

**República de Colombia
MINISTERIO DE SALUD**

**SISTEMAS MUNICIPALES
DESCENTRALIZADOS DE SALUD**

Santafé de Bogotá, diciembre de 1992

**República de Colombia
MINISTERIO DE SALUD**

DIRECCION SUPERIOR

MINISTRO

Gustavo Ignacio de Roux Rengifo

VICEMINISTRO

Luis Eduardo Gómez Pimienta

SECRETARIO GENERAL

Edgar Alfonso González Salas

**República de Colombia
MINISTERIO DE SALUD**

DIRECCIONES GENERALES

ADMINISTRATIVA

Gloria Cristina Franco Soto

TECNICA

Manuel Rosental

PLANEACION

Margarita Nelly Carmona de Ruiz

**República de Colombia
MINISTERIO DE SALUD**

**Programa de Consolidación y Desarrollo del
Sistema de Salud**

COORDINACION GENERAL

Martha Laverde de Orjuela

Dirección General del Proyecto

MARTHA LAVERDE DE ORJUELA
*Coordinadora General Programa de Desarrollo
y Consolidación del Sistema de Salud*

**Consultores Responsables del Diseño
del Proyecto**

OSCAR IVAN ROJAS
-Coordinador-
EDGAR GONZALEZ SALAS
MARIA HELENA ROMERO
GUSTAVO DE ROUX

**Participantes en el Diseño del Proyecto y
en la Elaboración del Documento**

- Ministerio de Salud -

**Esmeralda Vargas
Subdirectora Recursos Humanos**

**Esperanza de Lobo
Jefe División Desarrollo Recursos Humanos**

**Gladys Leal
Profesional División Desarrollo de R.H.**

**Saul Franco
Consultor OPS de R.H.**

**Eleonora Ferroni
Jefe División de Estudios de Salud**

**Franciso Rossi
Consultor Dirección de Planeación**

**Alvaro Cardona
Consultor Dirección General de Planeación**

**Luis A. Perea
Jefe Oficina Informática**

**Ana Luna
Profesional Oficina Informática**

**Luz Marina Salcedo
Profesional Oficina Informática**

**Maúricio Casasbuenas
Subdirector de Servicios Asistenciales**

**Josefina Perdomo
Jefe División Primer Nivel de Atención**

Fondo Nacional Hospitalario

Alberto Caicedo Borda
Director General

Fernando Méndez
Subdirector Operativo

Rodrigo Becerra
Jefe de Planeación

Jairo García
Consultor Dirección General F.N.H.

**Participantes en el Diseño del Proyecto y
en la Elaboración del Documento**

Cesar Palacios
Consultor Coordinador Proyecto BID
Mejoramiento de los Servicios de Salud

Nelcy Paredes Cubillos
Jefe Unidad de Desarrollo Social
DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACION

Carlos Molina
Consultor BIRF

Apoyo Administrativo

Maria Elisa Caro
Asistente Administrativa

Luis Hernán Alvarez
Jefe Sistemas PDCSNS

Jorge Hernán Londoño
Operador Sistemas PDCSNS

Mercedes Zuluaga Villegas
Secretaria Coord. General

PRESENTACION	i
1. ANTECEDENTES	1
1.1 ANTECEDENTES SOCIOECONOMICOS	1
1.2 SITUACION ACTUAL DE LA SALUD	1
1.3 ANTECEDENTES INSTITUCIONALES	4
1.4 ANTECEDENTES DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y DE LOS SEGUROS PRIVADOS DE SALUD	5
1.5 ANTECEDENTES DEL PROYECTO: PROGRAMA DE CONSOLIDACION DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	6
1.5.1 Dificultades	6
1.5.2 Logros	6
2. EL PROYECTO	7
2.1 ORIGEN DEL PROYECTO	7
2.2. OBJETIVOS	8
2.2.1 General	8
2.2.2 Específicos	8
2.3 POBLACION OBJETIVO	8
2.4 DESCRIPCION DEL PROYECTO	9
2.4.1 Marco conceptual	9
2.4.2 Componentes y Areas a desarrollar	11
2.4.2.1 Componente Desarrollo Institucional para la Gestión Municipal	15
A. Area Gerencial: Gerencia y Administración Corporativa.	15
B. Area de Planeación	16
C. Area de Presupuesto	18
D. Area de Recursos Humanos	20
E. Area Jurídico - Administrativa	22
F. Area de Participación Comunitaria	24
G. Area de Monitoreo, Evaluación y Control de Gestión	25
2.4.2.2 Componente Sistemas de Servicios de Salud	26
A. Area de Servicios Básicos de Salud: Paquete de Servicios	28
B. Area de Inversión en Infraestructura, Dotación y Mantenimiento ...	32
C. Area de Capacitación del Recurso Humano	36
D. Area de Gestión, Veeduría y Microproyectos, Comunitarios.	38
E. Area de Gerencia de Servicios al Usuario	40

2.4.2.3	Componente de Investigación Operativa	41
A.	Diseño, prueba y evaluación de sistemas de afiliación masiva de la población a servicios complementarios de salud	41
B.	Investigación para el Desarrollo de los Recursos Humanos	43
C.	Investigación para la creación de modelos alternativos de entrega de servicios básicos a grupos étnicos minoritarios	45
2.4.3	Distribución Geográfica del Proyecto	52
2.4.3.1	Criterios de Selección de Areas Geográficas a Intervenir	52
2.4.3.2	Distribución Geográfica con relación al BID	53
2.4.3.3	MAPA. ZONAS GEOGRAFICAS DE INTERVENCION SMDS	54
2.4.4	Actividades de apoyo al proyecto	55
2.4.4.1	Centro de documentación e información	55
2.4.4.2	Hospital Escuela	56
2.4.4.3	Sistemas de Educación Continua para Funcionarios del	56
2.4.4.4	Convenio con Universidades	57
2.4.5	Monitoreo y Evaluación	58
2.5	MARCO DE OPERACION DEL PROYECTO	61
2.5.1	Etapas del Proyecto	61
2.5.1.1	Etapas de Aprestamiento	62
2.5.1.2	Etapas de Inducción y Prediseño	60
2.5.1.3	Etapas del Diseño	63
2.5.1.4	Etapas de Organización, Implantación y Evaluación	64
2.5.2	Organización del Proyecto	64
2.5.2.1	Responsabilidades por Niveles	65
2.5.2.2	Ejecución Operativa del Proyecto	67
2.5.2.3	Gerencia del Proyecto.	69
2.6	COSTOS Y FINANCIACION DEL PROYECTO	72
2.6.1	Costos	72
2.6.2	Políticas de Financiación	75
2.6.3	Componentes y Areas del Proyecto por fuentes de financiación	75
2.6.4	Desembolsos por Etapas del Proyecto por Fuente de Financiación	76
2.7	FACTORES CONDICIONANTES	77

A N E X O S

PRESENTACION

Uno de los hechos políticos y administrativos más importantes ocurridos en el país en los años recientes ha sido la decisión de avanzar en un profundo proceso de descentralización y municipalización de la gestión pública.

Se espera que mediante el acercamiento de las decisiones al beneficiario final, a través de la gestión municipal y departamental se pueda generar mayor progreso y una más oportuna satisfacción de las necesidades y expectativas de las comunidades. Se pretende que de esta manera vicios tradicionales que han obstaculizado el desarrollo de la gestión pública tales como el burocratismo y la corrupción puedan superarse mediante procesos de desarrollo institucional fundamentados técnicamente y que a su vez se acompañen de procesos de planificación y de participación de la comunidad en forma persistente y crítica.

En el Sector Salud el Proceso de Descentralización se inicia a partir de la Ley 12 de 1986 y el Decreto 077 de 1987 que asignan a los municipios la responsabilidad de la atención básica de salud y a los departamentos la de los niveles secundario y terciario. En desarrollo de estas normas legales se expidió la Ley 10 de 1990 que reestructuró el Sistema Nacional de Salud y estableció los lineamientos administrativos con arreglo a los cuales se debe cumplir la descentralización de la prestación de los servicios de salud, colocándola en las manos de las autoridades administrativas locales.

Este proceso que se inició hace más de un lustro, se legitimó con la nueva Constitución de 1991.

La transformación que implica la descentralización de la salud se ha venido dando en forma paulatina pero se puede aseverar que tanto las autoridades administrativas tanto como los funcionarios de salud en la medida que han ido conociendo éste proceso a través de programas de capacitación y asesoría han asumido este reto como propio a tal punto que de los 32 departamentos del país, 14 tienen avances considerables y 16 están iniciando sus estudios de alternativas; mientras que de los 1.024 municipios 233 de ellos ya han realizado importantes transformaciones y 57 las están iniciando.

Este panorama reafirma que es un proceso que aún no ha terminado. La etapa por la que atraviesan estos entes territoriales demanda de una mayor atención y apoyo para fortalecer los procesos ya iniciados e inducir a los otros al cambio para así garantizar el desarrollo de los sistemas departamentales y locales de salud.

El Ministerio de Salud es conciente de la necesidad de un cambio de enfoque en relación con las funciones de asesoría y asistencia técnica a los niveles locales, como parte del perfeccionamiento que debe darse al proceso a través de éste Proyecto de Crédito.

En efecto, se hará énfasis en sustituir la práctica tradicional de elaborar metodologías uniformes y restrictivas a las que debían acogerse las entidades locales, por un criterio de elaboración de conceptos generales y de líneas de acción que sirvan de orientación a las entidades municipales y departamentales, a partir de los cuales puedan desarrollar su iniciativa. En esas condiciones, cada entidad territorial asumirá la responsabilidad plena del proceso de descentralización de la Gestión de Salud, recibiendo el apoyo técnico del Ministerio de Salud en la medida en que sea necesario.

El nuevo modelo presentado en el Proyecto busca el desarrollo de Sistemas Municipales Descentralizados de Salud, para los cuales se han definido tres componentes:

- Desarrollo institucional para la gestión municipal
- Sistemas de servicios de salud, e
- Investigación de Apoyo para la Salud

Con ellos, el nuevo modelo pretende mejorar las condiciones de vida de la población colombiana, incrementando sustancialmente la oferta y acceso a los servicios básicos de salud.

1. ANTECEDENTES

1.1 ANTECEDENTES SOCIOECONOMICOS

Las transformaciones experimentadas en Colombia durante los últimos años, conllevan significativos cambios en la estructura y crecimiento de la economía nacional.

Como una ilustración de estos cambios, que tienen alta incidencia en la situación de salud de la población, se mencionan los principales indicadores tales como: El crecimiento económico, el aspecto demográfico, la situación de empleo, la distribución del ingreso y del empleo, la vivienda, la educación, acueducto y alcantarillado, la participación política y ciudadana, la calidad de vida y la violencia.

En las últimas décadas el país ha presentado una tendencia sostenida de crecimiento económico del PIB, sin desconocer situaciones coyunturales, tales como la crisis industrial de la década de los 70 y principios del 80 que desaceleró su crecimiento. Sin embargo la economía colombiana es bastante favorable comparada con el contexto latinoamericano.

Adicionalmente, la permanencia del gasto social en niveles significativos a pesar del ajuste fiscal, ha sido un factor positivo. La descentralización administrativa y la participación de la comunidad, son estrategias que preservaron e impulsaron la acción gubernamental, aún dentro del contexto de la limitación de recursos.

A pesar de los cambios positivos que el país ha experimentado a cabo en las últimas décadas, no se han extendido de manera equitativa para el conjunto de la población. El reto del Estado en los próximos años es avanzar con energía hacia el pago de la deuda social contraída con un vasto sector de la población.

1.2 SITUACION ACTUAL DE LA SALUD

Los índices de mortalidad, demográficos y de morbilidad analizados en forma global, muestran un perfil epidemiológico en transición. En este contexto los grupos de población más afluentes, presentan un perfil similar al de los países más desarrollados pero otra parte importante de la población en condiciones de marginalidad continúa con indicadores similares a los de hace 30 años.

El estudio sectorial de salud señala la disminución en la mortalidad, la fecundidad y la prolongación de la EVN como indicadores de una notable mejoría en el estado de salud de la población. Sin embargo, persisten situaciones de salud preocupantes que afectan a la población joven y enormes diferencias e inequidades regionales y sociales. Estas se manifiestan de manera particular en ciertos indicadores como (MI) cuyo valor actual en Colombia es seis (6) veces mayor que el que exhiben países desarrollados.

Las causas principales de enfermedad y muerte de los colombianos son la violencia, el trauma, las enfermedades crónicas cardiocerebro-vasculares y el cáncer. Para todas ellas y en especial la primera, no hay respuesta exclusiva del sector salud. En esto debemos agregar que pese a los esfuerzos realizados por el sector salud, la década de los noventa se ha iniciado con problemas graves de cobertura (cerca del 35% de la población no recibe beneficios del sistema de salud) y las dificultades se derivan de la preponderancia de lo curativo-rehabilitativo, clínico individual y hospitalario sobre lo preventivo, promocional y social, Es el conflicto de lo que representa la cultura de la salud, versus la cultura de la enfermedad.

En relación con el trauma y la violencia puede afirmarse que son el principal problema de salud pública en Colombia. Además, de ser responsables de la mayor cantidad de mortalidad prematura, su incidencia viene aumentando aceleradamente durante la presente década. Los factores determinantes de la violencia y el trauma en Colombia son diversos y tienen que ver con aspectos sociales, económicos y culturales.

En la actualidad, las enfermedades crónicas no infecciosas son las causas más importantes de mortalidad y ocasionan el 43% de las muertes y el 27% de los AVPP. Este grupo de enfermedades es responsable del 34% de la morbilidad por consulta externa y del 35% de la morbilidad por egreso hospitalario. En este grupo se clasifican otras enfermedades señaladas por la Encuesta Nacional de Salud como causas principales de morbilidad clínica a saber: enfermedades de los ojos, piel, aparato genitourinario, enfermedad hipertensiva, de las vías respiratorias superiores y várices en miembros inferiores. Estas últimas aparecen dentro de las 10 primeras causas de morbilidad clínica y afectan principalmente a las mujeres.

El cáncer se ha convertido en causa de mortalidad cada vez más frecuente. Entre los principales tipos se destacan el cáncer de genitales femeninos, gástrico, de tráquea, bronquios y pulmón, además el cáncer del sistema linfático. Este y el de genitales femeninos son los cánceres que originan mayor mortalidad prematura medida en AVPP.

Todos estos tumores malignos demandan servicios hospitalarios de alta tecnología y costos y la mayoría son potencialmente prevenibles a partir de acciones de fomento y promoción de salud. Su letalidad puede disminuir con servicios de salud orientados a la detección y manejo temprano de casos (tamizaje).

En el área de las enfermedades infecciosas y tropicales (EIT) su disminución durante el presente siglo es uno de los hechos más llamativos de la salud pública en Colombia. La disminución de morbilidad y mortalidad en este grupo se debió al descenso de la enfermedad diarreica aguda (EDA) y la infección respiratoria aguda (IRA) que hace apenas una década era la principal causa de defunción infantil. Otras causas de mortalidad que disminuyeron aceleradamente son las enfermedades inmunoprevenibles tales como la tuberculosis, poliomelitis, sarampión, difteria y tétanos. No cabe duda que los máximos contribuyentes a la morbilidad por EIT, continúan siendo las poblaciones que habitan los cinturones de miseria de las ciudades, las costas de los océanos Atlántico y Pacífico y zonas apartadas de territorios nacionales. También en estas regiones la malaria, el dengue la leishmaniasis y ~~la fiebre amarilla contribuyen con la tercera~~ parte de la morbilidad y la mortalidad.

En lo que respecta a los problemas relacionados con la unidad perinatal casi la cuarta parte de los egresos hospitalarios del país se deben a parto normal y alrededor del 15% a complicaciones de la gestación parto y puerperio. Según estimados del estudio sectorial de salud el 6% de la mortalidad en la población se debe a problemas asociados con la unidad perinatal y la mayoría de estas muertes ocurren en niños. En cuanto a la salud de la madre; el país presenta tasas de mortalidad materna muy altas. La toxemia del embarazo contribuye con un 54% de la muertes maternas por causas directas. Un estudio reciente de la costa caucana del pacífico reveló una tasa de 125 defunciones maternas por 10.000 nacidos vivos, la cual comparada con la del país para el mismo período apunta nuevamente hacia las grandes diferencias regionales que existen.

Otros problemas importantes que afectan la salud de los colombianos tienen que ver con la nutrición, la lactancia materna, la salud oral, los ocupacionales y los quirúrgicos.

En el campo del medio ambiente y en el saneamiento del país han ocurrido cambios importantes en el ambiente biológico, físico y social, la mayoría de ellos resultado del acelerado proceso de urbanización sufrido en las últimas décadas.

El acceso de la población en las ciudades a fuentes de aguas de mejor calidad y servicios de disposición de excretas, basuras y viviendas también de mejor calidad contribuyeron a hacer más seguro el ambiente biológico. Paralelamente con la urbanización del país se sufre el incremento de riesgos biológicos en el hogar, laborales y en la vía pública y químicos que tienen que ver con la contaminación del aire, agua y alimentos. Todos ellos se asocian con un aumento paralelo de las enfermedades crónicas, cáncer, trauma y violencia.

Frente a esta problemática, el gobierno ha respondido con estrategias y líneas de acción en diferentes frentes, en el legislativo, por ejemplo con la aprobación de varias leyes entre ellas la Ley 10 de 1990 y otros actos de carácter legal. La Ley 12 de 1986, destina alrededor de US\$ 500 millones del IVA a las poblaciones menores de 100.000 habitantes en un período de 5 años para financiar infraestructura de agua potable, saneamiento básico, conservación y mejoramiento de cuencas hidrográficas. En desarrollo de la reorganización institucional del sector de agua potable y saneamiento se expidió el decreto 67 de 1987 que produjo cambios significativos ubicando la responsabilidad de la prestación de los servicios a los municipios, asignando las funciones de vigilancia y control de la calidad de agua de consumo humano de sistemas de disposición de aguas residuales y desechos sólidos al Ministerio de Salud.

El nuevo escenario establecido en la Ley 10 de 1990 que refuerza los procesos de descentralización y municipalización en curso exige el desarrollo de intervenciones, a partir de programas de asistencia técnica a los municipios para que estos puedan cumplir con las funciones que la nueva estructura legal les asigna.

1.3 ANTECEDENTES INSTITUCIONALES

El Sistema Nacional de Salud, que normativamente existe hasta el año de 1990, se remonta 14 años atrás cuando le fueron definidas sus funciones. La Dirección Nacional la viene ejerciendo el Ministerio de Salud, a nivel departamental, los servicios seccionales de salud, los cuales están divididos en 107 unidades regionales de salud.

Desde el punto de vista estructural existen 3 subsectores: subsector de la salud oficial, subsector de la seguridad social y subsector privado. Desde el punto de vista de la prestación de servicios se definen tres instancias: el nivel local, el nivel regional y el nivel universitario.

El subsector oficial a pesar de contar con la mayor red de instituciones mantiene deficiencias técnicas y de dotación. En el subsector de la seguridad social hay una alta proporción de recursos a pesar de tener una cobertura más baja que la del sector oficial.

La creación del Sistema de Salud tiene el propósito de articular e integrar las diferentes entidades que prestan los servicios de salud racionalizando los recursos disponibles. La disponibilidad del recurso humano ha crecido sustancialmente, no obstante se mantiene una distribución desigual del recurso humano según la región con una alta concentración en las grandes ciudades y capitales de departamento donde habita el 43% de la población en desmedro de las áreas rurales y de frontera. La cobertura sólo llega a una tercera parte de la población de la cual sólo un 10% puede pagar los servicios privados.

La Ley 10 sancionada por el gobierno el 10 de enero de 1990 con el fin de reorganizar el Sistema Nacional de Salud, plantea una nueva concepción de la política pública del sector salud, reforzando el papel interventor y regulador de los factores que inciden en el proceso salud-enfermedad. Establece los servicios de salud como un servicio público independientemente de por qué sector sean prestados, establece como obligatoria la atención de urgencias sin tener en cuenta la capacidad económica del usuario y también establece la atención básica gratuita y la participación de la comunidad en procesos de diagnóstico, planes, toma de decisiones y coadministración.

Para la financiación se establece que el presupuesto no podrá ser inferior al 4% de los ingresos corrientes de la Nación con incrementos periódicos hasta del 5%; establece también el monopolio sobre los juegos de azar, loterías y chance. Se prevé también la conformación de la Junta Nacional Tarifas que regule la venta de servicios de hospitales públicos y clínicas privadas.

Los departamentos contarán con el 50% del situado fiscal destinado a la salud.

La reforma implementa la carrera administrativa para los empleados oficiales del sector salud.

El Plan de Salud tiene como objetivos mejorar la capacidad de respuesta de los servicios de salud, a través del desarrollo del Plan Nacional de Atención Primaria, poner en marcha reformas institucionales que permitan la organización de servicios eficientes, con cobertura universal y de buena calidad, promover que los municipios y departamentos asuman la responsabilidad en la dirección, prestación y financiación de los servicios de salud, mediante el impulso del proceso de descentralización, mejorar la gestión y administración de las instituciones para aumentar su eficiencia en el manejo y uso de los recursos y dar utilización racional a la estructura y dotación hospitalaria, desarrollar los servicios hospitalarios de urgencias de tal manera que se organicen redes de atención, según la demanda y oferta de servicios, que faciliten el transporte y la atención oportuna de los pacientes, desarrollar una cultura que promueva cambios en el estilo de vida y en los comportamientos individuales y colectivos, de tal manera que estos contribuyan a mantener sana la población, estimular la participación de la comunidad en la gestión de las instituciones de prestación de servicios y en la solución de problemas locales de salud, ampliar la disponibilidad de recursos para el sector y mejorar la administración financiera, para lograr la completa ejecución de la política de salud.

1.4 ANTECEDENTES DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y DE LOS SEGUROS PRIVADOS DE SALUD

La institucionalización a nivel nacional de la seguridad social se remonta a 1945, año en que la Ley 6a. da origen a la hoy conocida Caja de Previsión Social de los empleados y obreros del Gobierno Nacional. La Ley 6a. de 1946, da origen al Instituto Colombiano de Seguros Sociales hoy ISS, para proteger a la población asalariada del sector privado. Inicialmente se consideró que la financiación de los riesgos IVM y EGM sería tripartita (Estado, patrono, trabajadores), posteriormente se concluyó que la financiación estaría a cargo directo de los empresarios (66%) y de los trabajadores (33%), destacando el hecho de que la seguridad social financiada con las contribuciones patronales sobre nómina beneficia exclusivamente a la población asalariada, pero en la práctica son pagados por todos los consumidores de los productos cuyos precios finales incluyen tales contribuciones.

Las Cajas de Compensación Familiar surgieron en la década de los cincuenta, con el objeto inicial de administrar y pagar el subsidio familiar. En 1982 (Ley 21), se las habilita para que presten servicios sociales a sus afiliados.

Los seguros privados de salud se inician en la misma década y para finales de la misma la Federación Médica Colombiana auspició y fundó los Seguros Médicos Voluntarios S.A. como compañía manejada por médicos y especializada en seguros de salud.

Su objeto fue establecer modelos de seguro que pudieran servir de punto de análisis con el esquema montado por la seguridad social en Colombia. La obligatoriedad legislada en favor de las entidades oficiales encargadas de organizar y administrar la seguridad social no permitió el desarrollo paralelo y competitivo de modelos alternos para manejar eficientemente la medicina curativa, enfoque en el que también quedó enmarcada la seguridad social.

En el sector rural, la Caja Agraria muestra una experiencia importante con 70.000 campesinos amparados bajo su seguro de hospitalización y cirugía. Estos modelos ayudan a que el Estado mejore la capacidad de recuperación del gasto en medicina curativa reforzando la inversión de atención básica.

Es importante incentivar la extensión de estos seguros para lograr ampliar su cobertura complementando servicios de salud a la población que en la actualidad no los recibe.

1.5 ANTECEDENTES DEL PROYECTO: PROGRAMA DE CONSOLIDACION DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El contrato de préstamo 2611-CO suscrito entre el Ministerio de Salud y el Banco Mundial por un monto inicial de US\$36.5 millones, tuvo como objetivo el desarrollo y consolidación del Sistema Nacional de Salud. La Dirección de este programa está a cargo de la Secretaría General del Ministerio de Salud, la cual creó una unidad operativa encargada de asistir a la Dirección en la ejecución del Programa.

La canalización de recursos se hace a través de tres instancias: Ministerio de Salud, Fondo Nacional Hospitalario e Instituto Nacional de Salud.

No obstante el préstamo fue recortado en US\$12.46 millones dado su bajo nivel de ejecución. Problema derivado de la complejidad en el Proyecto, los cambios de política de salud del país y el sinnúmero de cambios en la administración del Proyecto. Con la Ley 10 de 1990 que reorganiza el Sistema Nacional de Salud se autorizó la programación de las categorías: Consultoría, capacitación y coordinación central, así como la autorización para utilizar un remanente de la categoría consultoría para atención al ambiente.

A pesar de la baja ejecución realizada en años anteriores se logró la aprobación de los siguientes programas: Apoyo a la Descentralización de la Salud, a la Gestión Hospitalaria, a la Reforma del Sistema, a la Formación del Recurso Humano, al proceso de Delegación de Campañas Directas, a la Gestión de la atención al Medio Ambiente, a la Unidad de Coordinación y gastos operativos.

1.5.1 Dificultades

Problemas de origen y estructura del Proyecto, problemas de gestión, problemas de relación con otras instituciones, problemas financieros del sector.

1.5.2 Logros

A pesar de las dificultades descritas, los recursos del crédito han contribuido a la consolidación del Sistema de Salud: Un sistema descentralizado. El logro más importante lo constituye el avance en la reglamentación e implantación de la reforma y descentralización del Sector. Los recursos permitieron dinamizar y agilizar este proceso.

En la actualidad y con base en la programación elaborada para el período, el Programa de Consolidación adelanta actividades de orientación y asistencia técnica a 233 municipios y 14 departamentos. Como resultado de éstas, se ha logrado la implantación de la nueva estructura administrativa que impone el proceso de descentralización, la cual se concreta en: estructuración de las Direcciones Locales de Salud, establecimiento de los Fondos Locales de Salud, definición de mecanismos y procedimientos para la prestación de los servicios y administración de los recursos.

2. EL PROYECTO

2.1 ORIGEN DEL PROYECTO

A pesar de los cambios logrados en la situación de la salud y el sector institucional, subsisten problemas de diversa índole, los cuales seguirán constituyendo barreras insalvables, a menos que se aborde una acción decidida para superarlos.

El traslado de responsabilidades a los municipios se hizo con el objeto de incidir en los principales indicadores del desempeño de la salud. Esto no podrá lograrse sin un decidido apoyo por parte del Ministerio de Salud, orientado a la definición de nuevos conceptos, guías y estructuras básicas, técnicas e instrumentos que faciliten su desarrollo. Con mayor razón, si se tiene en cuenta la desigualdad entre las entidades territoriales, muchas de las cuales no disponen de la organización y recursos suficientes para asumir esta responsabilidad.

El gobierno nacional, conciente del reto que le impone esta problemática presentó el Plan de Salud: "Apertura a la Salud", en el cual se definen las políticas, estrategias y líneas de acción para el período 1991-1994. Este Plan, incorpora de una parte, los avances logrados en el proceso de descentralización y reestructuración del Sector, a partir de la Ley 10, fortaleciéndolo y buscando su aplicación a todo nivel y de otra parte, introduce modificaciones que permiten la vinculación más estrecha del sector privado, el establecimiento de un sistema de subsidio a la demanda, con énfasis en la población más pobre y marginada del acceso a los servicios de salud y, el diseño y puesta en marcha de un sistema de aseguramiento universal.

El proceso de descentralización y el Plan Nacional de Atención Primaria han originado demandas específicas en las áreas de financiación, reordenamiento institucional y nuevo modelo de salud que justifican la gestión de un Proyecto de Crédito como el que se identifica en el presente documento.

El nuevo modelo de salud busca lograr municipios saludables a partir del establecimiento de los Sistemas Municipales Descentralizados de Salud (SMDS). Estos se conseguirán si se concentran esfuerzos y recursos en dos frentes: mejoramiento de la gestión municipal de la salud y desarrollo de sistemas de servicios de salud centrados en el fomento y promoción de la salud, la intensa participación comunitaria e intersectorial.

Los recursos del crédito se aplicarán a apoyar los esfuerzos del Gobierno Nacional y Local, orientados a garantizar el acceso equitativo de la población a los servicios de salud y contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la población más vulnerable que habita en las zonas marginales urbanas y en regiones más apartadas del país.

2.2. OBJETIVOS

2.2.1 General

Establecer Sistemas Municipales Descentralizados de Salud, orientados a fortalecer la capacidad de organización y gestión municipal para mejorar la cobertura y calidad de los servicios de salud básica.

2.2.2 Específicos

- Fortalecer el desarrollo institucional para la gestión municipal de la salud.
- Establecer un Sistema de Servicios de Salud a nivel municipal.
- Adelantar investigaciones operativas que conduzcan al mejoramiento de la calidad y la eficiencia de los servicios de salud básica.

2.3 POBLACION OBJETIVO

La oferta y acceso a los servicios básicos de salud mejorarán durante los años de ejecución del Proyecto, para un estimado de nueve millones de habitantes concentrados en siete departamentos y en el Distrito Capital de Santafé de Bogotá. De éstos, el 44%, 3.900.000 habitantes se encuentran en condición de pobreza absoluta y serán sujeto directo y prioritario de las acciones programadas.

El 68 % de la población beneficiaria será peri-urbana y el 32% rural, rural dispersa o indígena. (Ver Cuadros Anexos N° 1 al N° 8)

Las intervenciones para mejorar la atención materna e infantil afectarán favorablemente (disminuirán) los riesgos de enfermar o morir de las mujeres en edad de procrear y los niños menores de un año y cinco años, que corresponden a grupos de población vulnerable.

Cuadro No. 0
POBLACION TOTAL CON NBI Y EN MISERIA POR DEPARTAMENTOS

No	DEPARTAMENTO NOMBRE	POBLACION TOTAL	POBLACION CON N.B.I.		POBLACION EN MISERIA (*)	
			CANT.	%	CANT.	%
1	ATLANTICO	1.421.853	589.391	41,5	275.829	19,4
2	BOGOTA	3.950.401	928.428	23,5	245.319	6,2
3	CAUCA	788.117	481.257	61,1	243.777	30,9
4	CHOCO	241.008	199.464	82,8	101.205	42,0
5	CORDOBA	910.423	674.189	74,1	491.420	54,0
6	NARINO	1.012.195	616.570	60,9	311.955	30,8
7	SUCRE	526.527	387.485	73,6	285.757	54,3
8	VAUPES	16.697	15.540	93,1	1.165	7,0
TOTAL		8.867.221	3.892.324	43,9	1.956.427	22,1
* EXCLUYE EL CENSO INDIGENA						

Fuente: DANE, "La Pobreza en Colombia", Tomo I, 1989

2.4 DESCRIPCION DEL PROYECTO

2.4.1 Marco conceptual

Los objetivos del proyecto se orientan al establecimiento y desarrollo de **Sistemas Municipales Descentralizados de Salud (SMDS)**, como mecanismo para impulsar el desarrollo de la salud en el ámbito de los municipios.

Los SMDS permitirán a su vez, superar el modelo de atención a la enfermedad, asegurando la conformación de un sistema de promoción y preservación de la salud más coherente con la aspiración de lograr **Municipios Saludables**, en todas las unidades territoriales participantes, durante la vigencia del proyecto.

Un municipio saludable es aquel en el que las autoridades políticas y civiles, las instituciones y organizaciones públicas y privadas, los propietarios y trabajadores y la sociedad en general, dedican constantes esfuerzos para mejorar las condiciones de vida, trabajo y cultura de la población, estableciendo una relación armoniosa con el medio ambiente físico y natural, expandiendo los recursos comunitarios para mejorar la convivencia, desarrollar la solidaridad, la cogestión social y la democracia (Minsalud 1991).

Los SMDS se establecerán con el objetivo de movilizar y articular recursos municipales, sectoriales, extrasectoriales y comunitarios para producir respuestas a los problemas locales de salud. Son también la expresión que adopta el Sistema de Salud para ejecutar la estrategia de atención primaria en el contexto de la descentralización hacia el logro de municipios sanos.

Una característica importante de los SMDS es su articulación a la estructura y gestión administrativa de los municipios, como lo prevé la Ley 10 de 1990 y la Nueva Constitución. Esto constituye un avance hacia el proceso de descentralización al reforzar el papel de los municipios en el desarrollo y gestión de la salud. Por una parte, porque exige integrar los planes municipales de salud a los planes de desarrollo de los municipios; por otra, por cuanto se deposita en la administración municipal la conducción del proceso, garantizándose la integralidad y la visión global en la solución de los problemas de salud.

Los SMDS tendrán la responsabilidad de adelantar acciones coordinadas sobre una población definida, en el área del municipio o de un conjunto de municipios que tengan características afines. Tendrán unidad de gestión, responsable de administrar los recursos destinados a salud, así como movilizar a los conjuntos sociales e institucionales ubicados dentro de su área de influencia, en su perspectiva de promover la salud.

Los SMDS serán la base para el rediseño territorial, administrativo y programático que se propone adelantar con el Proyecto. Los SMDS a su vez, se articularán organizacional y programáticamente con los Sistemas Departamentales de Salud (SDDS), de los cuales deberán recibir según el ordenamiento legal vigente, lineamientos generales de política, asistencia técnica, seguimiento y complementariedad de recursos por la vía de transferencias del nivel nacional.

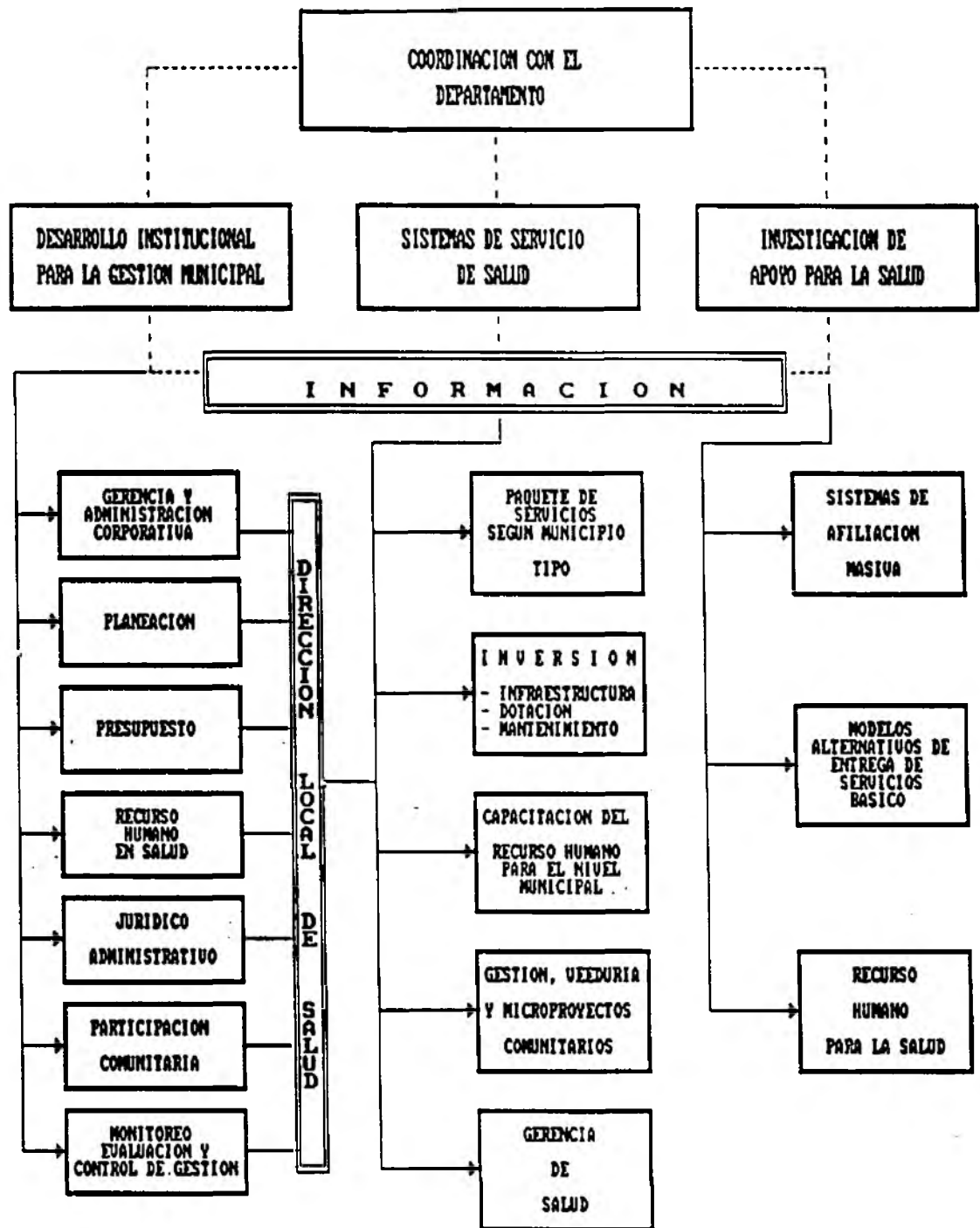
2.4.2 Componentes y Areas a desarrollar

En desarrollo de lo anterior, el proyecto contempla la ejecución de tres componentes:

- Desarrollo institucional para la gestión municipal
- Sistemas de servicios de salud
- Investigación operativa

Cada uno de estos prevé el desarrollo de una serie de Areas o Sistemas, en las cuales se centrarán las acciones tendientes a habilitar tanto a los municipios, como a las entidades prestatarias, hacia el logro de municipios saludables.

Gráfica N° 1
SISTEMAS MUNICIPALES DESCENTRALIZADOS DE SALUD
 - Componentes y Areas -



2.4.2.1 Componente Desarrollo Institucional para la Gestión Municipal

A través de este componente se brindará capacitación y asistencia técnica a los municipios para que adquieran la capacidad de asumir las competencias, responsabilidades y obtener los recursos necesarios para la promoción de la salud, la prestación de servicios básicos y su articulación con los niveles II y III del orden departamental.

El desarrollo de este componente conducirá a los municipios al establecimiento de las Direcciones Locales de Salud (DLS), mediante el desarrollo de las siguientes áreas:

- Área gerencial
- Área de información
- Área de planeación
- Área de presupuesto
- Área de recursos humanos
- Área jurídico - administrativa
- Área de participación comunitaria, y
- Área de monitoreo, evaluación y control de gestión.

A. Área Gerencial: Gerencia y Administración Corporativa.

Tendrá a su cargo la preparación e institucionalización global de los procesos que se desarrollarán en el municipio para la prestación de los servicios de salud. Además, garantizará y canalizará la participación de todos los estamentos sociales en las acciones y actividades tendientes a lograr municipios saludables. Conducirá el SMDS de manera eficiente y efectiva para lograr una gestión que satisfaga las necesidades de salud de la población.

- Actividades:

Las actividades que se describen a continuación, se realizarán en todos los municipios para la constitución del Área Gerencial. Estas serán complementadas y ajustadas en la etapa de prediseño, acorde con las condiciones específicas de cada municipio:

- Estructura organizacional
- Relaciones con otras instancias
- Estructura organizacional de las instituciones
- Misión institucional
- Plan estratégico
- Junta Directiva
- Comités de apoyo
- Relaciones interinstitucionales
- Relaciones intrainstitucionales

- Control de gestión
 - Clima institucional
 - Racionalización y ordenación del gasto
 - Definición de la naturaleza jurídica
 - Gestión de recursos económicos
 - Planeación institucional
 - Programación de actividades
 - Proceso de evaluación
 - Ética administrativa y profesional
- **Recursos:**

La asistencia técnica estará a cargo de un equipo especializado en la materia. Su selección se hará con base en el perfil y en los términos de referencia previamente definidos para esta área.

B. Area de Planeación

La Constitución de 1991, la Ley 10 de 1990 y el nuevo modelo de SMDS, conllevan profundas transformaciones en el proceso de planeación de las entidades territoriales.

La descentralización, es el traslado que la Nación hace a los entes territoriales de funciones de dirección y prestación de servicios de salud, en el marco de la autonomía territorial.

Esto implica que el Area de Planeación se constituya en la columna vertebral de los SMDS, permitiendo la racionalización de recursos humanos, físicos, financieros y tecnológicos. Además obliga a que se incorporen en él los modernos conceptos estratégicos y la participación ciudadana.

La Planeación tiene por objeto lograr condiciones óptimas para el desarrollo de los municipios, en los aspectos físico, económico, social y administrativo.

Para el desarrollo de estos aspectos es necesario que los municipios en la cabeza de la Dirección Local de Salud, hagan concurrir a las fuerzas económicas, sociales y políticas con presencia en el municipio, a fin de concertar políticas, metas, objetivos y líneas programáticas en un Plan de Desarrollo que respondan a las necesidades y expectativas de sus habitantes.

En desarrollo del área de Planeación en los SMDS, se busca que la administración municipal organice y administre, de manera autónoma y coordinada con los demás niveles territoriales, los recursos disponibles para atender en forma equitativa, los recursos disponibles para atender en forma equitativa y eficiente las necesidades de la población, con miras a mejorar el nivel de vida de la población.

- Actividades:

El desarrollo del Area de Planeación en los municipios y departamentos, contemplará las siguientes actividades:

Desarrollo de aspectos conceptuales:

- . **Salud alcances y estrategias**
- . **Descentralización, municipalización, desarrollo integral y sectorial**
- . **Planes sectoriales y de desarrollo. Articulación a nivel local, departamental y nacional.**

Desarrollo de aspectos normativos:

- . **Alcances de la nueva Constitución, de la Ley Orgánica de planeación, de la Ley 10 de 1990 y del Proyecto de Ley de Competencias y Recursos.**

Desarrollo de aspectos institucionales:

- . **Nuevo ordenamiento territorial**
- . **Organos formuladores de políticas**
- . **Organos de coordinación intersectorial**
- . **Organos ejecutores.**

Desarrollo de aspectos participativos:

- . **Mecanismos de articulación de la participación ciudadana en la elaboración del Plan Local y Departamental de Salud.**

Desarrollo de aspectos operativos:

- . **Plan de asistencia técnica a los departamentos y municipios.**
- . **Sistema de información**
- . **Recursos financieros.**

- Recursos:

Para el diseño e implantación del Area de Planeación en los SMDS se requiere de equipo especializado, además de los recursos logísticos y tecnológicos adecuados.

En la fase de pre-diseño de esta área, se establecerán los términos de referencia para su desarrollo.

C. Area de Presupuesto

Al ordenar la regulación de un régimen presupuestal, corresponde al Ministerio de Salud la organización y expedición de un Area Presupuestal, la cual debe estar sometido a las normas presupuestales y fiscales de la entidad territorial correspondiente y acorde con las disposiciones legales contempladas en el Estatuto Orgánico del Presupuesto General de la Nación (Ley 38 de 1989) y en la Ley de Competencias y Recursos (trámite en el Congreso).

Dicho régimen debe tener como objetivo el velar por una buena presupuestación, recaudación, control y ejecución de todos los recursos destinados a la prestación de los servicios de salud tanto a nivel local como departamental.

Lo anterior debe estar reflejado en un Manual de Presupuesto, orientado a definir y determinar los procedimientos, instructivos, procesos informativos y presentación de las asignaciones que conforman el presupuesto de ingresos y gastos, así como su utilización en la preparación, elaboración, presentación y ejecución del mismo.

Actividades:

Lo anterior supone acciones de asistencia técnica y capacitación, ampliamente participativas, con los funcionarios de las áreas respectivas en las diferentes entidades territoriales, orientadas al desarrollo de las siguientes actividades:

- Definiciones y principios generales sobre presupuesto:
 - . Presupuesto
 - . Principios presupuestales
 - . Planificación

- . Anualidad
- . Universalidad
- . Unidad de caja
- . Programación integral
- . Especialización
- . Equilibrio
- . Inembargabilidad
- Composición del presupuesto de rentas:
 - . Aportes
 - . Rentas nacionales cedidas
 - . Rentas propias
 - . Recursos de capital
- Composición del presupuesto de gastos:
 - . Servicios personales
 - . Suministros
 - . Gastos generales
 - . Transferencias
 - . Campañas directas
 - . Servicio de la deuda
 - . Inversión
- Proceso presupuestal
 - . Preparación, presentación y aprobación
 - . Bases para el cálculo de los ingresos
 - . Bases para el cálculo de los gastos
- Ejecución del presupuesto
 - . Programa anual de caja
 - . Acuerdo mensual de gastos
 - . Modificaciones al presupuesto
 - . Reserva de caja y reserva de apropiación.
- Control administrativo y económico del presupuesto.

Recursos:

Para el diseño e implantación del Área de Presupuesto en los SMDS se requiere de equipo especializado, además de los recursos logísticos y tecnológicos adecuados.

En la fase de pre-diseño de esta área, se establecerán los términos de referencia para su desarrollo.

D. Area de Recursos Humanos

Se relacionará con el manejo administrativo del recurso humano institucional de acuerdo con las normas respectivas, vela por el cumplimiento de éstas y desarrolla políticas, estrategias y actividades conducentes a mejorar las condiciones laborales, el clima organizacional, la salud ocupacional y el nivel de capacitación de todos los funcionarios. Todas sus acciones son realizadas bajo un contexto ordenado y coherente de ejecución de responsabilidades y funciones, establecidas de acuerdo con el marco institucional, con el fin de capitalizar y aprovechar los esfuerzos en el desarrollo particular del área y general de la institución.

Actividades

De acuerdo con los objetivos generales, se desarrollarán las actividades presentadas a continuación, a partir de las cuales se obtendrán los productos específicos de acuerdo con las características de cada actividad.

- Carrera administrativa
- Políticas y programas para desarrollo del recurso humano
- Automatización de la nómina
- Bienestar de personal
- Programas específicos de bienestar y atención de la salud dirigidos a la mujer trabajadora.
- Salud ocupacional - Comité y políticas
- Manuales de funciones
- Clima organizacional
- Comité de personal
- Políticas y racionalización de trabajo suplementario
- Planta global de personal - Determinación de necesidades

- Permisos, licencias, incapacidades
- Programación de personal
- Comité de cesantías
- Pasivo prestacional (en coordinación con Financiera)
- Seguridad Social
- Régimen disciplinario
- Régimen de estímulos
- Liquidación de prestaciones parciales y definitivas
- Fondos de prestaciones
- Desarrollo de indicadores de clima organizacional, ausentismo, incapacidades, política salarial.
- Programación de vacaciones
- Programas de educación continua, capacitación y complementación de la formación.

Recursos

Las consideraciones generales acerca del recurso humano necesario para desarrollar la metodología planteada para el área de Gerencia corporativa son válidas para todas las demás áreas.

La asistencia técnica requiere de consultoría con experiencia en el manejo de personal, preferiblemente del sector salud o con conocimientos acerca de la legislación y características principales del sector teniendo en cuenta los términos de referencia y perfil específicos para el área.

E. Area Jurídico - Administrativa

Uno de los principales aspectos del proceso de descentralización de la salud, que se encuentra plasmado en la Ley 10 de 1990 en su artículo 37 es el aspecto Jurídico -Administrativo y que se verá reflejado en el Proyecto de Ley de Reparto de Competencias y Recursos.

El proceso Jurídico - Administrativo se debe desarrollar en cuanto a aspectos fundamentales: La organización de la Dirección Seccional o Local de Salud, las transformaciones institucionales y los contratos y convenios celebrados en desarrollo del proceso.

Actividades

- Creación de la Dirección Seccional y/o Local de Salud

A través de un Acto Administrativo, se crea y estructura la Dirección de Salud que puede tener el carácter de Secretaría o Departamento Administrativo de Salud y depende directamente del despacho del Gobernador o el Alcalde según el caso. También puede conformarse un Instituto de Salud, en calidad de establecimiento público descentralizado.

Para el caso de los municipios de categoría 4 y 5 se puede crear una secretaría que integre las áreas de Salud, educación, vivienda, etc, aclarando las funciones de cada una de éstas en el Acto Administrativo que la constituye. El Alcalde puede asumir las funciones de Director Local de Salud, delegando alguna de ellas en el director del organismo de salud de mayor complejidad en el municipio.

- Creación del Fondo Seccional y/o Local de Salud.

Así mismo para la creación del Fondo de Salud, es necesario expedir un Acto Administrativo emanado de la Asamblea o Gobernador en el nivel departamental y Acuerdo y Decreto para el caso de los Municipios, ajustado a las disposiciones del Artículo 13 de la Ley 10 de 1990.

Transformaciones Institucionales

Para el funcionamiento de las unidades prestadoras de los servicios de salud, es necesario dotarlas de personería jurídica y autonomía administrativa, exceptuando de esta norma a organismos de menor complejidad, como centros y puestos de salud. Para realizar las transformaciones institucionales de los organismos de salud, es fundamental definir su naturaleza jurídica, es decir si son de carácter público o privado. La creación de los Hospitales como establecimientos públicos se hace mediante un acto administrativo.

Celebración de Contratos y/o Convenios

Para el caso de las entidades privadas que prestan servicios de salud y reciben recursos públicos, deben suscribir previamente un contrato con la entidad correspondiente.

Así mismo todas las actividades públicas que tengan la responsabilidad de prestar servicios de Salud, pueden contratar con personas privadas especializadas en servicios de salud.

La celebración de estos contratos no requieren requisito distinto a los exigidos para la contratación entre particulares.

Para el cumplimiento de lo exigido en el artículo 16 de 1990, en lo referente a la cesión de bienes, elementos e instalaciones, destinados a la prestación de servicios de salud, así como la transferencia de personal, es necesario celebrar un convenio entre las entidades territoriales, en el cual se establezca el inventario de bienes y personal a transferir, así como las obligaciones adquiridas por dichos entes.

Recursos:

Para el diseño e implantación del Área Jurídico-Administrativa en los SMDS se requiere de equipo especializado, el cual trabajará estrechamente con los funcionarios del nivel departamental, delegados para el efecto.

En la fase de pre-diseño de esta área, se establecerán los términos de referencia para su desarrollo.

F. Area de Participación Comunitaria

La participación Social es el ejercicio permanente de movilización, deliberación, organización, gestión, y veeduría de los ciudadanos que desde sus organizaciones sociales o gremiales y con el concurso de las entidades gubernamentales y no gubernamentales, buscan intervenir en el proceso de fortalecimiento de las autonomías territoriales para potenciar respuestas efectivas que incidan en el mejoramiento de la calidad de vida.

La participación social es garantía del sentido colectivo que debe tener la acción del Estado y de una administración pública eficiente.

La participación de la comunidad, como un proceso nacido desde el conocimiento de las necesidades padecidas y sentidas por la población, parte del reconocimiento de las formas organizativas y las expresiones que asume con el fin de articularlas a las propuestas del sector.

Dentro de los espacios de identificación de necesidades y de concertación de propuestas e iniciativas, donde las organizaciones comunitarias buscan elevar su calidad de vida, existen: los comités de participación comunitaria, las juntas administradoras locales, los equipos comunitarios de salud, los gestores de salud.

Actividades

- Diseño y sistematización de modelos y metodologías para estimular la participación ciudadana, en el marco del proceso de descentralización municipal y de los SMDS.
- Apoyo a la elaboración de inventarios de organizaciones sociales y gremiales existentes en el municipio.
- Desarrollo de guías y procedimientos para incentivar y estimular los procesos de organización y gestión social.
- Capacitación a las organizaciones existentes en: Planeación y Gestión de Proyectos, Veeduría y Fiscalización Comunitaria, Participación Ciudadana y Coordinación Interinstitucional.
- Elaboración y publicación de material didáctico.
- Elaboración y emisión de mensajes de promoción y divulgación en medios masivos de comunicación

Recursos:

Para el diseño e implantación de esta Área en los SMDS, se requiere de equipo especializado, además de los recursos logísticos y tecnológicos adecuados.

En la fase de pre-diseño de esta área, se establecerán los términos de referencia para su desarrollo.

G. Área de Monitoreo, Evaluación y Control de Gestión

La Dirección Local de Salud tiene a su cargo el desarrollo de actividades relacionadas con la evaluación institucional, desempeño de los funcionarios, determinación y perfeccionamiento de indicadores de gestión para todas las áreas y auditoría interna, coordinando sus acciones con las demás instituciones y ejecutando las funciones y responsabilidades asignadas, detectando los puntos críticos y mejorando la eficiencia de la gestión.

Teniendo en cuenta las características y el ámbito de acción institucional con el fin de darle seguimiento objetivo a los procesos que se desarrollan, detectar puntos críticos y mejorar la eficiencia de la gestión.

Actividades:

El desarrollo de las actividades contempladas en la etapa de pre-diseño según las necesidades detectadas, permitirán sistematizar, por medio de los productos obtenidos.

- Diseño de indicadores de gestión en todas las áreas funcionales.
- Determinación de indicadores y análisis.
- Elaboración del modelo de evaluación institucional.
- Aplicación modelo de evaluación institucional y análisis de resultados.
- Publicación periódica de resultados de Control de gestión y de evaluación
- Realimentación de diagnóstico, planeación y programación de acuerdo con los resultados de gestión y evaluación.
- Auditoría Interna.

Recursos

Tendrá la asesoría, consultoría experta en control de gestión, evaluación y auditoría de servicios de salud, que cumpla los requisitos contemplados en los términos de referencia.

2.4.2.2 Componente Sistemas de Servicios de Salud

Con este componente se busca mejorar la organización y cualificación de la oferta de servicios básicos de salud a nivel municipal.

Los servicios de salud que brindarán los SMDS, estarán determinados por el perfil epidemiológico, las necesidades de salud y medio ambiente, identificadas en el diagnóstico de la situación de salud, haciendo énfasis en el desarrollo de una cultura de la salud que servirá de base para afirmar el proceso hacia municipios saludables. Esta cultura de la salud se fundamenta en el fomento, la prevención y control de riesgos, protección de la salud de los grupos más vulnerables, tratamiento de la enfermedad y rehabilitación en el primer nivel de atención, así como la referencia en los casos necesarios.

Las acciones en salud básica se llevarán a cabo lo más cerca posible del lugar de residencia de los usuarios a través de equipos extramurales y empleando tecnologías de comprobada eficacia y costo razonable. Muchas acciones se adelantarán en el hogar y la mayoría en instituciones de nivel I del sistema, v.g. Puestos de salud, centros de salud, hospitales locales y/o centros hospitalares y/o unidades intermedias de los núcleos urbanos y áreas rurales del país.

Los servicios básicos de salud a prestar en los SMDS estarán organizados sobre una base geográfica y poblacional: los municipios. Se estructurarán en redes y estarán apoyados en procesos intensos de participación ciudadana. Operarán a su vez, con un modelo de atención que supera lo curativo-hospitalario y tiene como objetivo central el fomento y promoción de la salud.

Las entidades de salud al interior de los SMDS, constituirán módulos descentralizados autónomos cuya interdependencia estará garantizada por comunicación e información y por relaciones derivadas de la articulación de niveles de complejidad.

Los SMDS estarán constituidos por un conjunto de organizaciones municipales menores (barrios, veredas, corregimientos), que se administran con el máximo de autonomía y poder de decisión. Esto permitirá acercar las decisiones al lugar donde se realizan las acciones y donde existe la información requeridas para que la decisión se pueda tomar.

En estas organizaciones municipales menores se fomentará la capacidad de análisis y la producción de respuestas concertadas a los problemas de salud. Para ello se requiere del concurso de las diferentes organizaciones comunitarias y de las instituciones.

La ejecución de este componente requiere:

- Que los organismos de salud y los equipos extramurales, tengan los insumos necesarios.
- Que el personal de salud redescubra su papel como responsable de la salud de la familia y de la comunidad.
- Que se adhiera a la utilización del paquete básico de salud y se establezcan los vínculos necesarios con otras organizaciones locales, departamentales y nacionales, para fortalecer su capacidad de servir a la comunidad.
- Que tanto a nivel institucional como comunitario se interiorice el concepto nuevo de salud para lograr municipios saludables.

Teniendo en cuenta lo anterior, este componente incluye las siguientes áreas:

- A. Area de Servicios Básicos de Salud (Tipificación del Paquete de Servicios).
- B. Area de Inversión en Infraestructura, Dotación y Mantenimiento.
- C. Area de Capacitación del Recurso Humano para el Nivel Municipal.
- D. Area de Gestión, Veeduría y Microproyectos Comunitarios.
- E. Area de Gerencia de Servicios al Usuario.

A. Area de Servicios Básicos de Salud: Paquete de Servicios

El Desarrollo de los Servicios Básicos en los Niveles Locales y/o Municipales se hará mediante la **Red de Servicios Integrales** que incluyen servicios comunitarios e institucionales, desde el fomento hasta la recuperación y rehabilitación, con accesibilidad y disponibilidad a los mecanismos de referencia y contrarreferencia al segundo y tercer nivel de atención.

Se utilizan **estrategias de atención primaria**, para ser implementadas en:

- Los espacios y ambientes sociales en los cuales se desenvuelve la vida, el estudio, el trabajo, la recreación, la cultura y lugares de encuentros comunitarios. Ejemplos de estos espacios sociales son la familia, Hogares Comunitarios de Bienestar Familiar, jardines y guarderías infantiles, escuelas, clubes juveniles, fábricas, hogares y centros para ancianos, centros deportivos y recreativos, centros comunales, espacio público, cárcel, etc. con su entorno físico y social.

- Los espacios Institucionales Hospitales Locales, Policlínicos, Dispensarios, Centros de Salud, Centros de Primeros Auxilios, Puestos de Salud, etc.

Los Sistemas de Atención serán definidos con la participación de la Comunidad y a través de sus servicios y programas, deberán responder a las características geográficas, y socio-económicas de cada localidad.

Como parte del nuevo modelo de atención que supera al enfoque curativo-hospitalario y el manejo desarticulado de los factores de riesgo, el Proyecto impulsará la reorientación de instituciones hospitalarias locales o unidades intermedias existentes hacia su conversión en Centros Urbanos de Referencia, que sean instrumentales en el proceso de lograr municipios saludables en las organizaciones municipales menores.

Estos centros corresponden a unidades del primer nivel de atención y funcionan como ejes articuladores del sistema de prestación de servicios en áreas geográficas y unidades territoriales de tamaño e importancia variable. Con sus centros y puestos, población y organismos sectoriales y extrasectoriales constituyen unidades de programación para acciones de salud en los Sistemas Locales de Salud.

El Proyecto de Crédito se propone la reorientación de este tipo de unidades dentro del nuevo modelo de salud, para que cumplan a cabalidad su función de respuesta a problemas y riesgos de la población más vulnerable. En esta dirección, los hospitales locales o centros de referencia se habilitarán para prestar servicios 24 horas bajo los principios del mercadeo social de la salud.

Los sistemas de Atención deberán comprender:

Servicios Básicos de Salud

Su énfasis está en la promoción y fomento de la salud y en la prevención de la enfermedad, sin descuidar los servicios curativos y de rehabilitación.

Aunque existen servicios básicos de salud que deben ser ofrecidos en todos los municipios del país, por ejemplo, la vacunación contra las enfermedades inmunoprevenibles, también existen servicios básicos de salud que son específicos, según las características geográficas, culturales, sociales, económicas políticas, demográficas y epidemiológicas de cada municipio, por ejemplo, el control de las enfermedades tropicales como la malaria y el dengue, los programas de salud ocupacional en las zonas aldoneras; la accesibilidad a los servicios chamánicos en los territorios indígenas; los programas de salud mental, paz y convivencia fraterna, proyectos de desarrollo orientados hacia la equidad social y económica en los municipios con población en proceso de reinserción y paz, o en conflicto armado, o con graves conflictos políticos, económicos y sociales, y en los cuales, la violencia es la primera causa de morbi-mortalidad.

Los servicios básicos de salud incluyen los relacionados con el ciclo evolutivo de la vida con los factores de riesgo y patologías y con los específicos para la diversidad: comunidades indígenas y negras.

Atención según ciclo evolutivo de la vida: madre gestante y lactante, recién nacido, infancia, adolescencia, adulto, tercera edad.

Incluye, entre otros, los programas de Salud Mental, Salud Familiar y Comunitaria; salud para las mujeres, mujeres para la salud; Atención a la Gestante, Atención Perinatal, Lactancia Materna, crecimiento y Desarrollo, Salud Escolar, Atención al adolescente, Atención al adulto, Salud Reproductiva, Atención Integral a las personas Mayores.

Sistemas de atención específicos para grupos étnico- culturales:

- Salud para la Diversidad - Comunidades Indígenas
- Salud para la Diversidad - Comunidades negras
- Programas de Culturas Médicas Tradicionales Terapéuticas Alternativas
- Atención para el Control de factores de riesgo y Patologías, según perfil epidemiológico específico de cada localidad y grupo poblacional expuesto:
- Saneamiento Básico Ambiental: "Agua Pura", manejo de excretas y aguas residuales, recolección apropiada de basuras, control de zoonosis, control en la manipulación de alimentos, higiene y seguridad de la vivienda y del espacio público. Urgencias. Salud Oral con énfasis en la madre gestante y lactante y en los menores de 15 años. Salud Ocupacional. Atención Integral al discapacitado. Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI. Desnutrición. Transtornos perinatales. Enfermedades de Organos de los Sentidos. Patologías Crónicas y Degenerativas, Cerebro-Cardiovasculares, Cáncer, Diabetes. Enfermedades de Transmisión sexual, Sida. Drogadicción Farmacodependencia. Enfermedades Tropicales (Malaria, Dengue, Leishmaniasis). Enfermedades Parasitarias. Enfermedades infecciosas: del aparato genito-urinario, de la Piel, Lepra, TBC, Infección Respiratoria Aguda IRA, Enfermedad Diarréica Aguda EDA, Cólera, trauma simple etc.

Actividades:

En cada uno de los puntos anteriores se desarrollarán actividades en los campos de: fomento y protección de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las discapacidades físicas, mentales y sociales.

Implantación de la Red de Servicios en la cual opera el sistema de referencia y contrarreferencia, a saber:

- Entre Organismos del Primer Nivel de Atención: Red de Atención Primaria
- De los Espacios Sociales o Programas de Atención Primaria a los organismos asistenciales del Primer Nivel de Atención.

Entre organismos asistenciales del Primer Nivel de Atención: De un Puesto o Centro de Salud o similar al Hospital Local

Del Centro de Salud o del Hospital del Primer Nivel de Atención al Segundo o Tercer Nivel de Atención.

Planificación y Desarrollo de Recursos:

Recurso Humano Institucional: profesional, técnico y auxiliar; No Institucional: gestores de la salud (Voluntarios, grupos comunitarios).

Recursos tecnológicos: diseño de metodologías, elaboración de normas e instrumentos apropiados según las especificidades socioeconómicas de cada localidad con participación de la comunidad.

Recursos Locativos: Construcción y mantenimiento con Veeduría comunitaria.

Recursos Materiales: Dotación para la Atención que se ofrece en los espacios sociales y en las instituciones el equipo humano: funcionarios, agentes naturales de salud, gestores de la salud y demás voluntarios.

Boticas comunitarias.

Concertación y coordinación interinstitucional e intersectorial

Establecimiento de Convenios y Pactos Sociales con Comunidades indígenas y Negras.

Establecimiento de Convenios con Servicios Seccionales de Salud

Establecimiento de Convenios con otros municipios

Establecimiento de Convenios con entidades del gobierno del orden nacional, con ONG's y con entidades de cooperación técnica internacional.

Sistema de Evaluación fundamentado en indicadores de gestión, proceso e impacto que permitan medir la calidad y eficiencia de los servicios según:

- Capacidad resolutive para atender el 80% de la morbilidad más común y reducir significativamente la letalidad que afecta la población de la localidad.

- Grado de participación social, con responsabilidad y gestión comunitaria.
- Mejoramiento de los indicadores de salud-bienestar-desarrollo humano y social.
- Incremento de los factores protectores de salud individual y colectivos.
- Modificación favorable del perfil epidemiológico específico de cada población, especialmente con relación a la letalidad, a las enfermedades más comunes en la zona, a las incapacidades prevenibles y la reducción significativa de años de vida potencialmente perdidos, con el consecuente aumento de la esperanza de vida al nacer y la prolongación de años de vida útil y feliz.

Recursos:

Para el diseño e implantación del Sistema de Servicios de Salud en los SMDS se requiere de equipo especializado, además de los recursos logísticos y tecnológicos adecuados.

En la fase de pre-diseño de esta área, se establecerán los términos de referencia para su desarrollo.

B. Área de Inversión en Infraestructura, Dotación y Mantenimiento

En esta área se desarrollarán actividades tendientes a dotar a las Direcciones Locales de Salud y a sus organismos prestatarios de los recursos físicos, tecnológicos y logísticos necesarios para el desarrollo de los SMDS.

Igualmente prevé la aplicación de recursos en apoyo a la dotación de los Equipos de Salud Familiar y Comunitaria y a las organizaciones comunitarias que desarrollan actividades de promoción y fomento de la salud.

Estas actividades se llevarán a cabo en dos niveles: 1) desarrollo de infraestructura y dotación de servicios en aquellas zonas donde no exista, y 2) Habilidad de la capacidad resolutive (ampliación, remodelación, reposición), donde sea necesario.

1) Infraestructura.

Programa Arquitectónico Tipo: Tipificación del Primer Nivel. Definición por instituciones y ambientes mínimos.

Hospital Local:

Es el establecimiento de mayor magnitud del primer nivel de atención, organizado para brindar servicios integrales de salud a la población en su área de influencia. Presta servicios básicos de hospitalización (medicina, cirugía, obstetricia, pediatría), consulta médica, odontológica y de enfermería y servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Además puede disponer de otros servicios complementarios de apoyo.

Generalmente se encuentran ubicados en localidades semiurbanas, con población en su cabecera municipal entre 10.000 y 30.000 habitantes.

El hospital local tiene 1.500 M2 de construcción promedio (75 M2 por cama).

A continuación se describen los ambientes mínimos:

- Consulta externa: Consultorios médico y odontológico, tratamiento y curaciones, inmunizaciones e inyectología.
- Urgencias: Consultorio, curaciones, hidratación y observación.
- Hospitalización: Medicina general y obstetricia.
- Cirugía: Quirófano y recuperación con médico general.
- Obstetricia: Sala de partos y trabajo de partos, con médico general.
- Pediatría: Lactario.
- Servicios Complementarios: Laboratorio, rayos X, farmacia, esterilización, enfermería, rehabilitación, nutrición y dietética, trabajo social.
- Servicios Generales: Lavandería y ropería, mantenimiento, morgue.

- Servicios
Administrativos: Director científico y asistente administrativo.
- Saneamiento

Centro de Salud:

Es aquel establecimiento equipado para prestar servicios de atención médica, odontológica y enfermería, en forma diurna. Está ubicado en cabeceras municipales de 3.000 a 10.000 habitantes, incluyendo zona rural y población del área de influencia.

El centro de salud con camas tiene 400 M2 de construcción promedio (60 M2 por cama). El centro de salud sin camas, tiene 200 M2 de construcción promedio.

Los ambientes Mínimos de un Centro de Salud son:

- Información y Archivo
- Sala de espera
- Sala de reuniones
- Baño público
- Consulta médica y odontológica
- Farmacia
- Vivienda personal enfermería
- Atención al medio ambiente

Algunos pueden desarrollar servicios de laboratorio clínico básico.

Puesto de Salud:

Se define como el primer organismo dentro de la escala de atención del nivel local. Presta servicios diurnos de atención médica y odontológica en forma ambulatoria y periódica.

Están ubicados en áreas rurales con población dispersa, de menos de 3.000 habitantes.

El puesto de salud tiene 80 m² de construcción promedio

Los ambientes mínimos son:

- Sala de espera y reuniones
- Consultorio médico
- Consultorio odontológico
- Vacunación
- Inyectología

Costos aproximados de construcción:

- Hospital local	US\$ 285 por m'
- Centro de salud con camas	US\$ 214 por m'
- Centro de salud	US\$ 178 por m'
- Puesto de salud	US\$ 171 por m'

2) Mantenimiento

Históricamente el mantenimiento ha sido precario en las diferentes instituciones, en particular en las del primer nivel, ya que los recursos provenientes del gobierno nacional poco o nada llegan, debido a las limitaciones de carácter presupuestal. Tampoco existe un diagnóstico que permita acometer las obras requeridas para garantizar el funcionamiento y la prestación de servicios en condiciones óptimas. El proyecto de catastro físico que adelanta el Fondo Nacional Hospitalario, con el concurso de otras instituciones, permitirá superar esta dificultad.

El mantenimiento tradicionalmente ha estado en cabeza del Fondo Nacional Hospitalario y de los Talleres de Mantenimiento de las direcciones seccionales. De esta manera las instituciones se fueron descargando de sus responsabilidades.

Los costos por ambientes se encuentran en estudio, atendiendo a la diversidad de zonas, accesos, recurso humano, polos de desarrollo industrial y otras variables que determinan su tipificación. La etapa de aprestamiento se dedicará a este trabajo.

3) Dotación

La dotación existente en las instituciones del primer nivel de atención, son las mínimas necesarias para el normal funcionamiento de hospitales locales, centros y puestos de salud. Los equipos de apoyo obedecen a sus necesidades primarias en ocurrencias mínimas de pequeña cirugía y obstetricia de bajo riesgo.

Los costos de mantenimiento de equipos, se calculan entre un 7% y un 15% del valor de los equipos nuevos en el mercado.

La dotación para las Direcciones Locales de Salud contempla: equipos de computación, medios audiovisuales en algunos casos, equipos de radio-comunicación.

La dotación a organizaciones de la comunidad y gestores de la salud, contempla: material didáctico y elementos sencillos de trabajo. Además de aquellos materiales que se requieran para el desarrollo de microproyectos de salud y ambiente.

Recursos:

Los recursos necesarios para esta área se determinarán por el Fondo Nacional Hospitalario, con el apoyo de un equipo especializado, previo inventario-diagnóstico de la situación en que se encuentran los diferentes organismos de salud encargados de la ejecución del proyecto, en los municipios seleccionados.

C. Área de Capacitación del Recurso Humano

En esta área se pretende desarrollar un programa de educación continuada, que mediante la combinación de diferentes técnicas y metodologías, contribuya a generar un cambio de actitud favorable, de parte del personal de salud, para la implantación y desarrollo de los SMDS.

Este programa tendrá las siguientes características:

- Debe beneficiar al sujeto de la capacitación, a los servicios y a las comunidades.
- Debe desarrollarse de manera participativa, con el concurso de los diferentes actores involucrados en éste.
- Debe basarse en necesidades identificadas principalmente por los participantes.
- Debe llevarse a cabo en el lugar más cercano al puesto de trabajo.
- Debe atender a una planeación continua y no constar solamente de eventos esporádicos.

El programa de educación continuada se realizará con funcionarios del nivel central, el nivel departamental y el nivel municipal, y pondrá énfasis en este último, atendiendo a su responsabilidad como ejecutor directo del Proyecto.

El proceso de descentralización y el nuevo modelo de salud exigen un cambio grande en el nivel central. De una autoridad centralista en donde se tomaban decisiones sobre personal, programas recursos y administración de los mismos, debe pasar a fortalecer su papel de proveer orientaciones, guías, asesoría y apoyo al desarrollo de actividades en los niveles departamentales principalmente.

El nivel departamental también deberá redefinir su papel que hasta ahora ha consistido en una supervisión controladora en relación a los municipios, el manejo del personal en forma directa y en servir como puente para la transmisión de los programas emanados desde el nivel central. Los funcionarios del nivel departamental, deberán fortalecer su capacidad para el desarrollo de procesos de planeación y el apoyo al desarrollo de los SMDS, con acciones continuas y permanentes de asistencia técnica y capacitación.

El personal de los servicios del nivel municipal, ejecutor directo de las acciones previstas en el Proyecto de Crédito, corresponde a aquel ubicado en el primer nivel de atención, y forma parte de los SMDS en las localidades objeto de la intervención por el Proyecto. En su mayor parte está compuesta por: médicos generales o especialistas, odontólogos, enfermeras, auxiliares de enfermería, promotores de saneamiento, trabajadores sociales, agentes voluntarios o gestores de salud y promotores de salud.

El programa de educación continuada, para los niveles departamental y municipal, se desarrollará involucrando preferencialmente a la Red de Unidades Docentes para el Desarrollo de los Recursos Humanos. Esto permitirá la institucionalización de las acciones y la optimización de los recursos disponibles.

Estas unidades de capacitación actuarán bajo los principios de complementariedad, subsidiaridad, cooperación técnica horizontal, así como en el desarrollo de proyectos conjuntos, tanto en la educación continua, como en la generación de instrumentos didácticos de elaboración regional y en el intercambio de experiencias y pasantías.

Actividades.

- Diseño del programa
- Elaboración de contenidos de capacitación
- Adiestramiento a nuevos funcionarios
- Cursos y /o Talleres orientados al desarrollo de conocimientos y destrezas que mejoren los servicios.
- Intercambio de experiencias con otros proyectos
- Participación en experiencias de educación a distancia
- Sesiones de trabajo en equipo

Recursos:

Para el diseño e implantación del Sistema de Capacitación del Recurso Humano en los SMDS se requiere de un equipo especializado, además de los recursos logísticos y tecnológicos adecuados.

En la fase de pre-diseño de esta área, se establecerán los términos de referencia para su desarrollo.

D. Area de Gestión, Veeduría y Microproyectos Comunitarios.

Se orienta a estimular la participación de la comunidad y sus organizaciones en la gestión institucional de la salud.

Busca generar procesos de movilización social y promover una cultura de la salud, a partir de la identificación, ejecución y control de microproyectos comunitarios de salud y ambiente.

Los microproyectos comunitarios se conciben como acciones concretas orientadas a la superación de problemas críticos que afectan la salud y la calidad de vida de una comunidad y que pueden ser resueltos de manera simple, utilizando tecnologías de fácil manejo y bajo costo. Exigen para su desarrollo de asistencia técnica adecuada y recursos oportunos.

Adicionalmente, los microproyectos comunitarios permiten un proceso didáctico que contribuye a generar acciones más amplias de participación social en la vida económica y política del municipio.

Estos se concretan en la elaboración del Plan Municipal de Salud y en su integración al Plan de Desarrollo Municipal.

Permite a su vez que las organizaciones sociales que trabajan en favor del mejoramiento de la salud de sus comunidades, se integren con otras organizaciones existentes (microempresarios, campesinos, pescadores, madres comunitarias, etc.) y aprovechen conjuntamente los espacios de concertación y planeación establecidos en los municipios, como por ejemplo los Consejos Municipales de Rehabilitación del Plan Nacional de Rehabilitación, PNR.

Finalmente, busca establecer un modelo de veeduría comunitaria que apoye el proceso de descentralización municipal y fiscalice el buen desarrollo de las inversiones programadas. Estas veedurías, se podrán ejercer desde los Comités de Participación en salud, previo un proceso de capacitación y asistencia técnica.

Actividades

- Apoyo para la conformación y capacitación de Comités de Participación Comunitaria y veedores de la comunidad para la inversión en salud.
- Capacitación a las organizaciones sociales existentes y a gestores de la salud en: planeación estratégica de la salud, identificación y formulación de microproyectos de salud y ambiente, acciones de prevención y detección temprana de problemas de salud, formas y mecanismos para ampliar la participación ciudadana.
- Intercambio y divulgación de experiencias de participación comunitaria en la realización de proyectos de salud y ambiente.
- Apoyo a la realización de eventos culturales como escenarios alternativos de identificación comunitaria de problemas de salud y ambiente, y de generación de soluciones.

Recursos:

Para el diseño e implantación de esta Área en los SMDS se requiere de equipo especializado, además de los recursos logísticos y tecnológicos adecuados.

En la fase de pre-diseño de esta área, se establecerán los términos de referencia para su desarrollo.

E. Area de Gerencia de Servicios al Usuario

Area que tiene a su cargo las actividades de interacción con la comunidad y con los usuarios de los servicios, expectativas de éstos, manejo de la imagen institucional y monitoreo permanente del perfil bio-psico-social del área de influencia institucional, de acuerdo con las posibilidades y las políticas institucionales, coordinando sus acciones con todas las dependencias y ejecutando las responsabilidades y funciones asignadas de acuerdo con las características y ámbito de acción de la institución con el fin de satisfacer las necesidades de la comunidad en lo relacionado con la atención de su salud dentro de los lineamientos consignados en el concepto del área de gerencia corporativa.

Actividades

Las actividades que se desarrollan en el área listadas en el documento y contempladas en la etapa de pre-diseño, conducirán a la obtención de productos específicos para cada una de ellas.

- Estructura organizacional
- Recursos necesarios
- Clasificación socio-económica
- Visitas domiciliarias
- Orientación a los usuarios
- Encuestas de satisfacción de usuarios
- Estudios de necesidades de la comunidad (Perfil bio-psico-social)
- Estudio de tarifas y subsidios
- Paquetes de prestación de servicios
- Proyección de las instituciones a la comunidad
- Programas de educación en salud a la comunidad
- Utilización de medios de comunicación para promover servicios
- Buzones de seguimiento y oficinas para recibir quejas y reclamos
- Humanización de la atención
- Visitas a los pacientes por parte de familiares y amigos
- Hospitalización madre-hijo en pediatría
- Actividades recreativas intra-hospitalarias
- Facilitación de comodidades intra-hospitalarias

Recursos

La asistencia técnica para el Area será desarrollada por un equipo experto en mercadeo de servicios, preferiblemente con experiencia en el sector salud, que cumpla con las condiciones establecidas en los Términos de Referencia.

2.4.2.3 Componente de Investigación Operativa

En este componente el Proyecto de Crédito se propone adelantar investigación operativa orientada a dar respuesta a problemas prioritarios del Sector en el país. En esta dirección se propone iniciar con investigación para:

- A. Diseño, Prueba y Evaluación de Sistemas de Afiliación Masiva de la Población a Servicios Complementarios de Salud.
 - B. Investigación para el Desarrollo de los Recursos Humanos.
 - C. Investigación para la creación de modelos y alternativas de entrega de servicios básicos a comunidades y grupos étnicos específicos.
-
- A. Diseño, prueba y evaluación de sistemas de afiliación masiva de la población a servicios complementarios de salud**

Los sistemas de afiliación masiva constituirán el mecanismo para garantizar el acceso paulatino de la población a servicios complementarios de salud. Cerca de la mitad de los colombianos encuentran dificultades, por reducida cobertura de servicios públicos de hospitalización y cirugía para acceder a atención de la salud en los niveles superiores con oportunidad y calidad.

El país se encuentra en búsqueda de un modelo de seguridad social en salud que combine universalidad, solidaridad y eficiencia que satisfaga lo consagrado en los artículos 48 y 49 de la nueva Constitución Nacional, donde Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud y el derecho irrenunciable a la seguridad social.

Actualmente se encuentran en estudio propuestas de reforma al sistema vigente de seguridad social que solamente cubre el 21 % de la población, dejando al sistema público la responsabilidad de ofrecer la asistencia a la mayor parte de la población restante.

Con el componente se propone diseñar y probar en escalas reducidas diferentes modelos de Afiliación Masiva, que ilustren sobre las mejores maneras de orientar progresivamente el gasto público en salud y cumplir el mandato constitucional.

Se diseñarán tres modelos alternativas para validar el sistema:

Modelo Municipal de Pago contra Servicios

En este modelo, que no implica prepago por parte de los usuarios, las direcciones locales de salud, previo convenio con la Dirección Departamental de Salud y en ejercicio del principio de complementariedad consagrado en la Ley 10 de 1990 y en la Constitución, contratan a costos estándar con entidades públicas o privadas la prestación de servicios básicos y complementarios de salud de la población de un municipio o parte de la misma.

El modelo pretende llevar a cobertura universal en el mediano plazo y representa un paso intermedio hacia el prepago.

Estos modelos se probarán en municipios intermedios, a seleccionar y en número no mayor de seis (6).

Modelo del Prepago para el Sector Informal

En este modelo se contempla una socialización del riesgo personal del trabajador informal, de su familia o sus empleados, a partir de la masificación de la afiliación y los servicios. Con un esquema de reparto directo, el grupo asume los gastos de la persona individual y el costo porcentual de las actividades y servicios esperados para esa población.

El modelo contempla un subsidio estatal de la tercera parte del costo de la cuota mínima de afiliación anual de la población decidida a afiliarse al sistema, con cargo a los recursos asignados a las direcciones seccionales o locales de salud.

El modelo se ensayará en las ciudades que concentran el mayor número de trabajadores del sector informal.

Modelo de Prepago para el Sector Escolar

Este modelo para la atención escolar implica la suscripción de convenios entre las direcciones seccionales y locales de salud para transferir o reembolsar recursos destinados a los niveles II y III del sistema de prestación de servicios, a los fondos locales para cubrir eventos de atención inclusive referencia y contrarreferencia de pacientes, en las áreas de hospitalización, urgencias y cirugía que trasciende el nivel básico.

Con la prueba de éste modelo se explorarán las posibilidades de acceso de familias, que tengan por lo menos uno de sus miembros en la escuela, a servicios complementarios de salud.

El modelo funcionará mediante la compensación estatal a los alumnos de escuelas y colegios para la suscripción de pólizas para compras de servicios complementarios a entidades prestadoras de servicios (EPS) de los sectores públicos y privado.

El modelo se probará en las seis (6) ciudades colombianas de mayor población, empezando por algunas entidades educativas públicas y privadas interesadas en participar de la experiencia. La potencialidad de cobertura de este modelo, para las seis ciudades, es de 1.8 millones de escolares, que pueden representar a un millón de familias.

B. Investigación para el Desarrollo de los Recursos Humanos

El Estudio Sectorial de Salud plantea que los problemas de los recursos humanos para la salud, tienen relación directa e indirecta con el volumen y comportamiento de quienes producen o apoyan la producción de acciones de salud.

Es así como la disponibilidad de profesionales y técnicos de la salud ha crecido a enormes tasas en las últimas décadas, alcanzando coberturas que resultan aceptables en términos internacionales. Sin embargo la ubicación del personal, especialmente el médico, no corresponde a las necesidades regionales, generándose un déficit significativo en las áreas rurales y las pequeñas poblaciones. Observándose así mismo una discrepancia entre el ejercicio profesional centrado en actividades curativas y remediales, y las necesidades de la población relacionadas de manera amplia con la promoción, el fomento de la salud y la atención primaria.

Se sugiere así mismo la necesidad de hacer innovaciones sustanciales para proveer los servicios asistenciales que la población requiere. En este sentido, la descentralización aparece como una oportunidad que les permite a los municipios colombianos ser más autónomos en el diagnóstico de sus problemas y en la planificación y evaluación de sus servicios de salud.

Con base en lo anterior y con el fin de asegurar el desarrollo armónico de los diferentes componentes de acción que establece el proyecto de sistemas municipales descentralizados de salud, se propone poner en marcha un área de investigación encaminada al Desarrollo del Recurso Humano que incluya la revisión curricular y la capacitación, actualización y educación continua, del personal vinculado al sector.

De esta forma, se impulsará la revisión y modernización de los contenidos curriculares de las escuelas y Facultades de: Ciencias de la Salud y las carreras afines, para adecuar el aprestamiento y capacitación básica del Recurso Humano, técnico y profesional a las necesidades actuales del sector. Con ello se dará énfasis a la formación para la promoción de la salud, la prevención, la atención primaria y las ciencias humanas y administrativas aplicadas a la salud.

Se fortalecerá la capacidad tanto del Nivel Central como del Local para el diseño y aplicación de un modelo y aplicación en este campo, de tal forma que el volumen y calidad de los recursos que se formen, en pro y post-grado, respondan a las necesidades y características del desarrollo de la reforma del sector y a la descentralización del país.

De otra parte se contemplara estrategias para el diseño de programas de capacitación, actualización y educación continuada del personal actualmente vinculado a la prestación de servicios de salud, con el fin de mejorar la gestión y la calidad de los servicios. Estos programas tendrán como contenidos básicos la reforma sectorial, la descentralización, el plan de desarrollo, la gerencia y administración de programas e instituciones y los métodos y procedimientos para el desarrollo de la atención primaria y la participación de la comunidad en salud.

En esta forma se plantea un mecanismo objetivo para dar solución a la compleja situación del personal del sector, donde los sustanciales cambios planteados por la política de descentralización de la salud, implica cumplir funciones que en algunas oportunidades sobrepasan la capacidad de las localidades pues no cuentan con los recursos suficientes ni con la capacidad de gestión para afrontar dichas responsabilidades.

La investigación en el área del desarrollo del Recurso Humano se plantea como una estrategia que permite fortalecer la capacidad del sector favoreciendo procesos hacia la autonomía individual y hacia la educación permanente.

Lo anterior implica el diseño de un proyecto investigativo que contemple las actividades necesarias para identificar el área que será motivo de formación así como las estrategias necesarias para que los profesionales y técnicos de salud puedan acceder a ellas fácilmente, en especial quienes se encuentran en los niveles locales.

A este nivel, en forma general se han elaborado algunas actividades que podría contemplar dicha investigación y las cuales son:

- Identificar de acuerdo a las características y funciones que cumple el personal de salud, las necesidades de formación y/o actualización requeridas para la prestación del servicio de salud.
- Identificar de acuerdo al perfil anterior las modalidades educativas que permitan responder a las necesidades identificadas.
- Diseñar los programas de formación y/o actualización requeridos, bajo la modalidad educativa seleccionada (formal o desescolarizada)
- Diseñar y desarrollar un programa de capacitación para el personal que actuará como agente educativo en los diferentes programas.
- Elaborar el material a utilizar en cada uno de los programas, de acuerdo a la metodología seleccionada.
- Identificar los países que tengan experiencias similares en descentralización para detectar instituciones que permitan pasantías.

C. Investigación para la creación de modelos alternativos de entrega de servicios básicos a grupos étnicos minoritarios

La precaria situación de salud de las poblaciones indígenas y negras en el país siempre ha sido motivo de discusión y análisis, de ahí que en los últimos años se haya promovido una serie de acciones encaminadas al fortalecimiento de los servicios de salud dirigidos a dichos grupos.

Ha sido de especial desarrollo lo concerniente a la población indígena, donde tanto el Ministerio de Salud como organizaciones de diversa índole han promovido proyectos de organización operativa en dos frentes claramente diferenciables.

- La prestación de servicios de prevención y curación por parte de las instituciones públicas, a los indígenas, dentro del marco del respeto a la cultura;

La articulación de la medicina indígena al sistema de salud.

En el primer caso son típicas las actitudes de rechazo a la población indígena por su "ignorancia" en la utilización de los servicios, y por conflictos que se derivan del rechazo a ciertos programas emanados de los servicios de salud, originados en las diferencias culturales de la población.

De otra parte, se han obtenido importantes logros a partir de experiencias piloto, tales como: los hospitales-maloca de la Amazonía y Orinoquía, la selección, la capacitación, de promotores indígenas de salud, y más recientemente el apoyo a la formulación y ejecución de proyectos comunitarios.

En el segundo caso, aparte de una no despreciable producción teórica, existen casos puntuales de esquemas de articulación (remisión por el medio tradicional cuando se trata de enfermedades del blanco, cursos de capacitación de promotores basados en los conocimientos tradicionales y en los técnicos, los cursos mal llamados de "complementación" de parteras) y una gran cantidad de monografías sobre el pensamiento sanitario de grupos indígenas. Una consecuencia importante de este proceso ha sido la apertura institucional a otros saberes médicos como el uso de plantas medicinales, la acupuntura, la homeopatía, etc.

Con la promulgación de la Ley 10 se expidió el decreto 1811 que, conservando el espíritu del respeto a la cultura, introdujo dos elementos fundamentales:

- La obligatoria consulta a las autoridades tradicionales de cada comunidad indígena, sobre los proyectos, programas y asignación de recursos de todas las actividades a desarrollar con ella.
- La especialización en el Ministerio, el Departamento y el Municipio, de grupos de personas responsables de tales consultas (interlocutor permanente) y de las relaciones con las autoridades y la comunidad y la coordinación y la concertación con otras instituciones de similares intereses.

Adicionalmente la Constitución de 1991 introdujo un cambio importante al considerar a las comunidades indígenas como entidades territoriales con toda la autonomía para la administración de todos los servicios, incluyendo el de salud.

Con respecto a las minorías negras, cabe reconocer que en el territorio nacional se encuentran zonas habitadas predominantemente por comunidades negras que tradicionalmente han estado marginadas de la vida económica y social del país, razón por la cual presentan los mayores índices de necesidades básicas insatisfechas (NBI). (Litoral Pacífico, zonas de la Costa Atlántica). Esta situación se refleja en los indicadores de salud con las tasas más rezagadas frente al promedio nacional.

Estas comunidades poseen una cultura propia cuyas tradiciones y prácticas deben ser respetadas e integradas a los programas oficiales de salud.

Con base en lo anterior, la investigación operativa a este respecto deberá abordar:

- Elaboración de modelos de articulación de la cultura médica indígena y negra a la prestación de servicios.
- Descripción de la cultura sanitaria de los indígenas y negros y de sus condiciones de salud.

El Proyecto someterá a comprobación una hipótesis que puede formularse de la manera siguiente:

- Se acepta que la situación de salud de cualquier población depende en buena medida de sus condiciones de vida (Factores de riesgo, componentes del bienestar, necesidades básicas insatisfechas o cualquier otro enfoque).
- Para el caso de las poblaciones sujeto de la investigación, el establecimiento de variables requiere de un cuidadoso análisis, pues muchos parámetros carecen de validez, así el planteamiento general sea válido.
- La integridad cultural (entendida en un sentido amplio que involucre tenencia de la tierra, vigencia de la lengua, de las estructuras tradicionales del poder, de la administración tradicional de justicia, de las formas de producción, de la cosmovisión y de la medicina tradicional al menos) puede ser un determinante de las condiciones de salud.

El trabajo planteado en esta forma, permitirá confirmar en qué medida las condiciones de salud son la resultante de la integralidad de las culturas de dichas minorías, que actualmente constituyen el 2% y el 19% de la población colombiana (indígenas y negros respectivamente) y así lograr los siguiente productos:

- Propuesta de Sistema de información para la planeación de servicios de salud para poblaciones minoritarias.
- ~~Validación de la pertinencia de involucrar los indicadores de vigencia de la cultura.~~
- Validación de cada uno de los indicadores para un seguimiento de la prestación de servicios de salud a los grupos minoritarios.

Area de Información

Esta área será el soporte para el desarrollo de los tres componentes del Proyecto **Sistemas Municipales Descentralizados de Salud**, se orienta al diseño y puesta en marcha del Sistema Integral de Información en Salud Básica (SIISB). En el nivel municipal, tanto en su Gestión como en su impacto. También involucrará la información "extramural" más relevante. Además, se pretende que el SIISB este articulado con el Sistema de Información del Sector Salud y del nivel nacional (DANE).

Se busca optimizar la marcha de SMDS bajo los lineamientos de la Ley 10/90, el énfasis preventivo, social y promocional en Salud, las necesidades que conlleva un efectivo proceso de descentralización municipal, y el carácter participativo requerido constitucionalmente. Por ello es necesario que las instancias de coordinación, planeación y ejecución puedan **disponer oportunamente de información válida y confiable** para adelantar procesos integrales de planeación, diagnóstico, implementación, ejecución, evaluación, seguimiento y control de gestión, evitando duplicidades y desarrollo de acciones contradictorias.

Se crearán solo los entes estrictamente requeridos para la operatividad y utilidad del SIISB, **racionalizando** los recursos disponibles al coordinar, complementar y readecuar lo ya existente. Ello requiere disponer de la **información necesaria** sobre características de tales recursos (personal, materiales, tecnologías, finanzas, experiencia) para así maximizar el costo-beneficio económico y social en Gestión Municipal y el Sistema de Servicios de Salud Básica.

La coordinación de instancias, instituciones, programas y proyectos supone además que éstos manejen **un mismo lenguaje**, utilicen los mismos criterios para la producción de diagnósticos, para la formulación y uso de indicadores sociales, para la evaluación y seguimiento de procesos. Una base común de información que centralice al máximo el procesamiento de la misma mientras se descentraliza su recolección, y un flujo adecuado de mensajes entre las instancias de coordinación, planeación y ejecución y la comunidad, así como entre instancias y proyectos serían elementos claves en las tareas de coordinación inter e intrainstitucional.

Esto cobra mayor importancia, si se tiene en cuenta que el sistema de información vigente presenta, en general, las siguientes deficiencias:

Dispersión por instancias, niveles y proyectos. Cada unidad conoce apenas su información, desconoce la de otros y no la intercambia.

Pérdida por falta de archivo central, medios de registro eficaz y duradero, "abandono" al final de las actividades, o desvinculación de funcionarios en cuya memoria descansaba toda la información.

Archivos "crudos", en los mismos formatos de recolección (elaborados sin riguroso proceso de definición). Así, suele haber muchos datos pero poca información, de difícil consulta y uso para un SSSB.

Duplicidad. Por la falta de intercambio, cada uno define, diseña formatos y captura datos para la elaboración de sus diagnósticos cuando los requiere. Así se recoge varias veces la misma información, elevando costos y saturando comunidades con encuestadores.

Difícil comparabilidad por diferentes definiciones, metodologías, criterios de recolección y procesamiento, niveles de desagregación. Ello dificulta estimar tendencias y hacer seguimiento de procesos.

Exceso e Insuficiencia. Paradójicamente, se recoge información superflua y/o de carácter demasiado general, mientras no se busca información directamente requerida y de carácter específico y local.

Todo lo anterior conduce a un **uso irracional** de los recursos para la producción, captura, procesamiento, análisis y uso de la información.

Para superar estas dificultades, se dotará a los SMDS, municipios y Direcciones Locales de Salud (DLS) de un **SIISB** como instrumento ágil, y efectivo en la producción de la información necesaria para planear, ejecutar y controlar procesos en Salud Básica, en forma oportuna y adecuada, quedando, además, en capacidad de articularse a instancias regionales y nacionales.

Este **SIISB** permitirá evaluar periódicamente los SMDS en su gestión e impacto, así como el grado en que se accede a la calidad de **municipios saludables**. Para ello usará información sobre Indicadores Sociales, especialmente sobre Salud Básica y sus aspectos financieros.

Además el uso de medios magnéticos y manuales compatibles, de fácil acceso, permitirá pasar de la memoria oral a la memoria escrita, de datos a información útil en los procesos de SMDS.

El Sistema de Información tendrá las siguientes características:

- Integrado
- Modular
- Fácil acceso y manejo
- Expandible
- Transportable
- Compatible
- Seguro

- **Actividades:**

Etapas de Diseño del SIISB

Diseño detallado del SIISB.

Presentación del SIISB y preparación de los funcionarios para la adopción del SIISB.

Descripción detallada de elementos del SIISB y su funcionamiento.

Propuesta para la administración y control del SIISB.

Definición de la información del SIISB según se requiera para:

- . Toma de decisiones
- . Programación operativa.

Definición de las salidas o productos del SIISB.

Definición de los formatos de entrada del SIISB.

Definición de los formatos de salida del SIISB.

Diseño de los programas (manuales y de computador).

Desarrollo de programas de simulación.

Desarrollo de manuales de operación, control y entrenamiento.

Etapas de Implantación del SIISB

Disposición y adecuación de instalaciones.

Elaboración, adaptación y/o Adquisición de materiales y paquetes de procesamiento manuales y electrónicos.

Entrenamiento de operadores y usuarios.

Documentación del SIISB. Acopio de la información necesaria (interna y externa, para alimentar cada uno de los elementos del SIISB. Ajuste de formatos diseñados en Fase I. Conformación de las bases de datos, prueba de programas de actualización y retroalimentación.

Prueba del SIISB.

Adopción del SIISB.

Edición de manuales e instructivos.

Etapas de evaluación y ajuste del SIISB.

- Recursos

Un equipo especializado en la creación de bases de datos, programación, diseño e implantación de sistemas de información. Recursos tecnológicos de apoyo al diseño e implantación del sistema.

2.4.3 Distribución Geográfica del Proyecto

Atendiendo a los objetivos y metas finales del Proyecto, de ampliar la cobertura, mejorar la eficiencia y llegar a las poblaciones con mayor grado de pobreza, se han definido siete departamentos, con la totalidad de sus municipios y el Distrito Capital de Bogotá, con ocho Alcaldías Zonales, como área geográfica de intervención.

Los departamentos seleccionados son: Atlántico, Cauca, Córdoba, Chocó, Nariño, Sucre y Vaupés. Las Alcaldías Zonales del Distrito Capital son: Usaquén, San Cristobal, Santa Fé, Usme, Ciudad Bolívar, Bosa, Kennedy y Suba.

Los cuadros anexos 1 al 8 presentan la población total, la población con necesidades básicas insatisfechas y la población en miseria para los siete departamentos con sus respectivos municipios y el Distrito Capital con las Alcaldías Zonales seleccionadas

2.4.3.1 Criterios de Selección de Areas Geográficas a Intervenir

Los departamentos y municipios objeto del proyecto se han seleccionado con base en los siguientes criterios:

- a. Alta concentración de población y pobreza, por razones de costo/beneficio.
- b. Altos índices de pobreza (N.B.I) y resago en los indicadores de salud.
- c. Impacto por concentración regional.
- d. Representación regional del país.
- e. Presencia de minorías étnicas (Indígenas, Negros)
- f. Voluntad política por parte de los Gobernados (Gobernadores y Alcaldes).
- g. Avances y motivación adelantados frente al procesos de descentralización.

2.4.3.2 Distribución Geográfica con relación al BID

NUCLEO	Nº DE MUNIPIOS O ZONAS	DIRECCION DE SALUD	HOSPITALES DE 2º Y 3er NIVEL.
Atlántico	23	S.S. Atlántico	- H.U Barranquilla 3º - H. de Ciénaga 2º
Córdoba	26	S.S. de Córdoba	- H.U Cartagena 3º - H. de Sincelejo 2º
Nariño	55	S.S. de Nariño	- H.U Evaristo García 3º - H. de Santander de Quilichao 2º
Sucre	24	S.S. de Sucre	- H.U Cartagena 3º - H. de Sincelejo 2º
Cauca	36	S.S. del Valle	- H. Evaristo García 3º - H. de Santander de Quilichao 2º
Chocó	19	S.S. del Chocó	- H.U San Vicente de Paul 3º - H. San Vicente de Caldas 2º
Vaupés	4	S.S. del Vaupés	- H. de Zipaquirá 2º
Bogotá	8 *	S.S. de Bogotá	- H.U San Juan de Dios 3º - H. San Blas 2º

Alcaldías Zonales

2.4.3.3 MAPA. ZONAS GEOGRAFICAS DE INTERVENCION SMDS



2.4.4 Actividades de apoyo al proyecto

El Programa proyectado es un esfuerzo que realiza el país para modernizar la gestión de las instituciones de salud, adecuándolas a las necesidades del proceso de cambio en que se encuentra empeñado el Gobierno Nacional, a los requerimientos del nuevo sistema de Salud, para aumentar su eficiencia y productividad y en última instancia prestar más y mejores servicios a la comunidad. Pero el esfuerzo que se pretende realizar no puede estar aislado de las iniciativas y actividades que desarrollan otras instituciones e instancias. Por el contrario, debe integrar las acciones y evitar la duplicación de esfuerzos y el despilfarro de los recursos, razón por la cual se debe realizar una estrecha coordinación y aprovechar las experiencias positivas con el fin de fortalecer el proceso que se inicia y darle continuidad.

2.4.4.1 Centro de documentación e información

Como apoyo al proceso de mejoramiento de la gestión y para llenar el vacío existente en cuanto a la consecución de material bibliográfico técnico sobre estos temas, se ha programado dentro del proyecto la organización de un Centro de Documentación e Información especializado que de acuerdo con el perfil de los usuarios, disemine información técnica que realmente todo el proceso y permita la actualización permanente sobre gerencia, administración y gestión en salud e innovación y calidad de los servicios.

Este Centro está conformado por el proyecto del Banco Mundial y el proyecto del Banco Interamericano de Desarrollo.

Su coordinación debe estar a cargo de un profesional de las Ciencias de la Información y la Documentación que con la asesoría técnica del personal del Ministerio de Salud, hará la selección del material bibliográfico y se encargará de su adquisición, análisis y procesamiento para, mediante un boletín bibliográfico periódico, llegar a los usuarios potenciales, quienes podrán de esta forma realizar la solicitud del material de su interés.

2.4.4.2 Hospital Escuela

El Ministerio de Salud en coordinación con las Directivas del Hospital San Juan de Dios de la ciudad de Santafé de Bogotá, a partir de Septiembre de 1991, vienen adelantando el Programa "Hospital Escuela" con participación de funcionarios de ambas instituciones, quienes vienen desarrollando un trabajo en la búsqueda de alternativas innovadoras en procedimientos, actividades y programas tanto del área administrativa como en la de prestación de servicios con el fin de mejorar la gestión y la calidad. Las experiencias desarrolladas en este hospital podrán ser aplicadas en cualquier otro sitio de del país.

Además, se busca a través de este programa, el adiestramiento en servicio de profesionales que se vinculen a actividades administrativas u operativas de los niveles Central, Seccional o Local y que deben recibir orientación al asumir sus labores con el fin de conocer las particularidades del Sector Salud en su área de trabajo y las relaciones que pueden presentarse con otras áreas, cuyo conocimiento es indispensable para el correcto desempeño de sus funciones. De esta manera se soluciona la situación hoy común, de profesionales cuyo trabajo se relaciona directamente con las instituciones de salud, las cuales nunca han conocido.

En el país el proceso se viene adelantando conjuntamente entre OPS/OMS, la Asociación Colombiana de Hospitales y el Ministerio de Salud, encontrándose ya adelantado, con la conformación de la Comisión de Acreditación y la definición de mecanismos operativos con el fin de lograr en un plazo breve la iniciación de actividades en aquellos hospitales que soliciten la acreditación.

2.4.4.3 Sistemas de Educación Continua para Funcionarios del Sector

Definimos la Educación Continua como el conjunto de experiencias educativas que siguen a la educación formal y que permitan al trabajador mantener, aumentar y mejorar su idoneidad para que ésta sea pertinente al desarrollo de su responsabilidades.

Se ha planteado la Organización del Sistema en el país como los recursos que las instituciones integrantes acuerdan aportar para la realización del programa, con el fin de ser utilizados en la forma que convienen, sin comprometer su respectiva autonomía.

El sistema tiene como objetivo transformar el comportamiento de las instituciones siendo un catalizador de las operaciones del Sistema de Salud, en su mas amplia concepción, no únicamente del Ministerio de Salud, ni siquiera solo del Sub-Sector Público, sino del sistema en su conjunto, a través del desarrollo y modernización de sus instituciones.

Este programa ya tiene una propuesta concreta que está siendo estudiada por el Ministerio de Salud con el fin de iniciar los contactos interinstitucionales que le permitan hacerlo realidad y darle apoyo al proyecto de Mejoramiento de los Servicios de Salud en Colombia.

2.4.4.4 Convenio con Universidades

Una de las mayores dificultades que se presenta en el país para el proceso de mejoramiento de la gestión, se relaciona con la falta de personal capacitado en muchas de las regiones, debido a la imposibilidad de acceso a los programas de formación en post-grado en las áreas de Administración Hospitalaria o de Administración en Salud ya que éstas se concentran en las grandes ciudades (Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla, Bucaramanga) y hasta el momento solo de una manera tímida están intentando iniciar la desescolarización de los mismos.

Por otro lado, los currículos tanto de pre-grado como de post-grado en el área llamada tradicionalmente de salud pública, no satisfacen las necesidades del país en lo referente a inclusión de políticas prioritarias, nuevas perspectivas del Sector a la luz del proceso de descentralización, Ley 10 y nueva Constitución, por lo que se hace necesario a la luz del régimen de estímulos para la educación formal con nuevos enfoques curriculares, que introduzcan los conceptos de cultura de la salud, municipio saludable, modernización de la gestión y que de manera desescolarizada lleguen a todas las regiones del país con el fin de poder formar una "masa crítica" que se ubique en todas las entidades del Sector.

De esta forma, el Ministerio una vez llegue a un acuerdo con la Universidades, podrá estimular a los mejores funcionarios brindándoles la posibilidad de capacitarse sin tener que desplazarse de sus sitios de trabajo y de sus residencias y sin tener que realizar sacrificios de tipo económico. Por otro lado, aquellos funcionarios que no hayan sido escogidos, se les podrá financiar sus estudios de post-grado con la obligación de reintegrar el costo de las matrículas por medio de descuentos mensuales en sus salarios, de tal manera que se facilite la financiación de la capacitación.

El boletín que el actual Programa de Consolidación está publicando es la base para el cumplimiento de esta actividad. Pretende sensibilizar, informar, motivar a las entidades políticas, al personal del sector y a la comunidad en general en el proceso de cambio que el Ministerio ha iniciado.

2.4.5 Monitoreo y Evaluación

Conceptualización

El desarrollo de un sistema integral y estratégico, destinado al seguimiento y evaluación de los Sistemas Municipales Descentralizados de Salud en todos sus componentes, debe contemplar las relaciones entre la eficiencia (costo y racionalidad de la organización y gestión en el nivel municipal) y la eficacia (cumplimiento de los objetivos e impacto de la misión institucional sobre la población objeto de acción y atención)

La eficacia del aparato del sector salud estará determinada por el grado de satisfacción de las necesidades de la población que demanda los servicios de salud. Esta demanda adquiere ciertas particularidades que deben identificarse en cada instancia territorial.

<i>EFICACIA</i>	<i>COMPONENTES</i>
<i>Atención completa de la demanda de acuerdo con los objetivos y metas de las normas y el Plan.</i>	<i>i. Tipo de Demanda por nivel territorial responsable.</i>
	<i>ii. Impacto de la Acción Pública</i> <ul style="list-style-type: none"> * <i>Cantidad ofrecida</i> * <i>Calidad de la respuesta</i> * <i>Oportunidad de la respuesta</i> * <i>Pertinencia de la respuesta</i>
	<i>iii. Economía</i>

La asignación e interdependencia de la gestión en el sector salud, condiciona la eficacia de cada entidad territorial a la integración y grado de respuesta de los diferentes niveles; de donde se desprende que el resultado final de las acciones en el área de la salud depende de la respuesta flexible en cada uno de los niveles. En este sentido, deberá evaluarse un nivel de eficacia intrínseco a la entidad auditada y otro al sistema como un todo.

Por consiguiente, las necesidades de los individuos y comunidades en materia de salud reflejarán una determinada cantidad de demanda y un tipo específico (calidad) de atención solicitada. Vale la pena recordar aquí que los usuarios podrán, de acuerdo con el artículo 3 -numeral c- de la Ley de Salud, participar en los procesos de diagnóstico, formulación y elaboración de planes, programas y proyectos, toma de decisiones, administración y gestión, relacionados con los servicios de salud, en las condiciones establecidas en esta Ley y en sus reglamentos.

En consecuencia, la eficacia de las entidades encargadas del servicio de salud estará determinada por la capacidad de respuesta de cada una de las instancias a las exigencias de cantidad y calidad generadas en cada uno de los niveles de atención; lo que significaría que el mayor nivel de eficacia en el nivel primario deberá conducir a una disminución de la demanda hacia el segundo y tercer nivel de atención.

En esta perspectiva, los primeros elementos a evaluar son los planes y proyectos del sector, los cuales deberán establecer los mecanismos que permitirán atender la demanda, las interrelaciones con los demás sectores para examinar el impacto de los entes estatales en la Salud de las poblaciones atendidas, la flexibilidad de respuesta del Sistema en la atención de cada nivel y el papel de la comunidad en la utilización, ampliación y mejoramiento de los servicios.

La evaluación en mención debe tener en cuenta que el Plan constituye un instrumento de negociación política, financiera y administrativa, por medio del cual las entidades oficiales concretan los objetivos a su cargo y determinan las metas a cumplir en un periodo determinado. El Plan, por consiguiente, deberá establecer los indicadores con los cuales se medirán los resultados esperados (artículos 343 y 344 de la Constitución Nacional).

La medición de la Eficacia en relación con la calidad y cantidad de la respuesta está condicionada como ya se ha mencionado; sin embargo, en el resultado de la gestión institucional sí se puede determinar la oportunidad con la que la entidad ha respondido a las demandas, y, al mismo tiempo, establecer la pertinencia de la respuesta.

La pertinencia está definida como la más rápida, cercana y efectiva respuesta a la necesidad de salud planificada, bien sea en los diagnósticos institucionales o en las demandas de los usuarios. Naturalmente, los planes establecen un primer nivel de efectividad, pero son los encargados de la gestión, los principales responsables de que la respuesta sea acorde con la necesidad existente.

Cantidad, Calidad, Oportunidad, Pertinencia y Economía son las variables básicas para establecer la eficacia del Proyecto; ellas permitirán establecer hasta donde cada instancia ha procedido conforme a unos objetivos y a un esquema de atención.

La Eficiencia está constituida por el alto grado de racionalidad técnica, la disminución de los costos y el óptimo rendimiento de los empleados en el desarrollo de los procedimientos y la ejecución de las funciones. En este sentido, la eficiencia mide la capacidad de los sistemas y acciones para realizar más rápido y mejor los trabajos a cargo de la entidad.

En esta perspectiva, la eficiencia es un componente interno de la Eficacia y, permite establecer el grado de programación, ejecución y celeridad con el cual se ejecutan las acciones y se obtienen los resultados.

EFICIENCIA	COMPONENTES
<p><i>Máximo nivel de racionalidad técnica, menores costos y óptima utilización del trabajo.</i></p>	<p><i>i. Metas Institucionales</i></p> <ul style="list-style-type: none"> * <i>Capacidad de Gestión</i> * <i>Costos de la acción</i>
	<p><i>ii. Recursos Utilizados</i></p> <ul style="list-style-type: none"> * <i>Físicos</i> * <i>Financieros</i> * <i>Tecnológicos</i> * <i>Humanos</i>
	<p><i>iii. Organización y Gestión</i></p> <ul style="list-style-type: none"> * <i>Estructuras y funciones</i> * <i>División del trabajo</i> * <i>Elementos normativos</i>

En consecuencia, la eficiencia será el estudio del grado de perfeccionamiento técnico con que son manejados los diversos tipos de recursos, diseñada la estructura y definidos clara y totalmente los objetivos. El análisis de la gestión tiende a comprobar la división organizativa, la asignación de competencias, los recursos y la capacidad operativa real del ente encargado; así como la cultura organizacional existente, con el fin de valorar el grado de compromiso de los funcionarios con la misión de la entidad y con las funciones de las cuales son responsables.

2.5 MARCO DE OPERACION DEL PROYECTO

2.5.1 Etapas del Proyecto

El Proyecto de Sistemas Municipales Descentralizados de Salud se implantará simultáneamente en los siete departamentos y en el Distrito Capital seleccionados.

Esto ofrece ventajas en términos de la convocatoria política a alcaldes y gobernadores y de las economías de escala que se obtienen en actividades de capacitación y asistencia técnica, adquisición de equipos y suministros. Además, permite un desarrollo más homogéneo de las acciones y la realización de procesos de evaluación que confronten las especificidades en su desarrollo a nivel local y regional.

Para su ejecución, se plantea un desarrollo por etapas, atendiendo a las desigualdades existentes, tanto en los que se refiere a los avances en el proceso de descentralización de la salud, como a la capacidad técnica y financiera de los departamentos y municipios seleccionados. Estas etapas son:

- Etapa de Aprestamiento
- Etapa de Inducción y Prediseño
- Etapa de Diseño
- Etapa de Organización, Implantación y Evaluación

De otra parte y atendiendo a la necesidad de que el Sector optimice los recursos existentes y desarrolle acciones integrales en favor de la población, este Proyecto se articulará con el Proyecto "Mejoramiento de los Sistemas de Salud", BID, integrando una serie de acciones, en las diferentes etapas previstas y en las localidades en donde coincida su ejecución.

El cronograma para el desarrollo de estas etapas en los cinco años del proyecto se muestra en la gráfica N° 2.

2.5.1.1 Etapa de Aprestamiento

Esta etapa pretende preparar y consolidar el proyecto en el Nivel Central, desde la perspectiva del compromiso que quienes asuman la responsabilidad de su ejecución deban tener.

La etapa comprende los siguientes aspectos:

- Motivación e inducción de los diferentes funcionarios del Ministerio de Salud y del Fondo Nacional Hospitalario con el fin de lograr una integración de éstas al proyecto y garantizar la coordinación de las actividades específicas que corresponden a cada entidad en la ejecución del mismo.

Para lograr este objetivo no sólo se tiene en el equipo de formulación del proyecto funcionarios de diferentes reparticiones, sino que se han iniciado y se mantendrán reuniones de discusión con las instancias de las dos instituciones.

- Elaboración del perfil de los entes territoriales del Proyecto, basados en los instrumentos que el actual Programa de Consolidación aplica para acompañar el proceso de descentralización y con el equipo de consultores y asistentes con que cuenta. Se hará un inventario y diagnóstico de los departamentos objeto del proyecto con sus respectivos municipios. (Anexo Instrumento).
- Concreción de las áreas a desarrollar por componente: se realizarán reuniones de expertos para definir la pertinencia orientación y contenido definitivo en el desarrollo de los mismos.
- Conclusión de las líneas de investigación y de los proyectos que se desarrollaron en cada una de ellas. Igual que el anterior se harán reuniones de consulta con expertos.
- Campaña de difusión del Proyecto como inicio al compromiso que se deben adquirir las autoridades departamentales y municipales.

2.5.1.2 Etapa de Inducción y Prediseño

Esta etapa comprende:

- Selección y contratación del equipo de dirección del Proyecto.

- Inducción y concertación con los departamentos y municipios objeto del proyecto (con los gobernadores y alcaldes).
- Firma de los convenios con los departamentos (Gobernación, Servicios de Salud, Alcaldías y Ministerio) contra el contrato con el Banco Mundial.
- Selección, contratación e inducción de los equipos encargados de preparar los diseños por cada área. Estos estarán conformados por un asesor, un representante del Ministerio y un representante por Departamento objeto del Proyecto, según el área de fortaleza en ellos. Estos grupos tendrán un plan intenso de inducción para que se apropien del Proyecto y así en el desarrollo de cada área no se pierda la integralidad del mismo.

2.5.1.3 Etapa del Diseño

Esta etapa comprende las siguientes actividades:

- Desarrollo de los esquemas de operación de cada área: contenidos, instrumentos, flujograma, métodos, responsables, resultados esperados, etc.
- Sistematización de los diseños elaborados y definición de metodologías a utilizar.
- Prueba y ajuste en las zonas del Proyecto, con el fin de validar las propuesta, detectar fallas y establecer los correctivos oportunamente.
- Preparación de materiales de entrenamiento y manuales como apoyo y orientación al proceso de capacitación. Se prepararán todos los instrumentos, guías, ayudas didácticas, ejercicios, casos de simulación que sean necesarios para capacitar al personal y reproducir modelos.
- Conformación de los equipos departamentales, selección, inducción y contratación de los asesores.
- Selección y contratación de los equipos de investigación para el diseño de cada uno de los proyectos.

2.5.1.4 Etapa de Organización, Implantación y Evaluación

- Capacitación de los equipos departamentales en todas las áreas a desarrollar.
- Réplica de los modelos (componentes, áreas) en todos los municipios.
- Establecimiento del Plan de Operaciones por Departamento.
- Seguimiento y evaluación del desarrollo de cada componente en los municipios y su relación Departamento - Nación.
- Desarrollo de las investigaciones propuestas.

GRADUALIDAD

ETAPA	MESES
Aprestamiento	6 Meses
Inducción y Prediseño	6 Meses
Diseño	12 Meses
Organización, Investigación y Evaluación	36 Meses

2.5.2 Organización del Proyecto

La Unidad Especial de Operación del Proyecto será el Municipio. El Departamento será el responsable de gerenciar a este nivel el desarrollo de los objetivos en los municipios bajo las directrices y orientaciones del nivel nacional como de la Dirección General del Proyecto.

2.5.2.1 Responsabilidades por Niveles

NACION

Ministerio de Salud:

El Ministerio de Salud como cabeza de la Dirección Nacional del Sistema de Salud tendrá a su cargo la responsabilidad general sobre la ejecución del Proyecto de Crédito.

Las Direcciones Generales de Planeación, Técnica y Administrativa y la Oficina de Participación e Integración Social, serán responsables de desarrollar las líneas de acción definidas para el Proyecto de acuerdo con las funciones y competencias asignadas por Ley, en coordinación con el Fondo Nacional Hospitalario.

De otra parte le corresponderá cumplir una función estratégica, en coordinación con las direcciones seccionales o departamentales, para garantizar la correspondencia y proporcionalidad óptima entre la inversión y el funcionamiento de la infraestructura en salud, así como la asistencia técnica y el apoyo necesario para el desarrollo de los componentes, áreas y actividades previstas en el Proyecto de Crédito.

Orientará la asistencia técnica y capacitación necesaria y tendrá a su cargo el seguimiento, monitoreo y evaluación del Proyecto, al igual que garantizará las relaciones intersectoriales de orden nacional.

Fondo Nacional Hospitalario

El Fondo Nacional Hospitalario en coordinación con la Dirección Técnica del Ministerio de Salud definirá las normas técnicas que en materia de diseño, construcciones, equipos, dotaciones y mantenimiento deberán cumplir todas las instituciones hospitalarias y de salud objeto del Proyecto.

Además destinará recursos para cofinanciar proyectos de los municipios, relativos a estudios, diseño, construcción y dotación básica de instituciones del primer nivel de atención. Brindará la asesoría técnica y financiera a través del nivel departamental.

DEPARTAMENTO

Direcciones Departamentales de Salud

A los departamentos, directamente con su Gobernador y a través de sus Direcciones Departamentales de Salud les corresponde la Coordinación del Proyecto, garantizando a través de un convenio que firmará con el Nivel Nacional, la ejecución de los componentes de desarrollo institucional y sistemas de prestación de servicios en cada uno de los municipios de su territorio.

El Departamento igualmente hará el manejo y control de los contratos de inversión (Infraestructura-Dotación-Mantenimiento) y la transferencia de los recursos a los municipios. Contará en todo momento con un equipo responsable a nivel departamental y la total asistencia y orientación del nivel Nacional, a través del equipo de Dirección del Proyecto.

Para dar cumplimiento a esta responsabilidad, es definitiva su participación activa en la etapa de aprestamiento del Proyecto. Esto permitirá que el nivel departamental adquiera la capacidad para asumir el manejo de éste Proyecto y le ayudará cumplir los mandatos constitucionales y reglamentarios que se le han transferido.

- Los Departamentos jugarán un papel activo en la racionalización de los planes y programas locales de salud y en su articulación adecuada a las redes de servicios en los niveles secundario y terciario. En esa medida prestarán la asistencia requerida a los municipios para que logren acierto en el diagnóstico, identificación y priorización de los proyectos.
- Finalmente, la simultaneidad y articulación que se logre con la acción de transformación de los entes departamentales, que trabajará el Proyecto BID, beneficiará el desarrollo del proyecto SMDS.

MUNICIPIO

El Municipio es la Unidad Espacial y Operativa del Proyecto. En él se hará realidad la operacionalización de los componentes y en él exclusiva y fundamentalmente se verá el impacto del Proyecto, tanto en su cobertura y eficiencia, como calidad de los servicios del Primer Nivel de Atención.

Teniendo en cuenta que los municipios están asumiendo un gran número de responsabilidades no sólo en el Sector Salud se hace necesario que el departamento en su papel de tutelaje trabaje gradualmente en los municipios, probablemente con el mismo esquema de etapas que se proporciona a nivel general en el Proyecto.

El municipio tendrá la responsabilidad de establecer las Direcciones Locales de Salud y las redes de prestación de servicios. Formular y presentar los respectivos planes de salud. Identificar los proyectos a ser financiados y cofinanciados. Realizar la ejecución técnico-financiera de los mismos a través de convenios y contratos. Hacer seguimiento y evaluación del Proyecto en su municipio.

Las acciones que se desarrollen en el marco de este Proyecto, además de ser coordinados y orientados por el Nivel Departamental, deben ser realizadas en estrecha coordinación con el Programa de Desarrollo Institucional (PDI), con el fin de garantizar que los planes de salud estén integrados a los planes de desarrollo municipal.

2.5.2.2 Ejecución Operativa del Proyecto

El siguiente esquema presenta la forma como los tres niveles, Nacional, Departamental y Municipal ejecutarán el Proyecto, en sus funciones y responsabilidades pertinentes:

El Gobierno Nacional firmará el contrato con el Banco Mundial para el desarrollo del Proyecto "Sistemas Municipales Descentralizados de Salud", ejecutado a través del Ministerio de Salud.

Para hacer operativo y garantizar el compromiso del primer nivel, el Ministerio de Salud establecerá un convenio con cada Departamento, con el compromiso directo del Gobernador, las Secretarías Departamentales y los Alcaldes del ente territorial.

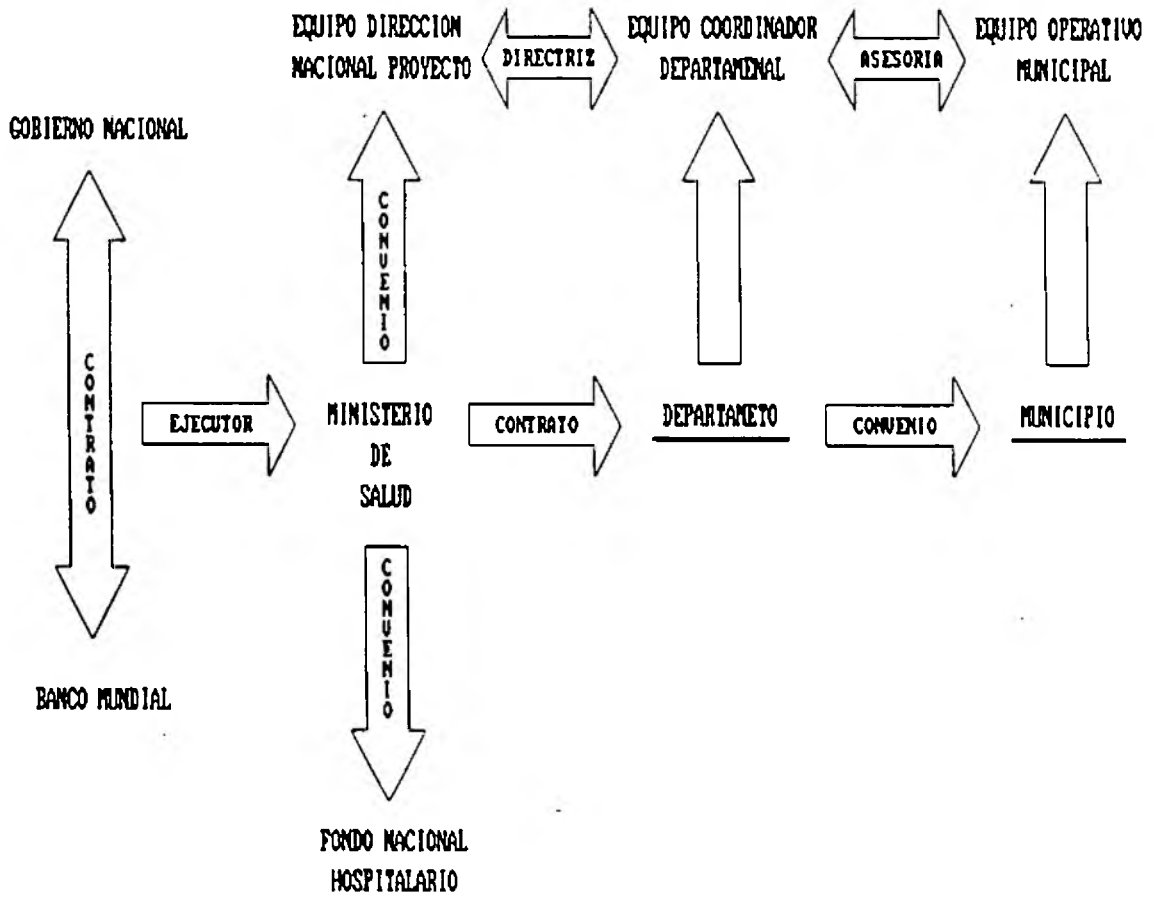
De igual manera se espera que el nivel departamental establezca convenios con los municipios para garantizar la operatividad del Proyecto.

Para el desarrollo del área de inversión, el Ministerio de Salud establecerá un convenio con el Fondo Nacional Hospitalario (Se anexan modelos de Contrato y Convenio).

Los equipos del orden nacional, tanto el de Dirección del Proyecto, como los encargados de la etapa de diseño, tendrán una relación directa con los equipos coordinadores en los entes departamentales, llevando la asistencia técnica y capacitando directamente a los municipios.

Esta forma de ejecución se ve representada en la Gráfica N° 3.

Gráfica N° 2
ESQUEMA GENERAL DE OPERACION



2.5.2.3 Gerencia del Proyecto.

Coordinación del Proyecto

La Unidad Coordinadora del Proyecto será el Ministerio de Salud desde el Despacho del Ministro, quien a través del Comité Ejecutivo impartirá las orientaciones para la ejecución del Proyecto. La Dirección General del Proyecto, será miembro permanente de este Comité.

Comite de Coordinación Interinstitucional.

Este Comité tendrá la responsabilidad de asesorar al Ministro sobre las orientaciones generales que deberá contemplar la ejecución del Proyecto.

Estará conformado por el Ministro de Salud, quien lo preside. Un representante del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, un representante del Departamento Nacional de Planeación, un representante de las direcciones del Ministerio de Salud, un representante del Banco Mundial, Oficina de Colombia y la Dirección del Proyecto.

Serán funciones de este Comité, analizar y asignar la programación y el desembolso oportuno y eficaz de las acciones y dineros provenientes del Crédito y de la Contrapartida . Evaluar el desarrollo del proyecto de acuerdo con los objetivos del mismo y con las políticas sectoriales. Velar por la ejecución Física-Financiera del proyecto y presentar alternativas a problemas que se presenten en su desarrollo.

Dirección General del Proyecto

Teniendo en cuenta la magnitud y el tipo de Proyecto se hace necesario contar con una Dirección General que coordine todas las actividades que se realicen en los diferentes Departamentos y orientar operativamente el desarrollo del mismo.

Esta coordinación estará a cargo de un Director Ejecutivo, un Jefe de Unidad Financiera Administrativa y un Jefe de Unidad Técnica, quienes con el personal de apoyo y asesoría, tendrán la responsabilidad de operacionalizar las directrices dadas en el Comité Ejecutivo y garantizar su adecuada ejecución, a través de los equipos que se formen en cada departamento.

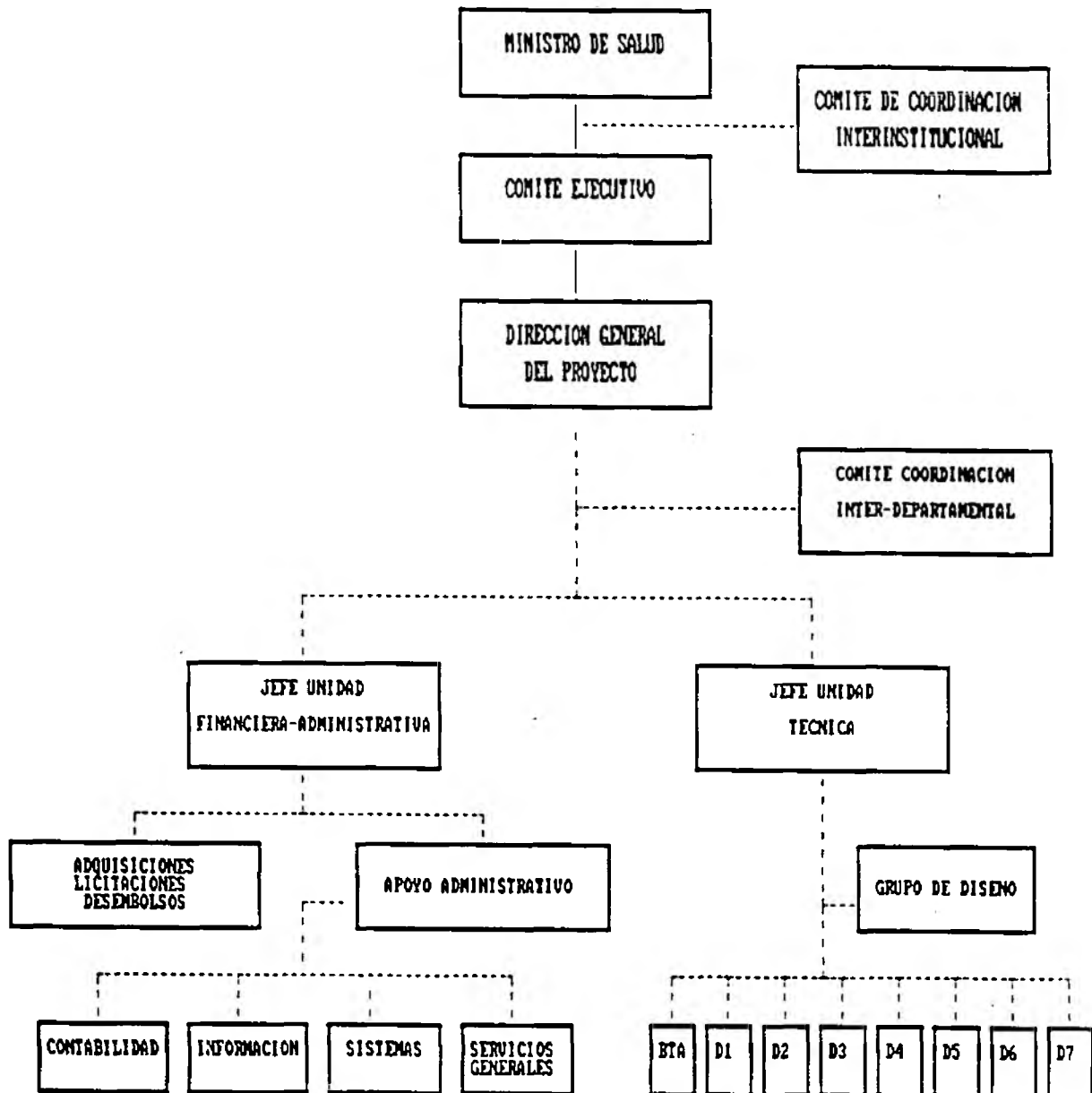
Comité de Coordinación Inter-departamental

En cada departamento objeto de la intervención del Proyecto se conformará un equipo de Coordinación del Proyecto a nivel departamental, el cual se reunirá periódicamente para analizar la marcha del mismo, propiciar los ajustes necesarios para establecer los mecanismos de cooperación horizontal que reviertan en el desarrollo del Proyecto. El coordinador de cada equipo departamental conformará el Comité de Coordinación Inter-departamental.

Cada departamento será responsable de establecer los mecanismos de operación y coordinación para sus equipos de trabajo en cada municipio.

A continuación se presenta el organigrama con el cual operará el Proyecto.

Gráfica N° 3
SISTEMAS MUNICIPALES DESCENTRALIZADOS DE SALUD -SMDS-
ESQUEMA DE ORGANIZACION DE LA GERENCIA DEL PROYECTO



2.6 COSTOS Y FINANCIACION DEL PROYECTO

2.6.1 Costos

El costo total del Proyecto es de Ochenta y cinco millones, seiscientos sesenta mil dólares, (US \$ 85.660.000.00).

Para su financiación están previstas tres fuentes:

- Recursos de crédito externo BIRF
- Recursos de contrapartida municipal.
- Recursos de contrapartida nacional (aportes del Ministerio de Salud.)

El monto y participación de los aportes por fuente es el siguiente:

Crédito BIRF	US \$ 50.000.000	58%
Contrapartida Municipal y	US \$ 31.460.000	37%
Contrapartida Nacional	US \$ 4.200.000	5%
TOTAL	US \$ 85.660.000	100%

- Recursos de crédito externo.

El crédito externo representa el 58% del costo total del Proyecto y se destinará a complementar los recursos de presupuesto nacional para el desarrollo de actividades estratégicas en el proceso de municipalización de la salud para las cuales no se dispone de la total capacidad de financiación interna. (Ver Cuadro No. 1)

- Recursos de contrapartida municipal.

Los recursos de contrapartida municipal (37%) se sustentan en el ordenamiento legal existente y toman en cuenta las transferencias que recibirán éstos por concepto de situado fiscal, situado constitucional (antiguo IVA) y recursos generados por ECOSALUD. (Ver Anexos).

Además de los aportes que en calidad de contrapartida entregarán los municipios, éstos deberán garantizar los dineros para gastos recurrentes de funcionamiento que puedan originarse como producto de la mayor disponibilidad y aplicación de recursos de inversión, asegurando la continuidad de las acciones una vez finalice el Proyecto. Este compromiso quedará explícito y será parte integral de los convenios o contratos que suscriba cada departamento con sus respectivos municipios para la ejecución del Proyecto.

Para la estimación de los recursos de contrapartida por parte de los municipios que forman parte del proyecto, se tuvieron en cuenta, de una parte los 184 municipios ubicados en los 7 departamentos seleccionados, de otra parte, el Distrito Capital de Bogotá.

Aportes de los 184 municipios:

Para estimar estos aportes se construyó un escenario, base de proyección de algunos indicadores (Ver Anexo 4E), bajo los siguientes supuestos:

- Devaluación promedio anual 11%
- Crecimiento anual de los ingresos corrientes, 11%
- Crecimiento anual de las transferencias municipales para salud, 14.4%
- Crecimiento anual de los recursos de Ecosalud, 9.3%

El monto de la cesión sobre ingresos corrientes se estima entre el 13% y el 19%, con incrementos anuales del 1%. Para estimar recursos destinados a la salud, se construyeron tres escenarios con participaciones del 2%, 2.5% y 3% sobre el monto de la cesión del situado constitucional (Ver Anexo 4E). Con base en los resultados obtenidos, se observa que entre 1992 y 1993, los recursos para salud se sitúan en promedio en US \$3.000 millones.

En el cálculo de la fuentes de aporte de los recursos de contrapartida local (Ver Anexo), se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

- La cesión adicional se calcula sobre el escenario 1, que incluye una asignación del 2% para gastos en salud.
- Los recursos para salud de los 184 municipios del Proyecto, se estimaron tomando como base la participación histórica del Sector en los recursos del IVA para 1992. Este porcentaje, según el Ministerio de Hacienda, fué del 19.9%.
- Los recursos de Ecosalud se distribuyen en un 50% para funcionamiento y 50% para inversión.

Aportes del Distrito Capital de Bogotá:

Los aportes del Distrito Capital se estimaron en proporción a la población que será beneficiada con el Proyecto en las ocho Alcaldías Zonales seleccionadas, 48.1%, y bajo el supuesto de que un 50% de las transferencias se destinarán a la salud básica.

Con estos supuestos, se construyeron tres escenarios (2%, 3% y 5%), los cuales generarán \$11.000, \$19.000 y \$27.600 millones respectivamente, para el período 1992-1998.

El Distrito Capital participa en un 21% de los recursos de Ecosalud. Estos cálculos se estimaron con base en la participación histórica que ha tenido Bogotá en los recursos del IVA nacional y bajo el supuesto de que un 50% se destinará a inversión y un 50% a funcionamiento..

Para el cálculo final, se escogió el escenario más pesimista, (1), que supone un 2%, equivalente a cerca de US\$ 11 millones.

Aportes de contrapartida nacional

Los aportes de contrapartida nacional representan el 5% del valor total del proyecto y están constituidos en reserva presupuestal del Ministerio de Salud.

2.6.2 Políticas de Financiación

Los recursos del Proyecto se entregarán a las entidades territoriales de dos formas:

- Aportes directos no reembolsables del presupuesto nacional y
- Cofinanciación.

Los aportes directos apoyarán el desarrollo de las actividades de asistencia técnica, capacitación, producción de material didáctico y recursos especiales.

La modalidad de cofinanciación se aplicará en la transferencia de recursos para infraestructura, dotación y mantenimiento.

2.6.3 Costo Total del Proyecto por Categorías de Desembolso y Fuentes de Financiación (Miles US\$)

<u>Categorías de Desembolso</u>	<u>BIRF</u>	<u>LOCAL</u>	<u>NACIONAL</u>	<u>TOTAL</u>	<u>%</u>
Asistencia Técnica	4,395.68		1,390.50	5,786.18	6.75
Capacitación	5,200.00		593.70	5,793.70	6.76
Infraestructura	18,829.00	19,814.00		38,643.00	45.11
Dotación	10,862.00	8,500.00	1,200.00	20,562.00	16224.00
Mantenimiento	7,393.00	3,146.00		110,539.00	12.30
Prod. Material Didáctico			503.00	1,581.07	1.85
Rec. Especiales	1,078.07		512.80	2,755.05	3.22
	2,242.25				
Total	50,000.00	31,480.00	4,200.00	85,680.00	100%

Con base en los componentes, actividades, proyecto, se identifican siete categorías de desembolso:

- Asistencia Técnica
- Capacitación
- Infraestructura
- Dotación
- Mantenimiento

- Producción de material didáctico
- Recursos Especiales.

Los recursos del crédito externo se aplicarán al pago de asistencia técnica y capacitación. Además contribuirán a financiar la línea de recursos especiales, que contempla el apoyo para el desarrollo de proyectos comunitarios de salud. También serán utilizados en la cofinanciación de la construcción, dotación y mantenimiento.

Los dineros de las contrapartidas Municipal y Departamental se dirigen a apoyar tres líneas: infraestructura, dotación y mantenimiento. La contrapartida nacional complementa recursos en las líneas de asistencia técnica, capacitación, producción de material didáctico y recursos especiales.

2.6.4 Desembolsos por Etapas del Proyecto y Fuentes de Financiación

<u>Etapa del Proyecto</u>	<u>Desembolso BIRF</u>	<u>Desembolso Mpio/Dpto</u>	<u>Desembolso Nación</u>	<u>T o t a l</u>
Dir. Nivel Central	3,703,995	0	0	3,703,995
Etapa de Inducción y Prediseño	1,187,560	0	278,000	1,465,560
Etapa de Diseño	4,775,722	0	440,800	5,216,522
Operación	40,332,723	31,460,000	3,481,200	75,273,923
TOTAL	50,000,000	31,460,000	4,200,000	85,660,000

2.7 FACTORES CONDICIONANTES

A nivel político jurídico: Para la constitución y consolidación de los sistemas municipales descentralizados, existen dificultades derivadas del anterior modelo caracterizado por la verticalidad propia de modelos articulados sobre estructuras jerarquizadas y piramidales. Los cambios contemplados en la Ley 10 implican decisiones de fondo en los procesos decisorios por cuanto otorgan poder resolutorio a entidades que se han venido comportando como entes ejecutores. La descentralización supone alteraciones profundas y adecuaciones para cuya realización se carece de modelos inspirados en experiencias concretas. La apertura política creada por la nueva Constitución y los avances de los procesos de descentralización logrados por la Ley 10, son factores facilitadores para la constitución de los SMDS en la perspectiva contemplada en el Proyecto de crédito. Además, hoy se cuenta con metodologías probadas que darán viabilidad a la realización de las acciones previstas en el marco del nuevo Proyecto de crédito.

El manejo de la salud en el subsector de la seguridad social por el Ministerio de Trabajo y la rigidez de la normatividad vigente constituyen obstáculos para la unificación del sistema y para el establecimiento de modelos alternativos de aseguramiento universal en salud de la población. Además existen dificultades de orden político para cambiar estructuras consolidadas insertas profundamente en la racionalidad de los sectores productivos vinculados a la seguridad social vigente. Hay instancias de presión política de carácter sindical y gremial, que ven en las posibles modificaciones de tipo legal orientadas a reorientar el modelo vigente de aseguramiento, afectaciones potenciales a la estabilidad laboral y a las conquistas gremiales adquiridas.

A nivel de las Instituciones de Salud, la baja capacidad de ejecución encuentra sus orígenes en factores diversos entre los cuales se cuenta la frecuente rotación en el pasado de altos funcionarios con responsabilidades de decisión. Los procesos de descentralización administrativa en la medida que distribuyen responsabilidades subsanarán sensiblemente esta deficiencia, y contribuirán para tal propósito los esfuerzos orientados a modernizar la gestión.

La falta de transparencia institucional constituye un obstáculo para facilitar el acceso a la comunidad sobre los aspectos relacionados con la prestación de servicios y para estimular la participación comunitaria.

Con la descentralización administrativa el sector tendrá que asumir responsabilidades de gestión en sus entidades seccionales y locales, que exigirán recaudaciones administrativas para garantizar la eficiencia de los procesos.

En el Nivel Municipal los mayores obstáculos se identifican por la desconfianza del municipio hacia el nivel central en cuanto a la transferencia de recursos por la falta de conocimiento por parte de los funcionarios de los niveles municipales y las presiones de la clase política sobre las autoridades municipales para desacelerar el proceso de transferencia de poder que representa la municipalización.

El Programa de Crédito permitirá superar las dificultades mencionadas con la puesta en marcha de procesos amplios de capacitación que cubrirán a funcionarios del sector, líderes políticos, profesionales y gremiales para comprometerlos en el proceso de la municipalización, además el Programa pondrá en marcha eventos de acompañamiento que permitirán aplicar y mantener en el tiempo los conocimientos y destrezas adquiridas.

ANEXOS

A N E X O
Nº 1

ANEXO Nº 1
Base de Cálculo

(Tasa de Cambio COL\$ 715)

Honorarios

US\$/mes

- Director Ejecutivo del Proyecto	3.000.=
- Jefe de Unidad Técnica	2.000.=
- Jefe de Unidad Financiera	2.000.=
- Consultores Especializados	2.000.=
- Profesionales	1.400.=
- Tecnólogos	1.000.=
- Secretarias	800.=
- Auxiliares	300.=

Viáticos y Transporte

US\$

- Viáticos (día)	80.=
- Transporte Aéreo (viaje)	150.=
- Transporte Terrestre (viaje)	50.=

Apoyo Logístico

US\$

- Costo persona por evento (día) (Incluye alojamiento y alimentación)	80.=
- Papelería y material de apoyo (por evento)	500.=

Equipos no Hospitalarios

US\$

- Microcomputador (unidad)	3.000.=
- Videgrabadora (unidad)	450.=
- Telefax (unidad)	1.000.=
- Teléfono (unidad)	200.=
- Fotocopiadora (unidad)	5.000.=
- Radio - comunicador (unidad)	800.=

*Dotación a Equipos de
Salud Familiar y Comunitaria*

US\$

- Dotación por Equipo (Cálculo Plan APS)	750..=
---	--------

Producción de Material Didáctico

US\$

- Videos (c/u)	7.000.=
- Audiovisuales (c/u)	2.000.=
- Cartillas (por 1000 ejemplares)	3.500.=
- Afiches (por 1000 ejemplares)	1.500.=
- Volantes (por 1000 ejemplares)	100.=

ANEXO
Nº 2

INSUMOS Y COSTOS PARA LA DIRECCION GENERAL DEL PROYECTO

Nivel Central 5 años

RECURSOS BIRF

1. ASISTENCIA TECNICA

US\$

DESCRIPCION	HONORARIOS	VIATICOS Y TRANSPORTE	COSTO TOTAL (5 Años)
- 1 Director Ejecutivo del Proyecto. 5 años	180,000.00		180,000.00
- Viáticos y Transporte aéreo Director Ejecutivo durante 5 años, a razón de dos viajes por mes, tres días cada uno		46,800.00	46,800.00
- Un Jefe de Unidad Técnica. 5 años	120,000.00		120,000.00
- Viáticos y Transporte aéreo Jefe Unidad Técnica, durante 5 años, a razón de dos viajes por mes, tres días cada uno		46,800.00	46,800.00
- Un Jefe de Unidad Administrativa. 5 años	120,000.00		120,000.00
- Viáticos y Transporte aéreo Jefe Unidad Administrativa, durante 5 años, a razón de dos viajes por mes, tres días cada uno		46,800.00	46,800.00
- Un Profesional para Adquisiciones, licitaciones y reembolsos. 5 años	84,000.00		84,000.00
- Viáticos y Transporte aéreo Profesional en Adquisiciones, Licitaciones y Reembolsos, durante 5 años, a razón de dos viajes por mes, tres días cada uno		46,800.00	46,800.00
- Un Tecnólogo de apoyo para Adquisiciones, Licitaciones y Reembolsos. 5 años	60,000.00		60,000.00
- Un Profesional de Apoyo Administrativo. 5 Años	84,000.00		84,000.00
- Un Profesional en Contabilidad. 5 Años	84,000.00		84,000.00

DESCRIPCION	HONORARIOS	VIATICOS Y TRANSPORTE	COSTO TOTAL (5 Años)
- Viáticos y Transporte aéreo Profesional en Contabilidad, durante 5 años, a razón de dos viajes por mes, tres días cada uno.		46,800.00	46,800.00
- 3 Tecnólogos, Auxiliares de Contabilidad, durante 5 años	180,000.00		180,000.00
- 1 Profesional a cargo del Area de Información. 5 años	84,000.00		84,000.00
- 2 Tecnólogos de Apoyo al Area de Informacón. 5 años	120,000.00		120,000.00
- 2 Profesionales en Sistemas. 5 años	168,000.00		168,000.00
- Un Profesional a cargo del Area de Servicios Generales	84,000.00		84,000.00
- 4 Secretarias 5 años	192,000.00		192,000.00
- 4 Auxiliares de Servicios Generales. 5 años	72,000.00		72,000.00
- Reserva para Transporte Terrestre:			
- Etapa de Prediseño: 2 viajes por mes 4 personas por viaje (6 meses)	2,400.00		2,400.00
- Etapa de Prediseño: 8 viajes por mes 24 personas cada viaje (7 meses)	22,200.00		22,200.00
- Etapa de Organización y Evaluación: 2 viajes por mes 8 personas por viaje (41 meses)	18,300.00		18,300.00
COSTO TOTAL ASISTENCIA TECNICA	1,674,900.00	234,000.00	1,908,900.00
DIRECCION GENERAL PROYECTO			
NIVEL CENTRAL			

2. CAPACITACION

DESCRIPCION	HONORARIOS	VIATICOS Y TRANSPORTE	APOYO LOGISTICO	COSTO TOTAL (5 Años)
<ul style="list-style-type: none"> - Un Taller de Capacitación y actualización trimestral con funcionarios del Nivel Central, Ministerio, FNH, ONGs, etc. durante 5 años, para 30 personas. 3 días cada uno, 50 sobre Desarrollo Institucional. Total 20 Talleres, 600 Participantes. - Alojamiento y Manutención - Alquiler de sede, materiales, etc. 			<ul style="list-style-type: none"> 144,000.00 10,000.00 	<ul style="list-style-type: none"> 144,000.00 10,000.00
<ul style="list-style-type: none"> - Un Taller de Capacitación y actualización trimestral con funcionarios del Nivel Central, Ministerio, FNH, ONGs, etc. sobre Sistemas de Servicios de Salud, durante 5 años, para 30 personas. 3 días de duración. Total 20 Talleres, 600 Participantes. - Alojamiento y Manutención - Alquiler de sede, materiales etc. 			<ul style="list-style-type: none"> 144,000.00 10,000.00 	<ul style="list-style-type: none"> 144,000.00 10,000.00
<ul style="list-style-type: none"> - Una Reunión trimestral de actualización y seguimiento con autoridades departamentales y municipales, durante 5 años; 40 personas cada uno, 2 días de duración. Total 20 Reuniones, 800 participantes: - Transporte Aéreo - Alojamiento y Manutención - Alquiler de sede, materiales, etc. 		<ul style="list-style-type: none"> 120,000.00 	<ul style="list-style-type: none"> 120,000.00 10,000.00 	<ul style="list-style-type: none"> 120,000.00 120,000.00 10,000.00
<ul style="list-style-type: none"> - Una reunión trimestral de actualización y seguimiento con funcionarios de las Direcciones Departamentales y Municipal de Salud, durante 5 años, 40 personas cada uno, 3 días de duración. Total 20 reuniones, 800 participantes. - Transporte Aéreo - Alojamiento y Manutención - Alquiler de sede, papelería etc. 		<ul style="list-style-type: none"> 120,000.00 	<ul style="list-style-type: none"> 120,000.00 10,000.00 	<ul style="list-style-type: none"> 120,000.00 120,000.00 10,000.00

DESCRIPCION	HONORARIOS	VIATICOS Y TRANSPORTE	APOYO LOGISTICO	COSTO TOTAL (5 Años)
- Una reunión bimensual de seguimiento y monitoreo del proyecto, con el equipo de Coordinación y Funcionarios del Ministerio. FNH, durante 5 años, 25 personas, 1 día cada uno. Total 60 reuniones.			30,000.00	30,000.00
- Fondo de reserva para contratación de asesorías puntuales para capacitación a comunidades y funcionarios de los niveles central, departamental y municipal, en temas específicos.	100,000.00			100,000.00

TOTAL COSTOS CAPACITACION				
DIRECCION GENERAL DEL PROYECTO	100,000.00	240,000.00	598,000.00	938,000.00
NIVEL CENTRAL				

3. DOTACION Y MANTENIMIENTO

DESCRIPCION DOTACION	COSTO UNITARIO \$US	COSTO TOTAL (5 Años)
- 10 Microcomputadores con sus respectivas impresoras	3,000.00	30,000.00
- 2 Impresoras Lasser	2,000.00	4,000.00
- 2 Fotocopiadoras	5,000.00	10,000.00
- 2 Telefax	1,000.00	2,000.00
- 12 Teléfonos	200.00	2,400.00
- 3 Receptores T.V	700.00	2,100.00
- 3 Videograbadoras	450.00	1,350.00
- 3 Retroproyectores	1,000.00	3,000.00
- 3 Proyector de Diapositivas	800.00	2,400.00
- 6 Máquinas de Escribir Eléctricas	800.00	48,000.00
- 6 Calculadoras de Escritorio	200.00	1,200.00
COSTO TOTAL DOTACION DIRECCION GENERAL PROYECTO NIVEL CENTRAL	15,150.00	106,450.00
COSTO TOTAL MANTENIMIENTO 10% sobre la dotación		10,645.00
COSTO TOTAL DOTACION Y MANTENIMIENTO DIRECCION GENERAL DEL PROYECTO NIVEL CENTRAL		117,095.00

4. PRODUCCION MATERIAL DIDACTICO

DESCRIPCION	HONORARIOS	VIATICOS Y TRANSPORTE	IMPRESION Y REPRODUCCION	COSTO TOTAL (5 Años)
- Fondo de Apoyo a gastos del funcionamiento del Proyecto 5 años (Alquiler de sede, pago Servicios Públicos, papelería, etc.) años, para 30 personas, 3 días cada uno, 50 sobre Desarrollo Institucional. Total 20 Talleres, 600 Participantes.	30,000.00	20,000.00	100,000.00	150,000.00
- Fondo de Apoyo a la elaboración y producción de material de promoción y divulgación en medios masivos de comunicación.	100,000.00	50,000.00	200,000.00	350,000.00

TOTAL COSTOS PRODUCCION MAT. DIDACTICO				
DIRECCION GENERAL DEL PROYECTO	130,000.00	70,000.00	300,000.00	500,000.00
NIVEL CENTRAL				

5. RECURSOS ESPECIALES

DESCRIPCION	COSTO MENSUAL \$US	COSTO TOTAL (5 Años)
- Fondo de apoyo a gastos de funcionamiento del Proyecto 5 años (alquiler de sede, pago servicios públicos, papelería, etc.)	4,000.00	240,000.00

COSTO TOTAL RECURSOS ESPECIALES		
DIRECCION GENERAL PROYECTO	4,000.00	240,000.00
NIVEL CENTRAL		

COSTO TOTAL	US\$	3,703,005.00
DIRECCION GENERAL PROYECTO		
NIVEL CENTRAL		

ANEXO
Nº 3

ANEXO N° 3

**Insumos y Costos del Proyecto, por
ETAPAS, COMPONENTES Y AREAS DEL DESARROLLO
según categoría de desembolso
RECURSOS BIRF**

Etapa de Prediseño: 6 meses

ASISTENCIA TECNICA

(en US\$)

COMPONENTE ÁREA DE DESARROLLO	ACTIVIDADES / INSUMOS	HONORAR IOS	VIATICOS Y TRANSPOR TE	APOYO LOGISTICO	<u>TOTAL</u>
1. <u>DESARROLLO INSTITUCIONAL PARA LA GESTION MUNICIPAL</u> A. Gerencial	- Consultor especializado 6 meses - Viáticos y Transporte aéreos	12.000,00	3.120,00		12.000,00 3.120,00
	Consultor 8 viajes, 3 días cada uno.		3.120,00		3.120,00
	- Viáticos y Transporte aéreos 1 funcionario del Ministerio 8 viajes, 3 días cada uno		3.120,00		3.120,00
	- Viáticos y Transporte aéreos 1 funcionario del Nivel Departamental, 8 viajes, 3 días cada uno			4.000,00	4.000,00
	- Una reunión de sensibilización y Concertación por Departamento. 8 en total				
B. Información	- Consultor especializado 6 meses	12.000,00	3.120,00		12.000,00 3.120,00
	- Viáticos y Transporte aéreos Consultor 8 viajes, 3 días cada uno.		3.120,00		3.120,00
	- Viáticos y Transporte aéreos 1 funcionario del Ministerio 8 viajes, 3 días cada uno		3.120,00		3.120,00
	- Viáticos y Transporte aéreos 1 funcionario del Nivel Departamental, 8 viajes, 3 días cada uno			4.000,00	3.120,00
	- Una reunión de sensibilización y Concertación por Departamento. 8 en total				

COMPONENTE AREA DE DESARROLLO	ACTIVIDADES / INSUMOS	HONORAR IOS	VIATICOS Y TRANSPORT E	APOYO LOGISTICO	TOTAL
C. Planeación	<ul style="list-style-type: none"> - Consultor especializado 6 meses - Viáticos y Transporte aéreos Consultor 8 viajes, 3 días cada uno. - Viáticos y Transporte aéreos 1 funcionario del Ministerio 8 viajes, 3 días cada uno - Viáticos y Transporte aéreos 1 funcionario del Nivel Departamental, 8 viajes, 3 días cada uno - Una reunión de sensibilización y Concertación por Departamento. 8 en total 	12.000,00	<p>3.120,00</p> <p>3.120,00</p> <p>3.120,00</p>	4.000,00	<p>12.000,00</p> <p>3.120,00</p> <p>3.120,00</p> <p>3.120,00</p> <p>4.000,00</p>
D. Presupuesto	<ul style="list-style-type: none"> - Consultor especializado 6 meses - Viáticos y Transporte aéreos Consultor 8 viajes, 3 días cada uno. - Viáticos y Transporte aéreos 1 funcionario del Ministerio 8 viajes, 3 días cada uno - Viáticos y Transporte aéreos 1 funcionario del Nivel Departamental, 8 viajes, 3 días cada uno - Una reunión de sensibilización y Concertación por Departamento. 8 en total 	12.000,00	<p>3.120,00</p> <p>3.120,00</p> <p>3.120,00</p>	4.000,00	<p>12.000,00</p> <p>3.120,00</p> <p>3.120,00</p> <p>3.120,00</p> <p>4.000,00</p>
E. Recursos Humanos	<ul style="list-style-type: none"> - Consultor especializado 6 meses - Viáticos y Transporte aéreos Consultor 8 viajes, 3 días cada uno. - Viáticos y Transporte aéreos 1 funcionario del Ministerio 8 viajes, 3 días cada uno - Viáticos y Transporte aéreos 1 funcionario del Nivel Departamental, 8 viajes, 3 días cada uno - Una reunión de sensibilización y Concertación por Departamento. 8 en total 	12.000,00	<p>3.120,00</p> <p>3.120,00</p> <p>3.120,00</p>	4.000,00	<p>12.000,00</p> <p>3.120,00</p> <p>3.120,00</p> <p>3.120,00</p> <p>4.000,00</p>

COMPONENTE AREA DE DESARROLLO	ACTIVIDADES / INSUMOS	HONORAR IOS	VIATICOS Y TRANSPORT E	APOYO LOGISTICO	TOTAL
F. Jurídico- Administrativo	- Consultor especializado 6 meses	12.000,00	3.120,00	4.000,00	12.000,00
	- Viáticos y Transporte aéreos Consultor 8 viajes, 3 días cada uno.		3.120,00		3.120,00
	- Viáticos y Transporte aéreos 1 funcionario del Ministerio 8 viajes, 3 días cada uno		3.120,00		3.120,00
	- Viáticos y Transporte aéreos 1 funcionario del Nivel Departamental, 8 viajes, 3 días cada uno				
	- Una reunión de sensibilización y Concertación por Departamento. 8 en total				
G. Participación Comunitaria	- Consultor especializado 6 meses	12.000,00	3.120,00	4.000,00	12.000,00
	- Viáticos y Transporte aéreos Consultor 8 viajes, 3 días cada uno.		3.120,00		3.120,00
	- Viáticos y Transporte aéreos 1 funcionario del Ministerio 8 viajes, 3 días cada uno		3.120,00		3.120,00
	- Viáticos y Transporte aéreos 1 funcionario del Nivel Departamental, 8 viajes, 3 días cada uno				
	- Una reunión de sensibilización y Concertación por Departamento. 8 en total				
H. Monitoreo, Evaluación y Control de Gestión	- Consultor especializado 6 meses	12.000,00	3.120,00	4.000,00	12.000,00
	- Viáticos y Transporte aéreos Consultor 8 viajes, 3 días cada uno.		3.120,00		3.120,00
	- Viáticos y Transporte aéreos 1 funcionario del Ministerio 8 viajes, 3 días cada uno		3.120,00		3.120,00
	- Viáticos y Transporte aéreos 1 funcionario del Nivel Departamental, 8 viajes, 3 días cada uno				
	- Una reunión de sensibilización y Concertación por Departamento. 8 en total				

COMPONENTE AREA DE DESARROLLO	ACTIVIDADES / INSUMOS	HONORAR IOS	VIATICOS Y TRANSPORT E	APOYO LOGISTICO	TOTAL
2. SISTEMAS DE SERVICIOS DE SALUD.					
A. Servicios Básicos de Salud	<ul style="list-style-type: none"> - Consultor especializado 6 meses - Viáticos y Transporte aéreos Consultor 8 viajes, 3 días cada uno. - Viáticos y Transporte aéreos 1 funcionario del Ministerio 8 viajes, 3 días cada uno - Viáticos y Transporte aéreos 1 funcionario del Nivel Departamental, 8 viajes, 3 días cada uno - Una reunión de sensibilización y Concertación por Departamento. 8 en total 	12.000,00	3.120,00		12.000,00 3.120,00
			3.120,00		3.120,00
			3.120,00		3.120,00
				4.000,00	4.000,00
B. Inversión en Infraestructura, Dotación y Mantenimiento	<ul style="list-style-type: none"> - Consultor especializado 6 meses - Viáticos y Transporte aéreos Consultor 8 viajes, 3 días cada uno. - Viáticos y Transporte aéreos 1 funcionario del F.M.H. 8 viajes, 3 días cada uno - Viáticos y Transporte aéreos 1 funcionario del Nivel Departamental, 8 viajes, 3 días cada uno - Una reunión de sensibilización y Concertación por Departamento. 8 en total 	12.000,00	3.120,00		12.000,00 3.120,00
			3.120,00		3.120,00
			3.120,00		3.120,00
				4.000,00	4.000,00
3. INVESTIGACION OPERATIVA					
A. En sistemas de Afiliación Masiva	<ul style="list-style-type: none"> - 1 Consultor especializado 6 meses. - Viáticos y Transporte aéreos Consultor 8 viajes, 3 días cada uno. - Viáticos y Transporte aéreos 1 funcionario del Ministerio 8 viajes, 3 días cada uno. - 8 Reuniones de Concertación 1 por Departamento. 	12.000,00	3.120,00		12.000,00 3.120,00
			3.120,00		3.120,00
				4.000,00	4.000,00
B. Desarrollo del Recurso Humano	<ul style="list-style-type: none"> - 1 Consultor especializado 6 meses. - Viáticos y Transporte aéreos Consultor 8 viajes, 3 días cada uno. - Viáticos y Transporte aéreos 1 funcionario del Ministerio 8 viajes, 3 días cada uno. - 8 Reuniones de Concertación 1 por Departamento. 	12.000,00	3.120,00		12.000,00 3.120,00
			3.120,00		3.120,00
				4.000,00	4.000,00

COMPONENTE AREA DE DESARROLLO	ACTIVIDADES / INSUMOS	HONORAR IOS	VIATICOS Y TRANSPORT E	APOYO LOGISTICO	TOTAL
C. Capacitación del Recurso Humano	- Consultor especializado 6 meses	12.000,00	3.120,00		12.000,00 3.120,00
	- Viáticos y Transporte aéreos Consultor 8 viajes, 3 días cada uno.		3.120,00		3.120,00
	- Viáticos y Transporte aéreos 1 funcionario del Ministerio 8 viajes, 3 días cada uno		3.120,00		3.120,00
	- Viáticos y Transporte aéreos 1 funcionario del Nivel Departamental, 8 viajes, 3 días cada uno - Una reunión de sensibilización y Concertación por Departamento. 8 en total			4.000,00	4.000,00
D. Gerencia de Servicios	- Consultor especializado 6 meses	12.000,00	3.120,00		12.000,00 3.120,00
	- Viáticos y Transporte aéreos Consultor 8 viajes, 3 días cada uno.		3.120,00		3.120,00
	- Viáticos y Transporte aéreos 1 funcionario del Ministerio 8 viajes, 3 días cada uno		3.120,00		3.120,00
	- Viáticos y Transporte aéreos 1 funcionario del Nivel Departamental, 8 viajes, 3 días cada uno - Una reunión de sensibilización y Concertación por Departamento. 8 en total			4.000,00	4.000,00
E. Prestación de Servicios	- Consultor especializado 6 meses	12.000,00			12.000,00
	en la problemática de las minorías indígenas 6 meses	12.000,00			12.000,00
	- Consultor especializado 6 meses en la problemática de las minorías negras 6 meses		6.240,00		6.240,00
	- Viáticos y transporte para los dos consultores 8 viajes, 3 días cada uno. - Viáticos y Transporte 1 funcionario del Ministerio 8 viajes, 3 días cada uno. - 7 reuniones de concertación 1 por Departamento. (se excluye Boqotá).		3.120,00	3.500,00	3.120,00 3.500,00
Total Costo Asistencia Técnica. Etapas de Prediseño.		192.000, 00	134.160,00	59.500,00	385.660,00

COMPONENTE AREA DE DESARROLLO	ACTIVIDADES / INSUMOS	HONORARIOS	VIATICOS Y TRANSPORTE	APOYO LOGISTICO	TOTAL
2. CAPACITACION					
1. <u>DESARROLLO INSTITUCIONAL PARA LA GESTION MUNICIPAL</u> (Todas las Areas)	<ul style="list-style-type: none"> - 6 Talleres de Capacitación a Funcionarios del Nivel Central, Ministerio de Salud y FNH en todas las áreas, 25 personas cada uno, tres días de duración. Total 6 Talleres, 150 personas - Alojamiento y manutención. - Alquiler de sede papeleria, materiales. - 4 Talleres de Inducción y Capacitación a autoridades y funcionarios departamentales (8 Departamentos), para 40 personas cada uno, con 3 días de duración. Total: 32 Talleres, 1280 participantes - Alojamiento y manutención - Alquiler de sede papeleria, material de apoyo. 			<p>3.600,00</p> <p>3.600,00</p> <p>307.200,00</p> <p>16.000,00</p>	<p>3.600,00</p> <p>3.600,00</p> <p>307.200,00</p> <p>16.000,00</p>
2. <u>SISTEMAS DE SERVICIOS DE SALUD.</u> (Todas las Areas)	<ul style="list-style-type: none"> - 6 Talleres de Capacitación a Funcionarios del Nivel Central, Ministerio de Salud y FNH 25 personas cada uno, tres días de duración. Total 6 Talleres, 150 personas - Alojamiento y manutención. - Alquiler de sede papeleria y material de apoyo. - 6 Talleres de Inducción y Capacitación por Departamento a funcionarios de salud de los niveles departamental y municipal. 3 días de duración y 30 personas cada uno. Total: 48 Talleres, 1440 personas. - Alojamiento y manutención. - Alquiler de sede, papeleria, materiales. 			<p>3.600,00</p> <p>3.000,00</p> <p>345.000,00</p> <p>24.000,00</p>	<p>3.600,00</p> <p>3.000,00</p> <p>345.000,00</p> <p>24.000,00</p>
3. <u>INVESTIGACION OPERATIVA</u> (Todas las Areas)	<ul style="list-style-type: none"> - 3 Talleres para unificación de criterios con funcionarios del Ministerio de Salud, Entidades Gubernamentales y ONGs. Uno por cada área de investigación. 3 días de duración, 30 personas cada una. Total 3 Talleres. 90 personas - Alojamiento y manutención. - Alquiler de sede, papeleria 			<p>14.400,00</p> <p>1.500,00</p>	<p>14.000,00</p> <p>1.500,00</p>
Total costos Capacitación Etapa Predisafio				721.900,00	721.900,00

**Insumos y Costos del Proyecto, por
ETAPAS, COMPONENTES Y AREAS DEL DESARROLLO
según categoría de desembolso**

3. PRODUCCION DE MATERIAL DIDACTICO

(en US\$)

COMPONENTE AREA DEL PROYECTO	ACTIVIDADES / INSUMOS	HONORAR IOS	VIATICOS Y TRANSPORTE	IMPRESION Y REPRODUCCION	TOTAL
1. <u>DESARROLLO INSTITUCIONAL PARA LA GESTION MUNICIPAL</u> (Todas las Areas)	- Sistematización, diagramación, ilustración, impresión y reproducción de material de apoyo, con contenidos básicos del Proyecto y de las 8 áreas de este componente (Cartillas, documentos/consulta).			30.000,00	30.000.00
	- Elaboración de impresión de material de promoción y divulgación.				10.000.00
2. <u>SISTEMAS DE SERVICIOS DE SALUD.</u> (Todas las Areas)	- Sistematización y reproducción de material de apoyo en contenidos básicos del Proyecto y de las 4 Areas de Desarrollo de este componente (Manuales, Cartillas, etc.)				30.000.00
	- Elaboración de impresión de material de promoción y divulgación.				10.000.00
Total Costo Producción Material Didáctico Etapa de Prediseno					80.000.00

COSTO TOTAL ETAPA DE PREDISENO DEL PROYECTO

1'187.560.00

**Insumos y Costos del Proyecto, por
ETAPAS, COMPONENTES Y AREAS DEL DESARROLLO**
según categoría de desembolso
Etapas de Diseño: 12 meses

ASISTENCIA TECNICA

(en US\$)

COMPONENTE AREA DE DESARROLLO	ACTIVIDADES / INSUMOS	HONORAR IOS	VIATICOS Y TRANSPORTE	APOYO LOGISTICO	COSTO TOTAL
1. <u>DESARROLLO INSTITUCIONAL PARA LA GESTION MUNICIPAL</u> (Todas las Areas)	- Contratación Equipos de Asistencia Técnica Departamental en apoyo al Desarrollo Institucional de los municipios, en las 8 áreas de este componente por 8 meses. - Atlántico: 2 tecnólogos - Cordova: 2 tecnólogos - Marino: 4 tecnólogos - Sucre: 2 tecnólogos - Cauca: 3 tecnólogos - Chocó: 3 tecnólogos - Vaupés: 2 tecnólogos - Bogotá: 1 tecnólogo <u>Total 19 tecnólogos</u>	152.000			152.000
	- Transporte terrestre Equipos departamentales, 8 viajes al mes, por 8 meses.		1.216		1.216
2. <u>SISTEMAS DE SERVICIOS DE SALUD.</u>	- Contratación Equipos de Asistencia Técnica departamental en Apoyo al Desarrollo de los Sistemas de Servicios de Salud, en todas las áreas, por 8 meses. - Atlántico: 2 tecnólogos - Cordova: 2 tecnólogos - Marino: 4 tecnólogos - Sucre: 2 tecnólogos - Cauca: 3 tecnólogos - Chocó: 3 tecnólogos - Vaupés: 2 tecnólogos - Bogotá: 1 tecnólogo <u>Total 19 tecnólogos</u>	152.000			152.000
	- Transporte terrestre Equipos departamentales, 8 viajes al mes, por 8 meses.		1.216		1.216
3. <u>INVESTIGACION OPERATIVA</u>	- Continuidad contratos de consultores en las 3 áreas, adecuación y prueba de los diseños.				
	- Investigación SAM: 1 Consultor 8 meses	16.000			16.000
	- Investigación Desarrollo Recursos Humanos 1 Consultor 8 meses	16.000			16.000
	- Investigación Prestación de Servicios. 2 Consultores, 8 meses c/u	32.000			32.000
Total Costo Asistencia Técnica Etapas de Diseño		368.000	2.432		370.432

2. CAPACITACION

COMPONENTE AREA DE DESARROLLO	ACTIVIDADES / INSUMOS	HONORA RIOS	VIATICOS Y TRANSPORTE	APOYO LOGISTICO	COSTO TOTAL
1. <u>DESARROLLO INSTITUCIONAL PARA LA GESTION MUNICIPAL</u> (Todas las Areas)	- 2 talleres de Capacitación por mes y por departamento dirigidos a autoridades y funcionarios municipales para la adecuación y desarrollo del diseño de las 8 áreas de este componente. 30 participantes, 3 días de duración, durante 8 meses.				
	Total 128 talleres, 3840 participantes.			921.600	921.600
	- Alojamiento y manutención				
	- Viáticos y transporte aéreo, equipos de apoyo Nivel Central (1 persona por taller)		30.720		30.720
	- Alquiler de sede, materiales, etc.			64.000	64.000
	- Fondo de Reservas para contratación de consultorías puntuales que resuelvan problemas específicos del desarrollo institucional.	30.000			30.000
	- 1 Taller de Capacitación por mes a funcionarios del nivel central, Minsalud, FMH, otros, sobre los avances obtenidos en el diseño de las áreas de este componente, durante 8 meses, 20 participantes c/u, 2 días de duración.				
	Total 8 talleres 240 participantes			38.400	38.400
	- Alojamiento y manutención			4.000	4.000
	- Alquiler de sede, materiales, etc.				
- Fondo de Apoyo para el intercambio de experiencias de autoridades y funcionarios departamentales y municipales, a nivel nacional.		30.000	15.000	45.000	

COMPONENTE AREA DE DESARROLLO	ACTIVIDADES / INSUMOS	HONORA RIOS	VIATICOS Y TRANSPORTE	APOYO LOGISTICO	COSTO TOTAL	
2. <u>SISTEMAS DE SERVICIOS DE SALUD.</u>	- 2 talleres de Capacitación por mes y por departamento dirigidos a autoridades y funcionarios municipales para la adecuación y desarrollo del diseño de las 8 áreas de este componente. 30 participantes, 3 días de duración, durante 8 meses. Total 128 talleres, 3840 participantes.	30.000				
	- Alojamiento y manutención			921.600	921.600	
	- Viáticos y transporte aéreo, equipos de apoyo Nivel Central (1 persona por taller)		30.720		30.720	
	- Alquiler de sede, materiales, etc.			64.000	64.000	
	- Fondo de Reservas para contratación de consultorías puntuales que resuelvan problemas específicos en los Sistemas de Servicios de Salud.				30.000	30.000
	- 1 Taller de Capacitación por mes a funcionarios del nivel central, Minsalud, FNH, otros, sobre los avances obtenidos en el diseño de las áreas de este componente, durante 8 meses, 20 participantes c/u, 2 días de duración. Total 8 talleres 240 participantes				38.400	38.400
	- Alojamiento y manutención					
	- Alquiler de sede, materiales, etc.				4.000	4.000
	- Fondo de Apoyo para el intercambio de experiencias de autoridades y funcionarios departamentales y municipales, a nivel nacional.			30.000	15.000	45.000
	3. <u>INVESTIGACION OPERATIVA</u> (Todas las Areas)		- 6 talleres de capacitación por Area (3 áreas) 4 por departamento (7 departamentos) dirigido a autoridades municipales y departamentales y a funcionarios de salud. 30 participantes, 3 días de duración c/u. Total: 42 talleres 1260 participantes.			
- Alojamiento y manutención			302.400	302.400		
- Viáticos y transporte aéreo, equipos de apoyo Nivel Central (1 persona por taller)		16.380		16.380		
- Alquiler de sede, materiales, etc.			21.000	21.000		
Total Costo Capacitación Etapas de Diseño		60.000	137.820	2.409.400	2.607.220	

3. Dotación no-hospitalaria en apoyo a la etapa de diseño del proyecto

DESCRIPCION	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
- Fondo para adquisición de equipos de computación en apoyo al desarrollo del proyecto en los ocho departamentos seleccionados.	3.000,00	500.000,00
- Fondo para la adquisición de equipos de audio-visuales en apoyo al desarrollo del proyecto en los ocho departamentos seleccionados.	1.000,00	15.000,00
• Retroproyectores	800,00	12.000,00
• Proyectoras diapositivas	1.000,00	15.000,00
• Telefax	700,00	10.000,00
• Televisor	450,00	8.000,00
• Videograbadora	800,00	20.000,00
• Equipos de radiocomunicación	750,00	20.000,00
- Dotación a equipos de salud familiar y comunitaria	140,00	700.000,00
- Dotación a gestores de la comunidad (5.000 gestores)		
COSTO TOTAL DOTACION ETAPA DE DISEÑO		1'300.000,00

3. Infraestructura (ampliación, remodelación)

Componente: SISTEMAS DE SERVICIOS DE SALUD

3.1 Total organismos de salud del primer nivel

por departamento.

DEPARTAMENTO	ORGANISMO DE SALUD			TOTAL ORGANISMOS DE SALUD
	HOSPITAL LOCAL	CENTRO DE SALUD	PUESTO DE SALUD	

ATLANTICO	6	63	29	98
SANTAFE DE BOGOTA	5	42	12	59
CAUCA	11	47	117	175
CORDOBA	8	44	116	168
CHOCO	5	18	96	119
NARIÑO	7	21	130	160
SUCRE	1	23	33	58
VAUPES		1	18	19

TOTAL	43	259	553	856
--------------	-----------	------------	------------	------------

3.2 Costos estimados de construcción por metro cuadrado

y ambientes mínimos, para organismos del primer nivel (en US \$)

ORGANISMOS DE SALUD	COSTOS m2 CONSTRUCCION	AREA MINIMA m2	NUMERO DE ORGANISMOS	COSTO TOTAL
---------------------	------------------------	----------------	----------------------	-------------

Hospital Local	285	1500	43	18.392.500.00
Centro Salud	178	200	259	8.220.400.00
Puesto de Salud	171	80	553	7.565.040.00

3.3 Costos estimados de construcción para organismos de salud

en los Departamentos objeto de intervención del proyecto.

con cargo a recursos BIRF.

- Teniendo en cuenta las malas condiciones de los organismos de salud del primer nivel y las necesidades de ampliación y remodelación, se han tomado como base, requerimientos de construcción nuevos. FNH.

El costo total sería US\$ 35.187.940, se ha calculado un porcentaje del 50% para adecuación de la planta física existente, más un rubro para imprevistos, así:

COSTO TOTAL	US\$ 35.187.940*50% =	17.583.970
COSTO INFRAESTRUCTURA	US\$	17.583.970
IMPREVISOS	US\$	1.245.030

Los requerimientos de nueva infraestructura, están asumidos con recursos de las contrapartidas departamentales y municipales.

TOTAL COSTO INFRAESTRUCTURA. Etapa de diseño: US\$ 18.829.000

4. Dotación

Componente: SISTEMAS DE SERVICIOS DE SALUD

4.1 Costos estimados de dotación total y por departamentos organismos de salud (en miles de US\$)

DEPARTAMENTO	HOSPITAL LOCAL			CENTRO DE SALUD			TOTAL COSTOS
	NUMERO	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL	NUMERO	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL	
ATLANTICO	8.0	415.2	2.491.2	63.0	24.7	1.556.1	4.047.3
SANTAFE DE BOGOTA	5.0	415.2	2.076.0	42.0	24.7	1.037.4	3.113.4
CAUCA	11.0	415.2	4.567.2	47.0	24.7	1.160.9	5.728.1
CORDOBA	8.0	415.2	3.321.6	44.0	24.7	1.086.8	4.408.4
CHOCO	5.0	415.2	2.076.0	18.0	24.7	395.2	2.471.2
NARIÑO	7.0	415.2	2.906.4	23.0	24.7	568.1	3.474.5
SUCRE	1.0	415.2	415.2	23.0	24.7	568.1	983.3
VAUPES				1.0	24.7	24.7	24.7
TOTAL ---->							24.250.9

4.2 Costos estimados de dotación para organismos de salud en los departamentos objeto de la intervención del proyecto, con cargo a recursos BIRF. Los costos de dotación estimados, según cálculos del FHH, para el total de los organismos de salud en las áreas del proyecto de US\$ 30.017.000. Teniendo en cuenta el mal estado de la dotación existente y los requerimientos de reposición y complementación, se estima financiar un 30% de este costo con recursos BIRF equivalente a US\$ 9.005.000 más un rubro de imprevisto en razón a las diferencias regionales de US\$ 439.805.

5. Mantenimiento

Componente: SISTEMAS DE SERVICIOS DE SALUD

- Costos estimados para mantenimiento de construcciones y dotación.

Con base en los costos estimados de:

- Construcción	US\$	18,828,000
- Dotación Hospitalaria	US\$	9,562,000
- Dotación no Hospitalaria	US\$	1,300,000

Se establece un monto de US\$ 7,300,000 para mantenimiento de

infraestructura y equipos. El monto alto responde a la política

de fortalecer y estimular esta actividad, tradicionalmente

relegada en la gestión de los servicios de salud.

TOTAL COSTO MANTENIMIENTO	US\$	7,300,000
----------------------------------	-------------	------------------

COMPONENTE AREA	ACTIVIDADES/INSUMOS	HONORARIOS	VIATICOS Y TRANSPORTE	IMPRESION Y REPRODUCCION	COSTO TOTAL (8 meses)
--------------------	---------------------	------------	--------------------------	-----------------------------	--------------------------

1. DESARROLLO INSTITUCIONAL PARA LA GESTION MUNICIPAL	- Producción e impresión de cartillas y murales sobre el desarrollo y aplicación de las ocho áreas del componente.	20.000		60.000	80.000
	(Todas las áreas)				
	- Producción de material de audiovisual: videos y sonoritos.	65.000		15.000	80.000
	- Producción de material de producción y divulgación del proyecto (afiches, folletos, etc.)	9.228		30.000	39.228
2. SISTEMAS DE SERVICIOS DE SALUD	- Producción e impresión de cartillas y manuales sobre el desarrollo y aplicación de las cuatro áreas del componente.	20.000		60.000	80.000
	- Producción de material audiovisual.	65.000		15.000	80.000
	- Producción de material de promoción y divulgación.	9.228		30.000	39.228
3. INVESTIGACION OPERATIVA	- Elaboración de cartillas y manuales para la divulgación de las investigaciones y la aplicación de sus conclusiones	15.000		64.614	99.614

TOTAL COSTO PRODUCCION Material didáctico	203.466	294.614	498.070
Etapa de diseño			

COSTO TOTAL	
ETAPA DE DISEÑO	US\$ 40.442.027

ANEXO
Nº 4

DISTRIBUCION DEL IVA PARA LOS MUNICIPIOS
BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA DE CREDITO

MUNICIPIO	POBLACION TOTAL	I.V.A.
SUAREZ		166.059.921
BELEN		137.995.808
PACOA	673	
YAVARETE	1.139	
TORIBIO	2.205	329.092.385
JURADO	2.734	78.091.571
MOSQUERA	2.738	191.079.354
SIPI	2.753	77.102.727
CARURU	3.096	
PIOJO	3.593	87.714.266
CHALAN	3.747	80.424.988
MAGUI	3.951	95.537.746
NUQUI	4.455	119.686.388
GUALMATAN	4.873	103.346.013
ALDANA	4.908	104.586.764
SANTA ROSA	5.132	117.625.649
BAHIA SOLANO	5.551	147.077.174
SAN JOSE / PALMAR	5.601	145.777.839
EL CARMEN	5.707	151.941.068
MALLAMA	5.708	137.572.717
JAMBALO	5.718	133.629.284
PALMITO	5.747	128.309.440
CONTADERO	5.748	120.869.977
OSPINA	5.871	
BAGADO	5.873	159.958.229
USIACURI	5.959	133.618.329
BOJAYA	5.978	173.115.115
LLORO	6.003	157.101.816
TOTORO	6.027	138.515.334
BUENAVISTA	6.044	128.060.510
CUMBITARA	6.050	140.076.327
SAPUYES	6.186	
SOTARA	6.260	143.422.446
FSCO. PIZARRO	6.340	
CUASPUD	6.408	137.567.609
TUBARA	6.460	140.712.917
SANTA BARBARA	6.530	
ILES	6.582	138.134.882
FUNES	6.676	155.198.412
EL ROSARIO	6.729	162.993.307
SANTA CRUZ	6.889	
LA UNION	6.992	158.025.409

**DISTRIBUCION DEL IVA PARA LOS MUNICIPIOS
BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA DE CREDITO**

MUNICIPIO	POBLACION TOTAL	I.V.A.
PADILLA	7,246	162,453,175
IMUES	7,260	152,547,916
NOVITA	7,300	194,401,217
SANTA LUCIA	7,336	159,286,784
POLICARPA	7,595	
RICAUARTE	7,656	
YACUANQUER	8,025	
ROBERTO PAYAN	8,096	
ACANDI	8,129	225,869,035
ROSAS	8,200	179,447,564
COLON	8,282	148,335,911
CAIMITO	8,309	191,926,006
SAN JUAN /BETULIA	8,434	182,537,766
PUERRES	8,456	
LEIVA	8,482	192,301,788
SAN SEBASTIAN	8,519	193,715,074
CANDELARIA	8,841	198,002,140
ANCUYA	8,887	187,077,177
MORROA	8,941	190,881,823
COLOSO	8,951	190,768,708
UNGUIA	9,340	257,005,303
PURACE	9,358	223,515,774
LOS CORDOBAS	9,363	227,182,965
JUAN DE ACOSTA	9,373	207,002,230
PURISIMA	9,476	212,610,079
SUAN	9,554	209,063,211
ALTO BAUDO	9,614	258,202,524
LA FLORIDA	9,688	207,086,473
CONSACA	9,716	205,497,005
EL TABLON	9,856	217,008,060
POLONUEVO	9,874	218,409,222
CHIMA	9,877	226,264,593
LOS ANDES	9,879	233,013,706
LA SIERRA	9,985	212,111,124
MOMIL	10,106	228,583,413
ARBOLEDA	10,106	211,907,591
GUARANDA	10,277	232,436,752
TANGUA	10,295	
LINARES	10,313	216,060,421
LOPEZ	10,492	244,514,871
CANALETE	11,197	264,545,303
CORDOBA	11,343	270,080,682

**DISTRIBUCION DEL IVA PARA LOS MUNICIPIOS
BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA DE CREDITO**

MUNICIPIO	POBLACION TOTAL	I.V.A.
GALERAS	11,365	249,667,970
PUERTO ESCONDIDO	11,627	275,062,757
POTOSI	11,737	
MITU	11,789	
TIMBIQUI	11,928	270,764,517
ALBAN	12,023	254,131,090
ARGELIA	12,539	285,268,588
BUENAVISTA	12,600	298,256,962
GUAITARILLA	12,689	265,649,466
CONDOTO	12,928	326,055,880
BALBOA	13,096	293,636,013
PONEDERA	13,115	293,862,514
GUACHUCAL	13,350	294,742,604
SAN LORENZO	13,549	
SABANAGRANDE	13,661	303,266,353
OLAYA HERRERA	13,736	313,218,765
GALAPA	14,046	294,035,463
MONITOS	14,195	332,017,668
TOLUVIEJO	14,203	314,980,752
SAN ANTERO	14,268	326,003,635
PALMAR DE VARELA	14,285	319,256,975
PUPIALES	14,507	
MORALES	14,533	327,260,116
PUERTO LIBERTADOR	14,557	337,538,122
SAN PEDRO	14,738	322,283,428
TADO	14,755	364,025,681
LOS PALMITOS	15,215	331,051,235
MANATI	15,555	357,363,884
CALDONO	15,632	355,544,455
TAMINANGO	16,148	
SANTO TOMAS	16,206	361,887,837
INZA	16,300	378,963,802
REPELON	16,373	377,247,133
CORINTO	17,032	382,002,756
BAJO BAUDO	17,045	453,080,931
LURUACO	17,075	385,994,603
SAN CARLOS	17,082	397,433,319
SAN PABLO	17,098	
PUEBLO NUEVO	17,359	395,467,951
MIRANDA	17,487	383,687,177

**DISTRIBUCION DEL IVA PARA LOS MUNICIPIOS
BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA DE CREDITO**

MUNICIPIO	POBLACION TOTAL	I.V.A.
ALMAGUER	17,629	388,725,086
LA VEGA	17,847	407,184,959
BUESACO	18,248	418,797,391
EL TAMBO	18,257	410,536,493
SAN BENITO ABAD	18,351	429,129,686
PTO.COLOMBIA	18,788	373,136,543
PIENDAMO	19,108	406,117,460
CUMBAL	19,225	470,577,259
EL CHARCO	19,400	471,280,381
LA UNION	19,495	419,451,925
SUGRE	19,655	463,173,049
SILVIA	19,696	460,910,460
BARBACOAS	19,828	478,873,426
LA CRUZ	19,908	330,809,970
PAEZ	20,006	470,113,926
GUAPI	20,360	465,813,982
RIOSUCIO	20,382	578,778,902
OVEJAS	20,655	452,583,997
VALENCIA	20,684	496,510,725
TIMBIO	21,635	465,324,909
ISTMINA	21,856	782,087,422
S. BERNARDO VIENTO	21,856	508,376,055
SAMPUES	21,916	477,295,579
MAJAGUAL	22,537	552,949,003
TOLU	22,874	550,854,092
SINCE	23,254	526,296,883
MERCADERES	23,470	527,358,806
CALOTO	24,478	538,044,602
CAMPO DE LA CRUZ	25,044	554,270,043
PATIA	26,644	606,364,870
SANDONA	26,684	
CAJIBIO	26,800	589,159,358
SAN PELAYO	29,120	700,080,484
CHINU	29,231	683,752,874
PUERTO TEJADA	30,321	667,602,529
SAN MARCOS	31,250	707,906,977
BUENOS AIRES	31,586	538,850,138
TUQUERRES	33,151	
BARANOA	33,647	683,041,125
MONTELIBANO	33,946	791,428,697
AYAPEL	35,129	819,481,443

**DISTRIBUCION DEL IVA PARA LOS MUNICIPIOS
BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA DE CREDITO**

MUNICIPIO	POBLACION TOTAL	I.V.A.
EL TAMBO	35,186	802,159,049
CIENAGA DE ORO	38,259	885,487,726
SAN ONOFRE	41,692	948,439,671
S.ANDRES SOTAVENTO	43,356	1,042,329,471
SAMANIEGO	43,653	
PLANETA RICA	44,248	1,058,187,570
COROZAL	46,000	960,494,858
BOLIVAR	46,620	1,046,803,105
SABANALARGA	50,891	1,119,364,651
MALAMBO	52,389	1,134,081,800
TIERRALTA	53,110	1,293,808,960
S. DE QUILICHAO	53,799	1,225,156,233
CERETE	53,816	1,240,268,580
SAHAGUN	58,009	1,351,448,875
IPIALES	68,640	1,562,372,000
QUIBDO	75,004	1,972,287,643
LORICA	75,520	1,813,995,952
TUMACO	93,572	
SINCELEJO	135,380	1,128,211,794
POPAYAN	155,243	1,318,607,334
SOLEDAD	164,008	1,366,972,298
MONTERIA	222,432	1,940,319,143
PASTO	241,175	2,054,978,911
BARRANQUILLA	895,780	4,636,640,878

PROYECCIONES
(MILLONES \$)

AÑO	INGRESOS CORRIENTES	TRANS MUNICIPALES	ECOSALUD	SITUADO FISCAL
1.990	4.310.098			
1.991	5.286.576	10.000	0	123.000
1.992	6.470.769	12.000	9.500	158.000
1.993	7.920.221	14.000	11.579	208.000
1.994	9.694.351	16.000	14.112	285.000
1.995	11.865.885	18.478	17.200	329.024
1.996	14.523.844	21.335	20.963	408.516
1.997	17.777.185	24.637	25.550	507.214
1.998	21.759.274	28.449	31.140	629.757
CRECIM 1992-98	22.40%	15.48%	21.86%	24.16%

PROYECCIONES
(MILLONES DE US\$)

AÑO	TASA DE CRECIMIENTO	INGRESOS CORRIENTES	TRANS MUNICIPALES	ECOSALUD	SITUADO FISCAL
1.991	622	8.503	18	0	198
1.992	715	9.050	17	13	221
1.993	787	10.070	18	15	262
1.994	865	11.205	18	18	308
1.995	952	12.409	19	18	348
1.996	1.047	13.874	20	20	390
1.997	1.152	15.438	21	22	440
1.998	1.267	17.178	22	25	497
TASA DE CRECIMIENTO		10.58%	4.89%	9.26%	14.08%

PROYECCIONES BASICAS PARA LA ESTIMACION DE LAS FUENTES DE APORTES PARA LA FINANCIACION DE LA CONTRAPARTIDA LOCAL
(Millones de Dolares)

CONCEPTO	1.992	1.993	1.994	1.995	1.996	1.997	1.998	TOTAL
A. SITUADO CONSTITUCIONAL								
1. INGRESOS CORRIENTES	9.050	10.070	11.205	12.489	13.874	13.874	17.178	87.721
2. % NUEVA CESION SOBRE INGRESOS CORRIENTES	13%	14%	15%	16%	17%	18%	19%	
3. MONTO NUEVA CESION ADICIONAL	1.177	1.410	1.681	1.995	2.359	2.497	3.264	14.382
4. ESCENARIO 1 (2.0% TRANSFERENCIA)	24	28	34	40	47	50	65	268
5. ESCENARIO 2 (2.5% TRANSFERENCIA)	29	35	42	50	59	62	82	360
6. ESCENARIO 3 (3% TRANSFERENCIA)	35	42	50	60	71	75	98	431
B. TRANSFERENCIAS MUNICIPALES PARA SALUD								
7. DESTINACION NIVEL LOCAL	6	7	8	10	11	12	14	69
C. SITUADO FISCAL								
8. SITUADO FISCAL PROYECTADO PARA SALUD	221.0	261.9	306.3	345.7	390.2	440.5	497.2	2.482.8
D. NUEVOS INGRESOS								
9. ECOSALUD	13.3	14.7	16.3	18.1	18.1	20.0	22.2	122.7

Handwritten calculations:

1177
 24
 16

 1217

950

 227

227
 24
 6
 221
 13

 491

264

505

INGRESOS PROYECTADOS :

(4) + (7) + (8) + (9)	264	312	365	413	466	523	599	2.942
(5) + (7) + (8) + (9)	270	319	373	423	478	535	615	3.014
(6) + (7) + (8) + (9)	278	328	381	433	490	548	632	3.086

FUENTES DE APORTE DE CONTRAPARTIDA LOCAL Y NACIONAL
 (Millones de Dólares)

CONCEPTO	1,992	1,993	1,994	1,995	1,996	1,997	1,998	TOTAL
1. CESIÓN ADICIONAL ESCUENARIO 1 (2.0% Transf)	24	28	34	40	47	50	65	288
2. SALUD MUNICIPOS DEL PROYECTO (1) ESCUENARIO 1 (2.0% Transf)	0.1	0.1	0.1	0.2	0.2	0.2	0.3	1.1
3. RECURSOS ECOSALUD (2)								
FUNCIONAMIENTO	6.6	7.4	8.2	9.0	9.0	10.0	11.1	61.3
INVERSION	6.6	7.4	8.2	9.0	9.0	10.0	11.1	61.3
4. TOTAL INVERSION LOCAL ECOSALUD INVERSION+ (2) ESCUENARIO 1 (2.0% Transf)	6.7	7.5	8.3	9.2	9.2	10.2	11.4	62
5. CONTRAPARTIDA NIVEL CENTRAL		0	0	1	1	1	0.0	2.7
TOTAL CONTRAPARTIDA	13.4	15.3	16.9	18.8	18.9	20.9	22.4	128.5

- (1) EL 19.9 DE LOS RECURSOS TOTALES DEL IVA CORRESPONDEN A LOS MUNICIPOS DEL PROYECTO
 (2) 50% FUNCIONAMIENTO Y 50% INVERSION.

ESTIMACION DEL APORTE DEL DISTRITO CAPITAL EN LA FINANCIACION DEL PROYECTO

CONCEPTO	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	TOTAL
SITUADO FISCAL (1)	85,397	108,278	134,235	158,129	186,319	219,586	258,855	1,150,800
ECOSALUD NACIONAL (2)	9,500	11,579	14,112	17,200	20,963	25,500	31,140	129,994
ECOSALUD D.C (3)	1,995	2,432	2,964	3,812	4,402	5,355	6,539	27,299
TRANSFERENCIAS ATENCION BASICA SALUD (4)								0
- ESCUENARIO 1 (2.0%)	411	521	646	781	896	1,056	1,245	5,535
- ESCUENARIO 2 (4.0%)	822	1,042	1,291	1,521	1,792	2,112	2,490	11,071
- ESCUENARIO 3 (5.0%)	1,027	1,302	1,614	1,902	2,240	2,641	3,113	13,838
TRANSFERENCIAS + ECOSALUD INVERSION (5)								0
- ESCUENARIO 1 (2.0%)	1,406	1,737	2,127	2,567	3,097	3,734	4,515	19,186
- ESCUENARIO 2 (4.0%)	1,819	2,257	2,773	3,327	3,994	4,790	5,760	24,720
- ESCUENARIO 3 (5.0%)	2,024	2,518	3,096	3,708	4,442	5,318	6,382	27,488

- (1) DATOS ESTIMADOS DNP PARA SANTAFE DE BOGOTA D.C
 (2) CRECIMIENTO PROMEDIO ANUAL DEL 28.6%
 (3) SE ESTIMA QUE EL 21% DE LOS RECURSOS DE ECOSALUD CORRESPONDEN AL DISTRITO CAPITAL. ESTE 21% ES LA PARTICIPACION DEL IVA DEL D.C DENTRO DEL TOTAL NACIONAL PARA 1992.
 (4) SE APLICA SOBRE LA TRANSFERENCIA TOTAL UN 48.1% QUE CORRESPONDE A LA PARTICIPACION DE LA POBLACION DE LAS OCHO ZONAS DEL PROYECTO EN EL DISTRITO CAPITAL Y ADEMAS SE APLICA EL 50% DE LA TRANSFERENCIA PARA ATENCION BASICA.
 (5) LOS RECURSOS DE ECOSALUD SE DISTRIBUYEN: 50% FUNCIONAMIENTO , 50% INVERSION

ESTIMACION DEL APORTE DE DISTRITO CAPITAL EN LA FINANCIACION DEL PROYECTO

(MILLONES US\$)

CONCEPTO	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	TOTAL
SITUADO FISCAL (1)	119.4	137.8	155.2	166.1	178.0	190.8	204.3	1.151.2
	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
ECOSALUD NACIONAL (2)	13.3	14.7	16.3	18.1	20.0	22.1	24.6	129.1
	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
ECOSALUD D.C (3)	2.8	3.1	3.4	3.8	4.2	4.6	5.2	27.1
	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
TRANSFERENCIAS BAJUD (4)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
- ESCENARIO 1 (2.0%)	0.8	0.7	0.7	0.8	0.9	0.9	1.0	5.5
- ESCENARIO 2 (4.0%)	1.1	1.3	1.5	1.6	1.7	1.8	2.0	11.1
- ESCENARIO 3 (5.0%)	1.4	1.7	1.9	2.0	2.1	2.3	2.5	13.8
	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
TRANSFERENCIAS + ECOSALUD INVERSION (5)		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
- ESCENARIO 1 (2.0%)	2.0	2.2	2.5	2.7	3.0	3.2	3.6	19.1
- ESCENARIO 2 (4.0%)	2.5	2.9	3.2	3.5	3.8	4.2	4.5	24.6
- ESCENARIO 3 (5.0%)	2.8	3.2	3.6	3.9	4.2	4.6	5.0	27.4

(1) DATOS ESTIMADOS DNP PARA SANTAFE DE BOGOTA D.C

(2) CRECIMIENTO PROMEDIO ANUAL DEL 28.8%

(3) SE ESTIMA QUE EL 21% DE LOS RECURSOS DE ECOSALUD CORRESPONDEN AL DISTRITO CAPITAL. ESTE 21% ES LA PARTICIPACION DEL IVA DEL D.C DENTRO DEL TOTAL NACIONAL PARA 1992.

(4) SE APLICA SOBRE LA TRANSFERENCIA TOTAL UN 48.1% QUE CORRESPONDE A LA PARTICIPACION DE LA POBLACION DE LAS OCHO ZONAS DEL PROYECTO EN EL DISTRITO CAPITAL Y ADEMAS SE APLICA EL 50% DE LA TRANSFERENCIA PARA ATENCION BASICA.

(5) LOS RECURSOS DE ECOSALUD SE DISTRIBUYEN: 50% FUNCIONAMIENTO, 50% INVERSION

ANEXO
Nº 5

ANEXO No. 5

INSUMOS Y COSTOS DEL PROYECTO
COMPONENTES, ETAPAS Y AREAS DE DESARROLLO SEGUN CATEGORIAS DE DESEMBOLO
RECURSOS NIVEL NACIONAL

ETAPA DE PREDISEÑO (6 MESES)

1. ASISTENCIA TECNICA

(US\$)

COMPONENTE / AREA DE DESARROLLO	ACTIVIDADES / INSUMOS	HONORARIOS	VIATICOS Y TRANSPORTE	APOYO LOGISTICO	COSTO TOTAL
1. DESARROLLO INSTITUCIONAL PARA LA GESTION MUNICIPAL -Todas las áreas-	- Conformación de un equipo interdisciplinario de funcionarios del Ministerio de Salud con participación de las diferentes dependencias en apoyo al desarrollo institucional de los municipios para gestión de la salud, en todas las áreas (Dirección Gral. de Planación, Dirección Gral. Técnica, Dirección Administrativa, Participación de la comunidad y FNH). * Total 8 funcionarios, 6 meses c/u	67,200.00			67,200.00
	- Viáticos y transporte aéreo para 8 funcionarios, una vez por mes, durante seis meses, tres días por viaje. * Total 8 funcionarios, 6 viajes, 18 días: - Viáticos - Transporte		11,520.00 7,200.00		11,520.00 7,200.00
2. SISTEMAS DE SERVICIOS DE SALUD -Todas las áreas-	- Conformación de un equipo interdisciplinario de funcionarios del Ministerio de Salud con participación de las diferentes dependencias en apoyo al prediseño de sistemas de servicios de salud en todas las áreas. (Dirección Gral. de Planación, Dirección Gral. Técnica, Dirección Administrativa, Participación de la comunidad y FNH). * Total 8 funcionarios, 6 meses c/u	67,200.00			67,200.00
	- Viáticos y transporte aéreo para 8 funcionarios, una vez por mes, durante seis meses, tres días por viaje. * Total 8 funcionarios, 6 viajes, 18 días: - Viáticos - Transporte		11,520.00 7,200.00		11,520.00 7,200.00
3. INVESTIGACION OPERATIVA	- Conformación de un equipo de funcionarios del Ministerio de Salud, en apoyo al desarrollo de las tres áreas de investigación, (tres Funcionarios)	25,200.00			25,200.00
	- Fondo de apoyo para la realización de reuniones de concertación con representantes de las minorías étnicas. (indígenas y negros)			500.00	500.00
TOTAL COSTOS ASISTENCIA TECNICA ETAPA DE PREDISEÑO		159,600.00	37,440.00	500.00	197,600.00

2. CAPACITACION

COMPONENTE / AREA DE DESARROLLO	ACTIVIDADES / INSUMOS	HONORARIOS	VIATICOS Y TRANSPORTE	APOYO LOGISTICO	COSTO TOTAL
1. DESARROLLO INSTITUCIONAL PARA LA GESTION MUNICIPAL - Todas las areas -	- 3 Seminars de capacitación y concertación con autoridades departamentales y municipales, en apoyo al prediseño de la 8 Areas de gestión municipal de la salud, 30 personas c/u, 3 días de duración. * Total 3 eventos, 90 personas, 3 días c/u.: - Alojamiento y manutención - Alquiler de sala, materiales, etc.			21,600.00 500.00	21,600.00 500.00
	- Viáticos y transporte aéreo funcionarios Minsalud, en apoyo al desarrollo de los seminarios, 2 funcionarios por viaje, 3 días c/u. * Total: 6 funcionarios, 9 días: - Viáticos - Transporte		1,400.00 900.00		1,400.00 900.00
2. SISTEMAS DE SERVICIOS DE SALUD - Todas las areas -	- 8 seminarios de capacitación con funcionarios departamentales y municipales de salud en apoyo al prediseño de las 5 Areas de este componente, 20 personas por evento, 3 días c/u. * Total: 160 personas, 24 días: - Alojamiento y manutención - Papelería y material de apoyo			52,800.00 500.00	52,800.00 500.00
	Viáticos y transporte aéreo funcionarios Minsalud, en apoyo al desarrollo de los seminarios, 2 funcionarios por viaje, 3 días c/u. * Total: 6 funcionarios, 9 días: - Viáticos - Transporte		1,400.00 900.00		1,400.00 900.00
TOTAL COSTOS CAPACITACION ETAPA DE PREDISEÑO			4,600.00	75,400.00	80,000.00

RECURSOS NIVEL NACIONAL

ETAPA DE ORGANIZACION Y EVALUACION (36 MESES)

1. ASISTENCIA TECNICA

(US\$)

COMPONENTE / AREA DE DEBARROLLO	ACTIVIDADES / INSUMOS	HONORARIOS	VIATICOS Y TRANSPORTE	APOYO LOGISTICO	COSTO TOTAL
1. DESARROLLO INSTITUCIONAL PARA LA GESTION MUNICIPAL - Todas las áreas -	- Conformación equipos de asistencia técnica (Minsalud, FNH), en apoyo a la gestión municipal de la salud en todos los departamentos y municipios, durante 36 meses, 8 funcionarios en total.	403,200.00			0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 403,200.00
	- Fondo de viáticos y transporte para el desplazamiento de funcionarios del nivel central (Minsalud), en apoyo a la organización de la gestión municipal de la salud. 12 meses c/u.		35,250.00		0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 35,250.00
2. SISTEMAS DE SERVICIOS DE SALUD	- Conformación equipos de asistencia técnica (Minsalud, FNH), en apoyo a la organización de los Sistemas de Servicios de Salud en todos los departamentos y municipios objeto, durante 36 meses, 8 funcionarios en total.	403,200.00			0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 403,200.00
	- Fondo de viáticos y transporte para el desplazamiento de funcionarios del nivel central (Minsalud), en apoyo a la organización de los Sistemas de Servicios de Salud.		35,250.00		0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 35,250.00
3. INVESTIGACION OPERATIVA	- Contratación de un consultor de apoyo para el seguimiento a la aplicación de los módulos de investigación operativa en Minsalud. 36 Meses.	50,400.00			0.00 0.00 0.00 50,400.00
TOTAL COSTOS ASISTENCIA TECNICA ETAPA DE DISEÑO		856,800.00	70,500.00	0.00	927,300.00

2. CAPACITACION

COMPONENTE / AREA DE DEBARROLLO	ACTIVIDADES / INSUMOS	HONORARIOS	VIATICOS Y TRANSPORTE	APOYO LOGISTICO	COSTO TOTAL
1. DESARROLLO INSTITUCIONAL PARA LA GESTION MUNICIPAL - Todas las áreas -	- 1 Taller semestral de capacitación y actualización para funcionarios municipales, sobre gestión municipal de la salud, durante 3 años, 60 personas cada uno, 3 días de duración. * Total: 6 talleres, 300 personas, 180 días.				0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00
	- Alojamiento y manutención			86,400.00	86,400.00
	- Papelería y suministros			3,000.00	3,000.00
	- Fondo de apoyo para capacitación a funcionarios nuevos de los niveles departamental y municipal en contenidos de Gestión Municipal de la Salud. (3 años).				50,000.00
2. SISTEMAS DE SERVICIOS DE SALUD	- Transporte terrestre, funcionarios municipales, en apoyo al proceso de Gestión municipal de la Salud.		15,000.00		0.00 0.00 0.00 15,000.00
	- 1 Taller semestral de capacitación y actualización para funcionarios municipales, sobre sistemas de servicios de salud durante 3 años, 60 personas cada uno, 3 días de duración. * Total: 6 talleres, 360 personas, 180 días.				0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00
	- Alojamiento y manutención			86,400.00	86,400.00
	- Papelería y suministros			3,000.00	3,000.00
- Fondo de apoyo para capacitación a funcionarios nuevos de los niveles departamental y municipal en contenidos de Sistemas de SS de Salud. (3 años).				50,000.00	50,000.00
- Transporte terrestre, funcionarios municipales, en apoyo a la organización de los Sistemas de SS de Salud.			15,000.00		0.00 0.00 0.00 15,000.00

3. INVESTIGACION OPERATIVA					0.00
	- 1 Taller semestral de capacitación y actualización para funcionarios municipales, para la aplicación de las líneas de investigación, 3 años, 60 personas cada uno, 3 días de duración.				0.00
	* Total: 6 talleres, 360 personas, 180 días.				0.00
	- Alojamiento y manutención			86,400.00	86,400.00
	- Papelería y suministros			3,000.00	3,000.00
					0.00
	- Transporte terrestre en apoyo a la aplicación y seguimiento de las líneas de investigación. (3 años).		7,900.00		7,900.00
					0.00
TOTAL COSTOS CAPACITACION					
ETAPA DE ORGANIZACION Y EVALUACION					0.00 37,900.00 368,200.00 406,100.00

3. DOTACION

COMPONENTE / AREA DE DESARROLLO	ACTIVIDADES / INSUMOS	HONORARIOS	VIATICOS Y TRANSPORTE	APOYO LOGISTICO	COSTO TOTAL
2. SISTEMAS DE SERVICIOS DE SALUD.	- Reserva pago costos de nacionalización de equipos.				0.00
- Todas las áreas -					1,200,000.00
					0.00
					0.00
					0.00
TOTAL COSTOS DE DOTACION					
ETAPA DE ORGANIZACION Y EVALUACION					0.00 0.00 0.00 1,200,000.00

4. PRODUCCION DE MATERIAL DIDACTICO

* TODOS LOS COMPONENTES	- Fondo de apoyo para la producción de Material Didáctico, para la etapa de organización del Proyecto en los 3 componentes.				0.00
- Todas las áreas -					0.00
					0.00
					435,000.00
					0.00
TOTAL COSTOS DE PRODUCCION DE MATERIAL DIDACTICO					
ETAPA DE ORGANIZACION Y EVALUACION					0.00 0.00 0.00 435,000.00

5. RECURSOS ESPECIALES

2. SISTEMAS DE SERVICIOS DE SALUD.	- Recursos especiales en apoyo al desarrollo de Microproyectos Comunitarios de Salud y Ambiente, en los municipios seleccionados para la ejecución del Proyecto.				0.00
- Todas las áreas -					0.00
					0.00
					0.00
					512,800.00
TOTAL COSTOS DE RECURSOS ESPECIALES					
ETAPA DE ORGANIZACION Y EVALUACION					0.00 0.00 0.00 512,800.00

COSTO TOTAL ETAPA DE ORGANIZACION Y EVALUACION	U.S.\$	3,481,200.00
---	---------------	---------------------

COSTO TOTAL DE LAS TRES ETAPAS, RECURSOS NACIONALES	U.S.\$	4,200,000.00
--	---------------	---------------------

ANEXO
Nº 6

CUADRO No. 1 – DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO
POBLACION TOTAL, CON N.B.I. Y EN MISERIA, SEGUN MUNICIPIO

No.	NOMBRE MPIO.	POBLACION TOTAL	POBL.CON NBI		POBL. EN MISERIA	
			CANT.	%	CANT.	%
1	Barranquilla	895,780	327,678	36.58018	140,953	15.7
2	Baranoa	33,647	14,855	44.14955	5,639	16.8
3	Campo de Cruz	25,044	18,771	74.95208	13,583	54.2
4	Candelaria	8,841	7,721	87.33174	5,664	64.1
5	Galapa	14,046	6,768	48.18453	2,901	20.7
6	Juan de Acosta	9,373	6,011	64.13101	2,728	29.1
7	Luruaco	17,075	11,773	68.94875	7,795	45.7
8	Malambo	52,389	17,125	32.68815	7,066	13.5
9	Manati	15,555	12,903	82.95081	8,549	55.0
10	Palmar Varela	14,285	9,123	63.86419	4,935	34.5
11	Piojo	3,593	2,873	79.96103	1,717	47.8
12	Pueblo Nuevo	9,874	5,120	51.85335	2,403	24.3
13	Ponedera	13,115	9,442	71.99390	5,905	45.0
14	Pto.Colombia	18,788	8,309	44.22503	2,372	12.6
15	Repelon	16,373	12,596	76.93153	8,045	49.1
16	Sabanagrande	13,661	7,594	55.58890	5,036	36.9
17	Sabanalarga	50,891	28,391	55.78786	13,034	25.6
18	Sta.lucia	7,336	5,244	71.48309	3,410	46.5
19	Sto.Tomas	16,206	10,057	62.05726	4,843	29.9
20	Soledad	164,008	51,947	31.67345	21,753	13.3
21	Suan	9,554	7,201	75.37157	3,919	41.0
22	Tubara	6,460	4,074	63.06501	1,855	28.7
23	Usiacuri	5,959	3,815	64.02080	1,724	28.9
TOTAL		1,421,853	589,391	41.45	275,829	19.4

* Excluye Censo Indigena

Fuente: DANE "La Pobreza en Colombia". Tomo I. 1989

CUADRO No. 2 SANTAFE DE BOGOTA D.C
POBLACION TOTAL, CON N.B.I. Y EN MISERIA, SEGUN MUNICIPIO

No.	NOMBRE MPIO.	POBLACION TOTAL	POBL.CON NBI		POBL. EN MISERIA	
			CANT.	%	CANT.	%
1	Usaquen	200,166	38,202	19.1	12,512	6.3
2	Chapinero	102,071	8,649	8.5	3,059	3.0
3	Santa Fe	116,962	38,130	32.6	12,198	10.4
4	San Cristobal	294,977	118,167	40.1	35,657	12.1
5	Usme	142,242	56,510	39.7	19,939	14.0
6	Tunjuelito	188,715	53,112	28.1	8,662	4.6
7	Bosa	157,431	52,653	33.4	13,049	8.3
8	Kennedy	486,589	102,990	21.2	21,144	4.3
9	Fontibon	151,131	30,899	20.4	5,859	3.9
10	Engativa	500,676	80,381	16.1	10,271	2.1
11	Suba	292,291	65,906	22.5	16,408	5.6
12	Barrios Unidos	192,048	24,034	12.5	2,015	1.0
13	Teusaquillo	125,784	3,158	2.5	168	0.1
14	Martires	105,491	14,698	13.9	2,464	2.3
15	Antonio Narino	111,536	13,607	12.2	1,491	1.3
16	Puente Aranda	270,179	32,309	12.0	4,196	1.6
17	Candelaria	23,261	6,106	26.2	1,789	7.7
18	Rafael Uribe	276,151	70,407	25.5	14,358	5.2
19	Ciudad Bolivar	204,018	114,600	56.2	58,996	28.9
TOTAL		3,941,719	924,518	23.5	244,235	6.2

* Excluye Censo Indigena

Fuente: DANE "La Pobreza en Colombia". Tomo I. 1989

CUADRO No. 3 DEPARTAMENTO DEL CAUCA
POBLACION TOTAL, CON N.B.I. Y EN MISERIA, SEGUN MUNICIPIO

No.	NOMBRE MPIO.	POBLACION TOTAL	POBL. CON NBI		POBL. EN MISERIA	
			CANT.	%	CANT.	%
1	Popayan	155,243	47,488	30.6	21,362	13.8
2	Almaguer	17,629	15,309	86.8	8,821	50.0
3	Argelia	12,539	10,757	85.8	8,340	66.5
4	Balboa	13,096	10,256	78.3	6,477	49.5
5	Bolivar	46,620	34,115	73.2	20,862	44.7
6	B. Aires	31,586	23,475	74.3	16,167	51.2
7	Cajibío	26,800	21,815	81.4	15,325	57.2
8	Caldono	15,632	11,041	70.6	2,805	17.9
9	Caloto	24,478	16,148	66.0	7,281	29.7
10	Corinto	17,032	9,787	57.5	4,992	29.3
11	El Tambo	35,186	27,276	77.5	17,798	50.6
12	Guapi	20,360	15,049	73.9	6,876	33.8
13	Inza	16,300	13,331	81.8	6,244	38.3
14	Jambalo	5,718	5,637	98.6	244	4.3
15	La Sierra	9,985	6,092	61.0	3,790	38.0
16	La Vega	17,847	13,164	73.8	6,226	34.9
17	Lopez	10,492	7,010	66.8	3,272	31.2
18	Mercedes	23,470	17,682	75.3	11,768	50.1
19	Miranda	17,487	7,709	44.1	3,443	19.7
20	Morales	14,533	11,515	79.2	4,383	30.2
21	Padilla	7,246	4,436	61.2	1,728	23.8
22	Paez	20,006	17,520	87.6	3,201	16.0
23	Patia	26,644	16,055	60.3	10,231	38.4
24	Piendamó	19,108	9,945	52.0	4,931	25.8
25	Pto. Tejada	30,321	14,833	48.9	7,201	23.7
26	Purace	9,358	6,918	73.9	1,799	19.2
27	Rosas	8,200	5,131	62.6	2,797	34.1
28	San Sebastian	8,519	5,970	70.1	2,124	24.9
29	S. de Quichao	53,799	25,464	47.3	12,262	22.8
30	Sta. Rosa	5,132	3,838	74.8	2,085	40.6
31	Silvia	19,696	14,027	71.2	2,234	11.3
32	Sotara	6,260	3,882	62.0	2,145	34.3
33	Timbio	21,635	12,344	57.1	6,300	29.1
34	Timbiquí	11,928	10,831	90.8	5,918	49.6
35	Toribio	2,205	1,228	55.7	51	2.3
36	Totoro	6,027	4,179	69.3	2,294	38.1
TOTAL		788,117	481,257	61.1	243,777	30.9

* Excluye Censo Indígena

Fuente: DANE "La Pobreza en Colombia", Tomo I, 1989

CUADRO No. 4 DEPARTAMENTO DE CORDOVA
POBLACION TOTAL, CON N.B.I. Y EN MISERIA, SEGUN MUNICIPIO

No.	NOMBRE MPIO.	POBLACION TOTAL	POBL. CON NBI		POBL. EN MISERIA	
			CANT.	%	CANT.	%
1	Monteria	222,432	115,777	52.1	69,283	31.1
2	Ayapel	35,129	29,743	84.7	23,801	67.8
3	Buenavista	12,600	9,833	78.0	7,275	57.7
4	Canalete	11,197	10,640	95.0	9,459	84.5
5	Cerete	53,816	33,624	62.5	20,566	38.2
6	Chima	9,877	8,688	88.0	7,262	73.5
7	Chinu	29,231	22,576	77.2	15,164	51.9
8	Cga. de Oro	38,259	30,773	80.4	22,605	59.1
9	Lorica	75,520	59,935	79.4	44,911	59.5
10	Los Cordovas	9,363	8,819	94.2	7,496	80.1
11	Momil	10,106	8,412	83.2	6,732	66.6
12	Montelibano	33,946	23,509	69.3	17,102	50.4
13	Monitos	14,195	12,988	91.5	12,152	85.6
14	Planeta Rica	44,248	34,136	77.1	25,260	57.1
15	Pueblonuevo	17,359	13,872	79.9	10,978	63.2
16	Pto. Escondido	11,627	11,043	95.0	9,901	85.2
17	Pto. Libertador	14,557	13,443	92.3	10,844	74.5
18	Purisima	9,476	7,927	83.7	6,121	64.6
19	Sahagun	58,009	41,183	71.0	28,876	49.8
20	S. A. Sotavento	43,356	41,515	95.8	23,136	53.4
21	San Antero	14,268	12,738	89.3	9,274	65.0
22	S. Bdo. Viento	21,856	19,773	90.5	16,452	75.3
23	San Carlos	17,082	15,375	90.0	13,216	77.4
24	San Pelayo	29,120	22,951	78.8	17,053	58.6
25	Tierralta	53,110	46,305	87.2	40,534	76.3
26	Valencia	20,684	18,611	90.0	15,967	77.2
TOTAL		910,423	674,189	74.1	491,420	54.0

* Excluye Censo Indigena

Fuente: DANE "La Pobreza en Colombia", Tomo I, 1989

CUADRO No. 5 DEPARTAMENTO DEL CHOCO
POBLACION TOTAL, CON N.B.I. Y EN MISERIA, SEGUN MUNICIPIO

No.	NOMBRE MPIO.	POBLACION TOTAL	POBL.CON NBI		POBL. EN MISERIA	
			CANT.	%	CANT.	%
1	Quibdo	75,004	60,453	80.59970	29,059	38.7
2	Acandí	8,129	6,495	79.89912	4,651	57.2
3	Alto Baudó	9,614	8,647	89.94175	3,588	37.3
4	Bagadó	5,873	5,289	90.05618	2,023	34.4
5	Bahía Solano	5,551	3,459	62.31309	1,238	22.3
6	Bajo Baudó	17,045	14,179	83.18568	7,483	43.9
7	Bojaya	5,978	5,285	88.40749	3,179	53.2
8	Condoto	12,928	9,108	70.45173	3,072	23.8
9	El Carmen	5,707	3,191	55.91379	1,119	19.6
10	Itámina	21,856	18,662	85.38616	10,574	48.4
11	Jurado	2,734	2,149	78.60277	460	16.8
12	Lloró	6,003	5,503	91.67083	2,588	43.1
13	Novita	7,300	6,803	93.19178	3,868	53.0
14	Nuquí	4,455	3,041	68.26038	727	16.3
15	Riosucio	20,382	19,875	97.51251	12,717	62.4
16	San José Palmar	5,601	3,619	64.61346	1,719	30.7
17	Sipi	2,753	2,718	98.72865	1,350	49.0
18	Tadó	14,755	13,149	89.11555	6,496	44.0
19	Unguía	9,340	7,839	83.92933	5,294	56.7
TOTAL		241,008	199,464	82.76	101,205	42.0

* Excluye Censo Indígena

Fuente: DANE "La Pobreza en Colombia", Tomo I, 1989

CUADRO No. 6 DEPARTAMENTO DE NARIÑO
POBLACION TOTAL, CON N.B.I. Y EN MISERIA, SEGUN MUNICIPIO

No.	NOMBRE MPIO.	POBLACION TOTAL	POBL. CON NBI		POBL. EN MISERIA	
			CANT.	%	CANT.	%
1	Pasto	241,175	75,113	31.1	28,021	11.6
2	Alban	12,023	8,954	74.5	6,102	50.8
3	Aldana	4,908	3,521	71.7	761	15.5
4	Ancuya	8,887	6,449	72.6	4,359	49.0
5	Arboleda	10,106	7,888	78.1	4,492	44.4
6	Barbacoas	19,828	14,989	75.6	6,177	31.2
7	Buesaco	18,248	12,590	69.0	6,788	37.2
8	Colon	8,282	6,780	81.9	3,219	38.9
9	Consaca	9,716	6,016	61.9	3,712	38.2
10	Contadero	5,748	2,990	52.0	1,029	17.9
11	Cordoba	11,343	9,529	84.0	4,789	42.2
12	Cuaspu	6,408	5,216	81.4	1,030	16.1
13	Cumbal	19,225	16,911	88.0	429	2.2
14	Cumbitara	6,050	5,324	88.0	3,482	57.6
15	El Charco	19,400	13,882	71.6	6,660	34.3
16	El Rosario	6,729	5,703	84.8	3,855	57.3
17	El Tablon	9,856	8,327	84.5	4,281	43.4
18	El Tambo	18,257	12,537	68.7	8,054	44.1
19	Funes	6,676	4,174	62.5	1,940	29.1
20	Guachuca	13,350	9,401	70.4	2,457	18.4
21	Guatarilla	12,689	8,947	70.5	4,795	37.8
22	Gualmatan	4,873	2,508	51.5	551	11.3
23	Iles	6,582	5,164	78.5	3,373	51.2
24	Imues	7,260	5,774	79.5	3,431	47.3
25	Ipiales	68,640	35,515	51.7	14,549	21.2
26	La Cruz	19,908	11,680	58.7	5,072	25.5
27	La Florida	9,688	7,002	72.3	4,299	44.4
28	La Union	19,495	11,861	60.8	5,177	26.6
29	Leiva	8,482	7,160	84.4	5,293	62.4
30	Linares	10,313	7,974	77.3	5,107	49.5
31	Los Andes	9,879	6,830	69.1	4,337	43.9
32	Magui	3,951	3,585	90.7	1,510	38.2
33	Mallama	5,708	3,684	64.5	1,147	20.1
34	Mosquera	2,738	2,738	100.0	1,410	51.5

CUADRO No. 6 DEPARTAMENTO DE NARIÑO
POBLACION TOTAL, CON N.B.I. Y EN MISERIA, SEGUN MUNICIPIO

No.	NOMBRE MPIO.	POBLACION TOTAL	POBL. CON NBI		POBL. EN MISERIA	
			CANT.	%	CANT.	%
35	Olaya Herrera	13,736	12,788	93.1	7,074	51.5
36	Ospina	5,871	4,064	69.2	2,870	48.9
37	Fsco. Pizarro	6,340	5,703	90.0	3,121	49.2
38	Policarpa	7,595	6,599	86.9	4,612	60.7
39	Potosi	11,737	8,726	74.3	5,386	45.9
40	Puerres	8,456	5,396	63.8	3,136	37.1
41	Pupiales	14,507	7,500	51.7	3,781	26.1
42	Ricaurte	7,656	5,831	76.2	393	5.1
43	Roberto Payan	8,096	6,117	75.6	3,218	39.7
44	Samaniego	43,653	37,465	85.8	29,036	66.5
45	Sandona	26,684	18,343	68.7	10,473	39.2
46	S. Lorenzo	13,549	10,322	76.2	5,817	42.9
47	San Pablo	17,098	10,580	61.9	5,455	31.9
48	Sta. Barbara	6,530	4,780	73.2	3,040	46.6
49	Sta. Cruz	6,889	6,297	91.4	4,969	72.1
50	Sapuyes	6,186	3,733	60.3	2,012	32.5
51	Taminango	16,148	12,954	80.2	8,340	51.6
52	Tangua	10,295	6,118	59.4	3,335	32.4
53	Tumaco	93,572	62,520	66.8	29,951	32.0
54	Tuquerres	33,151	19,491	58.8	11,702	35.3
55	Yacuanquer	8,025	4,527	56.4	2,546	31.7
TOTAL		1,012,195	616,570	60.9	311,955	30.8

* Excluye Censo Indigena

Fuente: DANE "La Pobreza en Colombia", Tomo I, 1989

CUADRO No. 7 DEPARTAMENTO DE SUCRE
POBLACION TOTAL, CON N.B.I. Y EN MISERIA, SEGUN MUNICIPIO

No.	NOMBRE MPIO.	POBLACION TOTAL	POBL. CON NBI		POBL. EN MISERIA	
			CANT.	%	CANT.	%
1	Sincelejo	135,380	70,147	51.81489	45,109	33.3
2	Buenavista	6,044	4,703	77.81270	3,517	58.2
3	Caimito	8,309	7,082	85.23288	6,044	72.7
4	Coloso	8,951	8,027	89.67713	6,558	73.3
5	Corozal	46,000	29,807	64.79782	17,462	38.0
6	Chalan	3,747	3,412	91.05951	2,813	75.1
7	Galeras	11,365	8,842	77.80026	6,376	56.1
8	Guaranda	10,277	9,959	96.90571	8,438	82.1
9	La Union	6,992	6,086	87.04233	5,387	77.0
10	Los Palmitos	15,215	13,607	89.43148	10,899	71.6
11	Majagual	22,537	20,645	91.60491	18,752	83.2
12	Morroa	8,941	6,955	77.78771	4,883	54.6
13	Ovejas	20,655	15,983	77.38077	11,153	54.0
14	Palmito	5,747	5,459	94.98868	3,604	62.7
15	Sampues	21,916	17,902	81.68461	11,011	50.2
16	S. Benito Abad	18,351	16,645	90.70350	13,920	75.9
17	S. Juan Betulia	8,434	6,412	76.02561	4,754	56.4
18	San Marcos	31,250	23,265	74.448	17,111	54.8
19	San Onofre	41,692	37,384	89.66708	30,804	73.9
20	San Pedro	14,738	10,820	73.41566	7,850	53.3
21	Since	23,254	17,509	75.29457	11,736	50.5
22	Sucre	19,655	18,741	95.34978	17,778	90.5
23	Tolu	22,874	16,085	70.32001	11,074	48.4
24	Tolu Viejo	14,203	12,008	84.54551	8,724	61.4
TOTAL		526,527	387,485	73.59	285,757	54.3

* Excluye Censo Indigena

Fuente: DANE "La Pobreza en Colombia", Tomo I. 1989

CUADRO No. 8 DEPARTAMENTO DEL VAUPES
POBLACION TOTAL, CON N.B.I. Y EN MISERIA, SEGUN MUNICIPIO

No.	NOMBRE MPIO.	POBLACION TOTAL	POBL.CON NBI		POBL. EN MISERIA	
			CANT.	%	CANT.	%
1	Mitu	11.789	10.632	90.18576	1.165	9.9
2	Caruru	3.096	3.096	100	0	0.0
3	Pacoa	673	673	100	0	0.0
4	Yavarate	1.139	1.139	100	0	0.0
TOTAL		16.697	15.540	93.07	1.165	7.0

* Excluye Censo Indigena

Fuente: DANE "La Pobreza en Colombia", Tomo I, 1989

ANEXO
Nº 7

MINISTERIO DE SALUD
SISTEMAS MUNICIPALES DESCENTRALIZADOS DE SALUD -SMS-
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
1992 - 1998

ETAPAS DEL PROYECTO	No. MES	AÑOS DE DURACION DEL PROYECTO					
		CERO	PRIMERO	SEGUNDO	TERCERO	CUARTO	QUINTO
		IFMANJ	IFMANJJASOND	IFMANJJASOND	IFMANJJASOND	IFMANJJASOND	IFMANJJASOND
1. APRESTAMIENTO							
a. Motivacion Minsalud - FHH	3	■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■				
b. Perfil Ente Territorial	4	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■				
c. Concesion Areas	3	■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■				
d. Concesion Lineas de Investigacion	3	■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■				
e. Campana de Difusion	3	■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■				
f. Sensibilizacion al Cambio	6	■ ■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■				
g. Conpes y Negociacion Banco Mundial	4	■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■				
2. INDUCCION Y PREDISENO							
a. Seleccion y Contratacion del Equipo de Coordinacion	2		■ ■ ■ ■ ■				
b. Induccion Gobernadores y Alcaldes	3		■ ■ ■ ■ ■				
c. Firma de Convenios	2		■ ■ ■				
d. Seleccion, Contratacion e Induccion Equipos por Area.	3		■ ■ ■				

MINISTERIO DE SALUD
 SISTEMAS MUNICIPALES DESCENTRALIZADOS DE SALUD -SMS-
 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
 1992 - 1998

ETAPAS DEL PROYECTO	No. MES	AÑOS DE DURACION DEL PROYECTO					
		CERO	PRIMERO	SEGUNDO	TERCERO	CUARTO	QUINTO
		E T N A M J	E F M A M J J A S O N D	E F M A M J J A S O N D	E F M A M J J A S O N D	E F M A M J J A S O N D	E F M A M J J A S O N D
3. DISEÑO							
a. Diseño Areas	4		■				
b. Sistematización Areas	3			■			
c. Prueba y Ajuste	2			■			
d. Preparación Material	4			■			
e. Conformación e inducción Equipos Departamentales.	3			■			
f. Conformación Equipos, Diseño, Propuesta Investigación	2			■			
4. ORGANIZACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN							
a. Capacitación Equipos de Dptos.	3			■			
b. Réplica de los Modelos (componente áreas) en todos los municipios.	24			■	■	■	■
c. Seguimiento, Evaluación	21					■	■
d. Desarrollo, Investigación							

■ E: ENERO - F: FEBRERO - M: MARZO - A: ABRIL - M: MAYO - J: JUNIO - J: JULIO - A: AGOSTO - S: SEPTIEMBRE - O: OCTUBRE - N: NOVIEMBRE - D: DICIEMBRE

CUADROS

CUADRO No. 1

CRONOGRAMA ANUAL DE DESEMBOLOS SEGUN ETAPAS

Y CATEGORIAS

JULIO 1988 - DIC. 1987

Fuente: BIRF

US\$

Desarrollo	Etapas	1983	1984	1985	1986	1987	Total
1. Asistencia Técnica	- Prediseño	365,000					365,000
	- Diseño	150,000	220,432				370,432
	- Operación			576,800	576,800	576,800	1,730,400
	- Di.Proy.	212,100	424,200	424,200	424,200	424,200	1,908,900
Sub-total		747,100	644,632	1,001,000	1,001,000	1,001,000	4,395,680
2. Capacitación	- Prediseño	721,000					721,000
	- Diseño	1,614,835	982,285				2,697,220
	- Operación		832,880	100,000	100,000	100,000	1,132,880
	- Di.Proy.	104,240	208,440	208,440	208,440	208,440	838,000
Sub-total		2,441,075	1,833,805	308,440	308,440	308,440	5,200,000
3. Infraestructura	- Prediseño						
	- Diseño						
	- Operación			7,400,000	7,400,000	4,029,000	18,829,000
	- Di.Proy.						
Sub-total		0	0	7,400,000	7,400,000	4,029,000	18,829,000
4. Dotación	- Prediseño						
	- Diseño		1,300,000				1,300,000
	- Operación			3,148,302	3,148,302	3,148,301	9,444,905
	- Di.Proy.	117,095					117,095
Sub-total		117,095	1,300,000	3,148,302	3,148,302	3,148,301	10,862,000
5. Mantenimiento	- Prediseño						
	- Diseño						
	- Operación			2,400,000	2,400,000	2,593,000	7,393,000
	- Di.Proy.						
Sub-total		0	0	2,400,000	2,400,000	2,593,000	7,393,000
6. Producción Material Didáctico	- Prediseño	60,000					60,000
	- Diseño	498,070					498,070
	- Operación						
	- Di.Proy.	68,000	258,000	58,000	58,000	68,000	508,000
Sub-total		648,070	258,000	58,000	58,000	68,000	1,078,070
7. Recursos Especiales	- Prediseño						
	- Diseño						
	- Operación		800,000	400,000	400,000	402,250	2,002,250
	- Di.Proy.	48,000	48,000	48,000	48,000	48,000	240,000
Sub-total		48,000	848,000	448,000	448,000	450,250	2,242,250
TOTAL ANUAL		4,000,000	4,884,237	14,783,838	14,783,838	11,588,987	58,808,800

CUADRO No. 2

CRONOGRAMA ANUAL DE DESEMBOLOS SEGUN ETAPAS

Y CATEGORIAS

JULIO 1993 - DIC. 1997

Fuente: NIVEL LOCAL

(US\$)

Categoría de Desembolso	Etapas	A Ñ O S					Sub
		1993	1994	1995	1996	1997	Total
3. Infraestructura	- Prediseño						
	- Diseño						
	- Operación			6.308.000	6.308.000	7.108.000	19.814.000
	- Dt. Proy.						
	Sub-total	0	0	6.308.000	6.308.000	7.108.000	19.814.000
4. Dotación	- Prediseño						
	- Diseño						
	- Operación			2.800.000	2.500.000	2.900.000	8.500.000
	- Dt. Proy.						
	Sub-total	0	0	2.800.000	2.500.000	2.900.000	8.500.000
5. Mantenimiento	- Prediseño						
	- Diseño						
	- Operación			1.012.000	1.012.000	1.122.000	3.146.000
	- Dt. Proy.						
	Sub-total	0	0	1.012.000	1.012.000	1.122.000	3.146.000
TOTAL ANUAL		0	0	10.120.000	10.120.000	11.220.000	31.480.000

CUADRO No. 3

RECURSOS DEL NIVEL NACIONAL
(US \$)

CATEGORIA DE ETAPAS DESEMBOLSO	A Ñ O S					TOTAL	
	1983	1984	1985	1986	1987		
I. ASISTENCIA	Prediseño	197,800				197,800	
TECNICA	Diseño		265,800			265,800	
	Operación			309,100	309,100	309,100	927,300
Subtotal		197,800	265,800	309,100	309,100	309,100	1,390,500
II. CAPACITACION	Prediseño	80,400				80,400	
	Diseño		107,200			107,200	
	Operación			135,333	135,433	135,333	406,100
Subtotal		80,400	107,200	135,333	135,433	135,333	583,700
III. DOTACION (Gastos Locales de Nación)	Prediseño						
	Diseño						
	Operación			400,000	400,000	400,000	1,200,000
Subtotal		0	0	400,000	400,000	400,000	1,200,000
IV. PRODUCCION	Prediseño					0	
MATERIAL	Diseño		68,000			68,000	
	Operación			145,000	145,000	145,000	435,000
Subtotal		0	68,000	145,000	145,000	145,000	503,000
V. RECURSOS ESPECIALES	Prediseño					0	
	Diseño					0	
	Operación			170,833	170,833	170,833	512,800
Subtotal		0	0	170,833	170,833	170,833	512,800
TOTAL		278,000	440,800	1,180,367	1,180,466	1,180,367	4,200,000

CUADRO No. 4

CRONOGRAMA ANUAL DE DESEMBOLSOS POR CATEGORIAS Y FUENTES DE FINANCIACION
(DOLARES)

CATEGORIA	1993			1994			1995		
	BIRF	LOCAL	MAL	BIRF	LOCAL	MAL	BIRF	LOCAL	MAL
1. ASISTENCIA TECNICA	747,760		197,800	644,832		266,800	1,001,096		309,100
2. CAPACITACION	2,441,075		80,400	1,833,805		107,200	308,440		135,333
3. INFRAESTRUCTURA	0			0			7,400,000	5,306,000	
4. DOTACION	117,066			1,300,000			3,148,302	2,800,000	400,000
5. MANTENIMIENTO	0			0			2,400,000	1,012,000	
6. MATERIAL DIDACTICO	648,070			254,000		86,000	66,000		146,000
7. RECURSOS ESPECIALES	48,000			848,000			448,000		170,833
SUB-TOTALES POR AÑO	4,608,606	0	278,200	4,584,237	0	446,800	14,789,834	10,126,000	1,169,266

Continuación...

CUADRO No. 4

CATEGORIA	1986			1987			TOTAL POR FUENTE DE FINANCIACION			TOTAL
	BIRF	LOCAL	NAL	BIRF	LOCAL	NAL	BIRF	LOCAL	NAL	
1. ASISTENCIA TECNICA	1,001,006		309,100	1,001,096		309,100	4,386,680	0	1,190,500	5,786,180
2. CAPACITACION	308,440		135,433	308,440		135,334	5,200,000	0	583,700	5,783,700
3. INFRAESTRUCTURA	7,400,000	6,308,000		4,029,000	7,196,000		18,829,000	19,814,000	0	38,643,000
4. DOTACION	3,148,302	2,800,000	400,000	3,148,301	2,800,000	400,000	10,862,000	8,500,000	1,200,000	20,562,000
5. MANTENIMIENTO	2,400,000	1,012,000		2,583,000	1,122,000		7,383,000	3,148,000	0	10,531,000
6. MATERIAL DIDACTICO	58,000		145,000	58,000		145,000	1,078,070	0	503,000	1,581,070
7. RECURSOS ESPECIALES	448,000		170,933	450,250		170,934	2,242,250	0	512,800	2,755,050
SUB-TOTALES POR AÑO	14,783,834	10,120,000	1,160,466	11,568,067	11,229,000	1,160,368	50,000,000	31,460,000	4,700,000	86,280,000

Cuadro No. 6

**COSTOS DEL PROYECTO POR ETAPAS DE EJECUCION
SEGUN CATEGORIAS DE DESEMBOLO Y FUENTES DE FINANCIACION**

(US\$)

ETAPA DE EJECUCION Y FUENTE DE FINANCIACION					TOTAL	
	Prediseño	Diseño	Implementación	Dirección		
ASISTENCIA TECNICA	BIRF	365,880	370,417	1,730,988	1,908,900	4,366,880
	LOCAL					0
	NAL	107,800	265,800	627,300		1,300,500
Subtotal		563,280	636,032	2,657,988	1,908,900	5,786,180
CAPACITACION	BIRF	721,900	2,807,220	932,880	938,000	5,200,000
	LOCAL					0
	NAL	80,400	107,200	408,100		593,700
Subtotal		802,300	2,714,420	1,338,980	938,000	5,793,700
INFRAESTRUCTURA	BIRF			18,829,000		18,829,000
	LOCAL			19,814,000		19,814,000
	NAL					0
Subtotal		0	0	38,643,000	0	38,643,000
DOTACION	BIRF		1,300,000	9,444,905	117,095	10,862,000
	LOCAL			8,500,000		8,500,000
	NAL			1,200,000		1,200,000
Subtotal		0	1,300,000	19,144,905	117,095	20,562,000
MANTENIMIENTO	BIRF			7,360,000		7,360,000
	LOCAL			3,146,000		3,146,000
	NAL					0
Subtotal		0	0	10,539,000	0	10,539,000
MATERIAL DIDACTICO	BIRF	80,000	498,070		500,000	1,078,070
	LOCAL					0
	NAL		68,000	435,000		503,000
Subtotal		80,000	566,070	435,000	500,000	1,581,070
RECURSOS ESPECIALES	BIRF			2,002,250	240,000	2,242,250
	LOCAL					0
	NAL			512,800		512,800
Subtotal		0	0	2,515,050	240,000	2,755,050
Sub-total	BIRF	1,187,560	4,775,722	40,332,723	3,703,995	50,000,000
	LOCAL	0	0	31,480,000	0	31,480,000
	NAL	278,000	440,800	3,481,200	0	4,200,000
Totales		1,465,560	5,216,522	75,279,823	3,703,995	85,880,000

CUADRO No. 6

MONETIZACIONES AÑO POR AÑO - 1993 / 1997

RECURSOS BIRF

(US)

CATEGORIA DE DESEMBOLSO	1993	1994	1995	1996	1997	TOTAL
1. ASISTENCIA TECNICA	747,780	844,832	1,001,000	1,001,000	1,001,000	4,396,612
2. CAPACITACION	2,441,075	1,833,805	308,440	308,440	308,440	5,200,000
3. INFRAESTRUCTURA			7,400,000	7,400,000	4,028,000	18,828,000
4. DOTACION	93,676	1,040,000	2,518,642	2,518,642	2,518,641	8,689,001
5. MANTENIMIENTO			2,400,000	2,400,000	2,583,000	7,383,000
6. MATERIAL DIDACTICO	646,070	258,000	58,000	58,000	58,000	1,078,070
7. RECURSOS ESPECIALES	48,000	848,000	448,000	448,000	450,250	2,242,250
TOTAL	3,978,581	4,824,237	14,134,178	14,134,178	10,958,427	47,827,801

CUADRO No. 7

Monetización Recursos BIRF según Categorías de Desembolsos

(Miles US)

Categorías de Desembolsos	BIRF	LOCAL	NACIONAL	TOTAL	MONETIZACION REC. BIRF %	
-Asistencia Técnica	4,386.86		1,380.60	5,766.18	4,386.86	100.0
-Capacitación	6,200.00		603.70	6,798.70	6,200.00	100.0
-Infraestructura	18,829.00	19,814.00		38,643.00	18,829.00	100.0
-Dotación	10,682.00	8,500.00	1,200.00	20,682.00	8,689.00	80.0
-Mantenimiento	7,380.00	3,146.00		10,526.00	7,380.00	100.0
-Producción Mat.Didáctica	1,078.07		603.00	1,581.07	1,078.07	100.0
-Recursos Especiales	2,242.25		612.80	2,756.05	2,242.25	100.0
TOTAL	60,000.00	31,460.00	4,200.00	85,660.00	47,827.80	85.7