evaluación del PARS

EQUIPO DIRECTIVO GESAWORLD S.A.

Roser Vicente Ruiz

Directora General

Luis F. Giacometti Rojas

Director para Centroamérica y Región Andina

Joan Castillejo Peña

Director del Proyecto

Ariel José Habed López

Coordinador Técnico Proyecto

EQUIPO DE CONSULTORÍA DEL PROYECTO

Consultores senior

Walter Toro Jiménez

William Robles Fonnegra

Germán A. Romero Silva

Liz Garavito Beltrán

Fabían A. González Sarmiento

Naydú Acosta

Virgilio Ramón

José Carrasco

# Contenido

Presentación .....	15
Presentación. Las prácticas del poder .....	19
Introducción .....	25

## Capítulo I

El Programa de Apoyo a la Reforma de Salud - PARS .....	31
A. El contexto del PARS .....	33
B. Características .....	36
C. Metodología de la evaluación .....	41

## Capítulo 2

Gestión del Programa (Evaluación normativa) .....	45
A. Evolución .....	47
B. Balance general .....	49
C. Estrategias .....	53
1. Estrategias asociadas a los objetos principales de los contratos .....	53
2. Estrategias asociadas a la transferencia de las acciones .....	55
3. Estrategias asociadas a la comunicación e imagen ...	56
D. Organización y mecanismos de ejecución y coordinación .....	59
E. Gestión administrativa y de recursos .....	63
1. Ejecución de recursos .....	64
2. Comportamiento de las inversiones por componentes .....	66



<b>F. Factores explicativos</b> .....	<b>70</b>
1. Factores de contexto .....	70
2. Factores frente al diseño .....	72
3. Factores estratégicos .....	73
4. Factores administrativos .....	73
<b>G. Síntesis de productos obtenidos y adoptados</b> .....	<b>74</b>

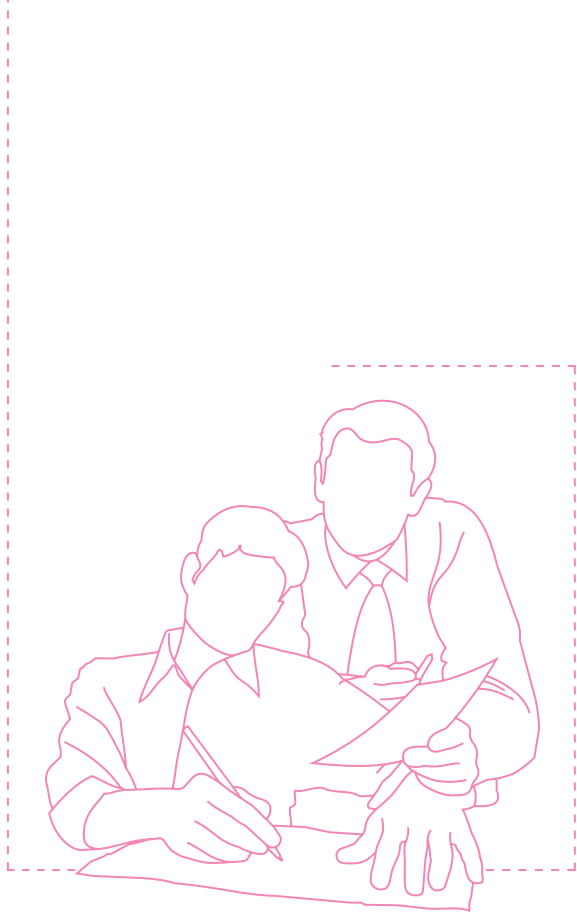
## Capítulo 3

<b>Logros de los objetivos del PARS (Evaluación sumativa)</b> ....	<b>81</b>
<b>A. Cumplimiento de los objetivos</b> .....	<b>83</b>
1. Objetivo específico: Mejorar la equidad mediante el aumento en la solidaridad y cobertura de servicios .....	83
2. Objetivo específico: Desarrollar una estrategia para las regiones donde la competencia no es viable, dentro del marco de competencia regulada ..	92
3. Objetivo específico: Fortalecer la competencia en áreas donde sea factible y los instrumentos de política existentes, como el POS, el POSS y la UPC, con el objeto de contribuir a la sustentabilidad financiera del sector .....	96
4. Objetivo específico: Mejorar la eficiencia y calidad de servicios, a través del fortalecimiento de instituciones y entrenamiento de personal .....	100
5. Objetivo específico: Asegurar una oferta de servicios adecuada y corregir las distorsiones en el subsidio a la oferta existente .....	113
6. Objetivo específico: Establecer sistemas básicos de datos y sistemas de información para la gestión y monitoreo interno de la reforma .....	118
<b>B. Resultados de los indicadores de proceso     y desempeño</b> .....	<b>121</b>
1. Indicadores de proceso .....	121

2. Indicadores de desempeño .....	I21
C. Institucionalización y sostenibilidad de las acciones ..	I22

## Capítulo 4

Lecciones aprendidas, conclusiones, recomendaciones .....	I33
A. Lecciones aprendidas .....	I35
B. Conclusiones .....	I40
1. Frente al cumplimiento de las acciones y recursos programados .....	I41
2. Frente a la gestión .....	I43
3. Frente a los logros .....	I44
4. Frente a las estrategias .....	I45
5. Frente a los contratos de préstamo .....	I48
6. Frente al logro de los objetivos .....	I49
7. Frente a la institucionalización y sostenibilidad de las acciones .....	I52
C. Recomendaciones .....	I52
Glosario de siglas .....	I57
Índice de cuadros y gráficos .....	I63



## Agradecimientos

**D**eseamos reconocer la visión para concretar esta iniciativa de publicación de los resultados de la evaluación del Programa de Apoyo a la Reforma de Salud (PARS), pues no son tan frecuentes las iniciativas de evaluación de programas de transformación institucional que culminan en publicaciones. Con lo cual este esfuerzo planteado por la Dirección del PARS, apoyado decididamente por el Ministerio de la Protección Social (MPS) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), es destacable en la medida en que se está contribuyendo con la sistematización y creación de la memoria histórica de un importante proceso de apoyo a la reforma de salud en Colombia.

Agradecer también y muy especialmente al ministro de la Protección Social, Diego Palacio, a sus directivos y funcionarios que muy gentilmente nos destinaron amplias horas de trabajo en los procesos de recolección de información y consenso de las propuestas metodológicas del proceso de evaluación.

Al BID, en la figura de su responsable sectorial María Loreto Biehl, por sus útiles, así como oportunos comentarios y sugerencias que sin duda fortalecieron el desarrollo de la evaluación. De igual manera a la dirección del PARS, en particular a su directora Teresa Tono, de quien siempre obtuvimos una visión muy objetiva del Programa y a nuestra interventora, María Cristina Cruz, quién apostó por esta evaluación y brindó en todo momento valiosos aportes que ayudaron a la consecución de los objetivos.

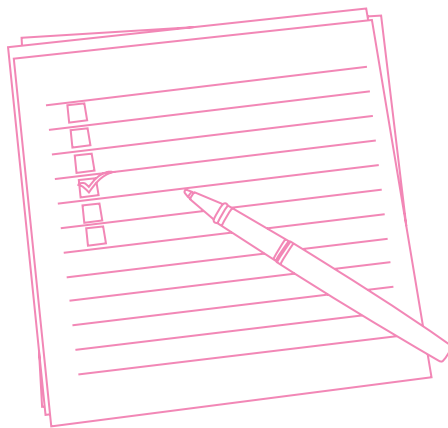
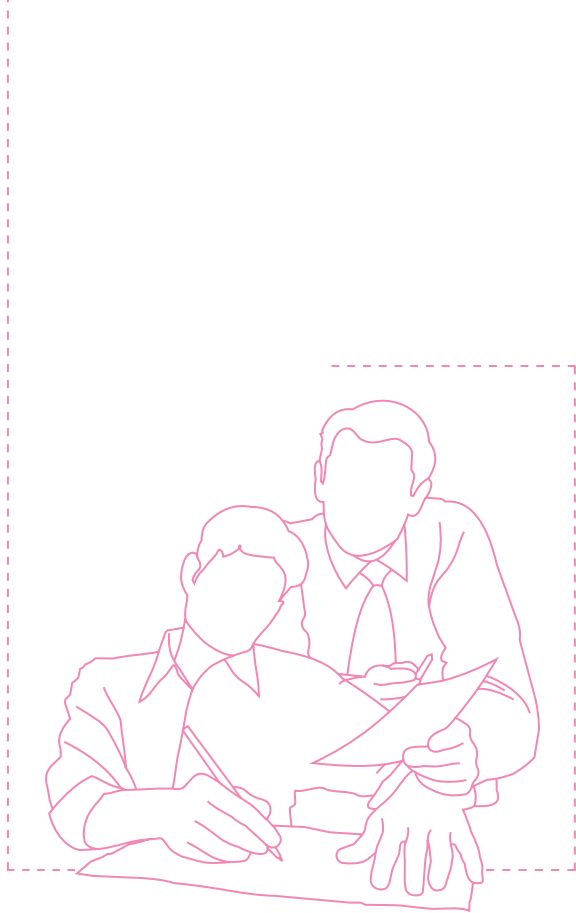
De igual forma a todo el personal técnico y administrativo, quienes facilitaron y colaboraron en el suministro de información, fuentes de datos y el propio conocimiento y experiencia en la ejecución del proyecto a lo largo de todos estos años, información que ha sido de suma valía para llegar al final del camino.

Finalmente agradecer a todas las personas que nos apoyaron en el manejo de la información resultante de las entrevistas y recolección de fuentes primarias; y especialmente a todos los actores entrevistados (ex ministros, ex directores del PARS, ex directivos del MPS, consultores de transferencia, directores territoriales de salud, entre otros), que a través de sus interpretaciones y vivencias, nos ayudaron a entender lo complejo que puede resultar, valorar diez o más años de experiencia de un Programa de Apoyo a la Reforma de Salud, inmerso en un proceso de transformación sectorial de esta envergadura y complejidad.

A todos, muchas gracias

Gesaworld S.A.





## Presentación

Desde inicios de la década de 1980, diversos países en vías de desarrollo comenzaron a trabajar en la reforma y transformación de sus sistemas de seguridad social, con mayor o menor énfasis en la mejora de sus sistemas de salud. Por lo general este fenómeno obedece a diversos factores, entre ellos el tránsito progresivo de economías controladas y centralizadas por el Estado, hacia economías más abiertas y regidas por los mercados, los recortes presupuestales para el sector de la salud y pensiones en épocas de crisis económica, la falta de servicios básicos de salud para muchos ciudadanos, la baja calidad percibida por parte de ciertos sectores de la población, así como el bajo nivel de rendición de cuentas habitualmente encontrado en las estructuras clásicas de servicios públicos.

Las reformas en el sector de la salud, en términos generales, suelen implicar un sinnúmero de estrategias, políticas e intervenciones diseñadas para reforzar el sistema con el propósito de aumentar las posibilidades de lograr los objetivos de cobertura, accesibilidad, calidad y sostenibilidad financiera. Los enfoques de los países en este sentido varían enormemente: mientras que algunos gobiernos implementan reformas sectoriales amparadas por radicales ajustes a la estructura del Estado (Colombia entre ellos), otros restringen más el alcance de las medidas y las circunscriben a intervenciones puntuales sobre procesos clave del sistema (descentralización, atención hospitalaria, aseguramiento, financiamiento, entre otros).

Con base en este alcance y en lo experimentado durante las últimas dos a tres décadas por el contexto internacional, hemos sido testigos o incluso protagonistas de innumerables esfuerzos



sectoriales por ajustar el modelo de rectoría, organización, financiamiento, aseguramiento y prestación de servicios, tendientes a mejorar la respuesta institucional y sectorial, frente a crecientes presiones sociales que demandan mayores niveles de calidad en las prestaciones, equidad en el acceso, humanización en la atención y eficiencia en la utilización de los recursos destinados a la atención a la salud.

Con base en lo anterior, es fácilmente entendible, que el proceso de evaluación de un proceso de reforma o de sus distintos actores institucionales reviste una complejidad especial, toda vez, que su alcance contempla no solamente la clásica medición de desempeño en el manejo de los recursos, sino adicionalmente, el cumplimiento de sus objetivos y lo más complejo aún, el impacto de sus intervenciones de cara a los resultados sociales esperados y objetivos estratégicos propios de una reforma sectorial.

En el caso colombiano, la reforma al sistema de salud y de seguridad social, establecida por la Ley 100 de 1993 y que años más adelante se constituyera en el telón de fondo para la creación del Programa de Apoyo a la Reforma de Salud (PARS), ocurrido en marzo de 1996, se ha constituido en el ámbito político, técnico y académico internacional, como uno de los procesos de reforma sectorial más innovador en su diseño, complejo en su análisis, ambicioso en sus alcances, y discutido de cara a su implantación, que han marcado el contexto sectorial de América Latina durante los últimos quince años.

En este contexto institucional y sectorial, el PARS se consolida como un esfuerzo técnico y administrativo encaminado a apoyar e impulsar el desarrollo de los principales ejes de la reforma al sistema de seguridad social en salud colombiano, a través de una iniciativa sin precedentes en el ámbito regional en materia de asistencia técnica, generación sistemática de conocimiento y evidencia para la toma de decisiones.

Tal vez el principal valor añadido de este esfuerzo, haya sido combatir el consabido escepticismo e incertidumbre que rodea a

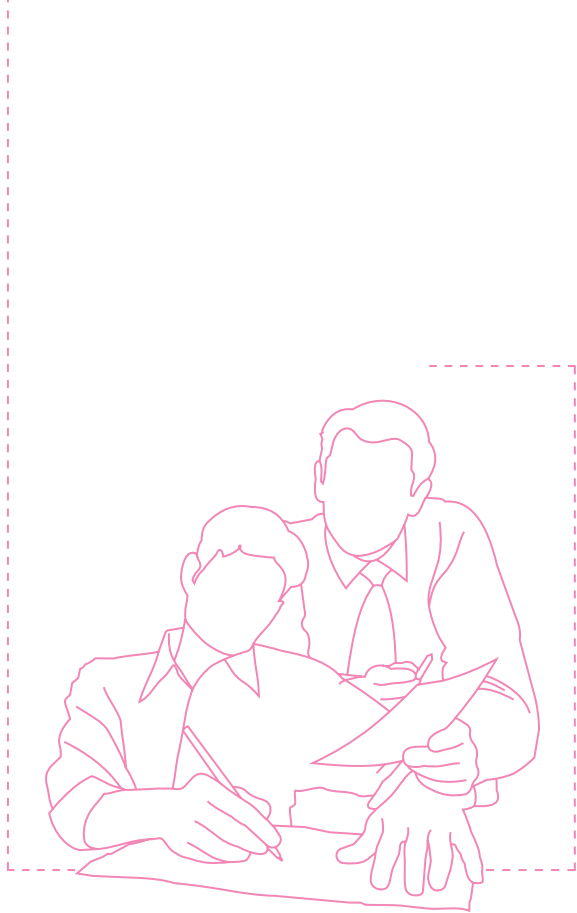
todo proceso de reforma en salud, principalmente a través de la generación de información válida. Pocas reformas sectoriales han producido tan importante número de estudios, asistencias técnicas y aportes académicos que hayan sido utilizados como insumo por los tomadores de decisiones de la política pública.

Por tanto, para esta evaluación externa del Programa de Apoyo a la Reforma de Salud, la experiencia no ha podido ser más enriquecedora, oportunidad que agradecemos. El contacto con los principales actores institucionales de este proceso y con la enorme cantidad de información generada por la asistencia técnica gestionada por el PARS, ha puesto de manifiesto el enorme esfuerzo involucrado y los múltiples altibajos sorteados durante los últimos diez y más años de ejecución. Nada enriquece más la labor del evaluador, que el hecho mismo de que su objeto y sujeto de evaluación, a la vez enseñe, proponga y le haga confrontar su propia realidad.

Finalmente, y citando a Medici (BID, 2006), los gobiernos tienen que definir sus prioridades de salud basándose en pruebas y evidencias a fin de fijar las metas de la reforma y garantizar la prestación de servicios eficaces de salud hacia los más pobres y excluidos; es por ello, que podemos afirmar que el verdadero valor de una evaluación de esta naturaleza, radica en hacer visible de manera objetiva y documentada, no solo el esfuerzo administrativo y de gestión de los recursos involucrados, sino la generación de evidencia y demás aportes institucionales orientados al cumplimiento de los ejes fundamentales de la reforma.

Resultados que entre otros, se resumen en la búsqueda de la equidad, la calidad, la eficiencia asignativa, la solidaridad y la universalidad progresiva en el aseguramiento de riesgos, que hacen de la reforma colombiana, una de las experiencias de política pública más interesantes como objeto de estudio en el contexto latinoamericano.

**Roser Vicente Ruiz**  
Directora General Gesaworld S.A.



## Presentación

### Las prácticas del poder

De unos años para acá las universidades públicas y privadas del país ofrecen servicios de consultoría, asesoría y asistencia técnica a diferentes sectores del Estado y niveles de gobierno. De la misma manera, de parte del Estado se ha convertido en rutina acudir al saber especializado, a la independencia académica y al prestigio de firmas externas para formular, desarrollar y evaluar diferentes políticas públicas. Reconocer la especificidad de la práctica académica y gubernativa podría ayudar a entender la naturaleza, las condiciones y las tensiones que anidan en esta relación, enlazada alrededor de la perspectiva de mejorar la calidad de las políticas públicas.

Para empezar, es necesario reconocer que tanto la labor académica como gubernativa son prácticas del poder, aunque bastante diferentes. El conocimiento académico está gobernado por la voluntad del saber. Ejerce el bello y difícil oficio de la imaginación sistemática sobre los mundos posibles. Le guía el conocimiento de las reglas de lo real, lo probable y lo posible. Aprende las lógicas de gestación y articulación, las condiciones de funcionamiento y los efectos de la intervención calculada de magnitud y orden diferente. Explora y juega en ensayos controlados o con sistemas conceptuales complejos, pero siempre está compelida a la coherencia metodológica y conceptual. Debe someterse al rigor y lo sistemático. Sucumbe cuando se descubre ejercer un pensamiento contradictorio con los preceptos dados y se reconoce sus límites en la incapacidad de explicar lo que ella misma pretende. El pensamiento académico debe ser crítico, radical y maximalista.

Crítico de la realidad que debe entender si la aspira cambiar. Radical, cuando asume las consecuencias de sus deconstrucciones y reconstrucciones. Maximalista, porque despliega los nuevos órdenes y prácticas posibles.

El ejercicio del gobierno y de la administración está gobernado por la voluntad del hacer. No bastan ni las buenas intenciones, ni las ideas excelsas. La política es el arte de lo posible, el reto de transformar lo que se pueda, no todo lo que se desea, frente a un mar de restricciones y condicionamientos legales, institucionales y políticos. Pero, por sobre lo demás, el más acuciante límite del accionar político es el tiempo que siempre acosa y corre en desfavor. La primera práctica de la política es la selección de las estrategias, la escogencia de los filones mediante los cuales se realizan las apuestas para concitar fuerzas suficientes que dinamicen los procesos de transformación. La política es por definición adaptativa, reformista, realista. Adaptativa, porque no define su propio terreno, sino que debe ajustar sus estrategias de manera permanente ante el movimiento de las estrategias de otros y las transformaciones logradas. Reformista, porque siempre emprende, cuando se desea revolucionar o meramente conservar, modificaciones continuas. Realista, porque solo se puede asentar en sus propios logros y realizaciones, es decir, en sus propias limitaciones.

## La simpatía crítica y sus aprendizajes

El terreno para el mutuo provecho entre estas dos prácticas del poder se fecunda cuando existe una “simpatía crítica”. Por ejemplo, un acuerdo de la universidad con los fines de la política, en este caso la exploración de los medios para universalizar el derecho a la salud, y una convicción del gobierno en la pertinencia de acudir a la academia para mejorar la calidad de su Programa de Apoyo a la Reforma de Salud. Es necesario evaluar los impactos que dicha asociación ha provocado sobre la seguridad social colombiana; tarea imperiosa que no se emprende en esta

presentación de manera distinta a arriesgar un listado de aprendizajes para el quehacer propio de las partes involucradas.

Para la universidad es muy útil conocer de primera mano el conjunto de restricciones en medio de las cuales se generan e implementan reformas administrativas. La racionalidad e intereses de múltiples actores que hacen la política a diferente nivel en un sistema tan complejo como el de la salud. Confrontar, por ejemplo, propuestas al flujo financiero de recursos, inspiradas en orientaciones coherentes y necesarias, con las constricciones presupuestales, institucionales y legales que dificultan modificar normas y prácticas. Pero a la vez explorar los intersticios que tiene toda reglamentación, el sistema político y la maraña institucional, y sondear mediante: vías, aliados y circunstancias con base en las cuales avanzar en la implementación de orientaciones de política.

La proximidad de la academia a la administración del poder estatal esclarece la importancia del tiempo y la oportunidad en los cambios históricos. En definitiva, se trata de la inoculación del aprendizaje del poder hacer en el seno del poder saber. Aprender haciendo y aprender del hacer, diría el maestro Fals Borda. En esta frontera, el conocimiento académico se somete a una prueba ácida, aquella de la capacidad de transformación efectiva de la realidad cuando se implementan ideas fuerza. La coherencia de las ideas es aquí desafiada por la turbulencia de la realidad; de lo cual no puede sino resultar el asombro con los usos múltiples y complejos que los procesos reales hacen con los esquemas teóricos.

Me atrevo a sugerir que el principal beneficio de la aproximación del poder administrativo a la academia es el pretexto para un alto en el camino. La premura y la urgencia caracterizan la agenda de todo funcionario, director de institución o político, y ello desarrolla tanto el reflejo de la adaptación que permanentemente se corre el riesgo de ver desaparecer, o al menos nublarse bastante, el sentido estratégico de la acción gubernativa. La amenaza

del oportunismo es retada por la tozudez del debate académico, por la pausa que obliga el rigor conceptual y metodológico. Un riesgo intrínseco al principio del poder hacer es el desliz en el activismo.

Una vez más, la reflexión académica sobre los fines de la política es un excelente antídoto contra el voluntarismo de la acción, aquel que vanagloria la exaltación de la vitalidad, pero carece de conocimiento y medida sobre efectos e impactos. Mediante la misma disciplina la academia suele reiterar la invitación a una evaluación de las estrategias administrativas que no se disuelva en las justificaciones de un bien aprendido reflejo reactivo. En definitiva, se trata de la inoculación del aprendizaje del poder saber en el seno del poder hacer.

En este escenario, la prueba ácida que aporta la reflexión académica al poder administrativo es el debate sobre la consistencia entre fines, medios y resultados. De este ejercicio nace la evidencia reiterada sobre las mayores inconsistencias en las prácticas políticas; aquella que se asombra con la bondad de unas proclamas, que no se compadecen con los estructuras que las agencian y menos con la precariedad, cuando no con la contrariedad, de los resultados obtenidos.

## Las autonomías relativas

La relación entre la academia y el Estado es inevitablemente tensa, aunque llega a ser fecunda, para ambos y para la calidad de las políticas públicas, si se respetan ciertas condiciones. La maestra de todas: que ninguno de los dos ejercicios del poder pretenda absorber y subordinar al otro, o confundir y traspasar las fronteras que constituyen su naturaleza diferente.

Es menester que la universidad posea plena autonomía para documentarse, conocer la información pertinente y acceder a las bases de datos y documentos imprescindibles para comprender

los procesos de gestación, implementación e impactos de las políticas. Algunos estimarán que esta condición raya con lo evidente y les asistirá la razón. Sin embargo, nada común es en este país la plena y libre disposición de mucha de la información pública relevante para el análisis académico independiente. La libertad para escoger los esquemas de interpretación y, más aun, el derecho a la libre interpretación y ponderación de las políticas es necesario; tanto como la plena responsabilidad del ejercicio de análisis que está obligado a la sustentación y demostración de las aseveraciones. La libertad de proponer y divulgar hallazgos, evaluaciones y propuestas, rematan el arsenal que garantiza la independencia crítica y completan la simpatía crítica.

Es propio de la política escoger, seleccionar entre alternativas múltiples y urgencias varias. Una decisión política es siempre una apuesta que discrimina entre un montón de posibilidades; no siempre negando la validez y pertinencia de lo que deshecha o aplaza; sino por un cálculo de oportunidad y adaptación. El administrador decide y debe asumir la responsabilidad de dicha autonomía; así como del conjunto de instrumentos de implementación que despliega la voluntad del hacer. El costo más alto que debe respetar la administración cuando ejerce el poder de decisión es el sometimiento al debate público. Los juicios sobre la pertinencia de las acciones emprendidas, las múltiples ponderaciones sobre los efectos y resultados, y el libre debate sobre alternativas para la acción pública son, no solo requisitos de una buena moral política, sino garantía para el mejoramiento de las políticas públicas.

En suma, la universidad se debe radical en la coherencia metodológica y conceptual de sus propuestas, pero no reemplaza la responsabilidad política de la toma de decisiones. La academia no puede confundir la simpatía crítica con la justificación de los fines, medios y resultados que la administración agencia; la distancia crítica y la independencia del criterio académico define la honorabilidad y la pertinencia del saber académico.



A la administración le corresponde cultivar la voluntad de la acción, pero en ningún momento es la juez de sus propias acciones. Mucho ganan los programas de reforma mediante una alianza estratégica con evaluadores y apoyos académicos externos. El riesgo y la ventaja: anidar la mejor de las críticas, aquella que penetra lo más íntimo de las capacidades y falencias de la política. Si el miedo aleja a la administración de la transparencia, la divulgación de la información y el debate sistemático, entonces la colaboración académica se convierte en pura propaganda.

No solo ventajas tiene entonces la relación entre la academia y la administración, también conlleva riesgos de difícil manejo. Las universidades públicas y privadas del país no hemos retrocedido ante la dificultad y muchos programas públicos buscan recurrentemente una asociación estratégica. Existe una conciencia en que ambas prácticas del poder son incompletas, es por eso que amerita sistematizar los canales y las condiciones mediante los cuales una sana compenetración redunde en mejorar la calidad de las políticas públicas.

**Darío Indalecio Restrepo Botero**

Profesor Facultad de Ciencias Económicas

Universidad Nacional de Colombia

Investigador del Grupo de Protección Social - GPS

Centro de Investigaciones para el Desarrollo - CID

## Introducción

Los procesos de reforma en salud sea cual sea su naturaleza se convierten en un gran reto para los países, por una parte porque todo lo relacionado con el sector tiene una elevada relevancia social y política, pero además porque estos procesos encuentran el reto de transformar estructuras institucionales públicas complejas, que en muchos lugares además representan el mayor peso del empleo público del Estado.

Otro elemento que sin duda no debe dejarse a un lado, lo constituye el hecho de que las transformaciones en las instituciones se comportan bajo la lógica de las transformaciones sociales, las que a su vez ameritan prolongados períodos de tiempo para conducir a cambios y efectos duraderos. Los procesos de reforma en salud son en esencia procesos de transformación social cuyos efectos son observables en el medio y largo plazos y por consiguiente requieren de intervenciones sostenidas y enmarcadas en prolongados períodos de exposición.

Las intervenciones vinculadas a los procesos de reforma en salud han ido evolucionando, desde programas de inversión en infraestructura típicos en la década de los setenta, separación de funciones en los ochenta, hasta complejos programas de asistencia técnica y capacitación a finales de los noventa.

Lo anterior hace relevante disponer de mecanismos orientados a medir los avances de las intervenciones, identificar lecciones aprendidas que permitan iniciar un nuevo ciclo de programación y ejecución de intervenciones para la consolidación de los procesos de reforma en salud.

La evaluación *ex post* de un programa de reforma, como ha sido el caso de la evaluación del Programa de Apoyo a la Reforma de Salud (PARS) en Colombia, representa una muy buena oportunidad de objetivar bajo una visión externa y posiblemente más imparcial, los resultados y logros de un prolongado proceso de intervención sobre una muy compleja reforma en seguridad social en salud.

El proyecto por más de diez años ha sido auscultado bajo diferentes períodos gubernamentales y autoridades con distintas prioridades o enfoques en materia de salud y seguridad social. Además de haber encontrado los puntos fuertes y los susceptibles de mejora, el reto se constituye en continuar avanzando más y mejor, lo que dicho de otra forma, se traduce en la identificación de lecciones aprendidas que a nuestro criterio apoyen la futura formulación y ejecución de proyectos para la transformación y reforma de los sectores sociales.

La evaluación del PARS representó un desafío metodológico en materia de evaluación. Se trataba de la evaluación de un proyecto de más de diez años de evolución y por consiguiente de una gran acumulación de datos, resultados y productos, no todos de fácil visibilidad.

El PARS fue un programa de producción técnica, intervenciones y gestión compleja. Además de acciones en múltiples niveles. Desde el desarrollo de estudios y diseño de métodos e instrumentos para apoyar la formulación de políticas de salud (ajustes planes de beneficios, métodos de estimación de unidades de pago por capitación, etc.), hasta el fortalecimiento de sistemas de mejora de la calidad asistencial (Sistema de garantía de la calidad y estándares de acreditación hospitalaria, por mencionar solo algunos). Por tanto estamos hablando de una gestión compleja de recursos, que afrontó de igual modo el reto de llevar a cabo múltiples procesos de adquisiciones para contratar asistencia técnica de corto, mediano y largo plazos. Por ende, un esfuerzo muy amplio por conseguir la participación de las contrapartes institucionales y asegurar procesos de transferencia de los insumos técnicos que fueron desarrollándose en las etapas iniciales del Programa.

Con este telón de fondo, la evaluación debía responder a resultados diferentes:

- Por una parte determinar si lo previsto y planificado en el diseño original se había cumplido con la ejecución de las intervenciones del Programa (evaluación normativa).
- Por otra parte identificar en qué medida los productos obtenidos dieron cumplimiento a los objetivos y a los objetivos de la reforma en salud (evaluación sumativa).

Para vincular estos dos tipos de resultados, se aplicó un diseño metodológico, un tanto innovador que podría estar resumida en el gráfico I.

Lo que además, empleando el enfoque de análisis sistémico consideró hacer un análisis que permitiera, por una parte, identificar el cumplimiento de lo programado y, por otra, encontrar los logros obtenidos al final de once años de proyecto conforme la misión establecida del PARS.

A estos dos aspectos se les consideró como el componente de evaluación normativa y la primera parte de la evaluación sumativa respectivamente (N, y S1 en la figura). Los resultados del análisis normativo y de la primera parte del análisis sumativo se consideraron como los *outputs* o productos que apuntaron a diferentes áreas y actores del segundo sistema de análisis, correspondiente esta vez, al Sistema general de seguridad social, o lo que podríamos llamar como la segunda parte de la evaluación sumativa, esta vez, orientada a medir la medida en que el PARS actuó sobre los objetivos de la reforma en salud.

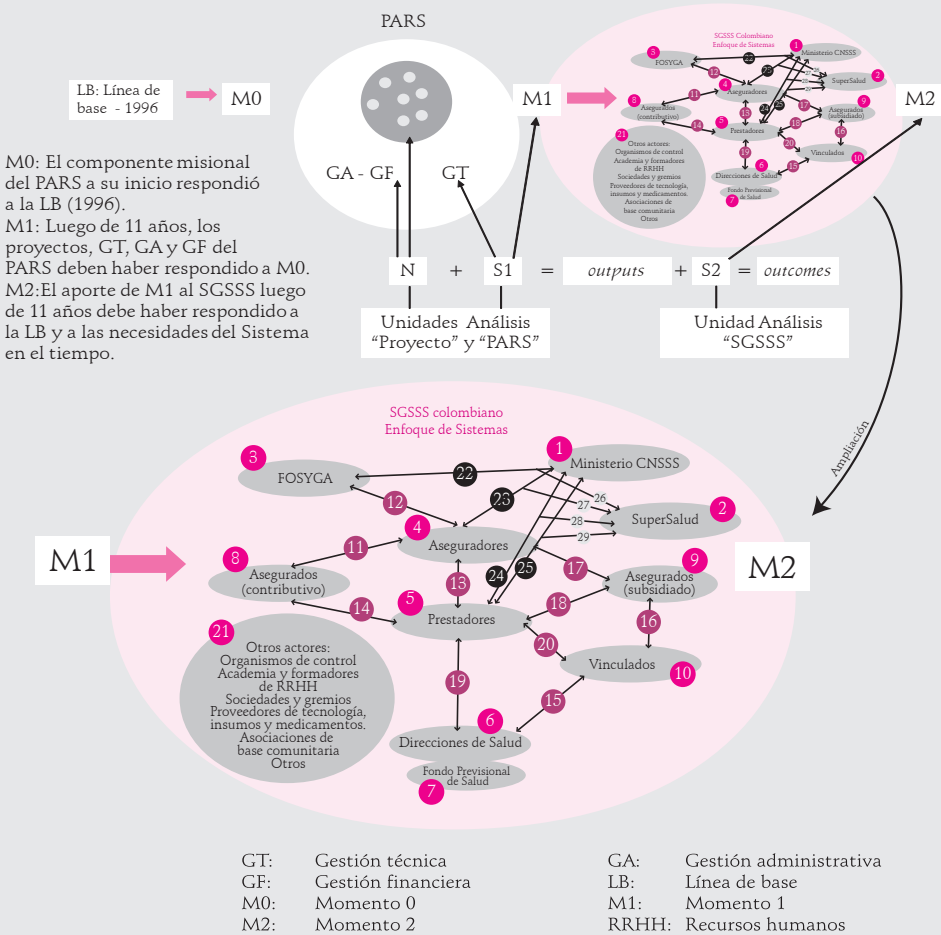
Combinar el enfoque de análisis sistémico con un enfoque de evaluación normativa y sumativa orientada a medir procesos y resultados del Programa, empleando además un *pool* de instrumentos para capturar datos cuantitativos y cualitativos, han hecho relevante y a la vez pragmático el proceso metodológico de esta evaluación.

# Gráfico 1

## Análisis sistémico para la evaluación

Se utilizó el enfoque de sistemas ubicando al PARS como un procesador dinámico que genera aportes al SGSSS...

S1: análisis sumativo de la unidad PARS = Proyectos por componente/línea/fase/estrategia; Proyectos por cada situación de línea de base, Proyectos por cada elemento misional.  
S2: análisis sumativo de la unidad SGSSS = Proyectos y productos por actores/relaciones/ Fallas de mercado.



Los resultados de un programa complejo de apoyo a la reforma, así como los esfuerzos por estructurar y sistematizar una metodología “apropiada” de evaluación, a nuestro criterio no pasan desapercibidos desde el punto de vista de convertirse en parte de la memoria histórica de un período de cierre del PARS, y además se constituye en insumos y fuente de lecciones aprendidas frente a futuras intervenciones sectoriales.

Este documento presenta de una manera sintética los resultados del proyecto “Evaluación realizada a este programa en cuanto a sus objetivos, estrategias, productos y sostenibilidad de sus acciones, así como el aporte dado por el mismo a las metas de la reforma”.

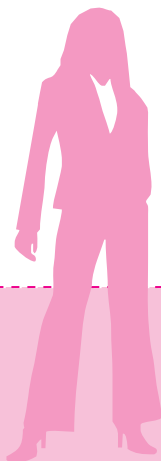
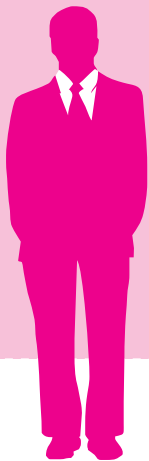
En la primera parte se realiza una breve referencia de los antecedentes y demás elementos que conforman el contexto y la descripción del Programa, así como el enfoque metodológico usado para su evaluación.

En la segunda se presentan los resultados en cuanto a la gestión, estrategias utilizadas y productos obtenidos y adoptados (evaluación normativa). El cumplimiento de objetivos e indicadores de desempeño y de procesos, la institucionalización y la sostenibilidad de las acciones (evaluación sumativa), son los temas de la tercera parte.

Finalmente en la cuarta parte se recogen las lecciones aprendidas, las conclusiones y las recomendaciones de cara al diseño y desarrollo de proyectos similares, así como las acciones a seguir para continuar con la implementación de la reforma.

**Joan Castillejo Peña**

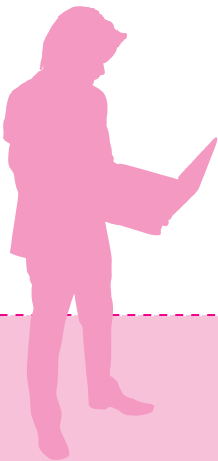
Director Proyecto Gesaworld S.A.





## Capítulo I

# El Programa de Apoyo a la Reforma de Salud - PARS







## A. El contexto del PARS

Con la expedición de la carta magna colombiana en 1991, el país inicia un paulatino proceso de modernización o de reordenamiento del Estado. Específicamente en el sector salud se inicia una reforma que se formaliza con la expedición de la Ley 100 de 1993, la cual crea el Sistema general de seguridad social en salud (SGSSS).

Esta reforma buscó que el país pasará del antiguo “Sistema nacional de salud” - SNS, hacia un sistema integral de seguridad social de corte descentralizado y pluralista, que promoviera el acceso y la provisión eficiente de servicios de salud costo-efectivos y de alta calidad para toda la población. Las metas específicas del programa de reforma incluyeron: cobertura universal, garantizada por medio de un sistema de seguro social para todos los colombianos; acceso equitativo a un paquete básico de servicios de salud; eficiencia, mejorando el estado de salud mediante la reasignación de recursos hacia la atención preventiva y primaria; y calidad, asegurando que toda la atención brindada cumpla con estándares básicos de calidad.

Una vez promulgado el marco normativo del nuevo Sistema (diciembre de 1993), durante el año 1994 se ponen en marcha las primeras iniciativas para desarrollar el proceso de reglamentación. Es así como a mediados de ese mismo año y mediante el uso de recursos para la facilitación de preparación de proyectos (FPP), suministrados por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), se acuerda que el Gobierno colombiano contrate los servicios de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard (ESPUH), con el objeto de realizar el estudio para la formulación

del plan maestro de implementación de la reforma. El mencionado estudio estableció, entre otros aspectos, los pasos requeridos para la puesta en marcha de la reforma, concretados en la

El Programa busca “proveer las herramientas requeridas para superar los obstáculos identificados en el logro de las metas específicas de la reforma, y lograr su implementación exitosa, a través de un conjunto de actividades de asistencia técnica y capacitación”. En su operación ha comprendido una serie de actividades de asistencia técnica y entrenamiento estrechamente integradas y coordinadas, estructuradas en tres componentes: políticas, instituciones y recursos humanos.

formulación del plan maestro. Además la preparación de la solicitud de préstamo al BID destinada a viabilizar financiera y técnicamente el desarrollo de dichas recomendaciones cuyo alcance incluía la definición y preparación de las principales áreas de intervención en el proceso de apoyo al desarrollo de la reforma. Estas a su vez se convirtieron en insumo para la formulación de la propuesta de préstamo destinada a la creación y puesta en marcha del Programa de Apoyo a la Reforma de Salud (PARS), presentada ante el Directorio del Banco, el 21 de noviembre de 1995.

Para esa época el diagnóstico sectorial evidenciaba la necesidad de avanzar en las principales líneas ya propuestas por el informe de la ESPUH como era el desarrollo de instrumentos de política, el fortalecimiento institucional y la gestión de recursos humanos. Esto se hacía en respuesta a un evidente desajuste entre la situación de base del sistema y los lineamientos planteados por el nuevo modelo de competencia regulada establecido por el SGSSS, que exigían para su adecuada implementación de una serie de conocimientos, herramientas e instrumentos hasta ese momento poco desarrollados en el contexto colombiano y regional (Informe BID, propuesta de crédito, 1995).

Con el fin de asegurar la continuidad de los trabajos iniciados con los recursos del FPP, el Ministerio definió una serie de tareas prioritarias las cuales fueron contratadas, con recursos

propios, a través de la Organización de Estados Iberoamericanos (OEI), que a su vez contrató a la ESPUH. Durante este período, que tuvo una duración de dieciséis meses, se desarrollaron las etapas denominadas Puente I y Puente II, durante las cuales el Ministerio continuó recibiendo asesoría en temas relacionados con la reforma, y en las que se adelantaron algunos estudios específicos que sirvieron de base para iniciar la futura ejecución de los proyectos que contempla el Programa<sup>1</sup>.

Durante la etapa de Puente I, que duró ocho meses, se desarrollaron actividades contempladas con varios proyectos previstos en el Programa. Los resultados alcanzados se pueden resumir en:

- Estudio evaluativo del proceso de descentralización del sector salud
- Encuesta de descentralización de los Sistemas de salud
- Estudio de entidades promotoras de salud (EPS)
- Análisis funcional de tareas
- Estudio de costos de servicios de los hospitales
- Estudio de capacidad y eficiencia hospitalaria
- Análisis de encuesta de hogares
- Cuentas nacionales de salud
- Ajuste de riesgo y reaseguro.

Las labores de asistencia técnica se concretaron en documentos técnicos, y en la presentación, discusión y análisis de recomendaciones en temas relacionados con la implementación de la reforma del sector. Durante la etapa denominada Puente II (de ocho meses de duración), se prepararon los términos de referencia que permitieron iniciar algunos procesos licitatorios en 1997 en el marco del contrato de préstamo que dio vida al PARS.

---

<sup>1</sup> Ministerio de Salud, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud. Informe de gestión 1999.

## B. Características

El gobierno colombiano suscribió el contrato de préstamo N° 910-OC/CO con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) en el año 1996 para desarrollar el Programa de Apoyo a la Reforma de Salud Colombia (PARS). Tal y como fue proyectado por sus diseñadores originales, el Programa estaba previsto para cuatro años de ejecución contados a partir del momento de su aprobación, firma y puesta en marcha.

Estaría estructurado a partir de una Dirección Ejecutiva del Programa (DEP) y la conformación de dos unidades funcionales, una de apoyo financiero-administrativo y otra de carácter científico-técnico, que a su vez sería la principal encargada de gestionar y generar los insumos técnicos requeridos para el proceso de reforma y en principio proyectada para que fuera gestionada a través de un operador técnico externo con reconocida trayectoria y prestigio internacional en conducir reformas en salud. Para tal efecto el BID estimó un monto de recursos requeridos para financiar el funcionamiento equivalentes a 63 millones de dólares, de los cuales un máximo de 38 millones serían cubiertos por el crédito externo y el monto restante por contrapartida local.

Busca “proveer las herramientas requeridas para superar los obstáculos identificados en el logro de las metas específicas de la reforma, y lograr su implementación exitosa, a través de un conjunto de actividades de asistencia técnica y capacitación”.

Para lo anterior se establecieron los siguientes objetivos específicos:

- Mejorar la equidad mediante el aumento en la solidaridad y cobertura de servicios.
- Desarrollar una estrategia para las regiones donde la competencia no es viable, dentro del marco de competencia regulada.

- Fortalecer la competencia en áreas donde sea factible y fortalecer los instrumentos de política existentes, como el POS, el POSS y la UPC, con el objeto de contribuir a la sustentabilidad financiera del sector.
- Mejorar la eficiencia y calidad de servicios, a través del fortalecimiento de instituciones y entrenamiento de personal.
- Asegurar una oferta de servicios adecuada y corregir las distorsiones en el subsidio a la oferta existente.
- Establecer sistemas básicos de datos y sistemas de información para la gestión y monitoreo interno de la reforma.

En su operación el Programa ha comprendido una serie de actividades de asistencia técnica y entrenamiento estrechamente integradas y coordinadas, estructuradas en tres componentes:

- **Políticas:** este componente comprende la realización de estudios analíticos y proyectos demostrativos dirigidos a resolver las incongruencias o vacíos en las leyes existentes, y mejorar los instrumentos específicos de políticas disponibles a las instituciones del sector salud.
- **Instituciones:** este componente está enfocado al fortalecimiento de las instituciones existentes, y la creación de instituciones nuevas, cuando sea necesario por las demandas de implantación del nuevo sistema de seguridad social en salud.
- **Recursos humanos:** este componente enfatiza el establecimiento de políticas y programas requeridos para desarrollar y utilizar este recurso de la manera más efectiva.

Los beneficios esperados son los siguientes<sup>2</sup>:

Los componentes del PARS: políticas, instituciones y recursos humanos, incluyen una serie de áreas temáticas y proyectos con los cuales se pretende dar respuesta a los objetivos específicos del Programa y contribuir al cumplimiento de las metas de la reforma en términos de equidad, eficiencia y calidad.

---

2 Contrato de préstamo del PARS.

- Beneficios resultantes de los logros que se alcancen en cuanto a los objetivos últimos de la reforma, que incluyen el mejoramiento de las condiciones de salud de la población colombiana y de la equidad del sistema de salud en su conjunto, a través del mejoramiento en el acceso a los servicios de salud, el uso eficiente de los recursos, y el logro de estándares progresivamente más altos de calidad.
- Beneficios derivados directamente de acciones intermedias de fortalecimiento de las instituciones del sector y su capacidad para desempeñar los roles que a cada una le corresponde en el sector salud reformado. El desarrollo de nuevas instituciones en el sector salud y el fortalecimiento de las existentes representan en sí mismo una inversión en la capacidad nacional para formular políticas, establecer regulaciones y estándares de calidad y monitorearlos, asignar y manejar recursos, prestar servicios, monitorear el progreso de las reformas y seguir estrechamente la evolución de las necesidades de salud de la población.
- Beneficios de la operación y desarrollo futuro del sector salud bajo reglas y sistemas de incentivos que estimulen el uso eficiente de los recursos, patrones adecuados de formación de recursos humanos y desarrollo tecnológico y la sustentabilidad financiera e institucional.

El esquema conceptual que articula los componentes del Programa, sus objetivos y los ejes de la reforma se presenta en la matriz I. Como se puede observar el PARS se ejecuta a través de los componentes: políticas, instituciones y recursos humanos, los cuales incluyen una serie de áreas temáticas y proyectos respectivamente, con los cuales se pretende dar respuesta a los objetivos específicos y contribuir al cumplimiento de las metas de la reforma en términos de equidad, eficiencia y calidad.

**Matriz 1**  
**Relación acciones iniciales del PARS - Objetivos - Ejes de la reforma**

Componentes y Proyectos	Objetivos específicos del PARS					Cumplir requisitos de información básica
	Desarrollar estrategias para áreas no competitivas	Fortalecer competencia	Mejorar eficiencia y calidad	Mejorar solidaridad y cobertura	Asegurar una oferta adecuada de servicios y corregir distorsiones en la oferta y subsidios	
<b>Políticas</b>						
1. Censo de proveedores (censo oferentes, mapeo de mercado)						
2. Estudios sobre competitividad (censo de EPS, costos de mercado)						
3. Encuesta de hogares (encuesta, barreras hospitalarias)						
4. Costos hospitales						
5. Campaña de educación						
6. Contratación y pago						
7. Comportamiento organizacional						
8. Ajuste de riesgo y evaluación UPC						
9. Grupos focales						
10. Transformación ISS						
11. Planes de beneficio y complementarios						

Continúa en la página siguiente



Continuación

Componentes y Proyectos	Objetivos específicos del PARS				Cumplir requisitos de información básica
	Desarrollar estrategias para áreas no competitivas	Fortalecer competencia	Mejorar eficiencia y calidad	Mejorar solidaridad y cobertura	
<b>Instituciones</b>					
1. Instituciones centrales					
2. Instituciones territoriales					
3. Instituto de Investigación					
4. Manejo de calidad					
5. Manejo de información					
6. Afiliación, aportes, recaudos					
7. Políticas de tecnología					
8. Administración de régimen subsidiado					
<b>Recursos humanos</b>					
1. Formulación de políticas de recursos humanos					
2. Instituciones					
3. Entrenamiento					
4. Condiciones de trabajo					



Eficiencia



Eficiencia



Eficiencia y calidad



Equidad



Eficiencia

Herramientas para superar obstáculos para implantación de la reforma

Metas de la reforma

Fuente: Adaptado del cuadro II-1 del contrato de préstamo del BID.

## C. Metodología de la evaluación

La evaluación del PARS se desarrolló bajo un doble enfoque metodológico. El primero, de *evaluación normativa*, cuya finalidad es conocer en qué medida se cumplió con las actividades y productos predefinidos, mediante el análisis de la ejecución y fases de evolución. Esta evaluación permite valorar el desempeño, las acciones, los recursos empleados y los productos obtenidos. Este tipo de evaluación analiza los logros y sus factores limitantes y por tanto también genera un conjunto de lecciones aprendidas, tanto en materia de estrategias y mecanismos de ejecución del PARS, como de las propias estrategias de intervención en materia de reforma y modernización institucional.

El segundo enfoque de evaluación corresponde a la valoración global de los resultados, su institucionalización y sostenibilidad y su contraste con los objetivos generales, bajo el enfoque denominado de *evaluación sumativa*. Este tipo de evaluación tiene como finalidad identificar el logro de los objetivos, los posibles efectos y factores asociados, proponiendo ajustes y recomendaciones que sirvan de elementos de análisis para la planificación de nuevos programas o proyectos en esta área.

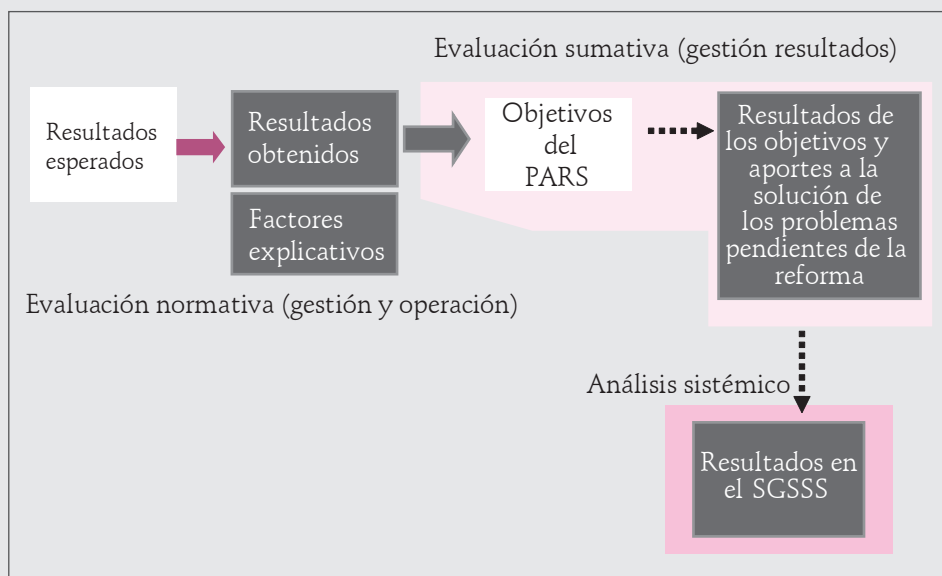
Teniendo en cuenta que el PARS es un Programa que apoya la reforma de un “sistema de salud”, el enfoque sumativo se acompaña de un “análisis sistémico”, el cual permite enlazar los resultados finales obtenidos con su potencial efecto en los componentes que conforman el Sistema general de seguridad social en salud (SGSS), delimitado en sus instituciones, procesos, funciones y diferentes actores. En el gráfico I.1 se puede apreciar la interrelación de los diferentes enfoques y análisis propuestos como marco general de la evaluación (GESAWORLD, 2007).

Sin pretender hacer un análisis exhaustivo del mismo, el Sistema general de seguridad social en salud (SGSS) se constituye en un sistema altamente complejo de interrelaciones normativas, funcionales y operativas, fundamentado en un modelo de aseguramiento

dual (contributivo-subsidiado), con una fuerte regulación por parte del Estado, altamente transaccional y operativamente vinculado a la dinámica del mercado. Esta compleja relación de actores, procesos, transacciones, flujos de recursos e información, ha sido el objeto y razón primaria de abordaje del PARS y sobre el cual hemos valorado objetivamente el alcance de sus intervenciones y el potencial efecto de estas frente a la consolidación del Sistema general de seguridad social en salud (SGSSS).

**Gráfico 1.1**

**Enfoque metodológico de la evaluación del PARS**



Fuente: Construcción propia. Gesaworld, 2007.

Los procesos, instrumentos y mecanismos que median las relaciones entre los diferentes actores deben estar orientados a minimizar o eliminar las “fallas del mercado de salud”, es decir, cuando se dan situaciones en las que los beneficios esperados conforme a las reglas del mercado (oferta-demanda) no se producen. Por tanto, la evaluación identifica, que resultados del PARS han

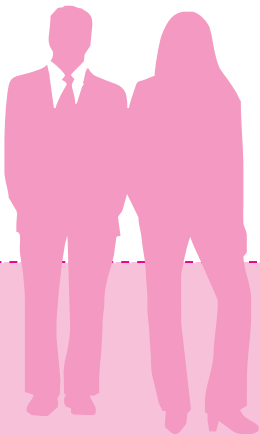
aportado sobre los procesos, instrumentos y mecanismos que median las relaciones de los actores (elementos funcionales, estructurales).

Esta relación se hace mediante tres grandes estrategias de análisis, la primera que busca la correlación que se obtuvo desde los proyectos, áreas temáticas-líneas, con los objetivos y problemáticas de base, y el entrecruzamiento de resultados de los diferentes proyectos con las diferentes relaciones entre actores. La segunda, orientada al análisis de indicadores de proceso y de problemática por cada uno de los objetivos, esta relación visualizará la correlación entre la dinámica del PARS en comparación con la dinámica del sgsss buscando no encontrar asociaciones causales sino correlaciones temporales que permitan evidenciar la sinergia de las acciones. Finalmente, la relación entre la evolución de las problemáticas los alcances y posibilidades de sostenibilidad de las acciones una vez concluido el Programa.

## Bibliografía

Gesaworld. 2007. Metodología detallada. Consultoría para la evaluación del PARS en cuanto a sus objetivos, estrategias, productos, institucionalización y sostenibilidad de sus acciones. Documento de trabajo.

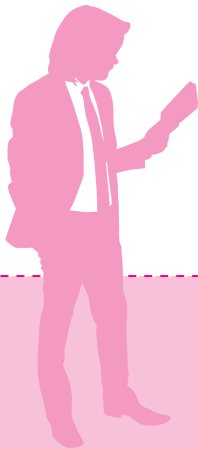


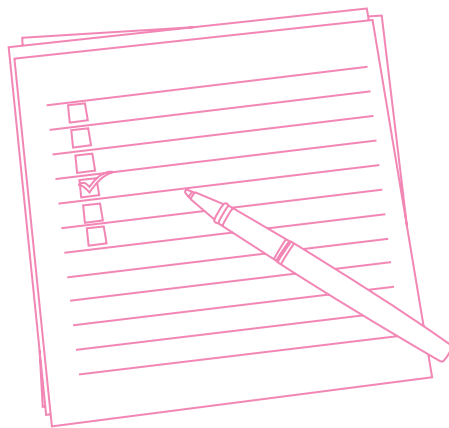
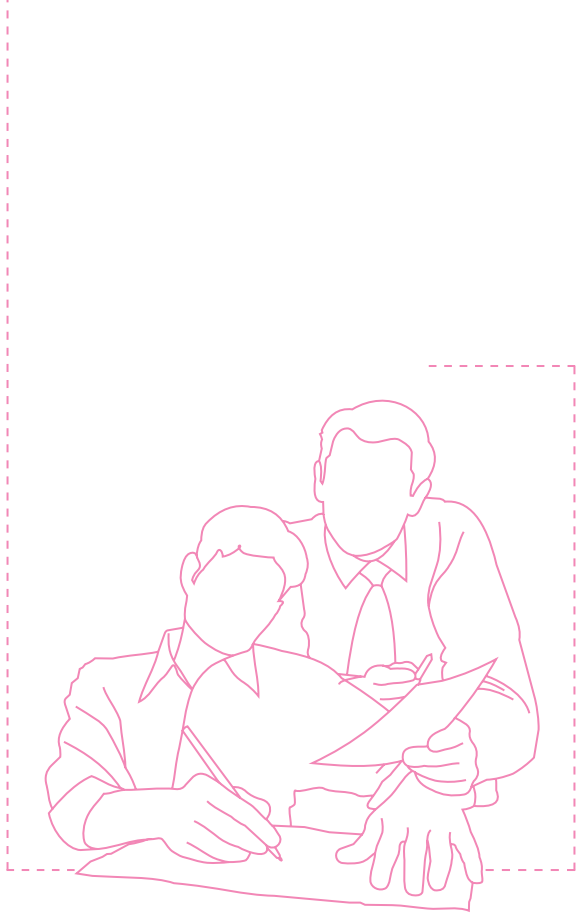




## Capítulo 2

# Gestión del Programa (Evaluación normativa)



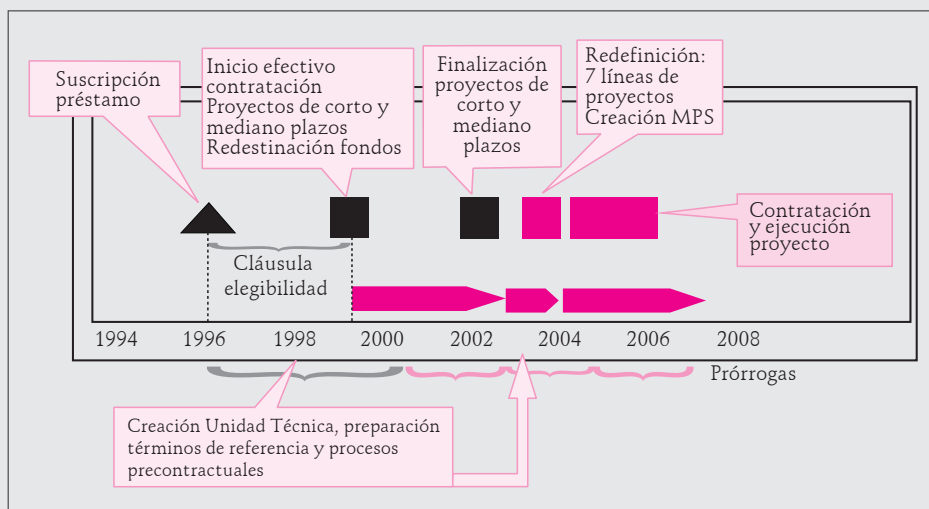


## A. Evolución

Durante sus años de ejecución el PARS ha sido influenciado por una serie de hitos, tanto de tipo administrativo como de tipo político-institucional que han afectado el comportamiento de la gestión, presentando como consecuencia períodos con marcadas diferencias en la producción técnica y la gestión general del mismo, como se ilustra en el gráfico 2.1.

**Gráfico 2.1**

### Evolución de la gestión estratégica del PARS





Se identifican entonces cuatro periodos en la gestión del Programa, claramente delimitados por el tipo y alcance de las acciones desarrolladas, los cuales cuentan con documentos de prórroga que sustentan las decisiones tomadas, así:

- I. Un primer período comprendido entre el año 1996 y 1999.**  
Durante este período se llevaron a cabo las acciones de conformación y creación de la unidad coordinadora del proyecto, el cumplimiento de las condiciones de elegibilidad y la preparación de términos de referencia, para la contratación de los proyectos contemplados en el diseño del Programa. Este período se caracterizó por una baja ejecución debido a la dificultad en el cumplimiento de la cláusula del contrato de préstamo referente a la contratación de una unidad técnica externa para su gestión. Las licitaciones emprendidas para ello resultaron desiertas, la que finalmente llevó al BID a flexibilizar esta condición en 1999, con la contratación de una unidad técnica con expertos nacionales.
- 2. Un segundo periodo que inicia en el año 1999, con la superación de los requisitos de elegibilidad.** Para este periodo se efectuó una reprogramación del Programa, aprobada por el Banco en 1998, que representa las prioridades para ser abordadas en el corto y mediano plazos que permitan alcanzar los objetivos de las políticas de salud contenidas en el plan de desarrollo 1998-2002. Las acciones desarrolladas a partir de 1999 y finalizadas en el 2001-2002 representan la primera gran producción técnica del PARS delimitada en la contratación y ejecución de los proyectos de corto y mediano plazos que sirvieron de base para los desarrollos técnicos posteriores.
- 3. Un tercer periodo que se inició el año 2003, después de un corto período de latencia.** Este periodo configura un relanzamiento del Programa, el cual se caracteriza por la reprogramación de acuerdo con la coyuntura de la creación del Sistema de la protección social (SPS), la organización operativa para su ejecución, la elaboración de términos de referencia y

desarrollo de procesos precontractuales y la contratación y ejecución de diversos proyectos en el marco de siete líneas de acción.

4. **Un cuarto y último periodo comprendido a partir del año 2005**, el cual se constituye en el segundo de mayor envergadura en cuanto a producción técnica, a través de la ejecución de los diferentes contratos efectuados en el periodo anterior.

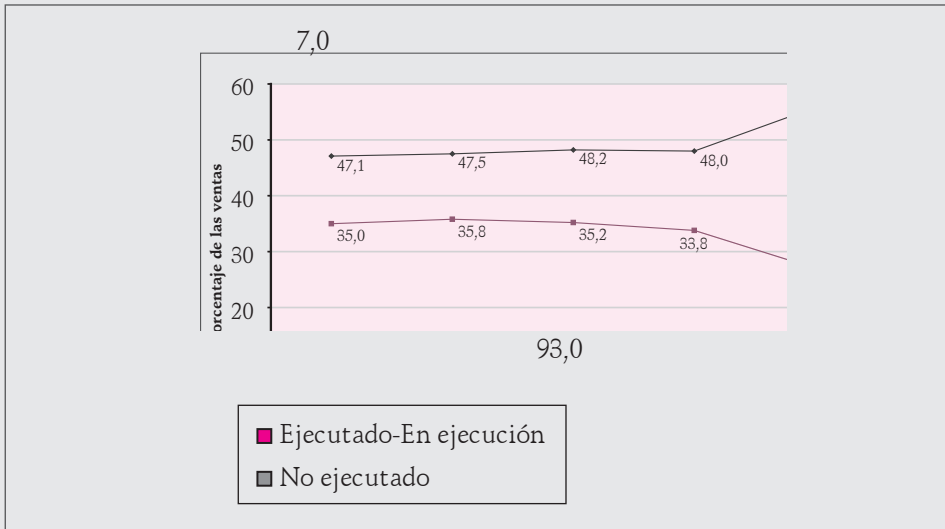
## B. Balance general

Se puede afirmar que el PARS obtuvo un cumplimiento total de lo previsto, con la particularidad de haber requerido un período de ejecución mucho más prolongado al que originalmente estaba programado (once años versus cuatro años programados originalmente), producto de factores vinculados con las propias dificultades enfrentadas en complejos procesos de contratación de consultorías, así como factores propios de contexto que fueron marcando diferentes líneas de prioridad en materia de apoyo a la reforma de salud. En este sentido, es necesario preguntarse si cuatro años es un tiempo “suficiente” para un adecuado desarrollo de un programa de apoyo a un proceso de reforma tan ambicioso como el colombiano.

En el gráfico 2.2 se presenta el desempeño global del Programa en términos de cumplimiento de los proyectos propuestos con una ejecución total del 93% a lo programado. La característica de flexibilidad, establecida desde el contrato de préstamo, permitió que acciones inicialmente programadas con una denominación y alcance distinto hayan sido integradas y desarrolladas en proyectos con denominación diferente pero que conservan el espíritu inicial con el que fueron concebidos, tal es el caso del componente de recursos humanos el cual en 1997 se redistribuye en siete proyectos (más subproyectos), y en 1998 se reorienta con un macro proyecto y cuatro subproyecto que responden al objetivo original planteado en el proyecto definido desde el contrato de préstamo.

**Gráfico 2.2**

**Porcentaje de cumplimiento de los proyectos del PARS, 1996-2007**



Fuente: Informes de ejecución anual PARS, 1996-2007.

Bajo esta consideración, las acciones del PARS se pueden agrupar en las áreas temáticas que se observan en la tabla 2.1, las cuales han estado presentes de manera persistente y son indiferentes al “momento” en que se desarrollaron. Tales áreas temáticas son las que se utilizan como base de análisis de la presente evaluación.

**Tabla 2.1**  
**Áreas temáticas acciones del PARS**

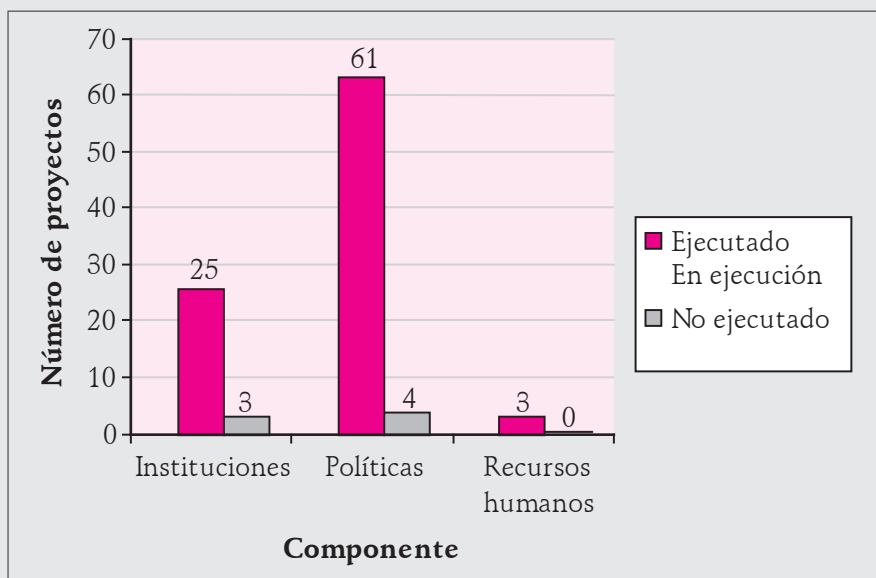
Componente	Área temática
Políticas	Área temática 1. Gestión de datos y sistema de información
	Área temática 2. Equilibrio financiero y sostenibilidad del Sistema, ajuste de la unidad de pago por capitación y planes de beneficio
	Área temática 3. Desarrollo y evaluación de políticas de salud, difusión de resultados
Instituciones	Área temática 4. Formulación e implementación del Sistema de garantía de la calidad y de la competencia por calidad
	Área temática 5. Régimen subsidiado y asistencia técnica para el ajuste institucional y operativo
	Área temática 6. Fortalecimiento de procesos del Sistema, fortalecimiento institucional del Ministerio de la Protección Social y las entidades territoriales
Recursos humanos	Área temática 7. Formulación e implementación de políticas y programas en recursos humanos.

Fuente: Gesaworld, 2007.

En cuanto a la ejecución de proyectos por cada uno de los componentes, y tal como se muestra en el gráfico 2.3 el mayor volumen correspondió al componente de políticas con 61 proyectos equivalentes al 69% del total, seguido del componente de instituciones con 25 (28%) y tres proyectos del componente de recursos humanos (3%). Esto es consistente con la distribución de proyectos por componente prevista en la programación original. Los proyectos no ejecutados, sobre la base de la planificación original fueron siete de los cuales cuatro correspondían a proyectos del componente de políticas y tres al componente de instituciones.

Gráfico 2.3

## Número de proyectos ejecutados por el PARS, 1996 -2007



Fuente: Informes de ejecución anual PARS, 1996-2007.

Sin embargo, los proyectos no ejecutados, tabla 2.2, no se pueden considerar todos como acciones faltantes en el país, ya que estudios como la Encuesta Nacional de Salud, se desarrolla actualmente por el Ministerio de la Protección Social (MPS) en conjunto con COLCIENCIAS; a su vez, el proyecto “Censo de proveedores” se

puede considerar resuelto con el desarrollo del Sistema obligatorio de garantía de calidad (SDGC) que establece una base confiable para tal fin. Otros proyectos presentaron variaciones en su formulación inicial como el “Instituto de investigación y políticas en salud”, orientándolo a la utilización de las tecnologías de la información y comunicación para conformarse virtualmente, el cual se encuentra aun en construcción.

**Tabla 2.2**  
**Proyectos no desarrollados por el PARS 1996-2007**

Componente	Área temática	Proyecto no desarrollados	Año
Políticas	Equilibrio financiero y sostenibilidad del sistema - Ajuste de la unidad de pago por capitación y planes de beneficio	Censo de proveedores	1996
		Encuesta de Hogares	1996
		Análisis estadístico de la demanda por servicios de salud	2003
		Encuesta Nacional de Salud	2004
Instituciones	Fortalecimiento de procesos del Sistema - Fortalecimiento institucional del Ministerio de la Protección Social y las entidades territoriales	Instituto de Investigación y Políticas en Salud	1996
		Evaluación transformación ISS	1996
	Implementación del Sistema de garantía de la calidad y de la competencia por calidad	Educación al usuario para elegir asegurador con base en <i>Ranking</i> EPS	2004-2005

Fuente: Informes de ejecución anual PARS, 1996-2007.

Cabe destacar el caso del proyecto de mediano plazo incorporado en la reprogramación del año 1998: “Evaluación de las condiciones de eficiencia en la producción de servicios en los hospitales públicos del país y el diseño e implementación de los convenios de desempeño”, el cual no fue incluido en la tabla 2.2 por cuanto fue definido para que fuera ejecutado directamente por la Dirección General de Desarrollo de Servicios de Salud dentro del Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud, contando con aportes del PARS.

Los demás proyectos no ejecutados se vieron condicionados por la variabilidad de su intención política y a la evolución de los componentes y desarrollo de otros proyectos previos limitando su ejecución, sin embargo, se encuentran dentro de la agenda de las Direcciones para su cumplimiento posterior.

Por otra parte, es conveniente señalar que para algunos proyectos efectuados los resultados no fueron los esperados. Tal es el caso del FOGASA el cual dentro su desarrollo se llegó a la conclusión de que no era factible de ser implementado y por tanto se decide de manera práctica e inteligente no continuar con el mismo y de manera concertada darlo por finalizado.

## C. Estrategias

Desde un punto de vista estructural el PARS orienta sus estrategias para cumplir con su propósito principal, el apoyo a la reforma, que se pueden agrupar en tres categorías:

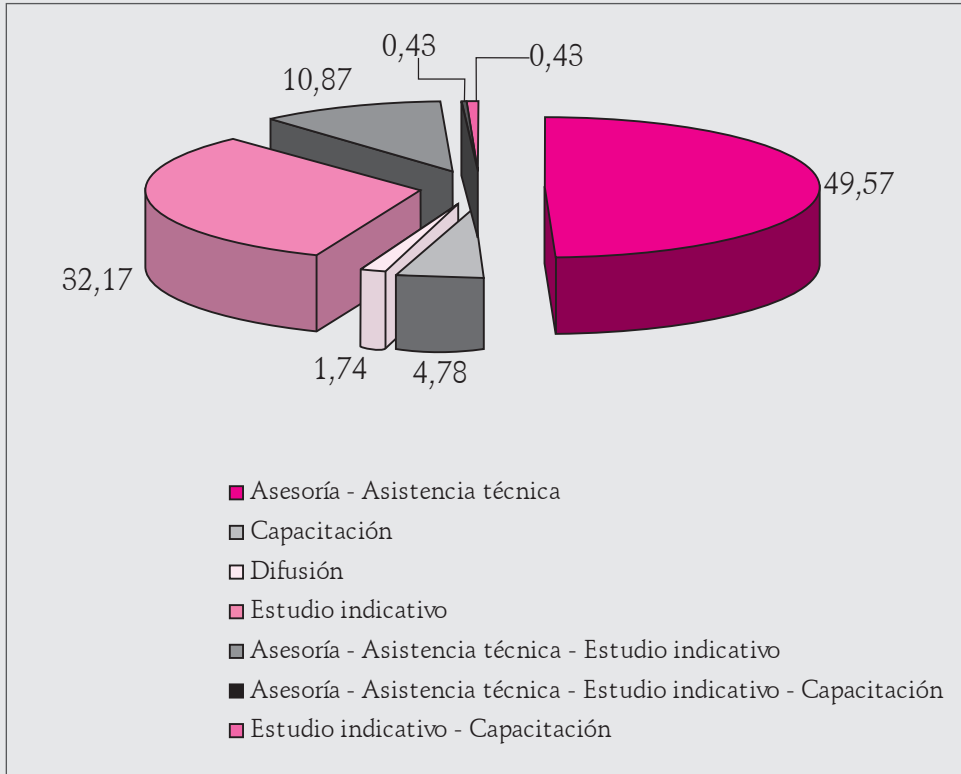
- Estrategias asociadas a los objetos principales de los contratos
- Estrategias asociadas a las transferencia de las acciones
- Estrategias asociadas a la comunicación e imagen.

### 1. Estrategias asociadas a los objetos principales de los contratos

Las estrategias utilizadas en el desarrollo de los diferentes contratos se refieren a: estudios indicativos, asesoría-asistencia técnica y capacitación utilizando forma singular o combinaciones de las mismas, como se observa en el gráfico 2.4. El mayor desarrollo de los proyectos del PARS se centró en la asesoría y asistencia técnica como las estrategias más idóneas para fortalecer al Ministerio de la Protección Social y a los demás actores del sistema. Sin embargo, es importante resaltar que más del 5% de los proyectos tenían una clara orientación a la capacitación y cerca del 2% a la difusión, estos porcentajes a pesar de ser bajos se complementan con el papel de las estrategias de transferencia y de comunicaciones que se describen más adelante.

**Gráfico 2.4**

**Participación total por tipo de estrategia asociada a los contratos del Programa (en porcentajes)**



Fuente: Informes de ejecución anual PARS, 1996-2007.

Los tres tipos de estrategias se utilizaron dependiendo del tipo de alcance por lograr. Se puede destacar la asistencia técnica de forma positiva logrando el acercamiento de las políticas a los territorios, es importante resaltar que los gestores en las regiones<sup>4</sup> sintieron cercanía y acompañamiento por parte del Ministerio, esto hace que se establezca como imprescindible el acompañamiento en la transformación de la cultura institucional y el desarrollo de las políticas.

4 Entrevistas realizadas a funcionarios del orden local y departamental.

De otra parte, la capacitación empleó novedosos elementos en la incorporación de tecnologías de la información y la comunicación que lograron mayor difusión de los contenidos y coberturas como el caso de los diplomados en gerencia social, siendo este uno de los ejemplos y otros en la difusión de las políticas de calidad que generaron *empoderamiento* de los planteamientos, tanto en las instituciones como en la comunidad en general. Se evidencia de esta forma que la capacitación es el complemento ideal de los desarrollos pues cierra los planteamientos en la cultura organizacional y la idoneidad del talento humano en el desarrollo de las políticas.

La fundamentación aportada por el PARS pudo ser complementada por otros desarrollos que de forma aislada los actores generaron en el transcurso de la ejecución. En este sentido se pudo haber aprovechado otras fuentes de información y el concurso de otros agentes en los procesos de fundamentación si se hubiese realizado una mayor difusión de la presencia del Programa en el contexto nacional, no obstante no se puede negar la importancia de los aportes en el desarrollo de las políticas del país.

## 2. Estrategias asociadas a la transferencia de las acciones

En los primeros años de ejecución del PARS la estrategia de transferencia se centró en reuniones de los consultores con funcionarios del Ministerio de Salud. Posteriormente se utilizó la estrategia de consultores de transferencia, con especialistas encargados de la articulación, coordinación y seguimiento de los diferentes proyectos que se desarrollaron en cada área temática y que servían de enlace entre las firmas que ejecutaban los proyectos y los receptores en el Ministerio asegurando la transferencia. Se constituye esta última estrategia en la más recomendable en el desarrollo de este tipo de programas, aunque se considera que puede ser aun más efectiva si se complementa con una evaluación institucional que permita identificar “senderos” que faciliten el ajuste e incorporación de los adelantos establecidos.



Las estrategias de transferencia han permitido que los funcionarios y principales actores dentro del Sistema general de seguridad social en el nivel central identifiquen las acciones realizadas por el Programa y hayan recibido información sobre los aportes. En las áreas temáticas como la de ajuste al régimen subsidiado y el fortalecimiento institucional del MPS y entidades territoriales se utilizaron con éxito estrategias como la capacitación mediante diplomados impartidos por universidades y centros educativos reconocidos, eventos de sensibilización como las ferias de expoaprendizaje.

Otra estrategia que resulto innovadora y bastante productiva fue la división del país en regiones, que si bien no es la primera vez que se reagrupa el país para una intervención, el haber seleccionado un plantel académico para el desarrollo de las actividades y mas aún que este plantel guardara una cercanía con los beneficiarios hizo que en algunos territorios se lograra una mayor recordación y continuidad en procesos como el fortalecimiento al régimen subsidiado y su “caja de herramientas”.

### 3. Estrategias asociadas a la comunicación e imagen

Las estrategias de comunicación han venido cambiando y ajustándose, según los periodos de producción técnica del Programa. Así, durante 1999 y 2002, con la realización de los estudios de mediano plazo, la estrategia fue la comunicación presencial hacia públicos especializados, mediante seminarios de presentación del avance y los resultados de las investigaciones. A estos eventos asistieron funcionarios del Ministerio y se efectuaron las publicaciones correspondientes.

Durante el periodo 2003-2004, el Programa continuó con ejercicios de comunicación presencial a públicos especializados para socializar en forma sistemática los avances de los proyectos contratados. A partir de 2005, la comunicación se asume como un eje misional, transversal y permanente dentro de las actividades, porque se entiende la importancia de comunicar de manera planificada y sistemática los resultados que corresponden, en

últimas, a los resultados de la implementación de la reforma de salud. En este contexto el PARS y el Ministerio asumen estrategias paralelas y complementarias en términos de los objetivos de comunicación y los públicos: comunicación abierta hacia la opinión pública y comunicación dirigida hacia grupos de interés del sector salud.

La estrategia de comunicación señala la necesidad de poner en marcha un conjunto de acciones y medios complementarios entre sí:

- **Página web:** acorde con las tendencias actuales, y para asegurar la disponibilidad permanente de los estudios e instrumentos, el Programa prioriza estar en la red de internet y realiza el montaje de un mini sitio en la página web del Ministerio, al que es posible acceder desde cualquier buscador de manera directa. En el mini sitio están disponibles todos los estudios realizados en las distintas etapas y algunos otros de interés para el sector, adelantados por otras entidades<sup>5</sup>. Como complemento, el Programa crea un correo institucional que utiliza para comunicarse con sus distintos grupos de interés<sup>6</sup>.
- **Política editorial:** con el propósito de construir y dejar memoria institucional de los estudios desarrollados, el Programa crea una colección editorial para publicar las más importantes investigaciones de algunos, (las guías de práctica clínica) se han realizado reediciones financiadas por otras entidades interesadas. Esto hace que su distribución e impacto se multiplique de manera importante.
- **Creación de bases de datos con la identificación persona a persona:** en una tarea sistemática y dispendiosa, el Programa investiga y construye las bases de datos actualizadas de las personas y entidades de los grupos de interés, con una completa información de contacto para cada registro. En la actualidad, se cuenta con cerca de 4.000 registros, los cuales son utilizados para enviar

---

<sup>5</sup> Se puede consultar en: [www.minproteccionsocial.gov.co/pars/home.ast](http://www.minproteccionsocial.gov.co/pars/home.ast)

<sup>6</sup> [inforpars@minproteccionsocial.gov.co](mailto:inforpars@minproteccionsocial.gov.co)

correos electrónicos, invitaciones a los eventos y realizar la distribución de las publicaciones.

- **Eventos académicos:** se programan siete eventos, de los cuales se han realizado cuatro sobre los temas de cuentas de salud, guías de práctica clínica, asistencia técnica en el régimen subsidiado y los recursos humanos en el sector de la salud. Los eventos ya realizados convocaron a 1.500 personas de distintos lugares del país y del sector. La agenda de expositores ha incluido personas reconocidas nacional e internacionalmente para presentar y debatir los temas. En cada evento, los asistentes han recibido las publicaciones.
- **Boletín electrónico:** el Programa diseña un formato que se caracteriza por presentar un único mensaje respaldado por una gráfica, en la que sea posible ver resultados positivos de implementación de políticas. Después de diversos inconvenientes de orden técnico, se han realizado cinco ediciones de *salud en línea*<sup>7</sup>.
- **Distribución focalizada de publicaciones:** mediante un contrato con una firma especializada, el PARS ha entregado cerca de 3.000 publicaciones en los ámbitos nacional e internacional. Se ha privilegiado su envío a ochenta bibliotecas públicas y privadas del país que han manifestado su interés en recibir las. También se le han entregado a las universidades, los centros de investigación, las entidades prestadoras de los servicios y a quienes tienen la tarea de tomar las decisiones en los ámbitos gremial, legislativo y ejecutivo. Esto significa que autoridades municipales, departamentales y nacionales han recibido las publicaciones. Los 1.500 CDS de las guías de práctica clínica han sido entregados a los nuevos secretarios de salud que inician actividades en cada capital de departamento del país y en muchas otras entidades del sector.

---

<sup>7</sup> Se puede consultar en : <http://www.minproteccionsocial.gov.co/pars/newsdetail.asp?id=16123&idcompany=39>

## D. Organización y mecanismos de ejecución y coordinación

La dirección del Programa y el mecanismo de transferencia y apropiación son puntos distintivos en este tipo de préstamos que buscan la generación de capacidades en el receptor del mismo. Al respecto el PARS ensayó diferentes alternativas las cuales fueron cimentando cada vez más los procesos de apoyo al MPS. Los diferentes mecanismos establecidos, se describen a continuación:

Es cláusula del contrato de préstamo, común en la ejecución de un crédito con la banca multilateral, el establecimiento por parte del Ministerio de una unidad coordinadora del programa de crédito, dependiente del despacho del Ministro y responsable por la ejecución del Programa. Esta unidad coordinadora debía tener un director ejecutivo y una unidad administrativa y financiera. Así mismo, se exigió en el contrato la contratación de la institución que actuara como Unidad de Apoyo Técnico-Científico del Proyecto (UATC).

Durante los primeros años el trabajo del PARS se encaminó a lograr las condiciones administrativas y contractuales para la Unidad de Apoyo Técnico Científico (UATC), que en principio habría de operar externamente al PARS y sería la principal responsable de brindar los insumos técnicos de apoyo a la reforma, y cumplir así las condiciones para su elegibilidad. Ante la declaratoria de desierto de este proceso en dos oportunidades, se decide -en una misión con la participación del BID, DNP, Ministerio de Hacienda y Crédito Público y Ministerio de Salud- la creación de una primera unidad técnica que se denominó Grupo Líder de Apoyo Técnico Científico (GLATC), basada en profesionales y expertos nacionales, y se fortalece el equipo de consultoría del PARS a partir de la contratación de consultores individuales que se encargaran de apoyar y dar seguimiento a las diferentes líneas de proyectos, empleando recursos de contrapartida nacional.

Esta medida, pretendía recuperar un tiempo valioso en la medida en que se lograba fortalecer el componente técnico del PARS a partir de un equipo propio de consultores y no como una unidad externa vinculada contractualmente, sino de línea y dependiente de la Dirección Ejecutiva del Programa. Esa primera misión de evaluación a mediano plazo realizada por el BID en 1998 permite la reprogramación de las actividades de acuerdo con los planteamientos de política que respondían a dar solución a los problemas críticos y prioritarios que debían ser abordados para la implementación de la reforma<sup>8</sup>.

En el período 2000 a 2002 se adoptó un mecanismo de operación mediante el cual se creaban comisiones técnicas, dirigidas por cada Dirección del Ministerio que tuviera relación temática con los diferentes proyectos que impulsaba el PARS y se establecen comités de evaluación de proyectos donde se hicieron participes a los directivos y técnicos de las Unidades Técnicas del Ministerio de Salud relacionadas con las temáticas de los proyectos a contratar, el cual fue denominado Grupo Líder de Apoyo Técnico Científico (GLATC).

Este mecanismo, si bien es percibido como positivo desde el punto de vista de participación y acompañamiento de las Unidades Técnicas del Ministerio de Salud en la producción técnica del Programa, generó dificultades de conducción técnica y articulación de los desarrollos conforme a los objetivos definidos para el proceso de apoyo a la reforma, dado además por la multiplicidad de actores involucrados y la dinámica de consenso que en ocasiones dilataba decisiones y aprobaciones de productos a las firmas consultoras.

En 2003 a la figura de la unidad ejecutora se sumaron las figuras de los consultores de transferencia, con el fin de desarrollar una estrecha relación con las direcciones generales del Ministerio, la cual favoreció la labor de transferencia de los conceptos,

---

8 Problemas críticos y prioridades de acción del Gobierno nacional para el periodo 1998-2002. Informe presentado a misión del Banco. 14 de diciembre de 1998.

métodos, instrumentos y demás resultados obtenidos tras la ejecución de los proyectos. No obstante, factores internos como la limitada estandarización de mecanismos de transferencia, los retrasos en la divulgación amplia de productos y probablemente las empatías entre funcionarios, hizo que la transferencia no siempre se percibiera como adecuada, oportuna o exitosa, limitante principal en la articulación de los equipos de trabajo.

En este sentido es importante resaltar la labor de la Dirección del PARS en la consolidación de las relaciones del Programa con las distintas áreas del Ministerio, las entidades del orden nacional y con los actores del sistema en general. Tal labor de agencia, es un aspecto que fue resaltado por numerosos actores, en las entrevistas desarrolladas como parte de la metodología de investigación de esta evaluación y que se identifica en situaciones como:

- El buen nivel de comunicación de varios de los directores del PARS con el ministro y los viceministros
- La participación de varios ex directores, en gremios y otro tipo de asociaciones o actores del sector
- La cada vez más constante presencia en actividades del sector, como foros seminarios, comisiones, entre otras participaciones.

Es de resaltar también, la articulación lograda entre el equipo directivo del Programa y los gestores políticos siendo un factor clave en la adopción de los resultados, de la misma forma la coordinación entre los mecanismos de transferencia y las dependencias permitió aterrizar los planteamientos al contexto nacional. Lo anterior evidencia una estructura de gestión altamente gerencial y con desarrollos efectivos.

El PARS se estableció desde el principio como un elemento estratégico para el Ministerio dependiendo directamente del despacho y de esta forma estar más enterado de la problemática de la reforma y de la misma forma aportando directa y oportunamente en los procesos que se gestaban en la entidad, esto hizo que la gran mayoría de su desarrollos dieran luces a las decisiones y

fueran acogidos positivamente. A su vez los lazos tendidos a otros sectores permitieron consolidar proyectos de nación como los de conectividad, integración financiera, unificación normativa y demás que no solo tendrán impacto en la reforma sino en las posibilidades de gestión estatal del gobierno en general.

Cabe resaltar que esta relación se vio favorecida por las intervenciones de los diferentes directores, ya que en mayor o menor medida le imprimieron la importancia al Programa que no depende de un préstamo sino de la utilidad que desde sus acciones se manifiestan en el sector. En este sentido merece una mención especial la gestión a partir de 2003, en que se logró imprimirle una mayor estabilidad y proyección como se evidencia al realizar un análisis comparativo de resultados.

El desempeño de la unidad ejecutora se valora positivamente especialmente en el período 2003 a la actualidad, en el cual se ha conseguido una total continuidad en las líneas de dirección y de conducción técnica y administrativa. La unidad ejecutora ha acumulado experiencia valiosa en la gestión técnica de proyectos complejos de asistencia técnica, en las gestiones administrativa y financiera y de difusión del conocimiento generado por los proyectos.

A criterio de la evaluación pudo ser considerado en el diseño del Programa una modalidad mixta basada en una unidad técnica nacional de base acompañada por expertos internacionales de apoyo, ya que un programa de esta naturaleza, amerita desde el inicio un equipo de expertos y gestores nacionales que conozcan suficientemente la realidad del país y el sector y tengan la capacidad de viabilizar política e institucionalmente las acciones de transformación previstas.

## E. Gestión administrativa y de recursos

Al principio la gestión administrativa se hacía a través del Ministerio. Sin embargo producto de la poca experiencia en el manejo de los créditos internacionales y la baja celeridad en la gestión se optó por contratar un operador externo para el manejo de recursos y tener un mejor desempeño financiero. En 1999 se contrataron los servicios de FONADE, contando con sus servicios hasta la fecha actual. Si bien existieron otros operadores externos al Ministerio, el principal fue FONADE.

A partir de las entrevistas realizadas por la evaluación se evidenció una mejor valoración de la gestión de FONADE en relación con la gestión del Ministerio, sin embargo, también para FONADE el Programa representó un reto de aprendizaje de procedimientos de la banca multilateral<sup>9</sup>. Un aspecto que contribuyó a mejorar los procesos administrativos fue la iniciativa de estandarización de procedimientos para agilizar los procesos con el operador.

A criterio de la evaluación, la contratación de un operador externo resultó positiva para dinamizar la gestión administrativa de contratación del Programa, a diferencia de lo que hubiera sido la gestión desde el Ministerio. Esto se justifica sobre la base de la ejecución de un programa con intervenciones complejas basadas en numerosos procesos de contratación de servicios y bajo procedimientos de banca multilateral poco conocidos para el Ministerio de Salud y posteriormente de la Protección Social. Sin embargo, el papel del operador no tuvo todos los alcances previstos en su contratación y tuvo que ser compensado por las acciones de la unidad ejecutora del PARS.

---

<sup>9</sup> Percepción de los entrevistados, entre los que se incluyen ex directores del Programa.

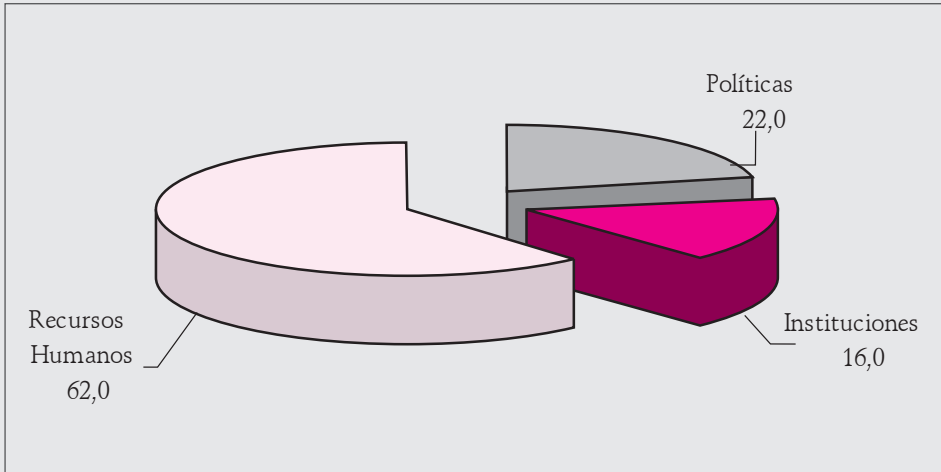
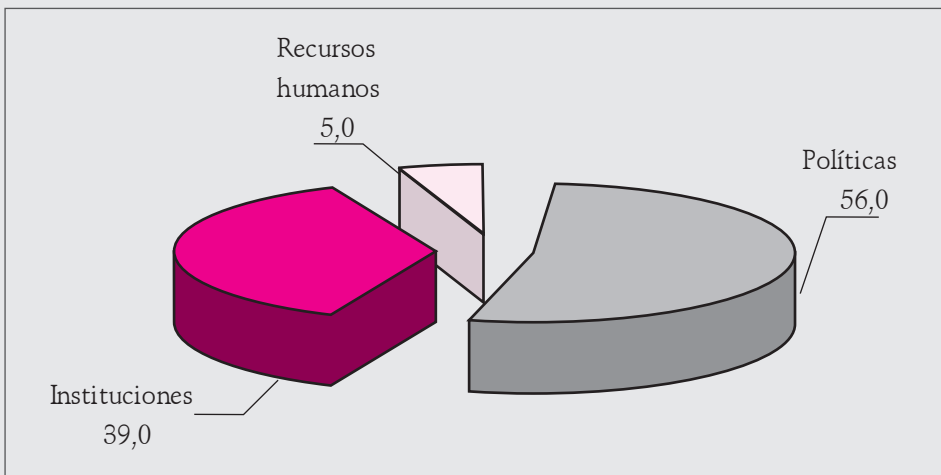


## 1. Ejecución de recursos

El PARS finaliza con una ejecución total de 72,5 millones de dólares: 100% de los recursos de crédito ejecutados, 38 millones y 34,5 millones de dólares aportes de la Nación, que excederán en 9,5 millones los 25 millones inicialmente programados. Estos últimos incluyen 3,8 millones de dólares, como aporte superior al previsto inicialmente que se orientó principalmente a la financiación del SISPRO, conforme a los fondos del aporte BID eran insuficientes en el momento de la ejecución de este proyecto y 5,7 millones de dólares de costos financieros asumidos como parte de la deuda de la Nación—Ministerio de Hacienda, por el mayor tiempo de ejecución del Programa.

Los recursos ejecutados a través de los diferentes proyectos en los tres componentes, incluidos los compromisos pendientes de pago, ascenderán a 51,4 millones de dólares: 11,4 millones (22%) en proyectos relacionados con políticas, 8,1 con instituciones (16%) y 31,8 millones de dólares (62%) en recursos humanos. Bajo este componente se ejecutaron los recursos destinados al fortalecimiento de las instituciones prestadoras de servicios de salud, por 29,4 millones de dólares, direccionados para su ejecución a través del Crédito BID 716-Proyecto de Mejoramiento de la Gestión Hospitalaria.

En el gráfico 2.5 se presentan: i) Los recursos totales ejecutados por componente con la distribución ya mencionada, 51,4 millones de dólares, ii) Los ejecutados como resultados de la gestión directa del PARS, es decir, sin los recursos direccionados al proyecto de mejoramiento de la gestión hospitalaria, por un total de 22,0 millones de dólares. Como se puede observar la participación por componente cambia con el 56% ejecutado en proyectos relacionados con políticas, 39% en instituciones y 5% en proyectos de recursos humanos.

**Gráfico 2.5****Total recursos ejecutados por componente PARS, 1996-2007  
(En porcentajes)****Total ejecución directa PARS (en porcentajes)**

Fuente: Estado anual de inversión PARS, 1996 – septiembre 30 de 2007 e Informe financiero-compromisos pendientes de pago.

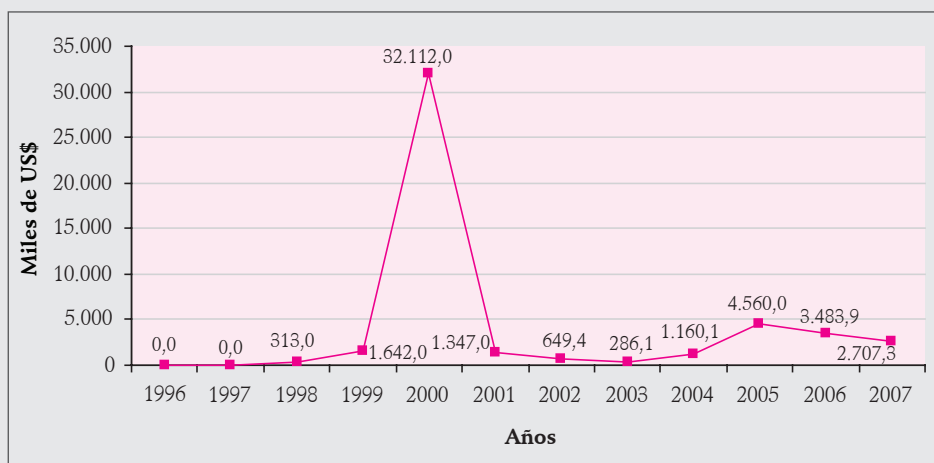
## 2. Comportamiento de las inversiones por componentes

En el gráfico 2.6 se muestra el comportamiento general de las inversiones a septiembre 30 de 2007 por componente, que refleja los pagos de los proyectos que tienen como finalidad el cumplimiento de los objetivos.

Se puede observar como en los primeros dos años no hubo pagos a través de los componentes. Los gastos en este período correspondieron a los de la Unidad Ejecutora y otros, 1,6 millones de dólares contrapartida fueron reconocidos para el pago de consultores y a la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard en desarrollo de la puesta en marcha del Programa en 1997 (categoría del presupuesto inicial sin asignación específica).

**Gráfico 2.6**

### Comportamiento de la inversión para el total de los componentes\* del PARS, 1996 - Septiembre 30 de 2007



\*Costos directos del PARS.

Fuente: Estado anual de inversión PARS, 1996 – septiembre 30 de 2007.

Fue hasta 1998 cuando se comienzan a generar gastos producto de la contratación y ejecución de proyectos para los desarrollos técnicos previstos en los tres componentes. Esta situación resulta consistente con la dedicación en los primeros meses al cumplimiento de las condiciones de elegibilidad, a la organización de la estructura operativa, a las dificultades de los primeros dos años vinculadas con el cumplimiento de una de las condiciones para la elegibilidad del préstamo, y a los fracasos en los procesos de licitación para la contratación de proyectos, lo que condujo a los acuerdos de reprogramación y flexibilización de procedimientos de contratación en la misión de diciembre de 1998.

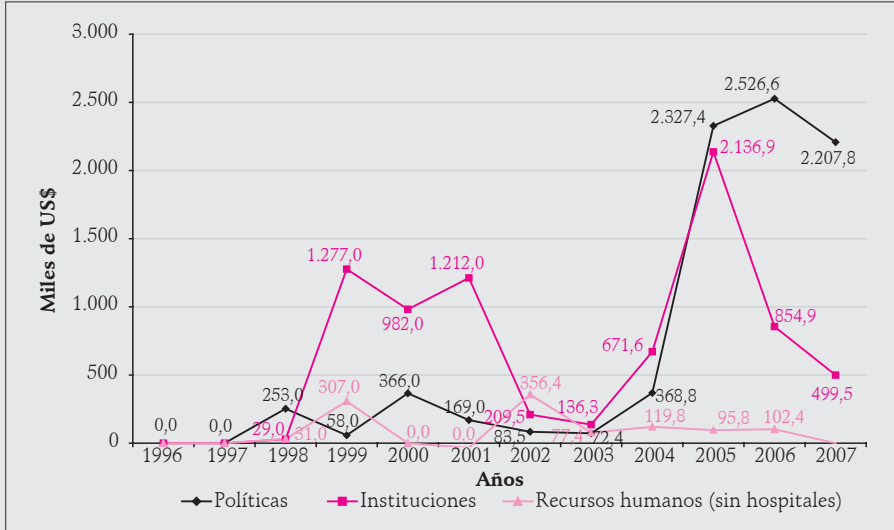
En general y con excepción del año 2000 en que se direccionan 29,4 millones de dólares al proyecto para el Mejoramiento de la gestión hospitalaria, se observan dos momentos de incremento en las inversiones del PARS: 1998-2001 y 2004-2007, que constituyen los dos períodos principales de mayor intensidad en la contratación y ejecución de proyectos del Programa.

La dinámica por componente de los pagos efectuados por ejecución directa del PARS, se aprecia en el gráfico 2.7. Para los tres componentes el comportamiento resulta similar a lo largo de la ejecución que en el comportamiento global por componentes, con los dos momentos de mayor intensidad en las inversiones antes señalados: 1998-2001 y 2004-2007, como resultado de los procesos de reprogramación y contratación de proyectos a partir de 1998 y 2003.

Para los tres componentes se observa que en los primeros años las inversiones se efectuaron principalmente entre 1999 y 2001, con la realización de veinte proyectos de corto plazo y ocho proyectos de mediano plazo. A partir de 2003, las inversiones por componente presentan un comportamiento diferente por cuanto el proyecto Sistema integral de información para la protección social contratado en el año 2004 representa alrededor de la mitad de los recursos en la reprogramación 2003-2007.

## Gráfico 2.7

### Comportamiento e inversiones por componentes\* Por ejecución directa del PARS, 1996 - septiembre 30 de 2007



\*Costos directos del PARS.

Fuente: Estado anual de inversión PARS, 1996 - Septiembre 30 de 2007.

Este proyecto, en ejecución hasta febrero de 2008, marca el comportamiento del componente de políticas. En el componente de instituciones la mayor parte de los proyectos fueron contratados en 2004 y finalizaron en 2006 y 2007 con el comportamiento en los pagos descrito en el gráfico 2.7. Para recursos humanos se desarrollaron algunos proyectos que concluyeron con el trámite y gestión ante el Congreso de la Ley de Talento Humano, sancionada este año.

Es importante anotar que los años 2001 y 2002, representaron la finalización de los proyectos de mediano plazo. Durante este período se presentó un contexto de cambios institucionales, de desaceleración de la gestión y de restricciones presupuestales, lo cual llevó a la casi paralización a finales de 2002.

Los resultados presentados muestran, al igual que la dinámica de gestión y contratación, la existencia de dos momentos críticos

en la vida del Programa: finales del año 1998, donde se acuerda con el Banco la reprogramación de los contenidos, medidas de corto plazo para actuar sobre problemas coyunturales y críticos del proceso de reforma de salud y la flexibilización de los procedimientos de contratación para hacer efectivas acciones orientadas a las medidas de corto plazo. En el año 2003, donde se le da un nuevo giro al Programa, tanto en la orientación de sus alcances como de su gestión técnico-administrativa. Es en este segundo momento cuando se alcanza una mayor alineación con las prioridades del Ministerio de Salud (transformado en Protección Social).

Es importante señalar entre los factores que afectaron la ejecución prevista de los recursos, los siguientes:

- **Ajustes de política fiscal.** La recesión económica que atravesó el país entre 1997 y 2000 y los consiguientes ajustes de política fiscal ocasionaron que el Programa tuviera apropiaciones definitivas por la mitad y menos de las inicialmente aprobadas. Esto se evidencia en los decretos 525 de 1997, 2062 de 1997, 828 de 1998 y 01 de 1999, mediante los cuales se efectuaron recortes presupuestales a los recursos aprobados en dichas vigencias. Para el año 2002, el gobierno mediante decreto No 1374 del 2 de julio de 2002 aplaza la totalidad de los recursos para esa vigencia, desplazándolos tan solo hasta el 18 de diciembre por la suma de 5.000 millones de pesos, decreto 3102 del 18 de diciembre de 2002. Estas restricciones presupuestales contribuyeron a afectar la ejecución al generar limitantes para cumplir con su programación, por falta de recursos, o aplazamiento de los mismos.
- **Recursos sin compromiso presupuestal.** Aunque para la mayoría de los años se alcanzó una ejecución presupuestal del 100% de los recursos, los años en que no se comprometió lo autorizado obedeció a diversos factores, entre ellos, en 1998 y en 2003, a los mayores tiempos en los procesos de contratación realizados directamente por el Ministerio, mientras iniciaban los convenios con los operadores para el manejo de los recursos

y en general a las dificultades enfrentadas en los procesos pre-contractuales efectuados para los primeros proyectos (protestas y falta de cumplimiento de requisitos llevaron al fracaso de los procesos) y, posteriormente, en la licitación internacional del sistema de información especialmente.

- **Revaluación del peso frente al dólar.** El efecto de la tendencia en los últimos años de revaluación del peso frente al dólar se evidenció especialmente en 2006, año en que se reporta solo el 58% de ejecución presupuestal. Esta situación obedeció a que el techo presupuestal excedió el equivalente en pesos del monto de recursos de crédito por desembolsar, 3,7 millones de dólares, con una ejecución más acelerada de recursos de crédito. Frente a esta situación el Programa informó oportunamente y solicitó el ajuste en la apropiación al Ministerio, al Departamento Nacional de Planeación (DNP) y al Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

## F. Factores explicativos

El PARS se vio condicionado por diversos sucesos que explican el curso de las acciones realizadas, los cuales se han clasificado en cuatro tipos de factores: de contexto, frente al diseño del Programa, estratégicos y administrativos.

### 1. Factores de contexto

El tiempo invertido en su desarrollo se afectó por factores derivados del tipo mismo de proyecto de que se trata, el carácter social es un área muy compleja llena de la interacción de múltiples actores los cuales van variando no solo por quienes conforman los estamentos de representación sino por que las posturas políticas y los intereses van variando en forma tal que se pueden entender como nuevos actores. Adicionalmente, las condiciones políticas modifican la direccionalidad de los programas máxime cuando se traspasan cuatro gobiernos.

Las variaciones de contexto no solo se presentaron en el entorno del Programa sino que también se vio afectado por los cambios al interior del Ministerio, entidad que albergaría directamente los aportes de sus desarrollos. La transformación de una entidad destinada exclusivamente a salud, para pasar a la figura de la protección social, no solo le permitió incidir en procesos más integradores sino que le imprime el reto de ver la concurrencia con proyectos transversales que afectan a toda la administración pública, como el de Racionalización y simplificación del ordenamiento jurídico, reducción de trámites del Programa de Renovación de la Administración Pública (PRAP), el Sistema de gestión de calidad y el Sistema integral de información.

Otro factor importante es el hecho de ser parte del desarrollo de una reforma singular, no comparable fácilmente con otras experiencias internacionales, ha propiciado cambios radicales en las políticas según la etapa de desarrollo del Sistema, generando dificultades de apropiación e implementación de los desarrollos por parte de las diferentes organizaciones académicas, sociales o sectoriales, obligando a adoptar múltiples estrategias para garantizar el avance en los ejes de la reforma y objetivos del Programa.

De igual modo los cambios de Gobierno y ministeriales. El Programa se desarrolló en varios períodos de Gobierno y de gestión ministerial, ello ocasionó cambios constantes en la orientación de las acciones. De igual forma se desarrolló en medio de la fusión del Ministerio de Salud al del Trabajo y Seguridad Social y la creación del Ministerio de la Protección Social. Estos cambios marcaron la dinámica de ejecución y la orientación de las acciones estableciendo diferentes prioridades.

## 2. Factores frente al diseño

La flexibilidad establecida en el contrato de préstamo con el Banco, permitió la rápida adaptación de cambios necesarios para apoyar la reforma manteniendo la temporalidad y dinámica



necesaria para que sus aportes permitiesen desarrollos positivos en el Sistema. La integración de la Dirección del Programa con los demás desarrollos y convenios del país (como el proyecto de Agenda de conectividad y de Integración y racionalización normativa) generó oportunidad frente a los aportes y la participación activa de otros sectores en el desarrollo de las políticas de salud.

El PARS obtuvo un cumplimiento total de lo previsto, con la particularidad de haber requerido un período de ejecución mucho más prolongado al que originalmente estaba programado. El desempeño global del Programa en términos de cumplimiento de los proyectos propuestos se logró con una ejecución total del 93% a lo programado, 72,5 millones de dólares y 100% de los recursos de crédito ejecutados.

Fue diseñado bajo la modalidad de ejecución de contratos de consultoría para asistencia técnica basados en las normas y procedimientos de contratación del Banco de por sí los procesos de contratación (licitaciones públicas internacionales) suponían tiempos entre doce y dieciocho meses, lo cual hacía poco viable la ejecución en cuatro años.

La contratación de consultorías para asistencia técnica en temáticas muy especializadas como las que se proponían en el PARS representaba una tarea para la cual el Ministerio no se encontraba preparado. La envergadura y complejidad

del Programa requería de un proceso gradual de implantación, que seguramente se situaba más allá de cuatro años.

Los problemas inherentes a los procesos de licitaciones grandes (protestas, declaraciones desiertas, incumplimiento de condiciones para calificar, insuficiencia de proveedores, etc.) fueron un importante factor que retrasó la ejecución de las actividades y la consecución de los productos, especialmente en las etapas iniciales.

La condición de contratar una unidad ejecutora externa para la elegibilidad de los desembolsos del préstamo, constituyó un factor que retrasó el inicio y ejecución.

### 3. Factores estratégicos

Con relación a la estructuración, la concentración de actividades por áreas temáticas (inicialmente en proyectos de corto y mediano plazos y, posteriormente, en líneas), le permitió al Programa focalizar su contratación. Esta dinámica se convirtió en un elemento que soportó adecuadamente su accionar.

Es de resaltar la importante labor de articulación que tuvo el PARS sobre actores muy variados, especialmente las universidades participantes, logrando su integración académica, resultado sorprendente dado la variedad de posiciones ideológicas del grupo respecto al tema de la protección social. Precisamente, la iniciativa se convirtió en una experiencia de gerencia social para los mismos involucrados.

### 4. Factores administrativos

En el orden administrativo se observa que las proyecciones de desembolso de crédito del préstamo fueron muy altas y estimadas en unos plazos de tiempo que no contemplan debidamente el proceso previo requerido para acreditar el cumplimiento de los requisitos de elegibilidad del crédito, lo que explica el desfase de tres años presentado entre el tiempo de las provisiones y el tiempo de los desembolsos, principal problema al respecto.

El acompañamiento que realizó la unidad ejecutora en materia de gestión administrativa, fue un factor determinante en la gestión de la operación, dada las dificultades y deficiencias que enfrentó el operador contratado (FONADE).

La crisis económica del período 1996 a 2000 fue un factor que frenó un mayor nivel de compromisos y ejecución en sus primeros años.

## G. Síntesis de productos obtenidos y adoptados

El efecto de las acciones del Programa solo se evidencia en la medida en que los productos resultantes de sus proyectos ha-

yan sido adoptados por el Ministerio y los beneficiarios-receptores. El Programa a través de los diferentes proyectos generó una serie de productos que se consideraban necesarios para apoyar el proceso de reforma del sector.

A partir de 2005, la comunicación se asume como un eje misional, transversal y permanente en las actividades del Programa, porque se entiende la importancia de comunicar de manera planificada y sistemática los resultados que corresponden, en últimas, a los resultados de la implementación de la reforma de salud. En este contexto el PARS y el Ministerio asumen estrategias paralelas y complementarias en términos de los objetivos de comunicación y los públicos: comunicación abierta hacia la opinión pública y comunicación dirigida hacia grupos de interés del sector salud.

En la tabla 2.3, se sintetizan los grandes productos obtenidos y adoptados. Como se observa prácticamente todos los productos realizados por el PARS han sido adoptados o se encuentran en proceso de adopción. Los productos no adoptados se caracterizan por ser estudios puntuales y básicamente de tipo exploratorio.

El nivel de adopción se entiende como las propuestas técnicas y recomendaciones consideradas para la expedición o ajuste de normatividad, metodologías e instrumentos asumidos en el quehacer diario del Ministerio y de entidades del sector, y asistencia técnica y capacitación que apoyó la implantación de normatividad e impulsó procesos de desarrollo y fortalecimiento institucional. Este nivel de adopción se evidencia en decretos y

normas aprobadas con apoyo y como desarrollo del Programa e instrumentos y metodologías de soporte.

**Tabla 2.3**  
**Resumen de productos obtenidos y**  
**adoptados por área temática del PARS**

Área Temática	Productos	Nivel de adopción	Normatividad y/o instrumentos y metodologías
Equilibrio financiero y sostenibilidad del sistema. Ajuste de la unidad de pago por capitación y planes de beneficio	Estimación de la suficiencia de la unidad de pago por capitación (UPC)	Adoptado	Desarrollados con el apoyo técnico del PARS Acuerdo 254 de 2003 del CNSSS Acuerdo 282 de 2004 del CNSSS Acuerdo 322 de 2005 del CNSSS Lineamientos metodológicos para el cálculo de la UPC
	Balance de las cuentas de compensación y solidaridad	En proceso de adopción	En documentación histórica y de instrumentos y metodologías
	Acuerdo con los aseguradores sobre las variables de recolección para la estimación del equilibrio de la UPC	En proceso de adopción	Informes estandarizados desde los aseguradores
	Desarrollo metodológico para la estimación del equilibrio de la UPC	En proceso de adopción	En documentación histórica y de instrumentos y metodologías
	Actualización de la Resolución 412 de 2000	Adoptado	Guías para la actualización de la Resolución 412 de 2000 Metodologías para la actualización de las guías y ajustes en el POS
	Guías de atención clínicas del VIH/SIDA y enfermedad renal crónica	Adoptado	Resolución 3442 de 2006. Metodología de actualización
	Análisis y propuestas de estrategias, procesos y arreglos institucionales para la afiliación, pago y recaudo	Adoptado	Decreto 1703 de 2002 Acuerdo 233 de 2002 Decreto 1281 de 2002
	Plan de acción inmediata para disminuir impacto de la tutela	Adoptado	Soporte para desarrollos de la oficina Jurídica con relación al tema
	Estudio demostrativo de costos de servicios hospitalarios	No adoptado	
	Análisis de la metodología de GRD (Grupos Relacionados de Diagnósticos)	No adoptado	
	Inventario de información RIPS	Adoptado	Sistematiza la información, reportes de actores para cálculos de POS UPC y demás, mecanismo de glosas y pagos que luego se limitó
	Estudio de Precios de mercado de los servicios de salud	Adoptado	Referente para estimación de tarifas del sector
	Evaluación de tecnologías en salud	No adoptado	
Proyecto de mejoramiento de la gestión hospitalaria	Adoptado	Mejoramiento de la gestión en 26 hospitales en el ámbito nacional.	

Continúa en la página siguiente

Área Temática	Productos	Nivel de adopción	Normatividad y/o instrumentos y metodologías
Régimen subsidiado y asistencia técnica para el ajuste institucional y operativo.	Cumplimiento de las ARS al Decreto 1804	Adoptado	Acuerdo 191 del 2001
	Evaluación de las funciones de financiación, aseguramiento y prestación de servicios del régimen subsidiado	Adoptado	Ajustes al Decreto 1804 y del Acuerdo 77 Acuerdo 244 de 2003 Decreto 1281 de 2002 Decreto 050 de 2003 y proyecto de decreto sobre fondos locales de salud Decreto 1281 de 2002 y Decreto 050 de 2003
	Diseño de regiones de operación del aseguramiento en el régimen subsidiado	Adoptado	Base para la toma de decisiones y expedición del Acuerdo 294 del CNSSS del año 2005
	Asistencia técnica para el fortalecimiento de la capacidad institucional de las entidades territoriales en la gestión del régimen subsidiado	Adoptado	Ley 715 de 2001 (artículo 46) Modelo de asistencia técnica Manuales de procesos Caja de herramientas Oferta académica instaurada: diplomado en gestión del régimen subsidiado
	Estrategia comunicativa del régimen subsidiado	Adoptado	Videos Material de difusión
	Propuesta de subsidios parciales	Adoptado	Acuerdo 233 de 2002 Acuerdo 0267 de 2004
	Evaluación de los procesos operativos del SISBEN	Adoptado	CONPES Social 055 de noviembre 22 de 2001
Desarrollo y evaluación de políticas de salud - difusión de resultados	Estrategia de comunicación para la movilización social del sistema de protección social	En proceso de adopción	Difusión en página web, diarios y de forma directa para actores interesados
	Documento Política de comunicaciones para el sector de la protección social	Adoptado	Presentado a los directores del Ministerio
	Minisitio del PARS en la página web del Ministerio	Adoptado	Página virtual con documentos de fundamentación de las políticas del sector
	Publicaciones de resultados de la reforma y proyectos del PARS	Adoptado	Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública; Guías de manejo y modelo de prevención y control de la enfermedad renal crónica; Guías de VIH/SIDA; Cuentas de salud de Colombia 1993 -2003; Modelo de oferta y demanda en recursos humanos; ¿Ha mejorado el acceso a la salud? Evaluación de los procesos en el régimen subsidiado; Asistencia técnica. Garantía de una mejor gestión del régimen subsidiado; Recursos humanos de la salud en Colombia. Balance, competencias y prospectiva; Auxiliares de salud. Perfiles ocupacionales y normas de competencia laboral; Oferta y demanda de recursos humanos de salud en Colombia; Afiliación pago y recaudo de aportes al Sistema general de seguridad social en salud; Gerencia social. Un enfoque integral para la gestión de políticas y programas sociales;

Continúa en la página siguiente

Continuación

Área Temática	Productos	Nivel de adopción	Normatividad y/o instrumentos y metodologías
Desarrollo y evaluación de políticas de salud - difusión de resultados	Publicaciones de resultados de la reforma y proyectos del PARS	Adoptado	Calidad en salud en Colombia. Los principios; Precios y contratos en salud. Estudio indicativo de precios y análisis cualitativo de contratos; De la generación de conocimiento a la formulación de políticas públicas. Evaluación externa Programa de Apoyo a la Reforma de Salud, PARS 1996 - 2007; Campaña de derechos y deberes del sistema de la protección social
	Campaña de difusión en medios masivos de comunicación sobre los derechos y deberes de los usuarios	Adoptado	Cuñas radiales, mensajes televisivos, plegables
	Desarrollo de la Red institucional de comunicaciones	En proceso de adopción	En proceso de implementación por la oficina de Comunicaciones
Formulación e implementación del Sistema de garantía de calidad y de la competencia por calidad	Sistema único de habilitación	Adoptado	Decreto 2309 de 2002. Decreto 515 de 2004 Resolución 581 de 2004 Decreto 1011 de 2006 Resoluciones 1445, 1446 y 1043 de 2006 Resolución 1439 de 2002
	Sistema único de acreditación	Adoptado	Decreto 2309 de 2002. Decreto 515 de 2004 Resolución 581 de 2004 Decreto 1011 de 2006 Resoluciones 1445, 1446 y 1043 de 2006 Resolución 1474 de 2.002 Estándares de acreditación
	Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud	Adoptado	Decreto 2309 de 2002. Decreto 1011 de 2006 Asistencia técnica y guías
	Ranking de IPS y EPS	Adoptado	Metodología para la elaboración del Ranking Publicación y difusión de resultados
Fortalecimiento de procesos del sistema - Fortalecimiento institucional del Ministerio de la Protección Social y la entidades territoriales	Especialización de las funciones de IVC delegadas en las competencias de la Ley 715 en las entidades territoriales.	Adoptado	Diplomado de verificadores Comisiones capacitadas en las normas
	Modelo de supervisión especializado con Superintendencia Nacional de Salud de segundo piso	Adoptado	Decreto 1280 de 2002, posteriormente declarado inexecutable
	Sistema de gestión para la oficina Jurídica	En proceso de adopción	Procesos y procedimientos en implementación

Continúa en la página siguiente

Continuación

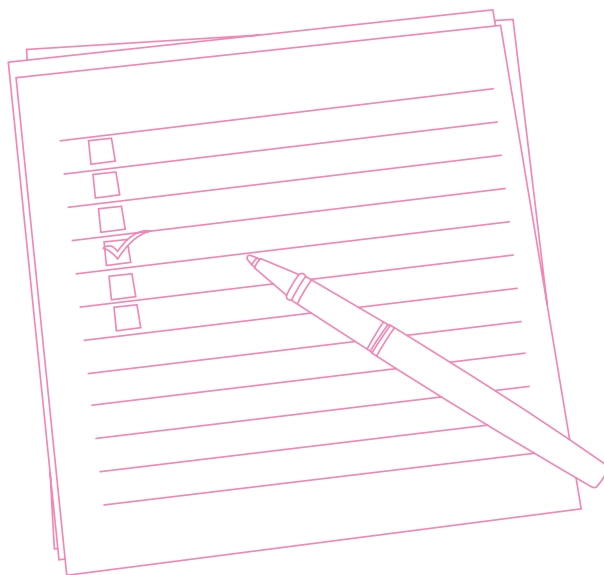
Área Temática	Productos	Nivel de adopción	Normatividad y/o instrumentos y metodologías
Fortalecimiento de procesos del sistema - Fortalecimiento institucional del Ministerio de la Protección Social y la entidades territoriales	Ajuste organizacional y estandarización de procesos en el MPS	Adoptado	En implementación de los procesos
	Feria del aprendizaje Expoaprendizaje	Adoptado	Áreas sensibilizadas
	Integración y racionalización normativa en salud, pensiones y riesgos profesionales.	Adoptado	Proyecto de decreto único reglamentario Compilación temática de normas con fuerza de ley
	Iniciativa de gerencia social para la protección social	Adoptado	Oferta académica instaurada Diplomado virtual en Gerencia Social
Formulación e implementación de las política y programas en recursos humanos	Política de recursos humanos para el sector salud	Adoptado	Bases técnicas de la Ley 1164 de 2007
	Bases y contribuciones a los Decretos 1665 y 2566 del Ministerio de Educación Nacional	Adoptado	Decreto 2566 de 2003 del MEN
	Plan multidisciplinario para la modernización y capacitación y entrenamiento	Adoptado	Acuerdo 0003, de 2003 del Consejo Nacional de Recursos Humanos (CNRH) Ley 1164 de 2007
	Plan de largo plazo para el desarrollo y fortalecimiento de los recursos humanos de salud	Adoptado	Acuerdo 0003, de 2003 del Consejo Nacional de Recursos Humanos (CNRH) Ley 1164 de 2007
	Estándares de acreditación de las entidades formadoras de salud	Adoptado	Acuerdo 0003, de 2003 del Consejo Nacional de Recursos Humanos (CNRH) Ley 1164 de 2007
	Actualización del recurso humano del sector 2002	Adoptado	Acuerdo 0003, de 2003 del Consejo Nacional de Recursos Humanos (CNRH) Ley 1164 de 2007
	Modelo especializado para la acreditación de instituciones educativas del sector salud	Adoptado	Decreto 1665 de 2002 del MEN
	Modelo evaluación docencia-servicio	Adoptado	Acuerdo 0003, de 2003 del Consejo Nacional de Recursos Humanos (CNRH)
	Perfiles ocupacionales para el personal auxiliar del sector salud con base en las competencias labores y ajustar su marco legal	Adoptado	Decreto 3616 de 2005
	Reorganización del sistema de incentivos	Adoptado	Reestructuración del programa de becas crédito y del programa de servicio social obligatorio Manuales de procesos y procedimientos Documento de asistencia técnica para diseñar e implementar la reestructuración técnica, legal, financiera y operativa de dichos programas

Continúa en la página siguiente

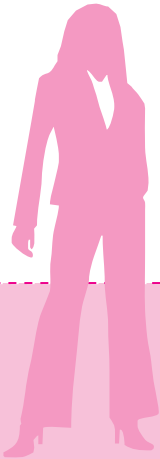
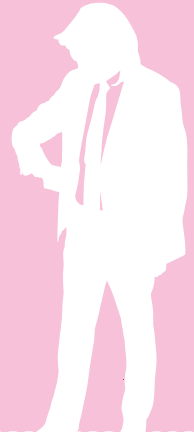
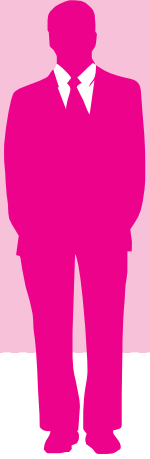
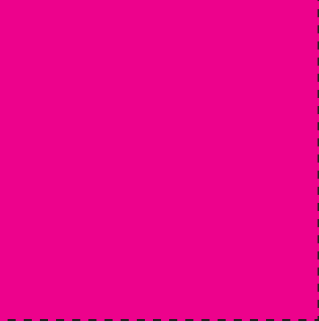
Continuación

Área Temática	Productos	Nivel de adopción	Normatividad y/o instrumentos y metodologías
Gestión de datos y sistema de información	Sistema integral de información en salud - (SIS. Ahora de la protección social, SISPRO)	En proceso de adopción	En desarrollo del sistema de gestión de datos, estructura sobre la que se desarrolla el SISPRO
	Registro único de afiliación RUAF	Adoptado	Desarrollados con el apoyo técnico del PARS: Decreto 1637 de 2006 Resolución 2358 de 2006 Resolución 2947 de 2006 Resoluciones 4168 y 4316 de 2006 Aclaración a la Resolución 4316 de 2006
	Planilla integrada de liquidación de aportes a la seguridad social y parafiscales	Adoptado	Desarrollados con el apoyo técnico del PARS: Decreto 1465 de 2005 Decreto 1931 de 2006
Gestión de datos y sistema de información	SISMED	Adoptado	Desarrollados con el apoyo técnico del PARS: Resolución 0255 de 2007 Decreto 2200 de 2005
	Sistema automático de verificación de derechos y autorización de servicios	En proceso de adopción	En desarrollo con el apoyo técnico del PARS
	SISSUB	En proceso de adopción	En desarrollo con el apoyo técnico del PARS
	Atlas de salud	En proceso de adopción	En ajuste para publicación

**Fuente:** Informes de gestión del PARS, Informes de consultoría de proyectos del PARS.



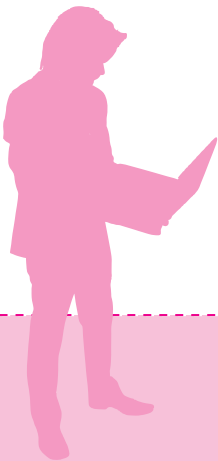


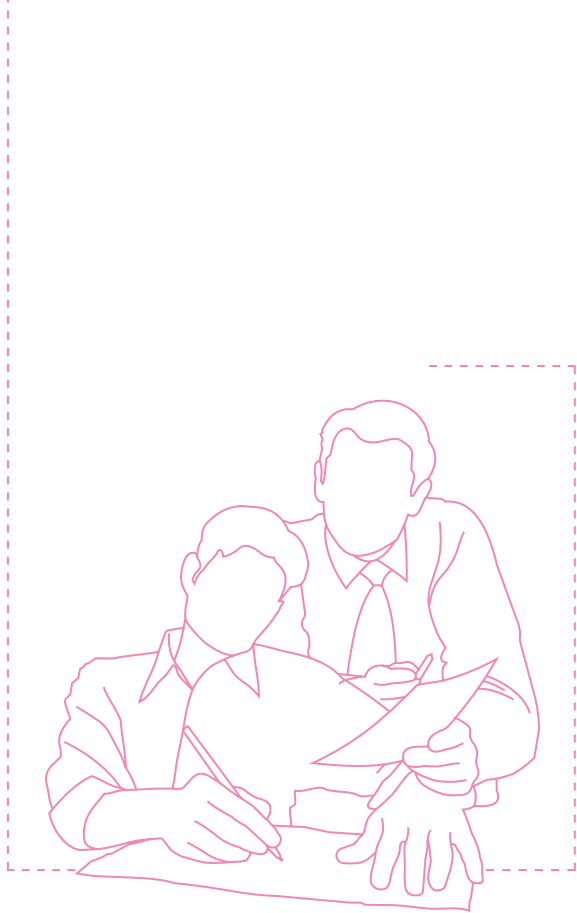




### Capítulo 3

## Logros de los objetivos del PARS (Evaluación sumativa)





## A. Cumplimiento de los objetivos

En el gráfico 3.I se identifican los procesos más relevantes en los que el Programa ha tenido ingerencia a través de los diferentes proyectos, las áreas estratégicas<sup>9</sup> a las cuales han estado orientados para el logro de los objetivos específicos y así contribuir a las metas de la reforma.

Bajo este esquema conceptual se presenta por objetivo del Programa, los avances en las metas de la reforma y la concurrencia de los procesos apoyados por el PARS.

### 1. Objetivo específico: Mejorar la equidad mediante el aumento en la solidaridad y cobertura de servicios

El aseguramiento es el mecanismo por el cual se busca garantizar el acceso a los servicios de salud y disminuir las inequidades a través de los regímenes ofrecidos en un modelo de solidaridad financiera. El proceso de reforma en Colombia ha presentado avances significativos en términos de equidad, solidaridad y cobertura como se evidencia en los resultados de diferentes estudios sobre la reforma realizados en el sector:

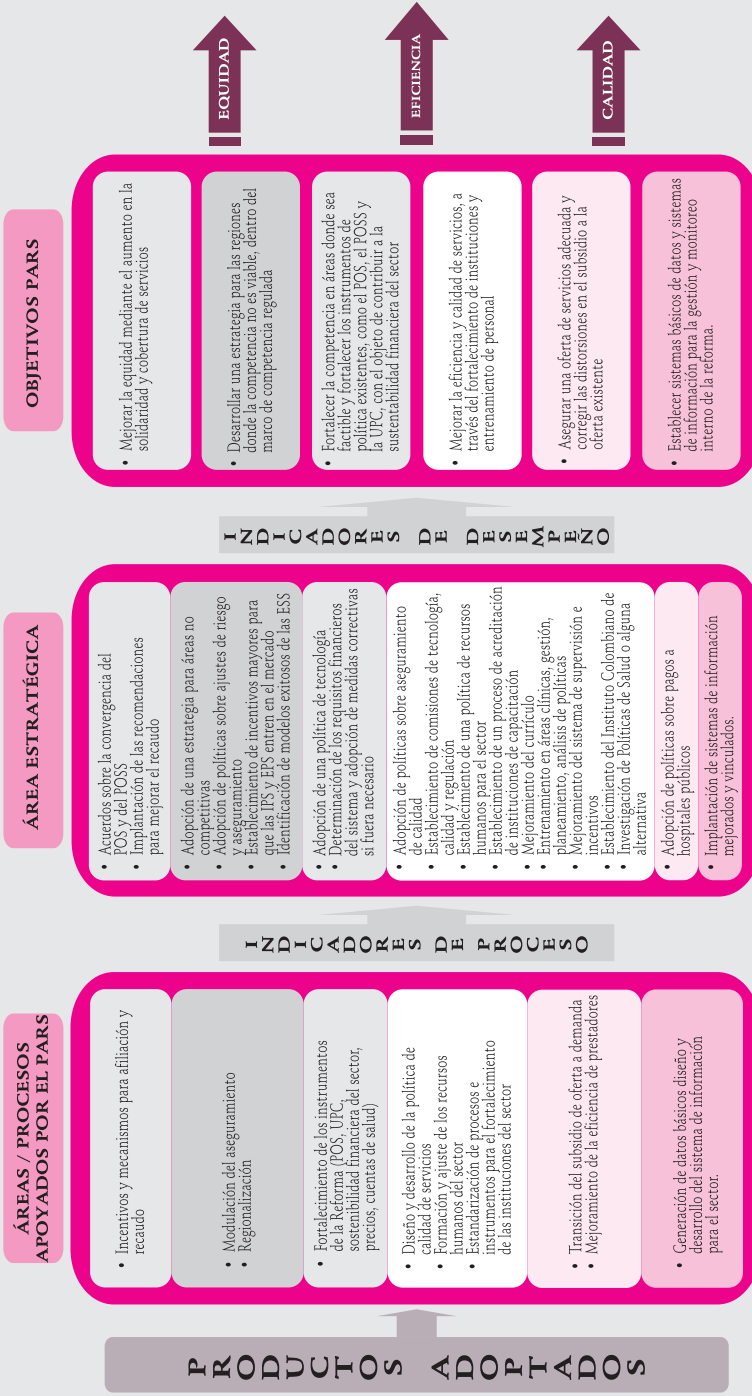
- **Aumento de la cobertura de afiliación.** La afiliación a salud pasó del 23% en 1993 a 84,26% en 2006 (en 1997, principios del Programa la cobertura en afiliación era del 57%).

---

<sup>9</sup> El contrato de préstamo establece dieciocho áreas estratégicas las cuales para efecto del análisis, han sido clasificadas en el objetivo en donde se considera que tiene mayor relevancia. No obstante puede incidir en otros objetivos.

## Gráfico 3.1

### Esquema conceptual cumplimiento de objetivos



Fuente: Cesarwold 2007. Elaborado con base en el contrato de préstamo.

En el gráfico 3.2 se pueden observar las tendencias de afiliación para ambos regímenes.

- **Aumento del gasto público en salud en la década 1993-2003.** La reforma produjo un incremento significativo en los montos de financiamiento, con el consiguiente efecto de aumento en el nivel de gasto total, al pasar, como proporción del PIB, de 6,2% en 1993, a 9,6% en 1997 y finalmente estabilizándose en 7,8% desde 2003 a la fecha<sup>10</sup>. Las cifras muestran que el gasto público total en salud ha aumentado de 22 en 1993 a 40% en 2003 mientras que el gasto privado ha disminuido de 52 a 16% durante el mismo periodo<sup>11</sup>.
- **Aumento de la equidad en el financiamiento.** Observada en una marcada caída del gasto de bolsillo y en el cambio de la financiación de privada a pública. Las cifras indican una notoria disminución del gasto directo de las personas como proporción del gasto total en salud, debido a que antes invertían de sus recursos el 43,7% de sus gastos (en 1993) y esta inversión pasa a ser del 7,5% en 2003<sup>12</sup>. “Dado el alto costo de la salud, esto significa mucho más para quienes tienen menos recursos si asume el valor del servicio mediante la inversión en seguridad social. De ahí que esta disminución del gasto directo de las personas pueda redundar en mayor equidad en el financiamiento de la salud en el país”<sup>13</sup>.
- **Aumento en el uso de servicios de salud.** El aseguramiento en Colombia reduce las barreras de acceso y aumenta el uso de los

---

10 Barón, Gilberto. 2007. *Cuentas de salud de Colombia 1993-2003. El gasto nacional en salud y su financiamiento*. MPS, PARS, DNP. Impresol Ediciones Ltda.

11 Giedion, Úrsula. 2008. Los resultados del aseguramiento en salud en Colombia frente al acceso, utilización y protección financiera. Bogotá.

12 Giedion, Úrsula. 2008. Los resultados del aseguramiento en salud en Colombia frente al acceso, utilización y protección financiera. Bogotá.

13 Giedion, Úrsula. 2008. Los resultados del aseguramiento en salud en Colombia frente al acceso, utilización y protección financiera. Bogotá.

servicios preventivos y curativos de salud tanto en el régimen subsidiado como en el contributivo, reflejado en<sup>14</sup>:

- El aseguramiento mejora el acceso de los niños a los servicios de salud en caso de ERA y EDA que siguen figurando entre las cinco causas más importantes de mortalidad de los niños menores de 5 años.
- El aseguramiento en el régimen subsidiado mejora el acceso aún a los servicios que son gratuitos para todos e independientemente del aseguramiento.
- Las barreras de acceso de los asegurados al régimen subsidiado están más relacionados con factores de la oferta de servicios (el servicio queda lejos; es malo o no atendieron) que con factores de la demanda (falta de dinero; no tuvo tiempo).
- El aseguramiento provee protección financiera contra el impacto económico de un evento adverso en salud.
- El beneficio del aseguramiento ha sido más importante para los más vulnerables:
  - ✓ El impacto ha sido más importante en el área rural comparado con el área urbana en el régimen subsidiado
  - ✓ El impacto ha sido más importante para los independientes que para los dependientes
  - ✓ El impacto ha sido más importante entre los más pobres de los pobres que para los que, aún siendo pobres, lo son menos.

Al analizar la evolución del indicador de cobertura por régimen, discriminado en el ámbito municipal, se encuentran importantes diferencias asociadas al tamaño poblacional, con una importante participación del régimen subsidiado en aquellos municipios con menos de 100.000 habitantes y una baja participación

---

14 Giedion, Úrsula y otros (en preparación). Los resultados del aseguramiento en salud en Colombia frente al acceso, utilización y protección financiera. Estudios presentados en una mesa de trabajo.

**Tabla 3.1**  
**Cobertura municipal promedio por régimen (en porcentajes)**

Período Régimen	< 50.000 hab.		50.000 - < 100.000 hab.		100.000 - < 250.000 hab.		250.000 - < 1.000.000 hab.		1.000.000 hab. y >	
	RS	RC	RS	RC	RS	RC	RS	RC	RS	RC
2001	45,2	5,7	26,2	13,8	22,2	20,3	17,4	25,6	13,8	33,6
2002	46,9	9,0	28,0	21,9	22,7	32,1	18,2	40,8	14,2	56,2
2003	46,4	9,1	27,4	22,7	22,8	32,6	18,8	41,1	14,7	57,1
2004	52,8	8,9	35,3	21,7	33,4	36,6	28,4	42,6	24,4	53,9
2005	61,6	7,6	44,3	21,1	41,4	32,8	35,4	38,1	30,4	51,2

**Fuente:** Bases de datos Ministerio de la Protección Social FOSYGA – Cálculos propios.



del régimen contributivo. Por el contrario, los municipios con los mayores niveles de urbanización y poblaciones que superan el millón de habitantes, se presentan las mayores coberturas del régimen contributivo, mostrando cómo las distintas formas de subsidio logran un complemento para el logro de la equidad en la inclusión, como se observa en la tabla 3.I.

Respecto a la proporción de población que el régimen subsidiado cubría de la estimación de la que se encontraba con necesidades básicas insatisfechas, se observa que durante el periodo 2001 a 2003 los niveles de cobertura oscilaban alrededor del 70%, para los diversos municipios del país. Mientras que para el periodo 2004-2005<sup>15</sup>, se logra exceder la proporción de esa población, es decir, el régimen da cobertura total a la población más deprimida del país y captura otros grupos poblacionales con base en la actualización de cifras de NBI del censo de 2005.

En el gráfico 3.2 se muestran los cambios en las coberturas de los regímenes subsidiado y contributivo y su concurrencia con las acciones del PARS

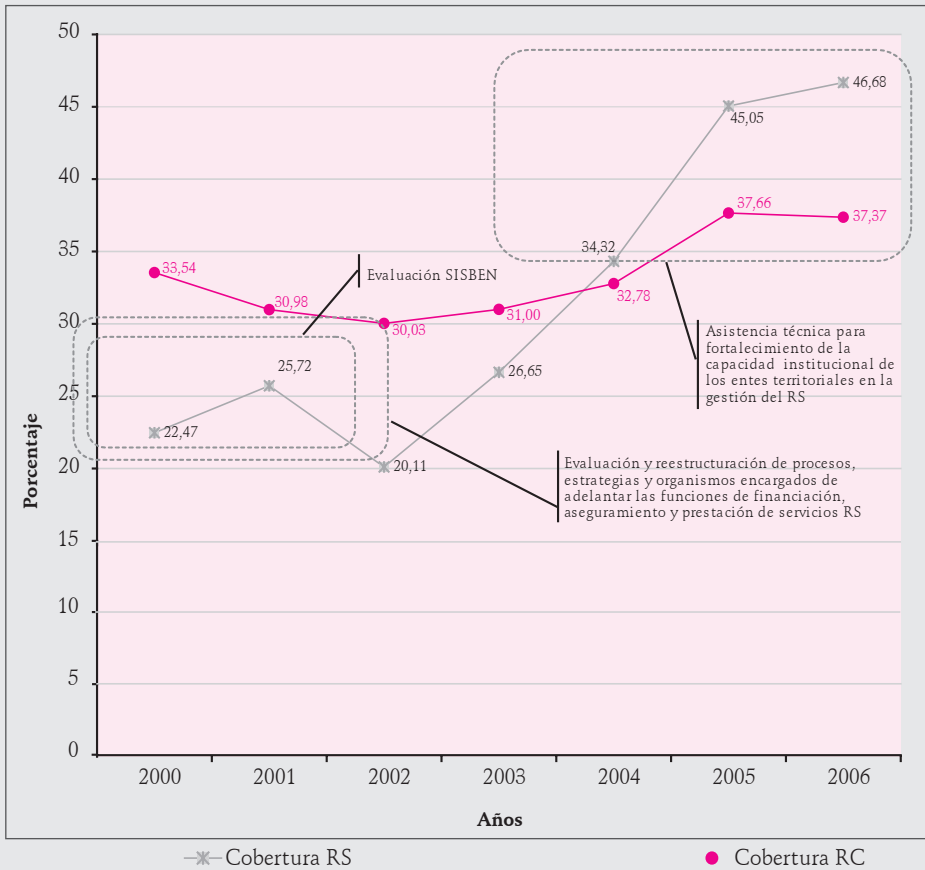
La contribución del PARS para estos aumentos de cobertura se ha centrado en generar desarrollos para las entidades que administran los procesos de asignación de subsidios y afiliación, con el propósito de optimizar la solidaridad financiera del Sistema, especialmente frente a la población pobre y del área rural, es en estas comunidades donde se apreció de forma más contundente los efectos sobre la equidad, quienes lograron reducir su inversión en salud y obtener un mayor nivel de cobertura por parte de subsidios estatales que fueron creados para tal fin. El seguimiento permanente de los logros y los estudios realizados permiten la construcción de políticas basadas en evidencia según la realidad presentada en el país que le dan soporte al régimen subsidiado a pesar de los problemas detectados frente a su funcionamiento.

---

15 [http://www.dane.gov.co/censo/files/boletines/bol\\_NBI\\_censo05.pdf](http://www.dane.gov.co/censo/files/boletines/bol_NBI_censo05.pdf). Según los resultados del censo 2005, el 27,6% de la población de país presentó Necesidades Básicas Insatisfechas, disminuyendo en 8,2 puntos frente al censo de 1993 (35,8%).

## Gráfico 3.2

Cobertura de aseguramiento por régimen 2000-2006  
y concurrencia de las acciones del PARS (en porcentajes)



Fuente: Informe anual del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud 2006-2007. Estadísticas de aseguramiento de *Así vamos en salud*.

El PARS desarrolló estudios tendientes a la generación de incentivos y mecanismos para la afiliación y el recaudo, el mejoramiento de procesos y de metodologías e instrumentos, capacitación a actores para la gestión del régimen subsidiado, la difusión de avances y, finalmente, la disponibilidad de información en materia de políticas del sector para la toma de decisiones, como son:

- **La UPC diferencial por vulnerabilidad, incentivo para promover la afiliación.** Mediante el desarrollo de estudios de equilibrio financiero de la UPC se analizó y adoptó el reconocimiento de una UPC diferencial para los territorios con mayores dificultades de acceso, con aumento de la cobertura del sistema.
- **Incentivos para la afiliación de independientes.** Las propuestas de incentivos y alternativas más flexibles para la afiliación y pago de la cotización acogidas con el Decreto 1603 de 2002 como el periodo mínimo de afiliación de un mes (artículo 22) y el ingreso base de contratación en la contratación no laboral (40% de valor bruto facturado en forma mensualizada) han permitido el aumento de las coberturas para este grupo de población. A título de referencia la afiliación de independientes contratistas pasó de 323.000 en 2003 a 640.387 en 2005.
- **Subsidios parciales.** La sostenibilidad y ampliación de cobertura cuentan con un importante componente económico asociado a variables exógenas del sector salud, como son el nivel de empleo y el crecimiento económico entre otros, y a variables endógenas que se orientan al manejo eficiente de los recursos. Frente a estas dificultades el PARS propuso estrategias para aumentar la cobertura y atender población no afiliada entre ellas los subsidios parciales, adoptada por el Gobierno desde 2004.
- **Campañas de difusión de derechos y deberes.** El PARS ha desarrollado campañas de difusión sobre derechos y deberes tanto al principio de la reforma, orientadas a la implementación del sgss, como más recientes y bajo el actual concepto de la

protección social. Estos proyectos han permitido al usuario identificar sus derechos y hacer uso de los mismos.

- **Evaluación del Sistema de identificación y selección de beneficiarios para programas sociales (SISBEN)**, a partir del cual se identificaron problemas estructurales del proceso de focalización y se detectaron problemas en la asignación de los subsidios, aportes que contribuyeron al Departamento Nacional de Planeación (DNP) en la reformulación del proceso y especialmente frente al mecanismo de asignación de puntaje, para mejorar la eficiencia de focalización en el régimen subsidiado.
- **Mejoramiento de los procesos del régimen subsidiado.** Una de las iniciativas más importantes fue la Evaluación y reestructuración de los procesos, estrategias y organismos encargados de adelantar las funciones de financiación, aseguramiento y prestación de servicios en el régimen subsidiado. Los estudios realizados permitieron disponer de datos objetivos y análisis críticos de los elementos centrales para el aseguramiento como la identificación de población pobre beneficiaria, instituciones y procesos relacionados ajustados a la realidad nacional del desarrollo de SGSS y se propone un programa de asistencia técnica que se desarrolló posteriormente, el proyecto Asistencia técnica para el ajuste institucional y operativo del régimen subsidiado, dirigido a la estandarización de procesos, capacitación y reentrenamiento de los funcionarios públicos encargados de las funciones del aseguramiento de los niveles nacional, departamental y municipal. El mejoramiento de procesos del régimen subsidiado ha permitido una mayor eficiencia en el mismo tanto en el ámbito nacional como territorial, que se traduce en:
  - Mejoramiento en el flujo de recursos, que contribuye en gran parte a dar solución a la crisis por la que atraviesan algunos hospitales, por el pago más rápido por la atención a los afiliados al régimen subsidiado y el acceso efectivo de la población a los servicios de salud. Como resultado de la aplicación del

Decreto 050 de 2003, elaborado con base a las propuestas del PARS. De igual modo del Decreto 3206 de 2004 que lo operacionaliza, se ha evidenciado la agilización de estos flujos en la medida en que han disminuido las solicitudes presentadas al Ministerio de giro directo de los recursos de la Nación a las ARS, cuando los municipios incurren en mora. Según estadísticas de la Superintendencia de Salud<sup>16</sup> el flujo de recursos desde que se hace el giro del FOSYGA, hasta que llega a las instituciones prestadoras se redujo de 390 días en 2002-2003 a 45-60 días en 2005.

- Optimización de los procesos de afiliación y contratación.
- Liberación de cupos por actualización y validación de bases de datos de afiliación.
- **Información del gasto en salud**, a través del proyecto Cuentas nacionales en salud, que permite orientar las políticas públicas sobre el tema. El estudio muestra una marcada reducción del gasto de bolsillo al pasar de 43,7% en 1993 a 7,5% en 2003<sup>17</sup>, como efecto de la política de aseguramiento.
- **Control de evasión al sistema**. El PARS desarrolló alternativas de intervención orientadas a corregir los altos niveles de evasión del sistema mediante estudios enfocados a disminuir la evasión y el impacto de los fallos de tutela. Un importante aporte del PARS para el control tanto de la evasión como de la elusión es la Planilla integrada de liquidación de aportes (PILA), que integra con la misma información de base los diferentes pagos a la seguridad social y parafiscales.

---

<sup>16</sup> SUPERSALUD. 2005. Presentación “Participación, vigilancia y control de los recursos de salud”. Noviembre.

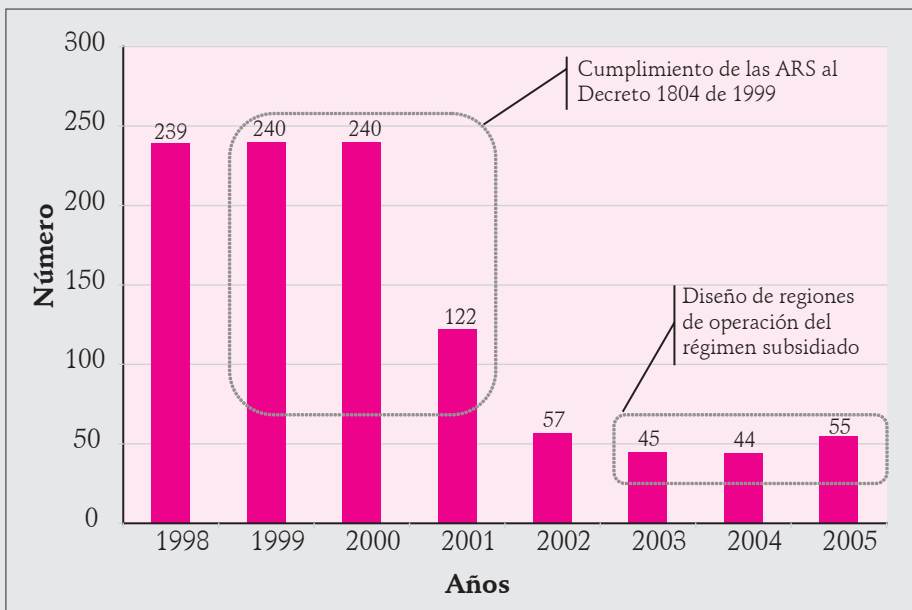
<sup>17</sup> Barón, Gilberto. 2007. *Cuentas de salud de Colombia 1993-2003. El gasto nacional en salud y su financiamiento*. MPS, PARS, DNE. Impresol Ediciones Ltda, Bogotá. Marzo.

## 2. Objetivo específico: Desarrollar una estrategia para las regiones donde la competencia no es viable, dentro del marco de competencia regulada

De acuerdo con el estudio de Harvard, uno de los factores que podía afectar el éxito de la reforma, especialmente en la operación del régimen subsidiado, era un insuficiente número de aseguradores y prestadores de servicios en las diferentes áreas geográficas que permitieran sostener un clima razonable de competencia para inducir aumentos en la calidad y eficiencia. Contrario a lo previsto, el régimen subsidiado despertó gran interés y en 1999 el país llegó a contar con 240 aseguradores, con *pools* promedio de 38.000 afiliados tal y como se observa en el gráfico 3.3. La gran cantidad de aseguradores limitaban su posibilidad de dilución de riesgo así como su capacidad de respuesta a las obligaciones financieras, especialmente, con los prestadores de servicios de salud.

### Gráfico 3.3

Aseguradores 1998-2005 y concurrencia de las acciones del PARS



Fuente: Bases de datos MPS, FOSYGA, cálculos propios.

No obstante, en territorios como Guainía, Vaupés, Guaviare y Amazonas, la oferta aseguradora oscilaba entre 1 y 3 aseguradores en el periodo de 1998-2000, esto asociado a factores como dispersión geográfica de la población, alto nivel de ruralidad, deficiencias en infraestructura vial, déficit de oferta prestadora de servicios de salud y patrones culturales, entre otros. Este escenario, pone de manifiesto que si bien existió un importante crecimiento de la oferta aseguradora, elemento que propende por la competencia, su distribución no era uniforme en el territorio nacional. Esto afectaba la posibilidad de la libre escogencia de la población y el desarrollo de competencia por calidad, entre otros, implicando la generación de acciones desde el Programa al respecto. Frente a la explosión en el número de aseguradores en el régimen subsidiado el PARS demostró una amplia capacidad de comprensión y adaptación ante la dinámica del mercado de aseguramiento, que lo llevaron a modificar la estrategia inicialmente planteada y centró sus acciones en la modulación del aseguramiento (determinación de *poles* y equilibrio financiero) y el proceso de regionalización (regiones de operación).

El Ministerio de Salud expidió el Decreto 1804 de 1999, con base en las recomendaciones del Programa y fijó nuevas normas de operación para las ARS. Entre los ajustes más importantes se encuentra el número mínimo de afiliados con el cual pueden operar en el sistema y las condiciones de patrimonio y capital pagado requeridos para autorizar su operación. Como se observa en el gráfico 4.4 la implementación del decreto –año 2000– implicó una reducción de 49% en el número de aseguradores y posteriormente de 80% para la contratación 2001-2002. Esta reducción tan drástica implicó cambios importantes en los aseguradores del régimen subsidiado como fueron: fusiones, adquisiciones y formación de nuevos aparatos administrativos y de gestión para la administración de *poles* de mayor tamaño.

El tamaño del *pool* en promedio paso de 35.000 afiliados en 1998 a 346.000 en 2005. Si bien estos ajustes garantizaban contar con tamaños de *pooles* agregados más adecuados, se generó un importante incentivo para incrementar el nivel de dispersión de los aseguradores, llevándolos de operaciones de tipo local a nacional. Es así como el promedio de municipios por asegurador pasó de 13 en 1998 a 68 en 2005 tal y como se observa en la tabla 3.2.

**Tabla 3.2**  
**Promedio de municipios de acción de las ARS**

Periodo	Pool promedio	# Promedio municipios	Desviación estándar municipios
1998	35.678	13,0	45,9
1999	38.858	14,2	47,5
2000	39.627	14,8	48,0
2001	90.742	34,7	79,3
2002	204.482	55,3	90,2
2003	263.732	66,7	84,8
2004	349.929	73,1	86,8
2005	346.709	68,0	87,0

Fuente: Bases de datos Ministerio de la Protección Social FOSYGA – Cálculos

El cambio en el tamaño de los *pooles* y número de operaciones territoriales también significó cambios en el tipo de aseguradores. Al inicio de la reforma se incentivó el desarrollo de entidades solidarias cuyas operaciones eran locales y alcanzaron a representar 72% del número total de ARS en 1998 pasando al 25% en 2005. No obstante las empresas solidarias siguen teniendo una importante participación en el mercado en términos del número de afiliados (tabla 3.3).

**Tabla 3.3**  
**Distribución del número de ARS por tipo, 1998-2005 (en porcentajes)**

Tipo	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
CCF	17,6	15,8	17,1	14,8	21,1	22,2	22,7	43,6
EPS	7,1	7,5	7,1	14,8	22,8	28,9	29,5	21,8
ESS	72,8	74,2	73,8	66,4	49,1	40,0	38,6	25,5
CVN-UT	2,5	2,5	2,1	4,1	7,0	8,9	9,1	9,1
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Bases de datos Ministerio de la Protección Social FOSYGA – Cálculos propios.

Frente al tema de regionalización, es necesario decir que este surge en parte paralelo a las intervenciones que en el tema de



modulación del aseguramiento realizó el PARS. La dinámica misma de la reforma dio luz a nuevos retos: incrementos en el costo administrativo por parte de los aseguradores, dificultades en la articulación de las redes prestadores y posibles eventos de desprotección a los afiliados donde las operaciones son muy pequeñas, situaciones en las que la regionalización se presenta como una opción viable. En este sentido el PARS desarrolló un estudio técnico soporte para establecer la conveniencia y posibles alternativas de regionalización, el cual fue retomado en algunos de sus apartados para el desarrollo de la resolución IO13 de 2005 por parte del Ministerio de la Protección Social.

### 3. Objetivo específico: Fortalecer la competencia en áreas donde sea factible y los instrumentos de política existentes, como el POS, el POSS y la UPC, con el objeto de contribuir a la sustentabilidad financiera del sector

El sgsss del país centra su operación en un modelo de aseguramiento social, en el que la sustentabilidad financiera se encuentra definida por la disponibilidad de recursos de financiamiento y su adecuada correspondencia entre el valor de la UPC y los contenidos del plan de beneficios. De allí que el mayor reto consiste en disponer de instrumentos metodológicos que permitan a los tomadores de decisión, de manera dinámica, configurar un plan de beneficios que responda a las necesidades de salud de la población acorde con los desarrollos tecnológicos, manteniendo una correspondencia entre el valor de la prima y la capacidad de financiamiento del sistema.

El principal aporte logrado por el PARS dentro de este objetivo frente al fortalecimiento de los instrumentos de la reforma (POS, UPC), es el desarrollo de una metodología apropiada que permite a los actores encargados del sistema contar con información consistente, objetiva y con elementos predictivos para tomar decisiones informadas respecto al incremento de la UPC y su efecto

sobre el equilibrio financiero del sistema, lo que se encuentra en concordancia con el eje central del objetivo. Máxime, si se tiene en cuenta, el importante crecimiento de la cobertura (gráfico 3.2) del Sistema que genera una mayor presión financiera para garantizar su sostenibilidad en el tiempo.

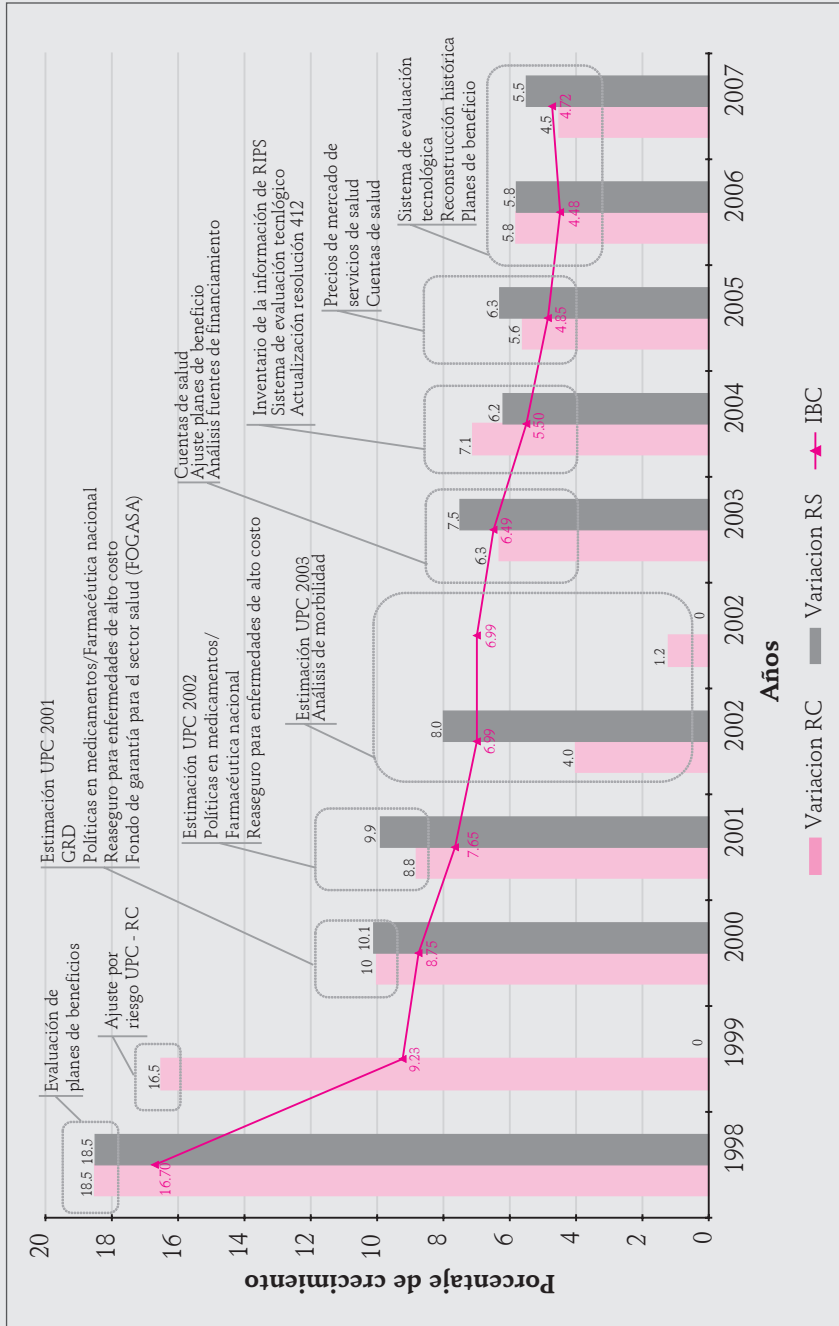
En el gráfico 3.4 se presenta la variación porcentual del valor corriente promedio de la UPC para cada uno de los regímenes y la concurrencia de las acciones del PARS, los cuales lograron un buen nivel de apropiación en el CNSSS.

Este logro tuvo inicio en 1998 con el proyecto de Evaluación de planes de beneficio y la unidad de pago por capitación, el cual originó un proceso de construcción metodológica para estimar en forma periódica la suficiencia de la UPC a partir de la pertinencia del plan, el perfil epidemiológico de la población, la costo-efectividad de las intervenciones y la equidad generada. Posteriormente, con la prórroga del programa se estructura una línea de intervención, a partir de la cual se realizan de manera sistematiza los estudios de “Evaluación de la suficiencia de la UPC/UPC-s” y se consolida el balance de la cuenta de compensación teniendo en cuenta la disponibilidad y flujo de los recursos del SGSSS. Para fortalecer la capacidad de evaluación de los planes de beneficios, por su incidencia en la calidad de las atenciones y en los costos de los servicios hospitalarios, se desarrolló una estrategia de asistencia técnica orientada a dar información internacional y facilitar la adaptación de metodologías en evaluación de tecnologías en salud en el Ministerio.

Queda un proceso de reporte de información desagregado de la información de prestaciones y gastos en salud, por parte de las EPS y ARS, que garantiza la calidad de los datos, elemento de especial trascendencia si se tiene en cuenta que no existían datos sobre las prestaciones de servicios de salud a los afiliados del sistema y que los registros hospitalarios presentaban dificultades para desarrollar este tipo de estimaciones y una metodología base para las estimaciones que es adoptada por el CNSSS. El proceso pasa a

## Gráfico 3.4

Variación de la UPC promedio del RC y RS y concurrencia de las acciones del PARS (en porcentajes)



Fuente: Bases de datos MIPS, FOSYCA, cálculos propios.

ser liderado por completo por la Dirección de Gestión de la Demanda en 2006 y los desarrollos constituyen el sustento técnico de la Comisión Reguladora de Salud (CRES), recientemente creada por la ley de reforma al sistema de salud.

Dada la naturaleza interconectada de los mercados, resulta claro, que las decisiones sobre el plan de beneficios y el valor de UPC modulan las condiciones de operación de los prestadores de salud, de otra parte el cálculo de los costos e indicadores de producción en la prestación de los servicios permite evaluar las posibilidades que tiene el sector para generar economías de escala y manejos eficientes que materialicen las directrices establecidas por los instrumentos de la reforma. Frente a lo anterior el programa realizó acciones para el fortalecimiento de la competencia y la sustentabilidad financiera del Sistema. Inicialmente desarrolló en enero de 2005 el estudio Precios de mercado de las actividades, procedimientos e intervenciones, medicamentos e insumos que se prestan a los afiliados al Sistema general de seguridad social en salud (sgss), para obtener unos precios de mercado de referencia, que permitan tener un estándar para los cálculos de la UPC. Posteriormente se dio un viraje y se desarrolló un estudio de precios de servicios salud, el cual arrojó información indicativa sobre el comportamiento de este mercado.

En general el PARS centra acciones para generar eficiencia en el manejo de los recursos, la cobertura poblacional y la competitividad que estimula el mercado al logro de la calidad y solidaridad del sistema. Es importante mencionar la articulación que para este fin logró el direccionamiento de los proyectos del PARS con la visión política del equipo directivo del Sistema, esta armonía entre programa de apoyo y Ministerio es positiva para el impacto y logro de los objetivos del proceso.

De igual manera, se desarrolla el estudio “Cuentas de salud de Colombia 1993-2003. El gasto nacional en salud y su financiamiento”, con el cual se dispone por primera vez de un consolidado de información completa y sistemática para

el análisis sectorial, de una línea de base para futuros estudios sobre calidad, eficiencia y equidad en el uso de los recursos, y de la metodología aplicada y validada, herramienta que permitirá el mantenimiento y actualización de esta información, base para la formulación de políticas en salud.

#### 4. Objetivo específico: Mejorar la eficiencia y calidad de servicios, a través del fortalecimiento de instituciones y entrenamiento de personal

Este representa uno de los objetivos de mayor desarrollo en la ejecución del PARS y de efectos en el proceso de reforma de salud. Los logros y aportes del PARS en este objetivo son sustanciales, evidenciados por la incorporación y amplia aplicación de los estudios técnicos en la normatividad, asistencia técnica y capacitación, así como el desarrollo de herramientas, instrumentos que han contribuido a la implementación de las políticas de calidad, recursos humanos del sector y al fortalecimiento institucional del Ministerio. Este objetivo comprende tres componentes que han alcanzado diferentes avances:

- a. Diseño y desarrollo de la política de calidad de servicios.
- b. Formación y ajuste de los recursos humanos.
- c. Estandarización de procesos e instrumentos para el fortalecimiento de las instituciones del sector

El Sistema de obligatorio de garantía de calidad (sogc) hace parte hoy de la estructura funcional del Ministerio de la Protección Social, como uno de los elementos y acciones primordiales para el desarrollo del sgss que busca proveer servicios de salud de calidad que contribuyan con el mejoramiento de las condiciones de salud de la población; a su vez, los desarrollos del PARS en materia de recursos humanos se incorporaron al Plan de desarrollo 2002-2006 y fueron base para la Ley de Talento Humano (Ley 1167 de 2007), con lo cual el país cuenta por primera vez con una política para el recurso humano en

salud. Para el fortalecimiento Institucional del MPS y entidades territoriales, en su rol de orientación de las políticas y los procesos sectoriales, se destacan como los logros más relevantes la construcción de una cultura de gerencia social, dejar una oferta educativa ajustada al nuevo contexto de la protección social y la consolidación del mejoramiento continuo de la gestión institucional y la integración, así como la simplificación normativa del sector de protección social.

#### a. Diseño y desarrollo de la política de calidad de servicios

La misión de Harvard en su informe final en 1995 recomienda mejorar la calidad en los servicios en salud y establece una serie de recomendaciones para tal fin, que van desde regular la actividad profesional, hasta la creación de una comisión de calidad. A finales de 1996 se expidió el Decreto 2174 por el cual se organiza el Sistema de garantía de calidad de la atención en salud, norma que crea los requisitos esenciales para la prestación de servicios de salud, los cuales corresponderían a los estándares básicos de calidad, a que se refería el Grupo Harvard. Esa norma además definió los contenidos de los sistemas internos de garantía de calidad en las IPS y en las EPS; estableció las bases para la reglamentación del Sistema de acreditación y de la auditoría médica; y definió el Sistema de información a los usuarios. La reglamentación posterior, Resolución 4252 de 1997, no presentó una orientación clara, excedió el propósito inicial y no se realizó la suficiente asistencia técnica para su implantación. Por estas y otras razones se presentaron grandes dificultades para su cumplimiento y verificación.

El PARS en el estudio “Evaluación y fortalecimiento del Sistema de garantía de calidad de la atención en salud”, estableció unas recomendaciones adoptadas por el entonces Ministerio de Salud, en el Decreto 2309 de 2002 mediante el cual se crea el Sistema obligatorio de garantía de calidad en salud (SOGC), que comprende cuatro componentes:

- Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud
- Sistema único de habilitación
- Sistema único de acreditación
- Sistema de información para la calidad.

Con posterioridad el PARS desarrolló propuestas técnicas base para la normatividad que estructura el SOGC para su puesta en marcha.

Como resultado el país dispone de un sistema de habilitación y acreditación en marcha y la auditoría y la información para la competencia por la calidad en implementación. Estos desarrollos se materializan en el Ministerio de la Protección Social con la incorporación de una unidad orgánica específica para la calidad denominada Dirección General de Calidad de Servicios, que significa uno de los aportes más destacables de los proyectos que ejecutó el PARS.

Los avances en el SOGC, tanto en la apropiación en las instituciones de salud que son sujeto del sistema, como en las direcciones territoriales encargadas de su desarrollo, pueden ser asociados a la asistencia técnica realizada, a la normatividad reciente y a las herramientas e instrumentos técnicos desarrollados por el PARS.

Las Direcciones Territoriales de Salud reportaron un registro de 59.841 prestadores, de los cuales 14.981 son instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) y 44.859 son profesionales de la salud independientes. Los resultados más significativos de

**Tabla 3.4**  
**Verificación de servicios SOGC, 2002-2006**

Año	Total de servicios	Servicios visitados	Porcentaje de cumplimiento
2002-2006	151.326	105.159	70
2006	151.326	70.632	47

Fuente: Informe de actividades al Congreso de la República, junio 2007.

las visitas de verificación de la habilitación presentan que 70% del total de instituciones logran la certificación por el Decreto 2309 de 2002 (tabla 3.4). Posteriormente se sanciona el Decreto 1011 de 2006 el cual configura una nueva metodología que establece una meta de 25% de las instituciones certificadas en cada territorio por año. Los logros en las visitas de verificación en 2007 se consignan en la tabla 3.5.

**Tabla 3.5**  
**Principales resultados de las visitas de verificación, 2007**

Indicador	Resultado
Prestadores que presentan incumplimiento en algún estándar	2.338 (4% del total de registros, mientras que antes de las acciones del PARS el incumplimiento de estándares se encontró en 69% de una muestra de instituciones estudiadas).
IPS cerradas de manera definitiva	78 (1% de la IPS registradas)
Profesionales independientes cerrados	133 (0,3% de los profesionales registrados)
Servicios cerrados	684
Servicios cerrados temporalmente	1.274

Fuente: Estadísticas Dirección General de Calidad de los Servicios.

A su vez, los efectos del apoyo técnico del PARS en la definición y puesta en marcha del proceso y selección del ente acreditador, la asistencia técnica a las instituciones de salud y la promoción y difusión se evidencian en los avances en acreditación en las instituciones de salud del país, los cuales son relevantes dado que este es un proceso voluntario. A junio de 2007 se tienen once IPS acreditadas, entre públicas y privadas, de las cuales nueve fueron acreditadas a diciembre de 2006 y las dos restantes en el primer semestre de 2007. Hoy día el fenómeno de la acreditación motiva los desarrollos de las entidades en todo el país, siendo estos estándares base para la gestión gerencial de instituciones públicas y privadas que buscan llegar al nivel de referencia internacional, de la misma forma, se adelanta un proceso de acreditación de cien entidades de salud pública en el país.

Un análisis de las instituciones que reportaron información en 2006, muestra que aquellas acreditadas ese año, fueron significativamente mejores en aspectos como la vigilancia de eventos



adversos, la satisfacción global y oportunidad en la atención, en relación con aquellas no acreditadas, como se observa en la tabla 3.6<sup>18</sup>.

Los desarrollos del SOGC contemplan el conocimiento e información de los usuarios para hacer exigibles los derechos que tienen con relación a la calidad de los servicios que reciben. En este sentido se desarrollaron los *Ranking* de IPS y EPS para disminuir las asimetrías de información y promover la competencia por calidad por una población mejor informada y que demande servicios de las entidades más calificadas. Los resultados del *Ranking* publicados por el Ministerio en 2007 y las metodologías para su actualización periódica, con los grandes logros que aportó el Programa para promover la competencia por calidad.

**Tabla 3.6.**  
**Comportamiento de indicadores de calidad, 2006**

Indicador	Acreditadas	No acreditadas	Diferencia
Proporción de vigilancia de eventos adversos	99,9%	12,5%	87,4%
Oportunidad en la atención en consulta de odontología general	2	7	5,0
Oportunidad en la realización de cirugía programada	5,1	14,3	9,2
Oportunidad en la atención en consulta de urgencias	14,9	26	11,1
Oportunidad de la asignación de cita en la consulta médica general	1,7	2,7	1,0
Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados	1,3%	1,7%	0,4%
Proporción de cancelación de cirugía programada	7,1%	9,0%	1,9%
Tasa de satisfacción global	98,0%	78,9%	19,1%
Oportunidad de la asignación de cita en la consulta médica especializada	5,9	7,2	1,3
Oportunidad en la atención en servicios de imagenología	3	3,1	0,1

Fuente: Estadísticas Dirección General de Calidad de los Servicios.

## b. Formación y ajuste de los recursos humanos

Al inicio de la reforma, el balance del desarrollo y distribución del personal de salud era negativo, a sabiendas que es uno de los actores primordiales de este proceso y su actuación es un insumo crítico para el cambio. Así, la misión Harvard (1996) destacó como problemas relevantes la distribución geográfica inapropiada del personal de salud, la deficiente competencia técnica, la inadecuada calidad de los servicios y la deficiente administración de

<sup>18</sup> MPS, Viceministerio de Salud. 2007. La política de seguridad del paciente del SOGC. Foro Centro de Gestión Hospitalaria, Bogotá. Junio.

estos recursos. Por ello, se definió la importancia de consolidar información sobre los recursos humanos existentes, que a la vez fuese un insumo base para la planeación de los mismos, la necesidad de replantear la formación de profesionales de la salud (su estructura, desarrollos y estándares de calidad), involucrando en los futuros desarrollos a las instituciones existentes. Se requerían además ajustes en los perfiles laborales, ya que se evidenciaba la aparición de nuevos roles y campos de acción interdisciplinaria, por tanto, se necesitaban recursos humanos en salud formados con competencias específicas. En términos generales se evidenció la baja presencia y participación del personal de salud tanto en lo educativo como en lo gremial de la reforma, el tema de recursos humanos no tenía relevancia política.

Entre los principales asuntos y problemas se destacaban una alta flexibilidad laboral y precarización del empleo, aumento en la descentralización y una mayor complejidad de la gestión de recursos humanos (RRHH), crisis del modelo de gestión y sobre posición de agendas. En cuanto a la regulación de los procesos de RRHH se tenía una baja capacidad institucional para el seguimiento de la calidad, regulación de la formación y una descomposición y recomposición de actores corporativos. Lo anterior se puede observar en la tabla 3.7, comparativa de los ámbitos de servicios y educativo.

**Tabla 3.7**  
**Problemáticas identificadas en los recursos humanos en salud**

Ámbito de servicios	Ámbito educativo
Desarticulación entre la formación del personal de salud y los servicios	Falta de compromiso social de muchos entes formadores
Crisis de liderazgo del sector salud frente a las necesidades de formación	Ausencia de generación de conocimiento dentro del sector educativo
Indefinición de modelos de atención de salud que orienten el proceso de formación	Distorsión de la oferta académica en cantidad y calidad

**Fuente:** Elaborado con base en Plan maestro de implementación de la reforma. Harvard, 1995-1996.

A su vez, el estudio de la Misión Harvard (1995-96) evidenció problemas del recurso humano en cuanto a la estructura y asignación de tareas, deficiencias en la competencia técnica y educación del personal de salud, con importantes deficiencias de

la formación de profesionales en áreas críticas como medicina de emergencia, atención primaria y trauma, e inadecuada distribución geográfica. El personal médico se considera además insuficiente y presenta amplias diferencias en su distribución regional, con una alta concentración en zonas urbanas. De acuerdo con los registros de ASCOFAME, el país tenía en el año 2000 un total de 43.166 médicos, lo cual representa una tasa de 10,36 médicos por cada 10.000 habitantes. Esta tasa es inferior a la de Cuba (37,04), Argentina (30,30), Venezuela (15,38), Brasil (14,93), Panamá (11,90), Ecuador (10,41), y es superior a la encontrada para Perú (10,31), Costa Rica (9,71), México (5,41), Bolivia (4,81) y Chile (4,60). Además es inferior al promedio obtenido del análisis de estos países, que es 12,89.

La distribución geográfica del personal médico refleja también inadecuada concentración: mayor concentración en las capitales y en los municipios de más de 100.000 habitantes con índices de 13,41 y 13,13 por 10.000 habitantes respectivamente. Lo anterior, contrasta, con el bajo índice encontrado en los municipios con menos de 20.000 habitantes, de 5,65 médicos por 10.000 habitantes. Por regiones del territorio colombiano, la presencia de los médicos generales es ampliamente diversa: Cauca- Nariño, Orinoquia-Amazonia y los Llanos (Caquetá-Casanare y Meta), con índices de 6,03; 6,28 y 7,88 por 10.000 habitantes respectivamente, muy bajos para garantizar una adecuada cobertura de los servicios médicos. Los mayores índices por 10.000 habitantes, se encontraron en regiones donde está concentrada la mayor población como son Huila-Tolima con 14,68, la Costa Atlántica con 13,29 y en el Eje Cafetero y Valle del Cauca con 12,99 respectivamente.

Al análisis y caracterización de esta precaria situación contribuyó el PARS mediante el estudio de Modelo de oferta y demanda de recursos humanos de salud en Colombia (del año 2000), el cual confirmó la problemática de la inadecuada distribución de ortopedistas en el país, un recurso crítico debido a los altos índices de lesiones en el país: en total existían 482 especialistas en la nación, para una tasa de 0,11 por 10.000 habitantes, con amplias desigualdades en la distribución por tamaño del municipio, como se ilustra en la tabla 3.8.

**Tabla 3.8**  
**Especialistas en ortopedia y traumatología, 2000**

Tipo de municipio	No. ortopedistas	No. ciudades	Población	Tasa por 10 mil habitantes
Ciudades capitales	372	32	18'877.673	0,20
Municipios mayores de 100.000 habitantes	22	46	22'739.191	0,01
Municipios entre 50.000 y 99.000 habitantes	30	67	4'625.235	0,06
Municipios entre 20.000 y 49.000 habitantes.	11	273	8'147.959	0,01
Municipios con menos de 20.000 habitantes	47	705	6'786.916	0,07

Fuente: Modelo de oferta y demanda de recursos humanos de salud en Colombia, 2000.

Este estudio del PARS fue ampliamente difundido, permitiendo el debate fundamentado de los diversos involucrados en la problemática y sus soluciones. Así, el comportamiento posterior de la formación de recurso humano crítico ha evolucionado adecuadamente para el área de atención primaria y trauma, aunque no es el caso para el correspondiente a urgencias. Así, al comparar el comportamiento de los egresados en el país por esas áreas profesionales, entre los años 2000 y 2004, se evidencia que persisten deficiencias en urgencias, mientras que los mayores mejoramientos se logran en el área de atención primaria (tabla 3.9).

**Tabla 3.9**  
**Egresados por profesiones seleccionadas, 2000-2004**

Egresados por profesión	2000	2001	2002	2003	2004	Total general
Especialista en medicina de urgencias y domiciliaria	SD	0	3	0	1	4
Especialista en promoción en salud y desarrollo humano	37	30	30	32	50	179
Ortopedia y traumatología	22	33	36	24	18	133

Fuente: ICFCES - Ministerio de Educación. Compilación y cálculos del CENDEX - PUJ.

A su vez, el análisis de las tendencias de egresados de la especialidad de ortopedia y traumatología entre 2000 y 2004,

revela que el número de egresados ha sido muy irregular, aunque ha contribuido con la mejoría en la disponibilidad de esos profesionales en el país, al pasar de una tasa nacional por 10.000 habitantes de 0.11 a 0.14 durante ese periodo. Además, se destaca la alta concentración de la formación de estos profesionales en la región centro del país, como se observa en la tabla 3.10.

**Tabla 3.10**  
**Egresados de ortopedia y traumatología por regiones**  
**2000-2004**

Año	Centro	Centro occidente	Costa atlántica	Sur occidente	Total general
2000	13	3	0	6	22
2001	28	4	0	1	33
2002	26	4	6	0	36
2003	19	5	0	0	24
2004	18	0	0	0	18
<b>Total general</b>	<b>104</b>	<b>16</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>133</b>

Fuente: ICFES - Ministerio de Educación. Compilación y cálculos del CENDEX - PUJ.

Otro aporte del PARS, mediante el análisis de la situación de recursos humanos, fue evidenciar que el país contaba con un personal deficiente en relación con el cambio de roles que obligaba la implantación de la Ley 100 y además, más del 50% del personal en funciones complementarias o de apoyo se concentraba en capitales departamentales. Las tasas por 10.000 habitantes de personal para la gestión institucional se consignan en la tabla 3.11.

**Tabla 3.11**  
**Personal para la gestión institucional, 2000**

Tipo de personal	Tasas por 10.000 hab.
Contador público	0,47
Administrador profesional	0,45
Economista	0,13
Abogado	0,12
Auxiliar de estadística	0,25
Auxiliar de contabilidad	0,29
Profesional con posgrado en auditoría de calidad	0,12
Profesional con posgrado en administración financiera	0,07

Fuente: ICFES - Ministerio de Educación. Compilación y cálculos del CENDEX - PUJ.

Para el año 2003, posterior a la difusión y debate del mencionado estudio del PARS, se encuentran también efectos positivos en esta temática: en educación formal se contaba con 166 programas

de administración y seguridad social y uno en educación no formal, para un total de 167.

Otra área problemática que abordó el PARS fue la acreditación de los programas educativos en salud en Colombia. Aunque en el país se adelantaba este proceso, no se contaba con una adecuada estandarización de los requisitos mínimos relacionados con la calidad en la educación del personal profesional y auxiliar en las instituciones educativas de recursos humanos en salud. Además, con la promulgación de la Ley 30 de 1992 de educación, en Colombia se presentó un aumento inusitado de programas académicos en salud. Ante lo cual, el ente regulador de inspección, vigilancia y control se quedó corto para hacer verificación y seguimiento de los mismos con base en los estándares de calidad existentes. Así, para el año 2002, respecto a la cantidad y el tipo de oferta educativa de los programas, el país contaba ya con 1.665 programas, de los cuales 512 correspondían a educación no formal y 1.153 a educación formal, para un total de 1.665. A la fecha se ha logrado 11,5% de instituciones acreditadas sobre la base de 583 solicitudes. Lo anterior refleja una paulatina e importante asimilación e incremento de la acreditación en las instituciones formadoras de personal en salud, las cuales reconocen la importancia de hacerlo frente a un mercado demandante de personal y evidencia el interés creciente en la calidad de los programas que ofrecen, al cumplir con los estándares mínimos en el ámbito educativo.

En resumen, en el área de recursos humanos el PARS aportó en el fomento a la integración de los procesos de planeación, desarrollo y fortalecimiento de los recursos humanos del sgss y mejoró la coordinación entre los sectores salud y educación, mediante los análisis, difusión y generación de debates sobre los siguientes estudios:

- Modelo dinámico de oferta y demanda de recursos humanos
- Modelo especializado de acreditación de instituciones educativas del sector salud

- Plan de largo plazo para el desarrollo y fortalecimiento de los recursos humanos de salud
- Plan multidisciplinario para modernización de la educación, capacitación y entrenamiento en salud.

Posteriormente el PARS ha dado apoyo para la definición de la política de recursos humanos y el avance en aspectos técnicos que se requerirán para su reglamentación, apoyando las prioridades gubernamentales que buscan contar con un recurso humano calificado, de alta competencia para abordar los obstáculos y dificultades del sector en los órdenes central y regional en el país. Así, se desarrollaron los planes de modernización de la educación en salud y el sistema de acreditación de instituciones educativas.

Además, en el fortalecimiento de los recursos humanos se aportó en el análisis de los problemas críticos de gestión de recursos humanos en las áreas de relaciones docencia servicio, programas de becas crédito, servicio social obligatorio y definición de incentivos para el desarrollo del personal de salud que permitan mejorar la calidad, accesibilidad y oportunidad en la prestación de los servicios de salud.

Es necesario resaltar que entre las necesidades y perspectivas de una política nacional para el desarrollo del recurso humano en salud, el PARS a través de sus acciones y apoyos otorgados, propicia el gran logro en este componente con la aprobación la Ley II64 de 2007 de Talento Humano en Salud, como primera política en el país relacionada con este tema y con la cual se ha logrado, entre otros:

- Reecocer y hacer efectiva la prioridad que deben tener los asuntos del personal en la planificación, organización y el desarrollo de servicios de salud
- Formalizar el registro único y el sistema de información integrado de personal de salud
- Establecer procesos y procedimientos de certificación y recertificación del personal de salud

- Consolidar la evaluación institucional y de perfiles profesionales y ocupacionales.

c. Estandarización de procesos e instrumentos para el fortalecimiento de las instituciones del sector

Es claro para el Programa que los desarrollos logrados con su intervención no se podían sostener en el tiempo si no se fortalecían directamente a las entidades del sector en estas mismas temáticas logrando así no solo la comprensión de los temas, sino la transferencia total que permita una capacidad de gestión y de dominio conceptual que consolide el proceso de reforma y la articulación del nuevo reto de la protección social. De esta forma se fortalece la toma de decisiones a través de la recopilación de evidencia y el desarrollo de documentos técnicos en varias temáticas.

La orientación dada al Programa en la última etapa se encamina a la generación de habilidades y estrategias en los funcionarios del nivel central como en las regiones para que se *empoderen* de los desarrollos en salud y puedan continuar direccionando la reforma aún sin la presencia del mismo Programa. Es así como el PARS decide apoyar al MPS en el desarrollo e integración del componente de salud en el Sistema de la protección social, la conceptualización misma de la protección social y en la difusión y divulgación de las políticas sectoriales. Para todo lo anterior se plantean estrategias como la capacitación en gerencia social, el ajuste y estandarización de procesos en el MPS y la unificación normativa, así como el desarrollo de una propuesta comunicativa.

El PARS generó el espacio para la discusión y conceptualización de la protección social, con directivas del Ministerio, expertos del sector social y docentes de algunas de las universidades del país. Así mismo trabajó en el desarrollo de una oferta educativa y la capacitación a funcionarios del sector en el ámbito nacional que fortalecieran la capacidad institucional y de gestión de políticas públicas en protección social.



La iniciativa desarrolló programas de formación en gerencia social para la protección social, aprovechando la experiencia del INDES en los cuales se lograba una interrelación entre las reformas económica, social e institucional bajo un esquema interactivo de formación de las políticas, hacia la orientación de estrategias adaptativas, participativas y comprometidas con propuestas de cambio social para la consecución de la eficacia, eficiencia, equidad y sostenibilidad en el marco del beneficio social. Esta propuesta logra dejar además de un grupo de funcionarios capacitado, unas metodologías estandarizadas utilizando las herramientas de las tecnologías de información y comunicación (TIC) y del e-learning para continuar la capacitación en las subsiguientes fases del proceso de reforma.

Desde otro aspecto consolidar los avances del proceso de reforma obliga a una transformación de las diferentes dependencias del Ministerio, por ello el PARS se compromete a apoyar que la gestión administrativa sea lo suficientemente integrada, eficiente y eficaz para responder ante los retos de la modulación y del naciente Sistema de protección social, para ello se debía identificar, integrar, eliminar, simplificar, optimizar, estandarizar e implementar las mejoras en los procesos, del Ministerio de la Protección Social acción que deja 10 macroprocesos y 27 procesos que engloban el quehacer del Ministerio, en implementación. El ajuste y estandarización de procesos en el Ministerio ha generado que esta cartera se encuentre preparando el proceso de certificación de calidad bajo la norma NTCGP 1000/2004, de los procesos misionales de asistencia técnica y de apoyo de la contratación, denominado adquisiciones.

Un paso siguiente para el reordenamiento del sector en un proceso de reforma aún en maduración es superar la multiplicidad de normas que por el afán de darle claridad a las diversas acciones se desarrollaron regulaciones que en algunos casos no eran complementarias entre sí y generaban un factor de confusión adicional a los actores. El PARS acogió el planteamiento

nacional y se articuló con el proyecto de Racionalización normativa de la Secretaría Jurídica de la Presidencia de la República, trascendiendo de esta forma al sector salud. Se inventariaron un total de 1.884 normas de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales, expedidas desde el año 1886 hasta octubre de 2007 y se organizó un archivo físico del inventario de los pronunciamientos hechos por la Corte Constitucional (1991-octubre 2007) y del Consejo de Estado (1917-1966) que hoy día aclaran el marco regulatorio del Sistema quedando para la consulta general. A la fecha el Ministerio dispone del proyecto de Decreto único reglamentario y la compilación de normas con fuerza de ley.

Finalmente, el PARS se apoya en las estrategias de comunicación para la difusión de los avances logrados, no limitando este aspecto a un espacio de publicación sino que digitaliza los alcances para la consulta de la comunidad en general como una biblioteca de referencia de la reforma, incorpora los instrumentos y herramientas creadas a las dependencias para su empoderamiento y plantea una nueva orientación de las comunicaciones por medio de la Política de comunicaciones para el sector de la protección social.

## 5. Objetivo específico: Asegurar una oferta de servicios adecuada y corregir las distorsiones en el subsidio a la oferta existente

En el contexto de la implementación de la Ley 100 uno de los grandes retos era la transformación de roles y funciones de los agentes que actuaban en el sistema, especialmente los hospitales públicos, dado el cambio radical en su mecanismo de financiamiento y gestión. Esto implicó el desarrollo de un conjunto de estrategias orientadas a apoyar la permanencia de aquellos hospitales que fueran eficientes en proveer servicios de calidad, destacándose: la conversión de los hospitales públicos en Empresas Sociales del Estado (ESE), entidades autónomas que deben sostenerse con la venta de sus servicios; la sustitución gradual de las transferencias presupuestales (subsídios a la oferta), por

la generación de ingresos a través de la contratación de venta de servicios a las aseguradoras de los regímenes contributivo y subsidiado (subsidios a la demanda) y la autogestión de este tipo de entidades.

A partir de la Ley 100 se establece que los hospitales públicos se transformarán en entidades públicas descentralizadas, denominadas Empresas Sociales del Estado (ESE), con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, las cuales deben buscar la sostenibilidad financiera con la venta de sus servicios. Esta transformación ha creado un importante reto para los hospitales públicos, ya que bajo estas nuevas condiciones es imperativo que operen con criterios de calidad y eficiencia y necesitan adaptar sus procesos para un mercado competitivo, aprendiendo a mercadear, contratar, facturar y hacer control de sus costos. Así, desde el punto de vista funcional las instituciones se vieron obligadas a implementar o mejorar procesos gerenciales, administrativos y financieros, muchos de ellos inexistentes antes de la reforma.

De acuerdo con la Encuesta de Hogares de 2000, los hospitales públicos atienden dos terceras partes del total de hospitalizaciones en el país. Por tanto, la calidad de los servicios y la eficiencia en el gasto de estos hospitales son fundamentales para el sector salud. Los análisis de los problemas estructurales internos de los hospitales han destacado las siguientes áreas críticas: i) Una estructura de administración y prestación de servicios de salud sobredimensionada en sus recursos físicos y humanos frente a la demanda real de los mismos. ii) Elevados costos de producción asociados a cargos “ociosos” y a las altas cargas salariales y prestacionales.

Estos problemas surgieron principalmente durante los primeros años de implementación de la reforma cuando las entidades territoriales financiaron la extensión de la oferta de servicios de salud en los ámbitos municipal y departamental en manera duplicativa y autorizando aumento salariales mayor del promedio del sector público. Un estudio adelantado por el Ministerio de

Salud muestra que los empleados en sector salud crecieron de 86.000 en 1994 a 105.235 en 1997, un incremento relativo de empleo del 21%. La mano de obra representa en promedio el 66% de los costos recurrentes de un hospital de segundo o tercer nivel, en consecuencia el principal pasivo que los hospitales han acumulado por su crisis financiera e iliquidez corresponde a las obligaciones laborales (alrededor del 51% del total) -deudas por el no pago de salarios, beneficios laborales, no pago de pensiones y cesantías. Las restantes deudas correspondían a deuda con proveedores (26%), deudas financieras (7%) y el 16% restante está clasificado como otro tipo de deuda<sup>19</sup>.

Para abordar esta problemática el PARS en 1999 participa con recursos en el proyecto de Mejoramiento de la gestión hospitalaria<sup>20</sup> Crédito BID 716 - CO, el cual estuvo dirigido a financiar el proceso de ajuste y reestructuración hospitalaria, que en su fase piloto inicial benefició a 26 instituciones de segundo y tercer nivel de atención. Esta fase inicial tuvo varios resultados positivos, como se observa en la tabla 3.12, los cuales se refieren: i) se logró una reducción total de los costos de la planta de personal del 30,4%, favoreciendo la disminución de la brecha entre ingresos y gastos; ii) se redujo el volumen de camas subutilizadas, lo que permitió mejorar notablemente la productividad y el porcentaje ocupacional de las mismas; iii) se disminuyó el número de días de estancia de los pacientes; y iv) se pudo apreciar un incremento en el volumen de cirugías y consultas de urgencias, así como la disminución en actividades correspondientes a otros niveles de atención como partos vaginales y consulta externa. No obstante, y por efecto de otros factores que concurrieron, 4 de las 26 instituciones fueron finalmente liquidadas entre 2001 y 2004: los hospitales universitarios de III nivel de Barranquilla, Cartagena, Bucaramanga y el Hospital de Caldas.

---

19 Documento CONPES 3204 de 2002.

20 Este proyecto tuvo como objetivo ajustar las estructura de costos y redistribuir los recursos asignados para mejorar los niveles de productividad de las entidades.

**Tabla 3.12**

**Efecto sobre la producción de servicios y la productividad de los recursos en los 26 hospitales de niveles 2 y 3 reestructurados**

Item	1999	2000	variación %
<b>Estructura de gasto de personal</b>			
Costos de asignación básica (millones de pesos)	148.176	99.484	-33
Costos contribuciones inherentes( millones de pesos)	204.481	140.614	-31
Costos total nómina (millones de pesos)	352.357	242.698	-31
Costos indirectos (millones de pesos)	35.748	47.912	34
Número de cargos	15.363	10.609	-31
<b>Producción hospitalización</b>			
Número de camas	5.585	5.019	-10
Número de egresos	302.685	295.313	-2
Giro cama	54	59	9
Porcentaje ocupacional	80%	83%	4
Promedio días estancia	5.2	5.0	-5
<b>Producción cirugía y partos</b>			
Cirugías electivas	62.955	66.755	6
Cirugías urgentes	96.281	108.091	12
Número de cirugías	159.236	174.846	10
Cesáreas	24.230	21.924	-10
Partos vaginales	50.782	47.529	-6
<b>Producción consulta</b>			
Número de consulta externa	925.131	790.201	-15
Número de consulta urgencias	738.036	806.553	9

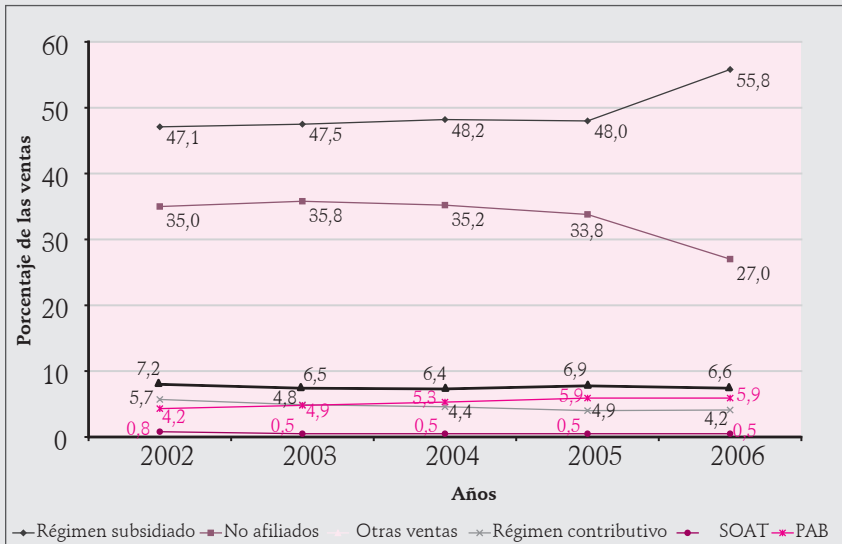
**Fuente:** Ministerio de Salud. Dirección de Mejoramiento de los Servicios de Salud- Informe ejecutivo de gestión.

El proyecto de Mejoramiento al cual se orientaron recursos del PARS, ha sido el punto de partida y considerado un estudio piloto que fundamentó el desarrollo del actual programa del MPS denominado Reorganización, rediseño y modernización de las redes de prestación de servicios de salud, cofinanciado con recursos del BID y ejecutado a través de la Dirección General de Calidad de los Servicios. Dicho programa tiene como objetivo apoyar la conformación de redes públicas de prestación de servicios en el orden departamental, hacia una operación integrada, en condiciones de viabilidad empresarial, técnica y financiera, permitiendo su sostenibilidad en el marco del sgss. Entre 2001 y 2005 este programa ha intervenido a 153 instituciones, adicionales a las 26 que apoyó inicialmente el PARS con los importantes efectos positivos mencionados.

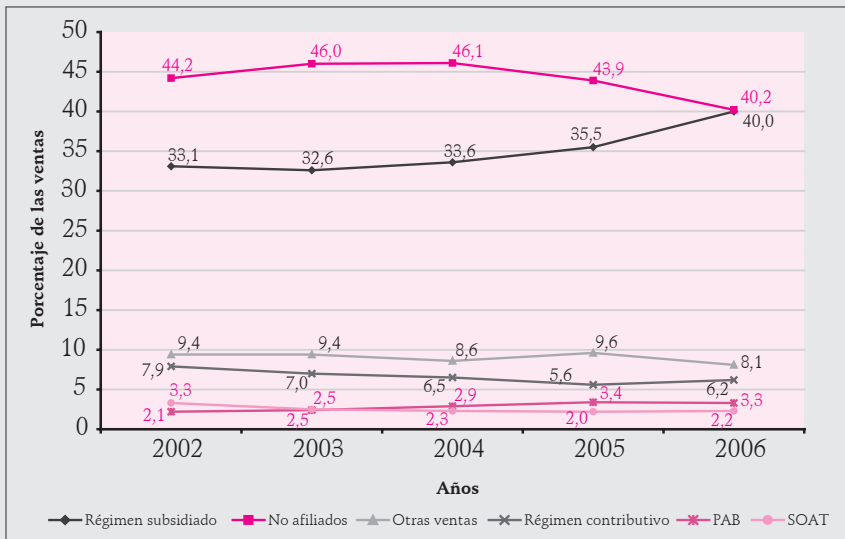
### Gráfico 3.5

Participación porcentual de los ingresos por venta de servicios de las IPS públicas para el total nacional, 2002-2006

Nivel I de atención



Niveles 2 y 3 de atención



Fuente: Dirección General de Calidad de Servicios. MPS. Información reportada por las IPS públicas-Decreto 2193 de 2004.

Frente al tema de transformación de subsidios a la oferta a subsidios a la demanda, el Programa desarrolló el proyecto de Metodología para la transición de subsidios de oferta a demanda, en el periodo 1999-2000 la cual apoyó la estrategia de transformación adoptada por el Gobierno nacional y permitió evidenciar limitantes reales e importantes al momento de la transformación a fin de evitar colapsos en la operación de la red prestadora. Entre las limitantes se destacan: la transformación de subsidios no puede darse en 100% ya que la cobertura del plan de beneficios del régimen subsidiado no es integral, especialmente en los servicios de mediana complejidad; por otra parte, existen prestadores de servicios que operan en condiciones de ineficiencia producto de su ubicación geográfica y la dispersión de la población y cuya presencia es necesaria para garantizar la prestación de los servicios de salud a la población. Así mismo, el Programa participó en la reglamentación de la Ley 715 de 2001 por la cual se dictan normas orgánicas para la distribución de recursos del sector salud, a partir de los cuales se especificaron las funciones de los fondos locales de salud, distribución y asignación de recursos incluida la atención de la población no asegurada.

Una forma indirecta de medir los avances en los procesos de transformación, es a través de la evolución de las ventas totales de las IPS públicas como se condensa en el gráfico 3.5. Nótese, como en el primer nivel de atención la participación del régimen subsidiado ha ganado importancia dentro de los ingresos de los prestadores públicos mientras que las ventas por atención a población no asegurada han disminuido. No obstante, es de destacar como en el segundo y tercer nivel de atención el ingreso más importante se deriva de la atención de no afiliados, lo que puede estar relacionado con la falta de integralidad del plan de beneficios del régimen subsidiado, pero que enfatiza la dificultad de realizar una transformación total de subsidios.

## 6. Objetivo específico: Establecer sistemas básicos de datos y sistemas de información para la gestión y monitoreo interno de la Reforma

Los procesos de modulación y definición de las políticas públicas ameritan que el Estado tenga la capacidad de obtener y producir los datos necesarios para la toma de decisiones informadas. Con este propósito el PARS desarrolló dos tipos de acciones:

- Generación de datos básicos asociados a los proyectos del Programa en sus tres componentes y en sus siete áreas temáticas
- Secciones dirigidas al diseño y desarrollo del Sistema integral de información para el sector.

El logro del objetivo se identifica en términos del alcance de la intervención desarrollada frente a los aspectos negativos que sobre sistemas de información y generación de datos se identificaron en la etapa de diagnóstico<sup>21</sup>, tal y como se observa en la tabla 3.13.

Además de los aspectos relacionados en la tabla 3.13 se debe resaltar que el PARS desarrolló gran parte de la normatividad necesaria para el funcionamiento del PILA, RUAPE, SISMED y recientemente el SAVAS, con el Decreto 4747 del 7 de diciembre de 2007, mediante el cual se establecieron varias disposiciones que regulan las relaciones entre los prestadores y pagadores, con el objetivo de proteger los derechos de los usuarios del Sistema general de seguridad social en salud (SGSSS). En el caso del SISMED ya se está recibiendo información de distribuidores, laboratorios y de mayoristas y se tiene el Código Único de Medicamentos (CUM) como otro aporte del PARS.

Se debe resaltar también que el PARS en el desarrollo del SISPRO ha logrado la coordinación con las diversas dependencias del MPS y entidades del sector de protección social y con entidades del

---

<sup>21</sup> La Reforma de Salud en Colombia y el Plan maestro de implementación. Informe final, 1996.



**Tabla 3.13**  
**Logros del PARS sobre**  
**sistemas de información y generación de datos**

Aspecto	Situación inicial (1996)	Logro
Suficiencia y oportunidad en la información	El Ministerio de Salud y la Superintendencia adolecían de información suficiente y oportuna con respecto al progreso de la reforma para tomar decisiones sobre la política, y el desarrollo de sus funciones regulatorias especialmente en lo referente a definir, regular, unificar y supervisar la información básica requerida para el funcionamiento del sistema del entonces Ministerio de Salud (MS).	Información clave para la toma de decisiones y metodologías para su generación y actualización periódica, en temas como UPC, POS, Cuentas de salud. Sistema integral de información para la protección social (SISPRO), bajo la perspectiva de un sistema de información gerencial para la toma de decisiones en la elaboración de políticas, el monitoreo regulatorio y la gestión de servicios, actualmente en proceso de implementación.
Sistemas efectivos de monitoreo	Se presentaba una lenta transformación de los procesos manuales a sistemas computarizados y no se contaba con sistemas efectivos de monitoreo. Los sistemas de información del Ministerio y de la Superintendencia debían desarrollar indicadores de calidad, de tal forma que se pudiera hacer seguimiento al cumplimiento de las regulaciones de manera tal que los elementos específicos de esta información estuvieran a disposición del público para la libre elección las entidades promotoras de salud y los proveedores con base en un conocimiento preciso de la calidad.	La operación del SISPRO está basada en el concepto de bodega de datos, donde se almacena información de múltiples fuentes mediante una plataforma de integración de datos, con lo cual se superan problemas en la generación y calidad de la información. Desarrollo de nuevos sistemas misionales. Como parte integral del SISPRO se cuenta con cinco nuevos sistemas: PILA, RUAFA, SISMED, SISSUB y SAVAS. El SISPRO contará con un portal que facilitará la consulta de información tanto para el Ministerio, las entidades del sector como para el ciudadano en general. Además se cuenta con minisitios web para el SISMED y el RUAFA. El desarrollo de los <i>Ranking</i> de IPS/EPS y del instrumento para su actualización periódica. Información al usuario y promoción de la competencia por calidad.
Eficiencia en la operación, confiabilidad de los datos que se reportan	El archivo de bancos de datos incluye cientos de entradas, pero no existe un sistema adecuado para identificar y tener acceso a ellos, además parece que en muchas áreas se duplicaba su recolección. Se requieren datos de las EPS, IPS y las entidades territoriales descentralizadas, tanto por el MS como de la Superintendencia, lo cual duplica significativamente la demanda de información y la carga administrativa en las entidades promotoras de salud y los proveedores, con aumento de los costos administrativos y la disminución de la eficiencia.	170 datos estandarizados del gobierno. Resultado que es muy importante pues trasciende el sector de la protección social, de hecho el SISPRO es considerado como impulsador del tema de sistemas de información en el sector gobierno. Se debe al esfuerzo interinstitucional que ha implicado no solo en la obtención de la información si no en su uso por parte de las entidades involucradas.
Cobertura y calidad de las fuentes proveedoras de datos	El Sistema de información en salud del Ministerio de Salud recolectaba datos de los proveedores en los sectores público y privado pero el cubrimiento de las entidades existentes era incompleto y los datos eran de diferente calidad y de validez incierta.	Estandarización de instrumentos para el reporte de información como es el caso de la planilla integrada de liquidación de deportes. La estandarización de instrumentos y de datos aumenta la calidad y certeza de la información, además no implica cambios importantes en los sistemas de información de las entidades proveedoras de datos.
Insuficiencia de personal	La dirección de Sistemas de información contaba con personal insuficiente para el volumen de trabajo a realizar. Se requerirá ampliar el número de personal analítico, programadores, y profesionales, que puedan prestar asistencia técnica para capacitar a los proveedores de información, supervisar la calidad de los datos.	La dirección de Sistemas sigue teniendo personal insuficiente dado el volumen de trabajo que se maneja en dicha área. Se puede decir que el PARS ha asumido responsabilidades del MPS que lo hace de alguna manera dependiente del Programa. Sin embargo se contempla que para el aseguramiento del SISPRO, este quede en marcha e institucionalizado en el Ministerio con el acompañamiento del equipo de consultores del PARS quienes continuarán laborando con recursos del Programa hasta la finalización del proyecto, en febrero de 2008 y con recursos del Ministerio por un par de años más.

**Fuente:** La Reforma de Salud en Colombia y el Plan Maestro de Implementación-Informe final 1996. Informes de gestión PARS

Gobierno nacional como la Agenda de Conectividad, el DANE, el DNP, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y la Vicepresidencia de la República, entre otros, con el propósito de que el SISPRO se articule y sea compatible con todos los esfuerzos que en materia de sistemas de información se adelantan en el Gobierno nacional.

Como efectos indirectos del desarrollo del SISPRO, se resalta el caso del PILA, el cual ha implicado la posibilidad de que los usuarios, independiente de la entidad bancaria en la que tenga su dinero, pueda realizar el pago de su aportes por internet, lo cual se considera un gran avance no solo para el sector de la protección social dada su potencial aplicación posterior para otros servicios.

Mención aparte merece la reciente implementación del Centro Táctico de Entrenamiento (CTE), del Ministerio de la Protección Social el cual ofrece a los funcionarios del Ministerio un espacio con tecnología de última generación para capacitarse en los diferentes componentes del Sistema integral de información de la protección social (SISPRO). El CET cuenta con treinta computadores de gran capacidad y velocidad, internet propio y permanente, dos aulas de capacitación independientes y un administrador de la sala. Desde su entrada en operación se han capacitado usuarios del Sistema de información de precios de medicamentos (SISMED), usuarios del RUAF y el grupo de soporte informático y de sistemas de información del MPS, en el aplicativo PISIS que es la plataforma de integración de datos del SISPRO.

## B. Resultados de los indicadores de proceso y desempeño

### 1. Indicadores de proceso

En la tabla 3.14 se presentan los resultados de indicadores de los procesos generados y apoyados por el Programa, que apuntan al fortalecimiento de las instituciones y a la generación de

cambios en las variables en aspectos críticos para el sector. Estos indicadores se determinan en cuatro áreas específicas:

- a. Modificaciones a la legislación y normas regulatorias, elaboradas y aprobadas por el Ministerio y atribuibles al Programa.
- b. Nivel de fortalecimiento de las instituciones al finalizar el proyecto.
- c. Formulación y adopción de políticas de capacitación y gestión de recursos humanos.
- d. Racionalización de la planta de recursos humanos en los 26 hospitales intervenidos con el Programa.

## 2. Indicadores de desempeño

Los indicadores de desempeño se han definido como aquellas variables del sector en que las por consecuencia de las acciones del PARS (cumplimiento de los objetivos) han tenido influencia, tal y como se observa en la tabla 3.15.

## C. Institucionalización y sostenibilidad de las acciones

La institucionalización de los productos del PARS, se evidencia en:

- Las propuestas técnicas adoptadas como políticas en el plan de desarrollo, tal es el caso del componente de recursos humanos en el periodo 2002-2006, la implantación del Sistema obligatorio de garantía de la calidad (SOGC), el desarrollo de una política general de comunicaciones para el sector de la protección social, el desarrollo del sistema integral de información SISPRO, la asistencia técnica para el mejoramiento de los procesos del régimen subsidiado en el nivel territorial, así como propuestas para el mejoramiento de instrumentos como el de focalización de beneficiarios-SISBEN, acogidas en el documento CONPES 055 de 2001.

**Tabla 3.14**  
**Indicadores de proceso PARS 1996-2007**

Proceso	Indicador adoptado	
	Área 1: Modificaciones a la legislación y normas regulatorias elaboradas y aprobadas por el MPS atribuibles al Programa	Área 2: Nivel de fortalecimiento de las instituciones al finalizar el proyecto
Incentivos y mecanismos para afiliación y recaudo	<p><b>Planes de beneficios</b> Resolución 3442 de 2006</p> <p><b>Afiliación y recaudo</b> Decreto 1703 de 2002 Acuerdo 233 de 2002 Decreto 1281 de 2002</p> <p><b>Supervisión Superintendencia Nacional de Salud</b> Decreto 1280 de 2002, posteriormente declarado inexecutable</p>	Planilla integrada de liquidación de aportes - PILA
Modulación del aseguramiento - Regionalización	<p>Acuerdo 191 de 2001 Ajustes al Decreto 1804 de 1999 y al Acuerdo 77 de 1997 Acuerdo 244 de 2003 Decreto 1281 de 2002 Proyecto de Decreto sobre Fondos Locales de Salud Decreto 1281 de 2002 Decreto 050 de 2003 Acuerdo 294 del CNSSS de 2005 CONPES Social 055 de 2001</p>	<p>Manuales y herramientas para la gestión territorial del régimen subsidiado.</p> <p>Estandarización de instrumentos para la captura de información de los actores y caja de herramientas.</p> <p>Metodología para el sistema de evaluación territorial.</p> <p>Metodología de asistencia para el mejoramiento de los procesos territoriales del régimen subsidiado.</p> <p>Oferta académica en la operación del régimen subsidiado.</p> <p>Estrategia comunicacional del régimen subsidiado.</p>
Fortalecimiento de los instrumentos de la reforma (POS, UPC, sostenibilidad financiera del sector, precios, cuentas de salud)	<p><b>Ajustes de la UPC</b> Acuerdo 00254 de 2003 Acuerdo 282 de 2004 Acuerdo 322 de 2005</p>	<p>Ajustes de la UPC.</p> <p>Lineamientos metodológicos para el ajuste de la UPC y del POS.</p> <p>Estandarización de datos para la recolección de información.</p> <p>Ajuste de los contenidos planes de beneficio.</p> <p>Guías para la actualización de la resolución 412 de 2000.</p> <p>Metodologías para la actualización de las guías y ajustes en el POS.</p> <p>Reconstrucción histórica de la formulación y ajuste del POS, base para nuevos ajustes.</p>
Diseño y desarrollo de la política de calidad de servicios	<p>Ley 715 de 2001 Decreto 2309 de 2002 Decreto 515 de 2004 Resolución 581 de 2004 Decreto 1011 de 2006 Resoluciones 1445, 1446 y 1043 de 2006 Resolución 1439 de 2002 Resolución 1474 de 2002</p>	<p>Desarrollo de la política de calidad de servicios.</p> <p>Asistencia técnica y guías.</p> <p>Campaña de difusión a usuarios para exigibilidad de la habilitación.</p> <p>Apoyo para el desarrollo del proceso de selección del ente acreditador.</p> <p>Estándares de requisitos para habilitación y acreditación.</p> <p>Metodología para la elaboración periódica del <i>Ranking</i> de EPS -IPS.</p>
Formación y ajuste de los recursos humanos del sector	<p>Ley 1164 de 2007 Decreto 2566 de 2003 del MEN Acuerdo 0003 de 2003 Decreto 1665 de 2002 del MEN Decreto 3616 de 2005 Decreto 1465 de 2005 Decreto 1931 de 2006</p>	<p>Reestructuración del programa de becas crédito y del Programa de servicio social obligatorio.</p> <p>Manuales de procesos y procedimientos.</p> <p>Guía para la asistencia técnica para el diseño e implementación legal, financiera y operativa de los programas de becas crédito y servicio social obligatorio.</p> <p>Modelo de evaluación docencia-servicio.</p> <p>Modelo de evaluación oferta-demanda.</p>

Continúa en la página siguiente

Continuación

Proceso	Indicador adoptado	
	Área 1. Modificaciones a la legislación y normas regulatorias elaboradas y aprobadas por el MPS atribuibles al Programa	Área 2. Nivel de fortalecimiento de las instituciones al finalizar el proyecto
Estandarización de procesos e instrumentos para el fortalecimiento de las instituciones del sector	Ley 715 de 2001. (Artículo 46)	Sistema de gestión jurídica en implementación. Curso en gerencia social con modalidad presencial y virtual (e-learning). Oferta académica instaurada y cursos de capacitación virtual. Documento con la compilación y actualización de la normatividad del sector de la protección social. Procesos en marcha para el ajuste organizacional del MPS.
Transición del subsidio de oferta a demanda		Estudios base para la estrategia de transformación adoptada por el gobierno nacional.
Mejoramiento de la eficiencia de prestadores		Reducción en el gasto y mejoramiento en los indicadores de productividad de los hospitales intervenidos (CONPES de 2002).
Generación de datos básicos diseño y desarrollo del sistemas de información para el sector	<b>SISPRO</b> Decreto 1465 de 2005 Decreto 220 de 2005 Decreto 1931 de 2006 Decreto 1637 de 2006 Resolución 2358 de 2006 Resolución 2947 de 2006 Resoluciones 4168 y 4316 de 2006 Aclaración a la Resolución 4316 de 2006 Resolución 255 de 2007	Gestión de datos, estructura sobre la que se desarrolla: SISPRO RUAF PILA SISMED SISUB SAVAS

Indicador adoptado	Línea de base		Resultado	
	Año	Dato	Año	Dato
<b>Área 3. Formulación y adopción de políticas de capacitación y gestión de recursos humanos</b>				
Demanda versus otorgamiento de becas crédito	2003	1458 Postulados/ 783 Otorgadas	2006	1023 Postulados/ 859 Otorgadas
Número de solicitudes de registro para programas de formación de personal auxiliar de salud año	2006	25 Solicitudes	2007	305 Solicitudes
Número de IPS evaluadas	2006	588 IPS	2007	708 IPS
<b>Área 4. Racionalización de la planta de recursos humanos en los 26 hospitales intervenidos con el Programa</b>				
Costos total nómina (Millones de pesos)	1999	352.357	2000	242.698
Costos indirectos (Millones de pesos)	1999	35.748	2000	47.912
Número de recursos humanos	1999	15.363	2000	10.609

**Fuente:** Informes de gestión del PARS, Informes de consultoría de proyectos del PARS, Normativas.

**Tabla 3.15**  
**Indicadores de desempeño de los objetivos del PARS 1996-2007**

Indicador adoptado	Línea base		Resultado		Diferencia
	Año	Dato	Año	Dato	Dato
<b>Objetivo 1. Mejorar la equidad mediante el aumento en la solidaridad y cobertura de servicios</b>					
Población afiliada al SGSSS	1997	50%	2006	84,26	34,26
Número de afiliados mediante subsidios parciales	2004	1'788.069	2006	2'112.748	324.679
Número de afiliados mediante subsidios plenos	2001	11'069.182	2006	17'983.662	6'914.480
Número de afiliados independientes contratistas	2003	323.000	2005	640.387	317.387
Gasto de bolsillo en salud	1993	43,7%	2003	7,5 %	36,2
<b>Objetivo 2. Desarrollar una estrategia para las regiones donde la competencia no es viable, en el marco de competencia regulada</b>					
Participación porcentual CCF	1999	17,60%	2005	43,60%	26,00%
EPS	1999	7,10%	2005	21,80%	14,70%
ESS	1999	72,80%	2005	25,50%	-47,30%
Otros	1999	2,5%	2005	9,1%	6,60%
Tamaño <i>pool</i> promedio	1998	35.678	2005	346.709	311.031
Número promedio de municipios de operación por asegurador régimen subsidiado	1998	13	2005	68	55
<b>Objetivo 3. Fortalecer la competencia en áreas donde sea factible y fortalecer los instrumentos de política existentes, como el POS, el POSS y la UPC, con el objeto de contribuir a la sustentabilidad financiera del sector</b>					
Valor anual de la UPC en el régimen subsidiado (Precios constantes 2007)	1997	232.796	2007	227.577	-5.219
Valor anual de la UPC en el régimen contributivo (Precios constantes 2007)	1997	375.579	2006	404.215	28.636
<b>Objetivo 4. Mejorar la eficiencia y calidad de servicios, a través del fortalecimiento de instituciones y entrenamiento de personal</b>					
Diferencia entre la tasa de satisfacción global entre IPS acreditadas y no acreditadas	1996	Sin dato	2006	19,10%	
Diferencia en el número de prestadores visitados-habilitados por el ente territorial y el número total de prestadores registrados en el periodo	2002	2,3%	2007	59%	56,70
<b>Objetivo 5. Asegurar una oferta de servicios adecuada y corregir las distorsiones en el subsidio a la oferta existente</b>					
Reducción costos de nomina	1999	352.357	2000	242.698	-31%
Número de camas	1999	5.585	2000	5.019	-10%
Porcentaje ocupacional	1999	80%	2000	83%	4%
Cirugías electivas	1999	62.955	2000	66.755	6%
Número de cirugías	1999	159.236	2000	174.846	10%
<b>Objetivo 6. Establecer sistemas básicos de datos y sistemas de información para la gestión y monitoreo interno de la reforma</b>					
Avances en el Sistema de información integral en salud - SIIS, ahora de la protección social (SISPRO)	1998	Desarrollos puntuales y dispersos	2006 2007	SISPRO: Sistema de gestión de datos. Implementación sistemas misionales: PILA, RUAÆ, SISMED, SISSUB, SAVAS	

Fuente: Informes de gestión del PARS, Informes de consultoría de proyectos del PARS.

- La normatividad expedida con base en los resultados y propuestas de los estudios técnicos como son: normas básicas para la puesta en marcha del SOGC, de los sistemas misionales del SISPRO como el RUAf y PILA en operación y del SISMED, sobre el ajuste anual de la UPC y la inclusión de medicamentos en el POS, la creación de incentivos para la afiliación y mecanismos para el control del recaudo y control de la evasión y elusión, la agilización en el flujo de recursos y la política de recursos humanos con claras directrices para su desarrollo.
- La adopción de instrumentos por el Ministerio en su quehacer cotidiano, como son: los lineamientos metodológicos para el ajuste anual de la UPC, la metodología para la actualización de los contenidos del POS relacionados con las enfermedades contenidas en la Resolución 412 de 2000 y de VIH/SIDA y enfermedad renal crónica, la metodología para la actualización de cuentas de salud y el desarrollo del módulo correspondiente en el SISPRO, el modelo oferta–demanda en recursos humanos, el modelo de evaluación relación docencia–servicios, la guía para la evaluación de los procesos de acreditación de las instituciones educativas de salud del sector formal y no formal, las guías para la habilitación, acreditación y auditoría, la metodología de asistencia técnica del régimen subsidiado, la metodología de selección de municipios para la asistencia técnica, los manuales para el mejoramiento de los procesos en el régimen subsidiado en los niveles central y territorial, el sistema de evaluación territorial (SET) en el régimen subsidiado, la metodología para la actualización periódica del *Ranking* de IPS y EPS y la metodología para la actualización y análisis de vigencia de la normatividad del sector.
- Las múltiples formas de comunicación que se establecieron entre el PARS y los distintos actores del Sistema, como fueron las campañas de información a la comunidad sobre los derechos y deberes en materia del SGSSS y ahora en protección social, sobre el conocimiento de la habilitación en los prestadores, los derechos y deberes de los usuarios del régimen subsidiado, el

minisio del PARS en la página web del Ministerio, como espacio de presentación al sector y al público en general de los estudios y resultados de la reforma en salud y promover la investigación y debate entre los estudios del sector y, las publicaciones de los estudios efectuados por el PARS y su presentación en eventos al sector académico y otros interesados en el tema.

- La contratación directa por el Ministerio de anteriores consultores del Programa, para asegurar la continuidad de las labores como parte del quehacer cotidiano en materia de calidad, recursos humanos, asistencia técnica al régimen subsidiado y ajustes del POS y la UPC. En este orden de ideas la sostenibilidad de las medidas e intervenciones del PARS se da tanto por el nivel de institucionalización alcanzado como por la dinámica misma del sistema, al ser incorporadas en el quehacer cotidiano por los funcionarios de las respectivas instituciones.

La sostenibilidad de las acciones se observa en:

- La obligatoriedad de la norma, que se presenta como la forma más efectiva de cimentar los adelantos logrados y ofrecer herramientas al Sistema para su implementación, consolidación y uso. En este sentido el PARS apoyó técnicamente la expedición de la Ley 1122 de 2007, la Ley 1167 de Talento Humano, la reglamentación de artículos de la Ley 100 de 1993, de la Ley 715 de 2001 y de normatividad para estructurar y poner en marcha diferentes políticas del sector.
- La aplicación de los instrumentos y metodologías que se han incorporado al quehacer cotidiano del Ministerio y de los actores del sector para el ajuste de la UPC y el POS. En el régimen subsidiado quedan como herramientas los manuales de proceso del régimen subsidiado y la Caja de Herramientas, de uso generalizado por los entes territoriales.
- Las diferencias en las dinámicas de implementación de las estrategias del PARS en los territorios. En algunos se han logrado destacados procesos de apropiación de las herramientas y se han implementado mecanismos de sostenibilidad mediante grupos de



seguimiento a los planes de mejoramiento como Huila y Caldas<sup>22</sup>, igualmente estos departamentos han logrado importantes desarrollos en los procesos de verificación de IPS como parte del Sistema obligatorio de garantía de calidad (SOGC).

Estos departamentos generaron mecanismos de transferencia coherentes con la lógica del ciclo de vida de un proyecto desplazando la acción del MPS hacia los entes territoriales estableciendo un segundo nivel de transferencia hacia los municipios, IPS y EPS de la zona. Por el contrario, existen territorios que presentan diversas limitaciones y dificultades con los procesos de institucionalización y sostenibilidad de los mismos entre las cuales se mencionan factores de orden público, limitada voluntad política, inestabilidad y alta rotación de los funcionarios en las instituciones, como se encontró en el seguimiento y evaluación desarrollado por la firma en Atlántico y Casanare.

- La oferta académica generada por el PARS ha sido incorporada por diferentes instituciones educativas dentro de los programas que ofrecen a la sociedad. Tal es el caso de los diplomados sobre gestión del régimen subsidiado y el curso de Gerencia social, a cargo de instituciones universitarias y educativas reconocidas de diversas regiones del país, incluyendo una oferta virtual.
- Los estudios y productos resultantes de los proyectos del PARS han servido de base para el desarrollo posterior de otros proyectos propiciando continuidad en las acciones originales del Programa. En este sentido se destacan los componentes de calidad y recursos humanos cuyas acciones han contribuido de manera importante en la expedición no solo de normas, sino también han servido para impulsar procesos en la implantación de las políticas respectivas.
- La capacitación y divulgación como estrategia para la institucionalización y sostenibilidad de las acciones por su efecto multiplicador ha sido apropiada por parte de los actores

---

<sup>22</sup> Evidenciado por Gesaworld en las visitas realizadas a los departamentos de Huila, Caldas, Atlántico y Casanare.

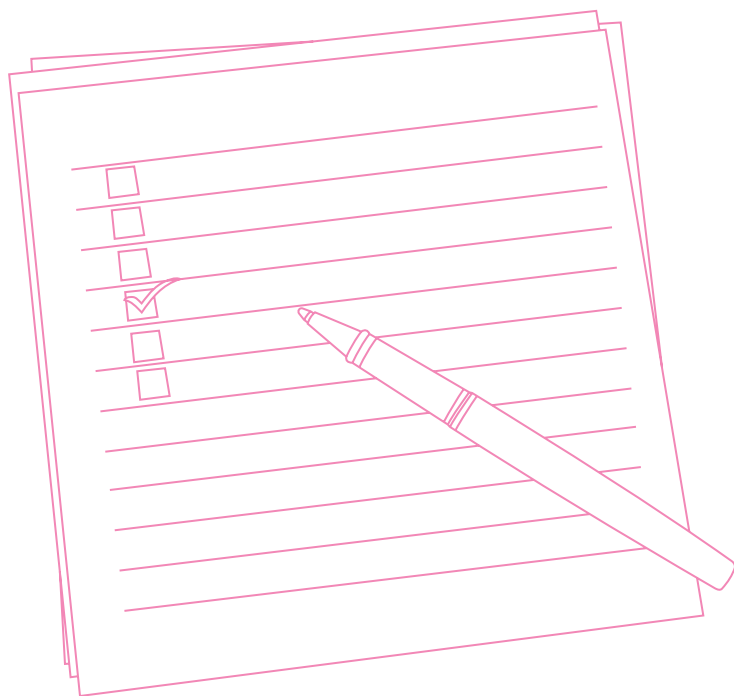
institucionales y funcionarios de base quienes finalmente desarrollan las tareas. En este sentido se destacan estrategias como los cursos virtuales y el Centro Táctico de Entrenamiento (CTE), el cual es una herramienta tecnológica potencial para el desarrollo de procesos de asistencia técnica posteriores.

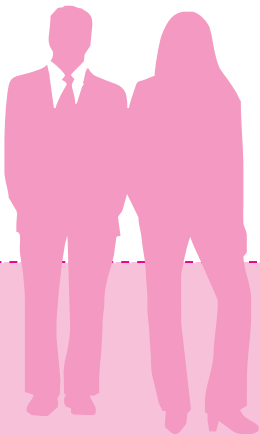
- El diseño de productos coherente con las propias dinámicas del sector es otra manera de facilitar la sostenibilidad de los mismos. Tal es el caso del SISPRO cuyo diseño dinámico permite en el tiempo el ingreso de nuevas fuentes de información, además de la estandarización de datos e instrumentos de reporte y la plataforma de integración automática de información al no afectar los sistemas propios de los proveedores de información facilita su sostenibilidad.
- Los esfuerzos interinstitucionales desarrollados por el PARS se convierten en una estrategia para la sostenibilidad que trasciende el sector salud. En este sentido se destaca el componente de recursos humanos con la promulgación del plan estratégico del Ministerio, para programas como el de becas crédito y servicio social obligatorio del personal de salud en el marco del Sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), el trabajo conjunto con los ministerios de Educación y Hacienda, la Presidencia de la Republica, Planeación Nacional y otros.
- La insuficiencia en la cantidad y calidad del recurso humano es una de las principales dificultades detectadas para la sostenibilidad de las acciones del PARS. En el nivel territorial el personal suele ser escaso y en muchas ocasiones inadecuado para las labores a desempeñar, además se presenta una alta rotación del personal en las direcciones locales de salud, aspectos que se convierten en un reto para el sistema.
- La sostenibilidad debe observarse también en lo que se requiere para asegurar la continuidad de las acciones, como la necesidad de establecer estrategias de capacitación y asistencia técnica que continúen con los logros alcanzados y reduzcan varios de los problemas que se presentan frente al recurso

humano especialmente en el nivel territorial. De igual modo, profundizar en los procesos de difusión y posicionamiento de temas como las guías logrando una mayor cobertura; cualificación de los recursos humanos en el nivel central que faciliten la apropiación de complejos estudios y herramientas técnicas, y el mejoramiento continuo y planificado de la capacidad tecnológica del sector.

- Finalmente un ejemplo claro de sostenibilidad es la transferencia y apropiación por parte de las direcciones del Ministerio de productos del PARS. Los estudios referentes a recursos humanos y la Caja de Herramientas del régimen subsidiado entregada a los nuevos alcaldes, ya han sido presentados como material propio.







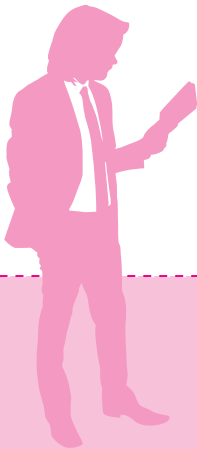


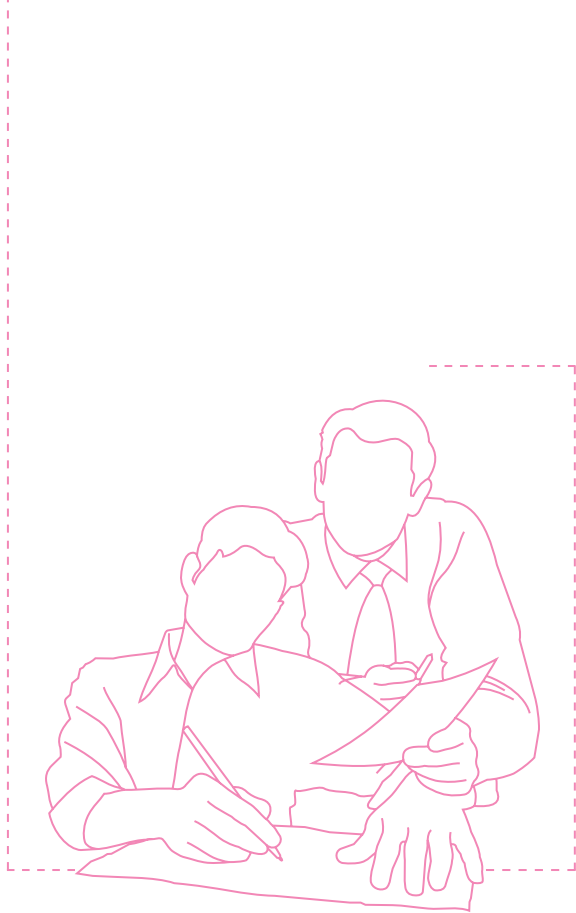
## Capítulo 4

Lecciones aprendidas

Conclusiones

Recomendaciones





## A. Lecciones aprendidas

Pocas reformas en el ámbito internacional han tenido la difusión académica, técnica y política, así como producido mayor debate profesional y gremial, como el que propició el Sistema general de seguridad social salud en Colombia. Bajo esta premisa, es claro que son diversas las lecciones que se pueden extraer de una experiencia de acompañamiento como la realizada por el PARS colombiano y que han sido de una forma u otra evidenciadas a través de su proceso de evaluación externa.

Estas lecciones aprendidas se pueden resumir de la siguiente manera:

- **Necesidad de que los programas o proyectos de esta naturaleza cuenten con una estructura formal, estable y lo suficientemente sólida** que permita asegurar la coherencia entre sus componentes estratégicos y sus acciones operativas. Esto para que el programa no pierda su “direccionamiento estratégico”, pero también lo suficientemente flexible para que permita el ajuste de las acciones del programa a las nuevas necesidades derivadas del normal desarrollo del proceso apoyado. En este sentido el PARS mostró una gran coherencia entre los proyectos desarrollados y los componentes previamente definidos, pero además contó desde su mismo diseño con un mecanismo de flexibilidad que le permitió ajustar sus acciones respondiendo de mejor manera a la dinámica propia de la reforma.
- En cuanto a la complementariedad y secuencia de las acciones, **la manera en que el PARS desarrolló sus acciones facilitó que**



los planteamientos al inicio del Programa fueran el soporte sobre los cuales se construyeron los ejes temáticos de las demás propuestas. Por tanto, este hecho se convierte en una estrategia recomendable especialmente para programas de “largo aliento”, entendiendo el hecho de que contar con unas bases sólidas en las etapas tempranas de ejecución, permite tomar rumbos de mayor certeza y convicción en etapas posteriores, de mayor complejidad y alcance.

- **La aplicación de múltiples estrategias de capacitación como un factor clave de éxito de los programas o proyectos.** El PARS aplicó diversas estrategias de difusión y capacitación diseñadas de acuerdo con el tipo de público al que iba dirigido y a sus necesidades específicas, tal es el caso del diplomado de Gerencia Social para funcionarios del nivel estratégico y directivo o las campañas de difusión dirigidas al público general. Otro aspecto destacado frente al tema de capacitación y factible de ser replicado, es la incorporación de las tecnologías de la información y la comunicación que facilitan el acceso al público objetivo y que pueden institucionalizarse más allá del proyecto que le dio origen. Este es el caso del Centro Táctico de Entrenamiento (CTE) que si bien se diseñó como estrategia para la capacitación de funcionarios del Ministerio en la implementación del SISPRO, podrá en el futuro convertirse en una herramienta de capacitación para otros procesos y proyectos.
- Aunque puede resultar obvio, la experiencia del PARS confirma que **los programas y proyectos tienen más posibilidades de ser exitosos si están respaldados con una alta capacidad técnica del equipo responsable de su direccionamiento estratégico.** En las consultas realizadas a diversos actores del sector se evidencia un reconocimiento casi unánime a la capacidad técnica del equipo directivo del PARS que en últimas tuvo credibilidad en el sector, así como una consistencia técnica en el desarrollo y alcance de sus acciones. Sin embargo, una alta capacidad técnica no es suficiente para el adecuado desarrollo de las acciones de un programa. La evaluación del PARS permitió identificar

cómo contar con mecanismos de soporte administrativo y financiero se configura también en un factor importante para tener en cuenta en el diseño, pero sobre todo, en la ejecución de los programas y proyectos.

- **Programas similares al PARS deben prever las dificultades que se pueden presentar en los complejos procesos de licitación y contratación de consultorías nacionales e internacionales** involucradas con el cumplimiento de sus líneas de acción, pues estos resultan críticos. Una de las razones por las cuales el Programa presentó problemas de ejecución en sus primeros años de operación se deriva de fallidos procesos de licitación que fueron declarados desiertos por falta de proponentes. En otras palabras los Programas deben diseñar sus procesos de contratación teniendo en cuenta la factibilidad de lograr los proponentes necesarios y apropiados, así como asegurar los procesos de gestión involucrados.
- La experiencia del PARS también demuestra **la importancia para la ejecución de programas y proyectos de “capitalizar” sus relaciones interinstitucionales y propiciar sinergias con otros proyectos e instituciones.** En este sentido el PARS alcanzó un importante posicionamiento de varias de sus acciones al lograr su incorporación en las “agendas” de otros programas gubernamentales o de instituciones afines. Este es el caso del SISPRO con la Agenda de Conectividad, recursos humanos con el Ministerio de Educación, la compilación normativa con la Presidencia de la República, por citar solo tres ejemplos. Una gestión interinstitucional planeada y sostenida en el tiempo, se convierte en una estrategia a tener en cuenta de cara al diseño y ejecución de nuevos programas y proyectos.
- **Respaldo institucional tanto de la entidad prestataria como de la entidad receptora.** Se destaca especialmente en los últimos años de operación del Programa como este logró mantener una interlocución fluida tanto con el BID como con las directivas del Ministerio de la Protección Social. Frente a este

último la lección aprendida es doble, en el sentido que la actual administración no solo ha respaldado al Programa sino además ha presentado continuidad. Los resultados más sobresalientes en términos de producción técnica coinciden con momentos de mayor continuidad tanto en el gobierno como en el Ministerio, lo cual indica la importancia de diseñar estrategias y mecanismos de institucionalización de este tipo de programas para disminuir los potenciales efectos negativos asociados a los cambios de gobierno y orientación política. Dicho de otra manera y sin que sea un aspecto del cual dependa exclusivamente la viabilidad de un programa o proyecto, la estabilidad de los cuadros directivos de las entidades receptoras y en últimas de la implementación de sus políticas, facilita el logro de las acciones previstas, su institucionalización y su sostenibilidad.

- **Necesidad que los programas y proyectos cuenten con mecanismos de transferencia adecuados** que faciliten la apropiación y posterior sostenibilidad de sus desarrollos. En este sentido y a pesar de que el PARS tuvo en cuenta este aspecto desde sus inicios, los resultados no fueron siempre homogéneos y por tanto se generaron diferentes niveles de apropiación de los productos por parte de los actores institucionales receptores. Por ello, es necesario también que los programas y proyectos similares estandaricen sus estrategias de transferencia, superando la compatibilidad e incompatibilidad entre consultores y funcionarios. La cuidadosa definición de los procesos de transferencia hacia las instituciones, profesionales y técnicos del sistema se convierte en un factor crítico, pues son los actores los verdaderos encargados de “medir” los resultados e impactos de este conjunto de intervenciones.
- **Planificación de los programas que incluya elementos de previsión de los “tiempos políticos”**. Un programa de apoyo sectorial de largo alcance como ha sido el PARS, sometido a más de una década de ejecución, procesos de extensión, varios gobiernos y administraciones sectoriales, estará siempre sometido a los vaivenes de los cambios normativos y políticos, así como a los

cambios en el marco del pensamiento ideológico y a la lógica económica imperante, factores que por más que se quiera, inevitablemente afectan la definición y aplicación de las políticas públicas. Es por ello, que se hace imperioso desarrollar una cuidadosa planificación de cara a los tiempos políticos y técnicos, por una parte, y a la clara identificación de la capacidad técnica de la contraparte institucional para sacar adelante los procesos de cambio.

- **Análisis de las estructuras vigentes de las entidades receptoras de los productos asociados a los programas y proyectos.** Todo proceso de apoyo a reformas sectoriales, y especialmente en materia del sistema de la protección social, dada su alta sensibilidad y vinculación a resultados de diverso nivel de visibilidad, exige desde un inicio, un cuidadoso proceso de análisis de las estructuras vigentes de la entidad receptora frente a los requerimientos que el desarrollo de las temáticas podría generar, tanto en términos de la capacidad indicada para asumirlas, como de la capacidad de desempeño para sacarlas adelante. En otras palabras, un análisis de situación institucional se configura como el punto de partida para asegurar la posterior transferencia y sostenibilidad de los acciones de los programas y proyectos, pues permite planear el ajuste de procesos y de funciones en la entidad receptora.
- **Gestión de recursos adicionales.** La experiencia del PARS plantea a las unidades directivas y operativas de otros programas y proyectos, la inquietud de desarrollar estrategias para la consecución de diversas fuentes de financiación. En este sentido se destaca como el PARS para la implementación del SISPRO ha logrado que además de los recursos del Programa, confluyan recursos de entidades como la Agenda de Conectividad, el

Se aplicaron múltiples estrategias de capacitación como un factor clave de éxito de los programas o proyectos. El PARS adoptó diversas estrategias de difusión y capacitación diseñadas de acuerdo con el tipo de público al que iba dirigido y a sus necesidades específicas, tal es el caso del diplomado de Gerencia social para funcionarios del nivel estratégico y directivo o las campañas de difusión dirigidas al público general.

La experiencia del PARS también demuestra la importancia para la ejecución de programas y proyectos de “capitalizar” sus relaciones interinstitucionales y propiciar sinergias con otros proyectos e instituciones.

Programa de Renovación de la Administración Pública (PRAP), además de contar con el respaldo de la Vicepresidencia de la República.

- **Unificación de criterios.** En programas que contemplan la participación de diversos actores, problemáticas y espacios de intervención, cortas ejecuciones y necesidad de asegurar pertinencia de sus acciones, es clave contar con instrumentos que permitan definir desde un inicio criterios claros

de funcionalidad, pertinencia y calidad. En este sentido se destaca como el PARS definió sus propios manuales de contratación, aspecto crítico en su gestión.

- **Importancia de gestionar con éxito los créditos externos.** Esta modalidad de financiamiento, tan habitual en países en desarrollo, se constituye en una alternativa útil para impulsar procesos de transformación de gran magnitud en un país, pues además del aporte económico inherente al crédito mismo, brinda la posibilidad de generar incentivos que proveen estabilidad y sostenibilidad del acompañamiento a los procesos de cambio, entre otros aspectos y asegura que lecciones aprendidas en otros contextos se constituyan en una fuente de amplia referencia internacional respecto a intervenciones similares que en últimas generen un marco de evidencia para impulsar el desarrollo.

## B. Conclusiones

La conclusión básica de la evaluación del PARS, se centra en la importancia que una experiencia de direccionamiento y asistencia técnica de este tipo, bien diseñada y conducida puede llegar a tener de cara a la consolidación de una reforma sectorial, máxime, dadas las consabidas limitaciones de recursos e información estratégica para la toma de decisiones con que habitualmente

cuentan las estructuras de gobierno en los inicios de este tipo de procesos de transformación sectorial.

La evidencia analizada indica que el PARS ha producido conocimiento especializado dirigido a impactar la política pública, la reglamentación de los temas centrales de la reforma, y las necesidades de buena parte de los principales actores del sector; alcances que corresponden y son consistentes con las principales líneas de trabajo. Por tanto, se evidencia una importante cantidad de producción técnica y documental emanada de los estudios y proyectos impulsados por el PARS, lo que en sí mismo, se constituye en un importante valor agregado para el sistema en materia de producción académica y técnica para la toma de decisiones.

En este sentido se deja un gran conjunto de metodologías que producen patrones o esquemas operativos que a su vez facilitan la utilización de las herramientas diseñadas en los diferentes estudios técnicos. Ejemplo de ello es el cálculo sistemático de la UPC, caso bastante visible y documentado en que el Programa aporta los lineamientos metodológicos para el ajuste anual de la unidad de pago, que se constituye en el eje medular del modelo financiero del sistema. En tal sentido este esfuerzo y la documentación correspondiente, incluye la reconstrucción histórica e instrumental de definiciones, prioridades y ajustes del POS para la formulación de recomendaciones sobre políticas e instrumentos de ajuste en el nuevo contexto del SGSS.

## 1. Frente al cumplimiento de las acciones y recursos programados

Desde el punto de vista de las acciones y recursos programados se puede afirmar que el PARS obtuvo un cumplimiento prácticamente total de los recursos previstos. Es así como el Programa logra una ejecución del 93% de las acciones y del 100% de los recursos programados. La ejecución del total de los recursos es un aspecto de resaltar, pues el haber cumplido con su cometido no solo permite credibilidad por la seriedad en los planteamientos

asumidos por la nación, sino que muestra la oportunidad de las acciones con relación al proceso apoyado.

En cuanto a la adopción de los productos del PARS, los resultados son también muy positivos: de 56 productos principales claramente identificados solo tres no presentan evidencia de adopción completa o parcial. Estos productos se caracterizan por ser estudios puntuales y básicamente de tipo exploratorio.

El principal aspecto que limitó este desempeño lo constituye su propia duración, que estuvo muy por encima de lo proyectado inicialmente (once años versus cuatro años programados originalmente). Sin embargo esta situación tiene sus matices:

- Dificultades enfrentadas en complejos procesos de contratación de consultorías.
- Una incipiente capacidad institucional al principio del Programa, sumada a un imprevisto, lento pero necesario proceso de aprendizaje.
- Confluencia de proyectos de gran complejidad que demandan tiempos más extensos de ejecución.
- Factores propios de contexto y cambios de líneas de gobierno que fueron marcando diferentes líneas de prioridad en materia de apoyo a la reforma en salud.

La evidencia obtenida en la evaluación hace pensar en la necesaria revisión de los tiempos de ejecución de los programas de apoyo a procesos de reforma, dentro de ambientes tan complejos como el adelantado en el caso colombiano, pues cuatro años y en ese momento histórico y analizándolo ahora, no resulta un tiempo muy realista. Por ello, la ejecución de un programa de apoyo y acompañamiento a un proceso social de esta magnitud y como el planteado por la reforma colombiana, visto ahora diez años adelante y con más camino recorrido, no estaba diseñado para ser ejecutado en tan corto periodo de tiempo.

## 2. Frente a la gestión

El Programa supo asumir los retos del sector de manera paralela con la transformación del Sistema de seguridad social y en el último periodo resistió la fusión de estructuras y la emergencia del nuevo modelo de protección social, que aportan una visión mucho más ambiciosa de cambio. De esta situación dan cuenta proyectos como el de capacitación en gerencia social.

Se destaca la definición original de una estructura de gestión especializada, que posteriormente se vió complementada por estructuras institucionales transitorias como lo fuera el Grupo líder de apoyo técnico (GLATC) que posteriormente involucró a consultores de transferencia, que facilitaron en buena medida la coordinación de acciones y transferencia de conocimiento entre el PARS y el Ministerio de la Protección Social.

Por otra parte, un elemento a destacar tiene que ver con la intervención de los operadores externos encargados de la administración de los fondos del programa. La evaluación califica como positiva esta experiencia, a pesar de su complejidad y de la necesidad de establecer una estrecha articulación con la unidad de gestión técnica y administrativa, pues este rol fue de gran ayuda en el manejo de los recursos. Sin embargo, y de cara a operaciones futuras, se debe tener en cuenta el costo generado por tal intervención frente a la ganancia efectiva y el valor agregado de la misma. No es útil tener una figura de intermediación en el manejo de los recursos, sino está acompañada de una consejería para la búsqueda del mejor cumplimiento de los planes. Tal es así, que la estructura interna del programa responsable del manejo financiero, generó competencias en el manejo de créditos externos que permitieron el seguimiento a cada uno de los proyectos y sus rutas críticas de acción que superaron los obstáculos administrativos presentados, lo que hace con el tiempo valorar como poco trascendente o incluso innecesario delegar totalmente esta responsabilidad en un operador externo.



### 3. Frente a los logros

El Programa tuvo importantes efectos positivos de cara a la interrelación de su producción técnica con su principal receptor institucional como fue en su momento el Ministerio de Salud y en la actualidad, el Ministerio de la Protección Social.

De igual forma los demás actores del sistema recibieron y adaptaron buena parte de los instrumentos y herramientas de la producción técnica del PARS, aunque como es de esperar con diversos grados de intensidad y apropiación, dependiendo del momento institucional y el nivel de relacionamiento estratégico, técnico y político del Programa con las autoridades nacionales, territoriales y el mismo sistema.

El PARS aportó al Ministerio de la Protección Social no solo asistencia técnica y transferencia progresiva de conocimientos a sus directivos y funcionarios, sino que logró posicionar temas fundamentales como la calidad en áreas estratégicas de la entidad y en la política del sector.

En este sentido el Programa logró incentivar a la estructura institucional a que generara una nueva forma de valorar la calidad que se tradujo entre otros aspectos, en la adopción de nuevas estructuras que permiten la apropiación del lenguaje y los contenidos del modelo, así como la construcción de nuevas propuestas institucionales, como fue la creación de la Dirección General de Calidad de servicios, el agendamiento estratégico del tema de la UPC y la necesidad de su ajuste anual por medio de una metodología claramente definida y aprobada por el CNSSS. Sin olvidar destacar los aportes del PARS que han ido más allá del mismo sector salud, tal es el caso de las acciones del componente de recursos humanos que terminó permeando con sus propuestas los sectores salud, trabajo y educación.

Desde la transformación del Ministerio de Salud a Ministerio de la Protección Social se asume una nueva mirada sobre el papel del Estado no solo con una responsabilidad desde los

sectores sino desde una cosmovisión de la protección que demanda una integración no solo funcional sino de de beneficios a los ciudadanos. Bajo este concepto se concibe el Sistema integral de información de la protección social (SISPRO), que permite identificar los beneficiarios actuales y potenciales de las prestaciones para de esta manera ofrecer acciones integrales en beneficio de la población más vulnerable.

En esta misma línea se encuentra en construcción una cultura de gerencia para la protección social con una visión como sistema en la que se da énfasis al concepto de valor público, está en proceso de implementación el ajuste organizacional en el Ministerio, bajo el direccionamiento estratégico de este nuevo sector y se dispone de la integración, compilación y actualización de la normatividad de la protección social, facilitada por una de las intervenciones técnicas del programa.

El trabajo de investigación y asistencia técnica impulsado por el PARS, ha sido realizado en conjunto con los mejores centros académicos del país y muchas de las firmas de consultoría más reconocidas en el sector e incluso en el ámbito internacional. Las recomendaciones de política y reglamentación que ha formulado el Programa se basan en la evidencia que arrojan los estudios técnicos realizados. De igual modo, el modelo de transferencia del conocimiento al Ministerio de la Protección Social facilita la posterior implementación y continuidad de las propuestas, y deja en claro la necesidad de diseñar políticas con base en estudios que produzcan evidencia.

El Programa supo asumir los retos del sector de manera paralela con la transformación del Sistema de seguridad social y en el último periodo resistió la fusión de estructuras y la emergencia del nuevo modelo de protección social, que aportan una visión mucho más ambiciosa de cambio.

#### 4. Frente a las estrategias

El Programa presenta una importante coherencia entre las estrategias utilizadas y el propósito central del mismo. El 49,57%

de los contratos ejecutados correspondieron a labores de asesoría y asistencia técnica y el 32,17% a estudios indicativos relacionados con las principales líneas de apoyo a la reforma, que dejan para el sector y el país en general un invaluable bagaje técnico, teórico y conceptual.

En esta misma línea se encuentra en construcción una cultura de gerencia para la protección social, con una visión como sistema en la que se da énfasis al concepto de valor público, está en proceso de implementación el ajuste organizacional en el Ministerio, bajo el direccionamiento estratégico de este nuevo sector y se dispone de la integración, compilación y actualización de la normatividad de la protección social, facilitada por una de las intervenciones técnicas del programa.

De todas formas, y en términos generales, los resultados de la evaluación evidencia la necesidad de hacer un mayor esfuerzo por definir estrategias y mecanismos de difusión permanente, que permitiera al PARS comunicar sus alcances, productos y resultados de una manera sistemática y permanente tanto en el Ministerio y los entes territoriales, como a los demás actores pertinentes en el sistema. Se presentó especialmente al inicio de la ejecución un limitado acceso y escasa divulgación de los productos. Faltó una estrategia de comunicación de resultados claramente definida desde sus inicios, por lo que se limitó así la posibilidad de retroalimentación durante todo el periodo de ejecución.

La operación técnica habitual basada en la contratación de firmas externas generó un limitado reconocimiento del Programa. Si bien, esta visibilidad no era de por sí una pretensión del PARS en sus orígenes, la falta de la citada estrategia de divulgación durante todo el proceso, si produjo en algunos beneficiarios lo que se podría llamar “falsos imaginarios”. La falta de refuerzo en comunicaciones internas en el Ministerio y entre instituciones del sector, relaciones con la prensa, marketing de las actividades y productos, aprovechamiento de radio comunitaria y en general poderle llegar a muchas personas respecto a lo que el PARS hacía es una evidente falencia.

Una fuerte estrategia de divulgación de resultados claramente definida desde el principio habría logrado una mejor visualización de resultados, tanto en los actores del sector como en la comunidad en general, lo cual habría permitido procesos de retroalimentación más eficientes con aportes de diversos actores del sistema en acciones de cooperación y estrategias para la implementación.

En todo caso, no se puede desconocer especialmente en la etapa final de ejecución, como las estrategias comunicativas tuvieron una mayor relevancia y valor potencial en el proceso de institucionalización, pues en primera instancia brindaron herramientas que facilitan la comprensión por los actores de las propuestas técnicas, como ejemplo, para la apropiación del proyecto del SOGC.

Esto además de generar estrategias de marketing social en medios masivos, promueve el uso de elementos distintivos para la exigibilidad de los derechos de la calidad por parte de la comunidad, que permite una rápida incorporación de la normatividad existente y por tanto una amplia cobertura en el cumplimiento de normas como el registro de habilitación por parte de los prestadores. En segunda instancia propician una identidad editorial en proceso de consolidación, que identifica los objetivos públicos y los resultados de la reforma, materializando este esfuerzo a través de la creación de un sitio web para la difusión documental, la realización de eventos, la presentación de los resultados, publicaciones, la preparación de resúmenes, el envío de las publicaciones en medio impreso y magnético para una amplia gama de interesados.

El trabajo con los entes territoriales por regiones fue un elemento muy bien valorado por parte de los diferentes actores, y como no serlo en un país de gran variabilidad cultural y geográfica, donde habitualmente y como suele ser usual en Estados mayoritariamente de corte centralista, las regiones se sienten históricamente abandonadas de las estructuras centrales, no sienten

el acompañamiento debido en los procesos y les toca acudir a una alta dosis de creatividad para adoptar los procesos.

Por tanto, es fundamental que se generen los espacios para vincular los resultados e intervenciones del programa a la realidad territorial del sistema. Acciones que muchas veces por la elevada carga laboral de habitualmente acompaña la labor de los funcionarios del nivel central, son imposibles de desarrollar con los recursos habituales.

## 5. Frente a los contratos de préstamo

El contexto de contratación con el organismo financiador, se fundamenta en el propósito de desarrollar y afianzar relaciones estratégicas duraderas orientadas al desarrollo de proyectos para el fortalecimiento de la infraestructura social, así como para la profundización instrumental de los procesos de reforma.

Lo que para el caso que nos ocupa, se focalizó en dar asistencia financiera y administrativa a un programa de apoyo a la reforma sectorial, que en sí mismo requirió de la adopción de instrumentos y técnicas de contratación complejas, que a su vez, experimentaron procesos de mejora y ajuste propios de un momento en el cual, el Estado colombiano y el sector salud en particular, no contaban con el suficiente *know how* y experiencia específica para conducir fácilmente dicho proceso desde sus primeras etapa de implementación. Proceso que permitió transitar hacia otro estadio, en el que ya se cuenta con herramientas de gestión específicas para la contratación y gestión de proyectos sociales, por lo que se puede afirmar que el PARS además de su propio aporte al sector ya analizado en detalle, ha aportado al país una experiencia de aprendizaje importante en la gestión de créditos externos con la banca multilateral.

Como es habitual en estos casos, el manejo de los créditos se relaciona directamente con la planeación y ejecución programada. Los desfases en tiempo sobre procesos contractuales, ejecución

y giro de recursos, producen comisiones e intereses incrementales sobre la deuda. En todo caso es importante resaltar que factores externos como las políticas fiscal y cambiaria, las reformas tributarias y la crisis económica experimentada por el país, demandaron por parte del PARS un esfuerzo adicional en el manejo de las finanzas.

Es importante pensar que este tipo de operaciones de crédito, no solo permiten un gran aprendizaje y documentación del proceso de formulación y negociación, sino lo más valioso es la cultura organizacional que se fomenta alrededor de la ejecución, valorado desde la óptica de la concertación entre actores, el acompañamiento a la gestión descentraliza del Sistema y la movilización de las diferentes fuerzas de la sociedad en torno a una construcción conjunta de país a partir de la construcción de fortalezas internas.

## 6. Frente al logro de los objetivos

En este sentido un elemento clave a resaltar tiene que ver con el sistema de información. Toda reforma para cumplir cabalmente sus objetivos debe descansar sobre una plataforma de información que le permita conocer debidamente su punto de partida y los elementos clave que intervienen en la consecución de sus objetivos estratégicos. Contar con un sistema de información integral (aun en etapa de diseño e implementación) que soporte la toma de decisiones del sector, es un gran avance para el Ministerio y para todo el Sistema de la protección social en general. El sistema integral de información permite disminuir la incertidumbre en la fundamentación para la toma de

El trabajo de investigación y asistencia técnica impulsado por el PARS, ha sido realizado en conjunto con los mejores centros académicos del país y muchas de las firmas de consultoría más reconocidas en el sector e incluso en el ámbito internacional. Las recomendaciones de política y reglamentación que ha formulado el Programa se basan en la evidencia que arrojan los estudios técnicos realizados. De igual modo, el modelo de transferencia del conocimiento al Ministerio de la Protección Social facilita la posterior implementación y continuidad de las propuestas, y deja en claro la necesidad de diseñar políticas con base en estudios que produzcan evidencia.

decisiones, potenciando el papel del Programa como impulsador de desarrollos.

El Programa presenta una importante coherencia entre las estrategias utilizadas y su propósito central. El 49,57% de los contratos ejecutados correspondieron a labores de asesoría y asistencia técnica y el 32,17% a estudios indicativos relacionados con las principales líneas de apoyo a la reforma, que dejan para el sector y el país en general un invaluable bagaje técnico, teórico y conceptual.

Adicionalmente y en materia de información estratégica, es notable que el PARS aporta al sistema de la protección social importantes desarrollos metodológicos, entre ellos la determinación del equilibrio financiero del Sistema y la suficiencia de la UPC, ambos aspectos de vital importancia estratégica para el sistema en materia de regulación de precios y equilibrio financiero.

Respecto al Sistema de garantía de calidad, la articulación permanente entre los tres componentes que se intervinieron (auditoría, habilitación y acreditación), logró una interdependencia que permitió

un ciclo de gestión orientado a la calidad de forma integral en los diferentes actores del Sistema de seguridad social en salud, generó empoderamiento por parte de la comunidad frente a la exigibilidad de sus derechos y ha posibilitado un cambio cultural positivo en todos los actores del sector aportando metodologías para la aplicación y la autogestión como elemento fundamental en el compromiso de la calidad. Por otra parte, y en esta misma línea, un logro notorio fue el desarrollo de guías de atención las cuales generan tanto criterios técnicos y de calidad para la atención de los pacientes, estos esfuerzos permiten una articulación de los actores del sector y unos lineamientos claros para la operación del sistema.

En materia de apuntar a uno de los objetivos clave de la reforma como es la consolidación del régimen subsidiado, una de las intervenciones más notables del programa estuvo dada por el proyecto de Asistencia técnica al régimen subsidiado, el cual y hecho tangible a través de la Caja de Herramientas para la

gestión territorial del régimen subsidiado en salud, entregó un relevante aporte que permite a los territorios afrontar dificultades como: alta rotación de personal, incipiente capacitación en los procesos de gestión, entre otros. Es importante resaltar que esta estrategia es una de las de mayor recordación en las regiones y de mayor utilidad por el personal territorial aún para aquellos que no estuvieron en la intervención directa del PARS.

La Iniciativa de capacitación en gerencia social para la protección social es otro aporte primordial, no obstante es importante su mayor difusión. En este contexto queda la metodología para la capacitación y el aprovechamiento de tecnologías de la información que faciliten su cobertura. De igual forma, los efectos sobre el sgsss del proyecto de Integración y racionalización normativa en salud, pensiones y riesgos profesionales (ordenamiento jurídico y compilación normativa del sistema de la protección social) generan claridad en el marco regulatorio vigente y una metodología para la continuidad de este logro.

Por último una de las intervenciones del Programa de mayor resonancia e impacto intersectorial lo constituye el área de recursos humanos. Es importante el papel que desempeñó este componente para el PARS, pues al fundamentarse en un sólido trabajo intersectorial, fomentó la acreditación como elemento obligatorio para el desarrollo académico, creó conciencia sobre las necesarias mejoras en la oferta educativa necesaria para consolidar el proceso de reforma e influyó desde un punto de vista normativo en el desarrollo y adecuación del talento humano en las instituciones formadoras en salud. Así, se destacan los aportes en la evaluación de la relación docencia-servicio que se propicia en los espacios de formación de las IPS; el reconocimiento y actualización de la oferta y demanda del recurso humano en salud así como los incentivos para una mejor distribución en el país; el reordenamiento y justificación de los programas académicos que se requieren para el personal auxiliar en salud y la consolidación de resultados para el proyecto de Ley en Talento Humano.



## 7. Frente a la institucionalización y sostenibilidad de las acciones

Las verdadera institucionalización y sostenibilidad de los productos del Programa, solo será posible cuando el sistema en su conjunto sienta como propios estos desarrollos, lo cual solo podrá darse cuando su diseño sea suficientemente participativo, su divulgación y difusión tan extensa que permita que el usuario final del Sistema, encuentre en sus resultados un claro referente conceptual y metodológico del cual apoyarse para su propio proceso de toma de decisiones.

La oferta académica resultado de las acciones del PARS, también se configura como un importante elemento de institucionalización y sostenibilidad al lograr que desarrollos “incubados” en el PARS formen parte de los portafolios de servicios de instituciones educativas. Tal es el caso de los diplomados de gestión del régimen subsidiado y los programas de especialización en gerencia social entre algunos desarrollos que se lograron evidenciar a lo largo del proceso de evaluación.

### C. Recomendaciones

Del ejercicio de identificación de las lecciones aprendidas y de las conclusiones de la evaluación se desprenden las siguientes recomendaciones:

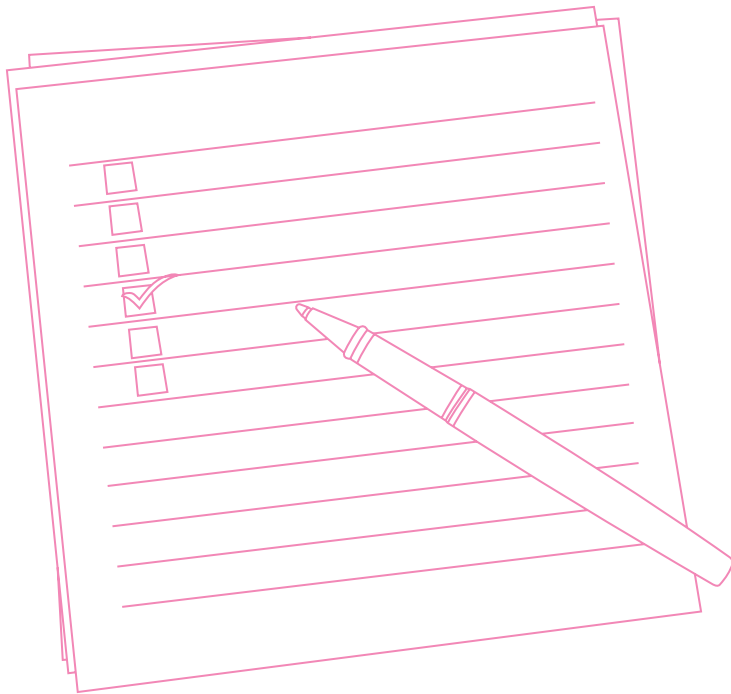
- Desde el punto de vista de la consolidación del Sistema integral de información para el sistema de la protección social (SISPRO), se deberá garantizar la disponibilidad de los recursos financieros, técnicos y logísticos requeridos, así como la implementación de una política institucional en esta materia que determine el marco de actuación a futuro y las condiciones para la continuidad a la aplicación de las metodologías producidas por parte del Programa.

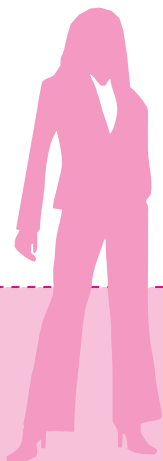
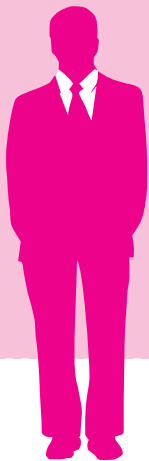
- En materia de acompañamiento territorial, se recomienda dar continuidad a los procesos de acompañamiento a los entes territoriales especialmente en temas como la operación del régimen subsidiado y la implementación del Sistema obligatorio de garantía de la calidad. El Ministerio de la Protección Social deberá impulsar políticamente y financiar la continuación de estrategias de asistencia técnica y capacitación en este campo, así como para fortalecer la formación y capacidad resolutive del capital humano en los entes nacionales o territoriales, como actores vitales de todos los procesos de cambio. De igual forma, se deberá elaborar y poner en marcha un plan de seguimiento a las acciones de capacitación que deben ejecutar las entidades territoriales y verificar si estas cuentan con la capacidad técnica y económica para adelantar los procesos necesarios de rectoría en su territorio o si no generar las estrategias para un acompañamiento efectivo y permanente desde el Ministerio a los territorios.
- De cara a futuros proyectos de esta naturaleza, habrá de procurarse un importante nivel de estabilidad del equipo de conducción e intervención técnica. Dado que este es un factor decisivo para la continuidad y sostenibilidad de las acciones, así como para la articulación con el direccionamiento político y la transferencia e institucionalización de las mismas.
- Ampliar la difusión de los esfuerzos en la unificación del sector como lo son: la compilación normativa del Sistema de la protección social, el desarrollo de metodologías y guías de atención. Adicionalmente, aumentar la base bibliográfica de consulta disponible para todos los actores y la orientación de las comunicaciones como estrategia base para el debate y la difusión para el público en general. En este sentido el Ministerio debería procurar que el sitio web creado por el PARS continúe disponible para su consulta una vez finalice el Programa.
- Desarrollar procesos de sensibilización previos o paralelos a los de difusión de los productos, teniendo en cuenta

las características de “acceso” o “amigabilidad” del producto frente a sus usuarios finales. Como parte de ello, fortalecer la labor de los gestores de cambio, ampliar la difusión del boletín y sensibilizar a los funcionarios frente al verdadero alcance del sistema como estrategias para la implementación del SISPRO, continuando con el desarrollo de estrategias de capacitación mediante cursos virtuales, asegurando que la plataforma virtual se convierta en una herramienta no solo para capacitar en el manejo y uso del SISPRO sino también que le permita al Ministerio adelantar procesos de acompañamiento en asistencia técnica en otras temáticas.

- Es importante preservar una estructura flexible en los macro procesos, máxime si estos son del orden social cuyo nivel de incertidumbre es grande y depende de la manera en que los diferentes actores van asimilando los desarrollos. Es necesario recalcar que entre mayor tiempo de desarrollo tenga un programa de esta naturaleza, mayor será la variabilidad de las políticas y, por ende, las transformaciones en las estrategias para el logro de los objetivos. Por ello y dada la magnitud de la reforma propuesta, no es suficiente la intervención en el nivel central, el trabajo demostrado en los territorios resalta la dinámica que se debe adoptar, por tanto se debe intensificar el trabajo en el nivel del ente territorial y garantizar su continuidad, bien sea con delegaciones claras desde el nivel central o con acuerdos que garanticen la permanencia y sostenibilidad de las propuestas.
- Un programa de este tipo se debería desarrollar por etapas o fases, pues la experiencia en la práctica terminó evidenciando este hecho. Por tanto la apuesta habrá de darse sobre un proceso de formulación que involucre diseños, desarrollos conceptuales, propuestas de ajuste, asistencia técnica para la implementación y evaluación sobre la marcha para impulsar la reforma del sector. En este caso las operaciones de crédito para programas similares podrían manejarse por tramos, con el condicionamiento de los desembolsos para el cumplimiento de los productos y resultados.

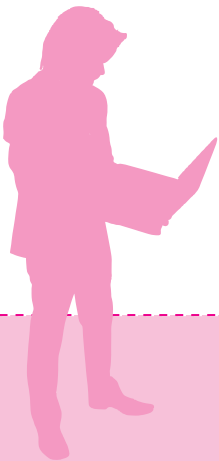
- Finalmente y dado el papel clave que ejerce la unidad ejecutora en la gestión de un programa de crédito, el Ministerio debería capitalizar el conocimiento especializado en esta temática. Para esto, podría considerar la posibilidad de crear una unidad autónoma dentro de su estructura, o asegurar la disponibilidad de dichos servicios a través de unidades especializadas para asegurar la agilidad y oportunidad en los procesos que través de nuevos créditos se soporten operaciones de este nivel de magnitud.

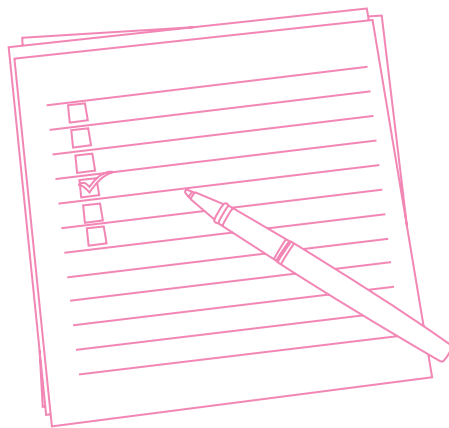
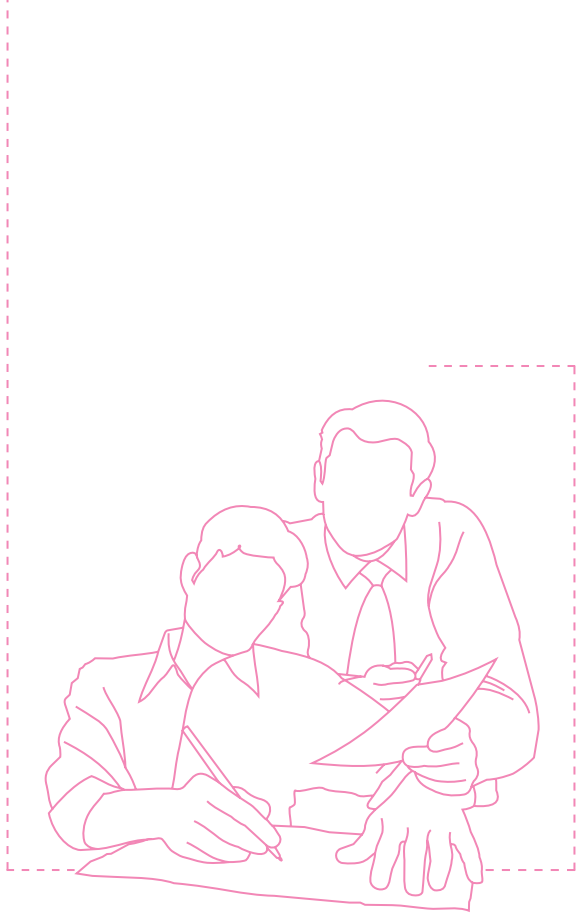






## Glosario de siglas





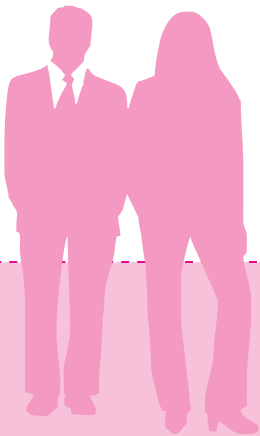
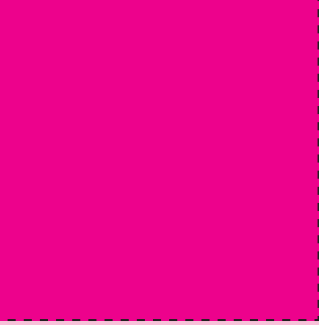
## A. Glosario

ASCOFAME	Asociación Colombiana de Facultades de Medicina
ARS	Aseguradoras de riesgos profesionales
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CCF	Cajas de Compensación Familiar
CENDEX	Centro de Proyectos de Desarrollo de la Universidad Javeriana
CTE	Centro Táctico de Entrenamiento del MPS
CNSSS	Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud
CONPES	Consejo Nacional de Política Económica y Social
CRES	Comisión Reguladora de Salud
CUM	Código Único de Medicamentos
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DNP	Departamento Nacional de Planeación
EDA	Enfermedad diarreica aguda
EPS	Entidades promotoras de salud
ERC	Enfermedad renal crónica
ESPUH	Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard
ESE	Empresas Sociales del Estado
FONADE	Fondo Nacional de Proyectos de Desarrollo
FOSYGA	Fondo de Solidaridad y Garantía



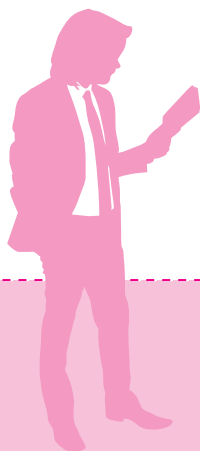
FPP	Facilitación de preparación de proyectos
GLATC	Grupo Líder de Apoyo Técnico Científico
GRD	Grupos relacionados de diagnósticos
ICFES	Instituto Colombiano de Educación Superior
INDES	Instituto Interamericano para el Desarrollo Social del BID
ISS	Instituto de Seguros Sociales
IPS	Instituciones prestadoras de salud
IRA	Infeción respiratoria aguda
IVC	Inspección, vigilancia y control
MEN	Ministerio de Educación Nacional
MPS	Ministerio de la Protección Social
MS	Ministerio de Salud
NBI	Necesidades básicas insatisfechas
OEI	Organización de Estados Iberoamericanos
PARS	Programa de Apoyo a la Reforma de Salud
PIB	Producto interno bruto
PILA	Planilla integrada de liquidación de aportes
PISIS	Plataforma de integración de datos
POS	Plan obligatorio de salud
POSS	Plan obligatorio de salud subsidiado
PRAP	Programa de Renovación de la Administración Pública
PS	Protección social
PUJ	Pontificia Universidad Javeriana
RC	Régimen contributivo

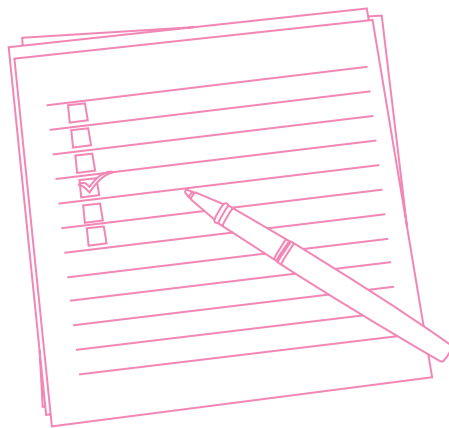
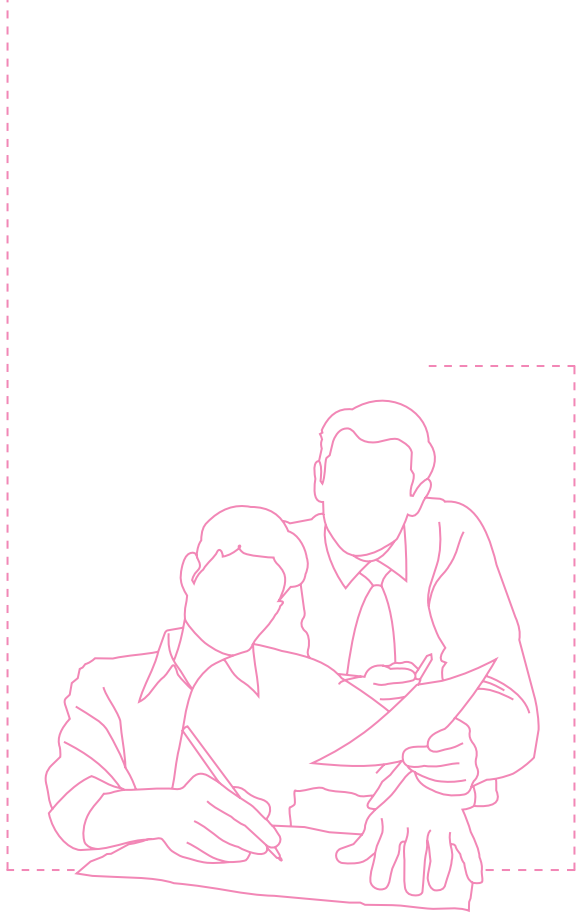
RIPS	Registros individual de prestaciones de servicios de salud
RRHH	Recursos humanos
RS	Régimen subsidiado
RUAF	Registro único de afiliación
SAVAS	Sistema automatizado para la verificación de derechos y la autorización de servicios de salud
SET	Sistema de evaluación territorial
SGSSS	Sistema general de seguridad social en salud
SIIS	Sistema de información integral en salud (actual SISPRO)
SISBEN	Sistema de identificación y selección de beneficiarios para programas sociales
SISMED	Sistema de información para la modulación del mercado de medicamentos
SISPRO	Sistema integral de información de la protección social
SISSUB	Sistema de información para la operación territorial del régimen subsidiado en salud
SOGC	Sistema de obligatorio de garantía de calidad
SPS	Sistema de protección social
SUPERSALUD	Superintendencia Nacional de Salud
TIC	Tecnologías de información y comunicación
UATC	Unidad de Apoyo Técnico Científico
UPC	Unidad de pago por capitación
UPC-S	Unidad de pago por capitación subsidiado
VIH/SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida





## Indice de cuadros y gráficos





# Índice de gráficos

Gráfico I	Análisis sistémico para la evaluación .....	28
Gráfico I.1	Enfoque metodológico de la evaluación del PARS .....	42
Gráfico 2.1	Evolución de la gestión estratégica del PARS .....	47
Gráfico 2.2	Porcentaje de cumplimiento de los proyectos del PARS 1996-2007 .....	50
Gráfico 2.3	Número de proyectos ejecutados por el PARS, 1996-2007 .....	51
Gráfico 2.4	Participación total por tipo de estrategia asociada a los contratos del Programa .....	54
Gráfico 2.5	Total recursos ejecutados por componente PARS, 1996-2007 .....	65
	Total ejecución directa PARS .....	65
Gráfico 2.6	Comportamiento de la inversión para el total de los componentes del PARS, 1996 - Septiembre 30 de 2007 .....	66
Gráfico 2.7	Comportamiento e inversiones por componente por ejecución directa del PARS, 1996 - septiembre 30 de 2007 .....	68
Gráfico 3.1	Esquema conceptual cumplimiento de objetivos .....	84
Gráfico 3.2	Cobertura de aseguramiento por régimen 2000-2006 y concurrencia de las acciones del PARS .....	89

Gráfico 3.3	Aseguradores 1998-2005 y concurrencia de las acciones del PARS .....	93
Gráfico 3.4	Variación de la UPC promedio del RC y RS y concurrencia de las acciones del PARS .....	98
Gráfico 3.5	Participación porcentual de los ingresos por venta de servicios de las IPS públicas para el total nacional, 2002-2006 .....	117



# Índice de tablas

Matriz I	Relación acciones iniciales del PARS - Objetivos - Ejes de la reforma .....	39
Tabla 2.1	Áreas temáticas acciones del PARS .....	50
Tabla 2.2	Proyectos no desarrollados por el PARS 1996-2007 .....	52
Tabla 2.3	Resumen de productos obtenidos y adoptados por área temática del PARS .....	75
Tabla 3.1	Cobertura municipal promedio por régimen .....	87
Tabla 3.2	Promedio de municipios de acción de las ARS ....	95
Tabla 3.3	Distribución del número de ARS por tipo, 1998-2005 .....	95
Tabla 3.4	Verificación de servicios SOGC, 2002-2006 .....	102
Tabla 3.5	Principales resultados de las vistas de verificación, 2007 .....	103
Tabla 3.6.	Comportamiento de indicadores de calidad, 2006 .....	104
Tabla 3.7	Problemáticas identificadas en los recursos humanos en salud .....	105
Tabla 3.8	Especialistas en ortopedia y traumatología, 2000 .....	107
Tabla 3.9	Egresados por profesiones seleccionadas, 2000-2004 .....	107
Tabla 3.10	Egresados de ortopedia y traumatología por regiones, 2000-2004 .....	108
Tabla 3.11	Personal para la gestión institucional, 2000 .....	108



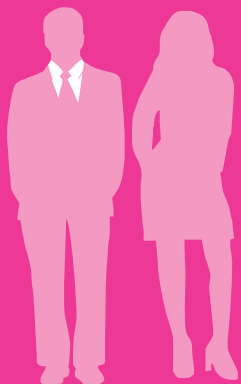
Tabla 3.12	Efecto sobre la producción de servicios y la productividad de los recursos en los 26 hospitales de niveles 2 y 3 reestructurados ...	116
Tabla 3.13	Logros del PARS sobre sistemas de información y generación de datos .....	120
Tabla 3.14	Indicadores de proceso PARS 1996-2007 .....	123
Tabla 3.15	Indicadores de desempeño de los objetivos del PARS 1996-2007 .....	125



# Evaluación

# LEP

# PARS



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social  
República de Colombia

