

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

**COLOMBIA**

**PROGRAMA PARA MEJORAR LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA DE SALUD EN  
COLOMBIA CON ENFOQUE INCLUSIVO  
(CO-L1248, CO-J0011 Y CO-G1019)**

**PROPUESTA DE PRÉSTAMO Y FINANCIAMIENTO NO REEMBOLSABLE**

Este documento fue preparado por el equipo de proyecto integrado por: Jaime Cardona, Jefe de Equipo; Ian Mac Arthur, Jefe de Equipo Alterno; Laura Martínez; y Martha Guerra (SCL/SPH); Mylenna Cardenas (VPC/FMP); Eugenio Hillman (VPC/FMP); Maria Fernanda Merino (SPD/SPD); Mónica Rojas (CAN/CCO); Javier Jiménez (LEG/SGO); Alison Elías (VPS/001); David Isabel (ORP/GCM); Victoria Flórez y Heleno Barbosa (ORP/REM).

De conformidad con la Política de Acceso a Información el presente documento se divulga al público de forma simultánea a su distribución al Directorio Ejecutivo del Banco. El presente documento no ha sido aprobado por el Directorio. Si el Directorio lo aprueba con modificaciones, se pondrá a disposición del público una versión revisada que sustituirá y reemplazará la versión original.

## ÍNDICE

<b>RESUMEN DEL PROYECTO.....</b>	<b>1</b>
<b>I. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO Y MONITOREO DE RESULTADOS.....</b>	<b>2</b>
A. Antecedentes, problemática y justificación .....	2
B. Objetivos, componentes y costo .....	11
C. Indicadores claves de resultados.....	12
<b>II. ESTRUCTURA DE FINANCIAMIENTO Y PRINCIPALES RIESGOS.....</b>	<b>13</b>
A. Instrumentos de financiamiento .....	13
B. Riesgos ambientales y sociales.....	15
C. Riesgos fiduciarios.....	16
D. Otros riesgos y temas claves.....	16
<b>III. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN Y GESTIÓN.....</b>	<b>17</b>
A. Resumen de los arreglos de implementación .....	17
B. Resumen de los arreglos para el monitoreo de resultados.....	19

ANEXOS	
Anexo I	Matriz de Efectividad en el Desarrollo– Resumen
Anexo II	Matriz de Resultados
Anexo III	Acuerdos y Requisitos Fiduciarios

ENLACES ELECTRÓNICOS REQUERIDOS (EER)	
EER#1	<a href="#">Plan de Monitoreo y Evaluación (PME)</a>
EER#2	<a href="#">Teoría del cambio y costos estimados</a>

ENLACES ELECTRÓNICOS OPCIONALES (EEO)	
EEO#1	<a href="#">Análisis Económico del Proyecto</a>
EEO#2	<a href="#">Manual Operativo del Proyecto</a>
EEO#3	<a href="#">Referencias bibliográficas</a>
EEO#4	<a href="#">Anexo de Elegibilidad de Migración</a>
EEO#5	<a href="#">Elementos del Sistema de Salud y Acuerdo de Punto Final</a>
EEO#6	<a href="#">Filtro de Política de Salvaguardias y Formulario de Evaluación de Salvaguardia</a>

ABREVIATURAS	
ADRES	Administradora de Recursos de la Seguridad Social en Salud
APS	Atención Primaria en Salud
BMZ	Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo – Gobierno de Alemania
CGR	Contraloría General de la República
CO	Capital Ordinario
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DFS	Dirección de Financiamiento Sectorial del MSPS
DGRFS	Dirección de Gestión de los Recursos Financieros de la Salud del MSPS
DNP	Departamento Nacional de Planeación
ENT	Enfermedades Crónicas no Transmisibles
EPS	Entidades Promotoras de Salud
GRF	Facilidad No Reembolsable del BID
IPS	Instituciones Prestadoras de Salud
IVD	Indicadores Vinculados a Desembolsos
MAITE	Modelo de Acción Integral Territorial
MHCP	Ministerio de Hacienda y Crédito Público
MIPRES	Mi Prescripción de Tecnologías en Salud
MOP	Manual Operativo del Proyecto
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OE	Organismo Ejecutor
OMS	Organización Mundial de la Salud
PBR	Préstamos de Inversión Basado en Resultados
PBS	Plan de Beneficios en Salud
PEP	Permiso Especial de Permanencia
PGN	Presupuesto General de la Nación
PIB	Producto Interno Bruto
PND	Plan Nacional de Desarrollo
PSG	Financiamiento No-Reembolsable para Proyectos Específicos
RC	Régimen Contributivo
RIPS	Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud
RS	Régimen Subsidiado
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SISPRO	Sistema de Información del Ministerio de Salud y Protección Social
UPC	Unidad de Pago per Cápita
VMR	Valores Máximos de Recobro

**RESUMEN DEL PROYECTO  
COLOMBIA**

**PROGRAMA PARA MEJORAR LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA CON ENFOQUE INCLUSIVO  
(CO-L1248, CO-J0011 Y CO-G1019)**

Términos y Condiciones Financieras					
Prestatario/Beneficiario:			Facilidad de Financiamiento Flexible <sup>(a)</sup>	Financiamiento no reembolsable (GRF)	Financiamiento no reembolsable para un proyecto específico (CO-G1019)
República de Colombia		Plazo de amortización:	14,70 años	N/A	N/A
Organismo Ejecutor (OE):		Período de desembolso:	3 años		
Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS)		Período de gracia:	14,70 años <sup>(b)</sup>	N/A	N/A
Fuente	Monto (US\$)	Tasa de interés:	Basada en LIBOR	N/A	N/A
BID (Capital Ordinario):	150.000.000	Comisión de crédito:	<sup>(c)</sup>	N/A	N/A
BID (GRF) <sup>(d)</sup> :	9.625.000	Comisión de inspección y vigilancia:	<sup>(c)</sup>	N/A	N/A
PSG (Gobierno de Alemania, Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo (BMZ)) (CO-G1019) <sup>(e)</sup>	2.210.900	Vida Promedio Ponderada (VPP):	14,70 años	N/A	N/A
Total	161.835.900	Moneda de aprobación:	Dólares de los Estados Unidos de América		
Comisión de administración <sup>(e)</sup>	110.545				
Total disponible para proyecto <sup>(d)</sup> :	161.725.355				
Esquema del Proyecto					
<b>Objetivo/descripción del proyecto:</b> Mejorar la sostenibilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) con el fin de preservar los logros obtenidos en materia de cobertura, equidad y protección financiera, así como mejorar la salud de la población. Objetivos específicos: (i) mejorar la gestión del gasto total de servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC; (ii) mejorar la eficiencia y cobertura del SGSSS; y (iii) aumentar la cobertura en salud para población inmigrante (¶1.27).					
<b>Condiciones contractuales especiales previas al primer desembolso del financiamiento:</b> El OE demostrará que se haya aprobado y entrado en vigor el Manual Operativo del Proyecto ( <a href="#">MOP</a> ), de conformidad con los términos previamente acordados con el Banco (¶3.8).					
<b>Excepciones a las políticas del Banco:</b> Ninguna					
Alineación Estratégica					
Desafíos <sup>(f)</sup> :	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	PI	<input type="checkbox"/>	EI <input type="checkbox"/>
Temas Transversales <sup>(g)</sup> :	GD	<input checked="" type="checkbox"/>	CC	<input type="checkbox"/>	IC <input checked="" type="checkbox"/>

<sup>(a)</sup> Bajo los términos de la Facilidad de Financiamiento Flexible (documento FN-655-1) el Prestatario tiene la opción de solicitar modificaciones en el cronograma de amortización, así como conversiones de moneda, de tasa de interés y de productos básicos. En la consideración de dichas solicitudes, el Banco tomará en cuenta aspectos operacionales y de manejo de riesgos.

<sup>(b)</sup> Bajo las opciones de reembolso flexible de la Facilidad de Financiamiento Flexible (FFF), cambios en el periodo de gracia son posibles siempre que la Vida Promedio Ponderada (VPP) Original del préstamo y la última fecha de pago, documentadas en el contrato de préstamo, no sean excedidas.

<sup>(c)</sup> La comisión de crédito y la comisión de inspección y vigilancia serán establecidas periódicamente por el Directorio Ejecutivo como parte de su revisión de los cargos financieros del Banco, de conformidad con las políticas correspondientes.

<sup>(d)</sup> Financiamiento no reembolsable. El GRF o IDB Grant Facility, es la Facilidad No Reembolsable del BID. De conformidad con el documento GN-2947-6, la estructura del financiamiento del BID para esta operación incluye una combinación de un máximo de 20% de recursos no reembolsables (GRF y BMZ) y un 80% de recursos reembolsables (Capital Ordinario). Los recursos provenientes del GRF se desembolsarán de manera simultánea y proporcional con los recursos del préstamo de Capital Ordinario.

<sup>(e)</sup> PSG se refiere al financiamiento no reembolsable para proyectos específicos del BID. Este financiamiento provendrá del Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo del Gobierno de Alemania (BMZ) y sujeto a aprobación. Los recursos estarán disponibles una vez que el Gobierno de Alemania y el Banco hayan firmado el acuerdo de administración y el Banco haya recibido los fondos de BMZ. El Banco cobrará una comisión de administración de acuerdo con la política actual del Banco sobre las comisiones de administración de contribuciones de donantes a fondos fiduciarios y contribuciones específicas para proyectos. Se solicita al Directorio Ejecutivo que los recursos de la comisión de administración sean distribuidos entre los departamentos relevantes que apoyan la operación con el fin de cubrir los costos de preparación y ejecución de la contribución de BMZ (ver ¶2.5). La contribución total del donante asciende a €2.000.000 (equivalente US\$2.210.900, a un tipo de cambio de 0,904609 euro por un dólar estadounidense, a fecha de 24 de enero de 2020).

<sup>(f)</sup> SI (Inclusión Social e Igualdad); PI (Productividad e Innovación); y EI (Integración Económica).

<sup>(g)</sup> GD (Igualdad de Género y Diversidad); CC (Cambio Climático y Sostenibilidad Ambiental); y IC (Capacidad Institucional y Estado de Derecho).

## I. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO Y MONITOREO DE RESULTADOS

### A. Antecedentes, problemática y justificación

#### 1. El sistema de salud: avances de la reforma

- 1.1 Desde la Ley 100 de 1993 Colombia se embarcó en la construcción de un sistema nacional de salud basado en el aseguramiento, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Esta reforma estableció la obligatoriedad de afiliación de todos los habitantes, la instauración de un fondo único para las contribuciones, la separación de las funciones de comprador y proveedor y la libre escogencia de aseguradores por los afiliados para estimular la competencia. La responsabilidad de la prestación de los servicios de salud y las acciones de salud pública se delegaron localmente, mientras que la dirección, financiación y regulación fueron retenidas y fortalecidas centralmente, a través de la creación de nuevas instituciones.
- 1.2 El aseguramiento es gestionado por Entidades Promotoras de Salud (EPS) en dos regímenes, el subsidiado (RS) y el contributivo (RC), cada uno con aproximadamente 22,5 millones afiliados (MHCP, 2018). Los que contribuyen hacen sus aportes en función de sus ingresos laborales y subsidian parcialmente al RS. Otras fuentes incluyen ingresos del Presupuesto General de la Nación, transferencias intergubernamentales, rentas de licores y cigarrillos, entre otros. Los afiliados tienen derecho a un Plan de Beneficios en Salud (PBS) gestionado por las EPS a cambio de recibir la Unidad de Pago per cápita (UPC), y a servicios no financiados por la UPC ordenados por el médico tratante a través de una plataforma electrónica llamada Mi Prescripción de Tecnologías en Salud (MIPRES). La Administradora de Recursos de la Seguridad Social en Salud, ADRES, es la entidad adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) encargada de administrar el fondo común de recursos, transferir a las EPS las UPC de sus afiliados y pagar a las EPS del RC los servicios y tecnologías no financiadas con la UPC (ver más detalle del SGSSS en [EEO#5](#)).
- 1.3 **Avances en salud.** El SGSSS ha tenido importantes avances estructurales en materia de cobertura, equidad, protección financiera, reducción de pobreza y resultados sanitarios, que en el marco de la coyuntura mundial ocasionada por COVID-19 deben protegerse. La cobertura en el aseguramiento es del 95,7% de la población (MHCP, 2018) y desde 2011 ambos regímenes cuentan con el mismo PBS. Entre el 2012 y el 2017 más de 500 medicamentos y procedimientos han entrado al PBS. Esto acompañado de un gasto de bolsillo bajo (18,3%), muy inferior al promedio latinoamericano (31,3%) y cercano al de países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) (13,8%) (Banco Mundial, 2015). Finalmente, de los 12,6 puntos porcentuales (pp) de la reducción de la pobreza multidimensional entre 2010 y 2016, 4 pp son atribuibles a mejoras en el acceso a servicios de salud de la población (DANE, 2017).
- 1.4 Se ha observado progreso en resultados sanitarios y en indicadores de acceso a la prestación de servicios. Según la Encuesta de Demografía y Salud (ENDS), la tasa de mortalidad infantil se redujo de 28 por 1.000 nacidos vivos en 1995 a 14 en 2015, por debajo del promedio regional (14,9). Según las Estadísticas Vitales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), entre 2011 y 2018

la tasa de mortalidad materna disminuyó casi a la mitad, de 68,8 a 36,1 por 100.000 nacidos vivos. Colombia posee un programa de inmunizaciones ejemplar y las tasas de vacunación han aumentado entre 2011 y 2018 para la vacuna contra difteria, tosferina y tétano -DPT- (de 86% a 93%), tuberculosis (83% a 89%) y neumococo (46% a 94%). Los tiempos de espera para consultas médicas (3,4 días-general; 10,1-ginecóloga; 12-medicina interna; 8,8-pediátrica) son mejores que en varios países de la OCDE (SISPRO, 2018). El sistema de salud actualmente se encuentra concentrado en enfrentar la situación generada por COVID-19, declarada como pandemia por la OMS el 11 de marzo de 2020. Al 11 de noviembre, Colombia ha acumulado un total de 1.165.326 casos y 33.312 fallecidos (MSPS, 2020). El gobierno ha avanzado en acciones que han permitido suavizar el impacto de la pandemia, entre ellas se resaltan el cierre de aeropuertos y fronteras, cuarentenas obligatorias y parcializadas, y un incremento de más del doble en el número de camas de cuidado intensivo (de 5.343 a principios de abril a 11.219 a inicios de noviembre), evitando la sobrecapacidad de pacientes internados con cuadros médicos agudos. El primer pico de la pandemia ocurrió hacia el mes agosto con más de 12 mil casos diarios y la utilización del 93% de las camas de cuidado intensivo. Luego del pico, se amplió la reapertura económica y social bajo medidas de bioseguridad, junto con el fortalecimiento del diagnóstico, rastreo de contactos y aislamiento selectivo. Si bien se logró reducir a 6 mil casos diarios a inicios de octubre, se observa un repunte en la tendencia que a mediados de noviembre fluctúa entre los 8 y 10 mil nuevos casos diarios.

## **2. El desafío de la sostenibilidad**

- 1.5 **Presiones sobre el gasto en salud.** El SGSSS enfrenta retos que amenazan su sostenibilidad económica y pone en riesgo los aciertos conseguidos en cobertura y protección financiera. El país está sintiendo la intensificación de los efectos de la transición sociodemográfica y epidemiológica. Las personas mayores de 60 años, que demandan servicios en mayor volumen y complejidad, van a triplicarse, de 10,8% de la población en 2015 a 27,5% en 2050 (Naciones Unidas, 2017). La clase media creció de 16,3% de la población en 2002 a 30,6% en 2016, lo que incrementa la demanda de servicios de salud, ya que el incremento en los ingresos contribuye a un mayor costo en salud al promover mayores expectativas sobre la calidad y el alcance de las atenciones prestadas en salud (OECD, 2015). Las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT), usualmente de larga duración y altos costos de manejo, representan el 83% de la carga de enfermedad del país (Peñalosa, et al., 2014). Entre 2009 y 2016 las atenciones y las defunciones causadas por las ENT aumentaron cinco (MSPS, 2017a) y siete (OMS, 2015) pp respectivamente.
- 1.6 **Factores específicos al caso colombiano.** Hay factores específicos relacionados con el SGSSS en Colombia, que desafían su equilibrio financiero: (i) el financiamiento limitado en un contexto de creciente demanda para nuevas tecnologías costosas manejadas por fuera de la UPC; (ii) un modelo de atención fragmentado con deficiencias en la atención primaria e intervenciones eficientes de promoción y prevención en salud; y (iii) el flujo migratorio reciente de venezolanos cuyas necesidades de salud están siendo atendidas principalmente por urgencias, a mayor costo y por fuera del aseguramiento. Recientemente, la emergencia por COVID-19 ha impactado no solo los indicadores

de salud<sup>1</sup> sino indicadores económicos<sup>2</sup> y otros indicadores sociales<sup>3</sup>. El gobierno ha avanzado en acciones que han permitido suavizar el impacto de la pandemia, entre ellas se resaltan el cierre de aeropuertos y fronteras, cuarentenas obligatorias y parcializadas, y el incremento en el número de UCIs, en los primeros meses de la pandemia. En una segunda etapa, se permitió la reapertura bajo medidas de bioseguridad junto con el fortalecimiento del diagnóstico, rastreo de contactos y aislamiento selectivo. Fortalecer la capacidad del sistema de salud para enfrentar los retos descritos anteriormente, permite mejorar su resiliencia y capacidad de respuesta ante emergencias como la generada por COVID-19. Adicionalmente, ampliar la cobertura del SGSSS a la población migrante permite brindarles mejor protección frente a los riesgos presentados por COVID-19.

- 1.7 **El desbalance financiero requiere medidas de corrección.** En 2004 el gasto en salud fue de 5,4% del Producto Interno Bruto (PIB), mientras en 2015 la cifra subió a 6,8% (MSPS, 2016). El sector público financió el 77% del gasto total en salud en 2015, una proporción de gasto público superior al promedio de países de la OCDE y América Latina, con 62,2% y 51,2% respectivamente (Banco Mundial, 2017). Entre el 2012 y 2016 el crecimiento del gasto público en salud fue 24,7% y superó ampliamente el crecimiento del total de los ingresos para financiar el SGSSS, que solo aumentaron en 8% (MSPS, 2017b). La principal fuente de financiamiento son los aportes por nómina, cuya participación declinó de 51% del total en 2012 a 41% en 2016 (MSPS, 2017b), debido a cambios normativos. En consecuencia, el gobierno ha tratado de suplir estas necesidades con recursos adicionales provenientes de impuestos generales, de destinación específica (alcohol y tabaco) y excedentes del Fondo Nacional de Pensiones de Entidades Territoriales. La creciente dependencia de recursos del Presupuesto General de la Nación (PGN) frente al total de recursos, que pasó del 7,8% al 24,3% (MSPS, 2017b), genera mayor vulnerabilidad en el financiamiento del sistema.
- 1.8 **Servicios no financiados con la UPC.** Uno de los principales determinantes del gasto es la existencia de un sistema de priorización en salud débil (Giedion, et al. 2018), sumado al reconocimiento de tecnologías de alto costo que se pagan con recursos [diferentes de la UPC](#). Este gasto en el RC se ha mantenido entre COP\$2 y \$3 billones anuales corrientes en los últimos nueve años (~15% del gasto total del RC) (MSPS, 2017b), a pesar de la implementación de diferentes medidas para reducirlos, como la regulación de precios de medicamentos y la inclusión de tecnologías al PBS (Prada, et al., 2018). Según un estudio de Fedesarrollo (2018), se estima que entre el 45% y el 67% del crecimiento del gasto en salud se explica por el cambio tecnológico, que está íntimamente relacionado con tecnologías no financiadas con la UPC.
- 1.9 Además de presionar el gasto, el mecanismo de pago de las tecnologías no financiadas con la UPC genera desequilibrios financieros en las EPS e Instituciones Prestadoras de Salud (IPS). En el caso del RC el pago de estos servicios corresponde a las EPS, quienes deben recobrar las facturas pagadas a la ADRES.

---

<sup>1</sup> Colombia tiene un total de 1.041.935 casos acumulados de COVID-19 y 30.753 muertes (MSPS, 2020).

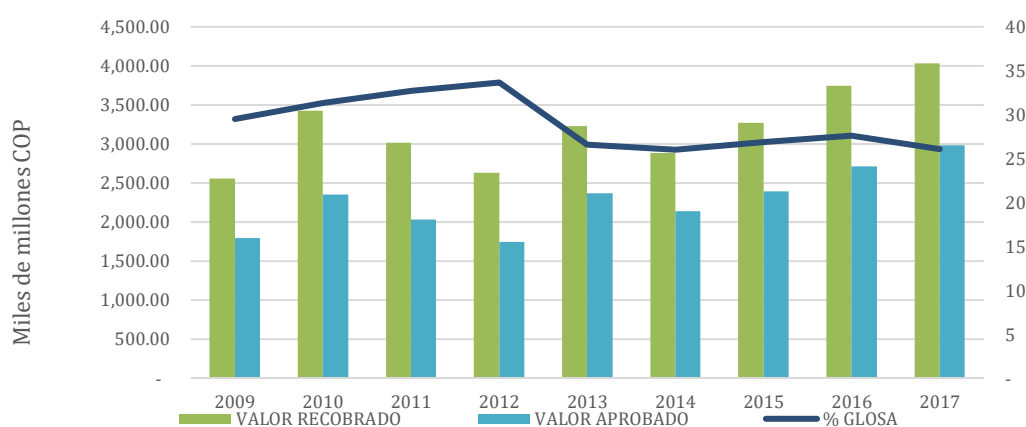
<sup>2</sup> El Producto Interno Bruto para el primer semestre de 2020 presentó un decrecimiento del 7,4%, y para el segundo trimestre de 2020 disminuyó 15,7% comparado con el primer y segundo trimestre de 2019 respectivamente (DANE, 2020).

<sup>3</sup> La tasa de desempleo nacional del trimestre móvil junio agosto de 2020 fue de 18,9% (8.6 puntos porcentuales comparado con el mismo periodo en 2020) (DANE, 2020).



En el RS el recobro de estos servicios es revisado y pagado por las ET. Debido a indefiniciones inherentes al paquete de beneficios y a las complejidades administrativas para presentar recobros, una determinada cantidad no son aprobados cada año (glosas), generando una deuda en la cadena de flujos financieros (alrededor del 25% en el RC, ver gráfica 1). Como consecuencia, las IPS públicas y privadas reportan una cartera acumulada con las EPS que suman cerca de 1,5% del PIB. Por otro lado, las EPS reclaman una deuda a la ADRES y a las ET por un 0,6% del PIB (SuperSalud, 2017). Estos desbalances han llevado a que las EPS presenten niveles de insolvencia equivalentes al 0,73% del PIB (SuperSalud, 2018), incumpliendo los márgenes estipulados para su habilitación como aseguradoras.

**Gráfica 1. Recobros de Servicios no financiados con la UPC pagados a las EPS del RC**



Fuente: ADRES. 2018.

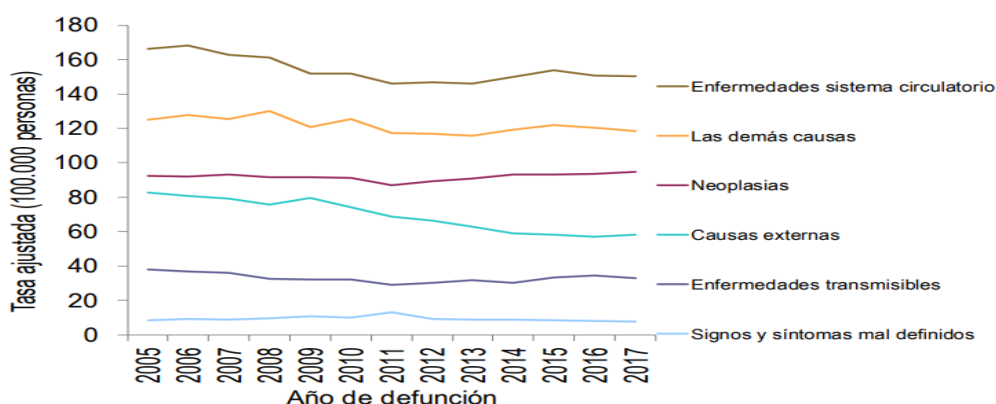
- 1.10 Desbalance en la prestación del servicio.** En Colombia la percepción de la atención primaria en salud de buena calidad es bajo (29, 6%) comparado con el promedio de América Latina y el Caribe (40,5%) y de la OCDE (68%) (Guanais, et al., 2018). Parte del problema se puede explicar porque el modelo de atención es más reactivo que preventivo. Por ejemplo, a pesar de que las enfermedades del sistema circulatorio son la principal causa de mortalidad (ver gráfica 2, tasa ajustada de mortalidad por cada 100.000), la cobertura en exámenes diagnóstico para verificar los niveles de colesterol para mayores de 30 es muy baja<sup>4</sup>, con el agravante que los hombres reportan mayores tasas de mortalidad por esta causa que las mujeres<sup>5</sup> (MSPS, 2017) sin presentar mayor frecuencia en exámenes de detección<sup>6</sup> (Guanais, et. Al 2018).

<sup>4</sup> De acuerdo con el MSPS (2019a) la cobertura es del 13%, muy inferior al nivel requerido en la Ruta Integral de Promoción y Mantenimiento del MSPS.

<sup>5</sup> En 2017, se presentaron 178,01 muertes por cada 100.000 hombres en comparación con 127,27 muertes por cada 100.000 mujeres

<sup>6</sup> 55,6% de los hombres midieron sus niveles de colesterol en los últimos cinco años frente a 53,1% de las mujeres.

**Gráfica 2. Principales causas de mortalidad**



Fuente: Análisis de la Situación de Salud de Colombia. MSPS. 2017.

- 1.11 **Promoción y Prevención en salud.** El país debe avanzar en cerrar las brechas en el acceso efectivo a servicios prioritarios en salud, en especial aquellos de carácter preventivo. Según un estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en Colombia tan sólo el 57% de la población adulta que se estima con presión arterial alta conoce su condición, cifra preocupante dado que una de cada cuatro personas muere a causa de una enfermedad cardiovascular. Otro estudio financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) (Buitrago, Ruiz & Rincon, 2018) con población diabética (324.000 pacientes) reveló que solo al 15% de esta población se le realizaron las pruebas recomendadas en las guías de práctica clínica para el cuidado efectivo de esta condición. Según el MSPS en 2017 el 67% de las personas con VIH conocen su diagnóstico, el 54% de ellos reciben tratamiento y de estos el 47% cuentan con carga viral suprimida (MSPS, 2017c).
- 1.12 **Eficiencia del gasto.** Un estudio realizado por el BID para 69 países que mide la eficiencia del gasto en los sistemas de salud a través de un análisis envolvente de datos (DEA) (BID, 2018), encuentra que Colombia ocupa el puesto 48 en términos de la eficiencia de su sistema de salud frente a los demás países evaluados. El estudio se basa en análisis de variables de resultados en salud, acceso a servicios, y equidad en el acceso a servicio (capítulo 8 de [Mejor gasto para mejores vidas](#)).
- 1.13 **Inmigración.** La reciente inmigración venezolana ha tenido un efecto significativo en el sector salud por el aumento en las atenciones de esta población, los altos costos de atención y el deterioro de la situación de salud pública de las comunidades receptoras. Al 31 de marzo de 2020, Colombia ha recibido a más de 1,8 millones de venezolanos, de los cuales 38% tienen Permiso Especial de Permanencia (PEP) y pueden ingresar al SGSSS. A mayo de 2020, solo 12% (217.751) del total de inmigrantes ha sido afiliado al SGSSS bajo sus modalidades contributiva y subsidiada (53% y 47% respectivamente) debido a barreras normativas en los sistemas de registro, desconocimiento de los procesos y rutas de afiliación y/o cuestiones culturales. Tanto los regularizados no afiliados como aquellos por regularizarse acceden al sistema de salud vía servicios de urgencias, cuyo costo promedio de atención es mayor que para la población afiliada. Se han reportado un total de 3.931.799 atenciones en los servicios de salud, prestadas a 474.539 venezolanos (21% son mujeres gestantes que requieren cuidado obstétrico) y las solicitudes de financiamiento a la Nación

ascienden a más de COP 250 mil millones. En este sentido, la principal brecha de financiamiento en el sistema de salud causada por la migración es la falta de aseguramiento de esta población. Para más información ver [EEO#4](#).

### 3. Estrategia del gobierno y programa

- 1.14 **Acuerdos de punto final.** La estrategia del gobierno colombiano para asegurar la sostenibilidad financiera del SGSSS empieza con un proceso de saneamiento de las deudas entre actores por concepto de tecnologías en salud no financiados con la UPC y la adopción de medidas para evitar nuevas deudas. Lo primero involucra la aclaración y depuración de las cuentas por medio de una auditoría y el correspondiente pago, con títulos de tesorería de deuda pública en el RC y con posible cofinanciamiento entre las ET y la nación en el RS. Se suscriben contratos que reconocen el resultado de la auditoría y se desiste de los recobros por procesos judiciales y medidas administrativas. La Superintendencia Nacional de Salud verificará que aseguradores y prestadores reflejen los procesos de conciliación de cuentas acumuladas en sus balances y estados financieros.
- 1.15 Entre las medidas más relevantes para evitar deudas futuras se incluye la formulación e instauración de presupuestos máximos que reemplaza el esquema de recobros en la gestión de servicios y tecnologías no financiados con la UPC (§1.9). Consiste en estimar para cada EPS el uso esperado de estos servicios y tecnologías y asignarles un valor máximo (VMR) de acuerdo con el percentil 25 histórico efectivamente pagado. Con base en esos dos parámetros, se calcula el techo presupuestal. Adicionalmente, se le asigna la responsabilidad a la EPS de gestionar integralmente esos servicios. Esta metodología logra acotar el gasto (generando incluso ahorros) sin reducir el acceso efectivo ni la calidad del servicio, debido a que: (i) el cálculo toma en cuenta las tendencias históricas del uso de esos servicios; y (ii) se genera un incentivo para utilizar las tecnologías más costo efectivas financiadas con la UPC, logrando una recomposición del gasto más eficiente.
- 1.16 El Acuerdo de Punto final incluye además estrategias de compra centralizada de medicamentos, refuerzo de la política farmacéutica nacional, promoción del manejo más eficiente de las enfermedades huérfanas<sup>7</sup> y mejorar la gestión de los servicios conexos a la atención en salud. Para más información ver [EEO#5](#).
- 1.17 **Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) para mejorar la eficiencia del sistema (§1.12).** El MAITE es un conjunto de acciones y herramientas que, por medio de acuerdos interinstitucionales (Gobierno Nacional, ET, EPS y Hospitales), orienta de forma articulada la gestión de los integrantes del sistema de salud en el territorio para responder a las prioridades de la población y contribuir al mejoramiento de la salud, la satisfacción de las expectativas de los ciudadanos y la sostenibilidad del sistema, bajo el liderazgo del departamento o distrito. El modelo incluye ocho líneas de acción: gobernanza, financiamiento, aseguramiento, salud pública, prestación de servicios, enfoque diferencial y articulación intersectorial. A partir de un diagnóstico específico, en cada entidad territorial las líneas de acción se desagregan en planes de acción con metas concretas que buscan articular los

---

<sup>7</sup> Son enfermedades graves que amenazan contra la vida de los pacientes, con una prevalencia menor de 1 por cada 5.000 personas.

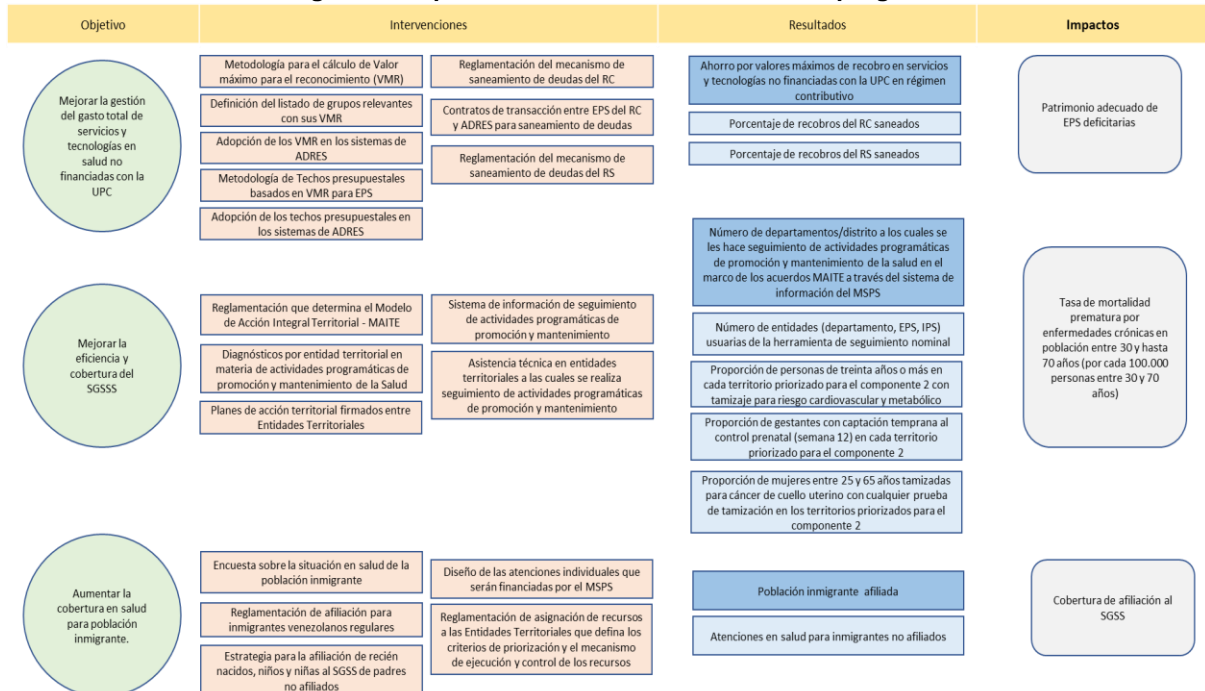
agentes del sistema de salud y los actores territoriales en torno a las acciones requeridas para el logro de los resultados en salud.

- 1.18 Las líneas de salud pública y prestación de servicios del MAITE tienen un especial énfasis en el fortalecimiento de los servicios de salud promocionales y preventivos (§1.11), definidos en la Ruta Integral de Promoción y Mantenimiento de la Salud establecida en la Resolución 3280 de 2018. La ruta define las intervenciones poblacionales (que inciden en determinantes sociales y ambientales), intervenciones colectivas, de acuerdo con el contexto (hogar, comunitario, laboral, educativo e institucional), y las atenciones individuales, de acuerdo con el ciclo de vida (primera infancia, niñez, adolescencia, jóvenes adultos, adultos y personas de la tercera edad).
- 1.19 **Salud para inmigrantes.** El Estado Colombiano ha tomado decisiones orientadas a facilitar el acceso de la población migrante a los servicios de salud. La Resolución 3015 de 2017 del MSPS incluye el PEP como documento válido para que los venezolanos se puedan incorporar al SGSSS. El CONPES 3950 (2018) definió estrategias concretas para mejorar la atención en salud de los migrantes venezolanos y sus territorios de acogida, que incluyen entre las más relevantes: identificar de necesidades de oferta para la prestación de servicios, asistencia técnica para aumentar la afiliación de las personas regulares y retornados procedentes de Venezuela y el seguimiento de las atenciones a personas migrantes irregulares, y mejora de la capacidad de respuesta en salud pública de los territorios y comunidades de acogida. Adicionalmente, el MSPS en 2018 elaboró el Plan de Respuesta del Sector Salud al Fenómeno Migratorio, con las acciones para los distintos niveles de gobierno en materia de vigilancia y gestión de salud pública, aseguramiento y financiamiento. Finalmente, la Resolución 8470 (2019) concede el derecho de afiliación al SGSSS a todos los hijos de venezolanos nacidos en Colombia (en riesgo de apatridia) después del 18 de agosto de 2015.
- 1.20 **Solicitud de apoyo.** El gobierno nacional solicitó la estructuración de un Préstamo basado en Resultados (PBR) para mejorar la eficacia y eficiencia de los programas de gobierno existentes Acuerdo de Punto Final, MAITE y la política de salud para inmigrantes, de manera que se enfoquen hacia resultados concretos y medibles, a la vez que se fortalecen los sistemas fiduciarios, la gestión del riesgo y la gobernanza y gestión del sector público nacionales. A través de este PBR se está apoyando: (i) el cambio en la manera como se gestionan el uso y pago de servicios no financiados con la UPC buscando ahorros que se podrán reinvertir en servicios más costo eficientes; (ii) la gestión más eficiente de los recursos del sistema al fortalecer los servicios de promoción y prevención en salud; y (iii) la atención integral y sostenible de inmigrantes a través de su afiliación al SGSS.
- 1.21 **Teoría de cambio.** Los principales problemas relacionados con el modelo de gestión de prestaciones no financiadas con la UPC son: (a) la ausencia de regulación de un importante porcentaje de medicamentos, que terminan pagados a valores con gran dispersión y a un promedio superior a países comparables (Prada, et al. 2018); (b) la ausencia de control en el monto total pagado por estos servicios, ya no hay límite presupuestal, como existe en el caso del PBS (la UPC funciona como límite al gasto total); y (c) el proceso de recobro y glosa al recobro genera desbalances financieros entre EPS y hospitales. Diversos estudios (Proesa, et al., 2016; Acosta, et al., 2014; Silva Illanes, et al., 2017; Bernal, et al.,

2017) respaldan medidas de control de precios, valores máximos de reembolso y transferencia de riesgos a compradores estratégicos con presupuestos definidos, para hacerle frente a esta tipología de desafíos.

- 1.22 El modelo de atención que impera en el país genera incentivos inadecuados en EPS y hospitales (Ruiz, et al., 2018) y favorece la atención de prestaciones en hospitales de mediana y alta complejidad de mayor costo para el sistema, en vez de promoción, prevención y actividades de detección temprana. La principal estrategia, respaldada por extensa literatura para hacer frente a esta situación, es la Atención Primaria en Salud (APS), ya que brinda beneficios económicos al mejorar la salud de la población, la eficiencia del sistema de salud y a reducir las desigualdades en salud (OMS, 2018). Hay evidencia que el tamizaje y detección temprana de diversas condiciones en el marco de la APS es costo-efectivo. Priorizar los diagnósticos precisos de la situación en el territorio, mejorar las capacidades territoriales de planeación, así como vigilar, monitorear y retroalimentar las acciones de promoción y prevención que se realizan en el territorio a través de sistemas de información son actividades que contribuyen a mejorar las prácticas en la prestación de servicios en salud en países de ingresos medios y bajos (Rowe, et al., 2018).
- 1.23 Finalmente, con relación a la población inmigrante, (¶1.13) la evidencia sugiere que los inmigrantes se incorporen a los sistemas formales de atención de sus comunidades receptoras (Meng, et al., 2010, Jalali, 2015; Matlin, et al., 2018; Onarheim, 2018). De esta manera se reducen las barreras de atención (Pauly & Pagan, 2007, Garfield, et al., 2019), se previene el deterioro de las condiciones de salud de los inmigrantes y su potencial efecto sobre las comunidades receptoras (OMS, 2016, Díaz, et al., 2016) y se asegura el flujo de recursos hacia los prestadores de servicios (ACNUR, 2012, Moradi-Lakeh & Vosoogh-Mohgaddam, 2015) (ver [EER#2](#)).

**Figura 1. Esquema de cadena de resultados del programa**



Nota: Los resultados resaltados en azul oscuro forman parte de la matriz de Indicadores Vinculados a Desembo

- 1.24 **Lecciones aprendidas.** El diseño del programa incorpora algunas de las lecciones generadas por operaciones del Banco de apoyo a Colombia y otros países de la región. El Componente 1 recoge lecciones aprendidas de las operaciones 2952/OC-CO y 3248/OC-CO al mejorar la eficiencia y la equidad en la administración de los recursos del SGSSS por medio de la promoción del uso racional de las tecnologías sanitarias. Los Componentes 2 y 3 incorporan las siguientes lecciones aprendidas: (i) introducir incentivos a la gestión del riesgo en salud estableciendo un mecanismo de pago por desempeño para la prevención y manejo de enfermedades (2952/OC-CO y 3248/OC-CO); (ii) incorporar acciones para mejorar la red de prestación, la gestión, la capacidad de respuesta y la calidad de servicios de salud maternos y atenciones de urgencia (3400/OC-BR, 4619/BL-HO, 4612/BL-BO) con el fin de disminuir la mortalidad materno-neonatal especialmente en municipios vulnerables; y (iii) articular los actores en salud según modelos que se adapten a las especificidad de los territorios (ATN/OC-13864-CO) con el fin de mejorar el acceso y la calidad a los servicios de salud. Asimismo, en la fase de preparación se incorporaron lecciones aprendidas de la implementación de otros Préstamos de Inversión Basado en Resultados (PBR) (4821/OC-AR) como en seleccionar Indicadores Vinculados a Desembolsos (IVD) que reflejen un equilibrio entre el resultado final y los resultados intermedios.
- 1.25 **Coordinación con otras agencias multilaterales.** El préstamo hace parte de un esquema crediticio coordinado y complementario entre el BID y el Banco Mundial por US\$300 millones, bajo instrumentos de desembolsos por resultados, con el objetivo de mejorar la eficiencia del Sistema General de Seguridad Social en Salud, autorizado mediante el documento [CONPES 3976](#) del 2 de diciembre de 2019. El programa del BM se enfoca en la calidad de la prestación, la sostenibilidad del sistema y la política de migración.
- 1.26 **Alineación estratégica.** La operación es consistente con la Segunda Actualización de la Estrategia Institucional (AB-3190-2) y se alinea estratégicamente con el desafío de desarrollo de Inclusión Social e Igualdad, al contribuir a mejorar la calidad y el acceso de los servicios de salud para todos los segmentos de la población. Está alineado con las áreas transversales de: (i) Igualdad de Género y Diversidad, al incrementar el acceso a servicios de salud de calidad a mujeres inmigrantes embarazadas y al cerrar las brechas de mortalidad entre hombres y mujeres por medio del seguimiento al porcentaje de personas con tamizaje para riesgo cardiovascular; y (ii) Capacidad Institucional y el Estado del Derecho, dado que se busca mejorar la sostenibilidad, la capacidad de respuesta y la calidad del sistema de salud en el país. Adicionalmente, contribuirá al Marco de Resultados Corporativos 2020-2023 (GN-2727-12) mediante el incremento de beneficiarios que reciben servicios de salud y el incremento de beneficiarios de iniciativas que apoyan a población migrante y a sus comunidades receptoras (444.000 personas). La operación es consistente con el Marco Sectorial de Salud y Nutrición (GN-2735-7) al involucrar actividades de asistencia y financiamiento de estrategias que buscan la sostenibilidad del sistema y el fortalecimiento de la capacidad y gestión de las redes de servicios de salud, y con el Marco Sectorial de Género y Diversidad (GN-2800-8) al mejorar el acceso a atenciones obstétricas a mujeres inmigrantes, contribuyendo a reducir las muertes maternas y perinatales. Asimismo, la operación está alineada con la Estrategia de País con Colombia 2019-2022 (GN-2972) a través de: (i) los



objetivos estratégicos de consolidar un sistema de pensiones y salud sostenible e inclusivo por medio del control del gasto de servicios de alto costo y la mejora en el acceso efectivo a servicios de salud especialmente de enfermedades crónicas y transmisibles; y (ii) el tema transversal de inmigración al incrementar el número de inmigrantes venezolanos afiliados al SGSSS (309.072 personas adicionales). La operación estuvo incluida en el Informe sobre el Programa de Operaciones de 2020 (GN-2991-1). Finalmente, está alineado con las bases del PND 2018-2022 en el marco del “Pacto por Colombia. Pacto por la equidad”, a través de un “pacto por la equidad” que asegure una visión de largo plazo sostenible del sistema de salud y la inclusión social mediante un acceso eficiente y con calidad a los servicios, y está alineado con el Plan de Respuesta del Sector Salud al Fenómeno Migratorio y con el CONPES 3950 Estrategia para la Atención de la Migración desde Venezuela.

## **B. Objetivos, componentes y costo**

- 1.27 **Objetivos.** Mejorar la sostenibilidad del SGSSS con el fin de preservar los logros obtenidos en materia de cobertura, equidad y protección financiera, así como mejorar la salud de la población. Objetivos específicos: (i) mejorar la gestión del gasto total de servicios y tecnologías en salud no financiados con la UPC; (ii) mejorar la eficiencia y cobertura del SGSSS; y (iii) aumentar la cobertura en salud para población inmigrante.
- 1.28 **Componente 1. Mejoras en la gestión del gasto de servicios y tecnologías no financiados con la UPC (BID (CO): US\$75 millones).** Se espera aliviar las presiones que afectan el gasto en salud por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con la UPC, sin afectar la calidad de la prestación de los servicios, apoyando la implementación de la Estrategia de Punto Final<sup>8</sup>. La gestión eficiente del gasto se desarrollará a través de: (i) reglamentación e implementación de la metodología de VMR; (ii) definición de presupuestos máximos por EPS a partir de las frecuencias esperadas para la gestión de estos servicios y tecnologías; (iii) transferencia del riesgo y de gestión integral de tecnologías no incluidas en la UPC a EPS e incentivo a la gestión de alto costo con el fin de reorientar el gasto a tecnologías más costo eficientes; (iv) conciliación de las diferencias en las cuentas por concepto de tecnologías no financiadas con la UPC; (v) reglamentación de mecanismos de pago de las deudas reconocidas; (vi) reconocimiento y pago de las deudas reconocidas; y (vii) seguimiento y monitoreo a implementación de mecanismo de cierre contable de las deudas pagadas. Se financiará parcialmente las transferencias realizadas a las EPS bajo la metodología de VMR o presupuestos máximos<sup>9</sup> para el cubrimiento de los servicios y tecnologías no financiados con la UPC.
- 1.29 **Componente 2. Modelo de Acción Integral Territorial - MAITE (BID (CO): US\$25 millones).** Se espera mejorar la eficiencia y cobertura efectiva del SGSSS, a través de la implementación del MAITE<sup>10</sup> que busca, entre otras cosas, una mayor coordinación entre el MSPS, ET, prestadores de servicios y EPS para potenciar las acciones de prestación de servicios en el nivel básico de promoción

<sup>8</sup> La ATN/OC-15119-CO apoyó al MSPS para el diseño de la estrategia de Punto Final.

<sup>9</sup> Una vez implementada la metodología de presupuestos máximos, los VMR se utilizarán como precios de referencia para el cálculo del presupuesto máximos de cada EPS.

<sup>10</sup> La ATN/OC-13864-CO apoyó el diseño del Modelo de Atención Integral Territorial, la base del MAITE.

y prevención en el territorio<sup>11</sup>. Se incrementará la eficiencia y cobertura efectiva en acciones de promoción y prevención a través de: (i) reglamentación que determina el MAITE; (ii) diagnósticos por entidad territorial en materia de actividades programáticas de promoción y mantenimiento de la Salud; (iii) planes de acción territorial firmados entre ET (departamentos y distritos) y MSPS que contemplen metas de actividades programáticas de promoción y mantenimiento de la salud; (iv) sistema de información de seguimiento de actividades programáticas de promoción y mantenimiento; y (v) asistencia técnica en ET a las cuales se realiza seguimiento de actividades programáticas de promoción y mantenimiento. Los recursos del préstamo cofinanciarán los gastos de aseguramiento para cubrir la UPC.

- 1.30 **Componente 3. Cobertura de aseguramiento y servicios para población inmigrante (BID (CO): US\$50 millones, BID (GRF): US\$9,625 millones, PSG (CO-G1019): US\$2,100 millones).** Este componente incluye dos subcomponentes: (i) cobertura de aseguramiento a inmigrantes; y (ii) cobertura de servicios para población inmigrante vulnerable. El subcomponente (i) se espera mejorar la cobertura efectiva en salud de los inmigrantes determinada en el CONPES 3950 de atención a migración desde Venezuela, a través de: (i) diseño e implementación de una encuesta sobre la situación en salud de la población inmigrante; (ii) reglamentación de afiliación para inmigrantes venezolanos regulares; (iii) diseño de la estrategia para la afiliación de recién nacidos, niños y niñas al SGSSS de padres no afiliados; y (iv) diseño e implementación de la estrategia de difusión de información sobre las rutas de afiliación y acceso a servicios de salud de población inmigrante. Se financiarán parcialmente los gastos de aseguramiento para cubrir la UPC de población inmigrante afiliada y de nacidos de población inmigrante afiliados.
- 1.31 El subcomponente (ii) espera mejorar la atención en salud de los inmigrantes a través de: (i) diseño de las atenciones individuales enfocadas en obstetricia que serán financiadas con los recursos no reembolsables; y (ii) reglamentación de asignación de recursos a las ET que defina los criterios de priorización y el mecanismo de ejecución y control de los recursos. Se financiarán atenciones de salud obstétricas a población inmigrante no afiliada, así como la auditoría para la verificación de la prestación de dichos servicios.

## **C. Indicadores claves de resultados**

- 1.32 **Indicadores de impacto y de resultados (Anexo II).** A nivel de impacto, se medirán indicadores de Patrimonio adecuado de EPS deficitarias, Cobertura de afiliación al SGSSS y Tasa de mortalidad prematura por enfermedades crónicas (por cada 100.000 personas entre 30 y 70 años). Como resultados, se prevé incluir los IVD: (i) Ahorro por VMR o presupuestos máximos en servicios y tecnologías no financiadas con la UPC en RC; (ii) Número de departamentos/distrito a los cuales se les hace seguimiento de actividades programáticas de promoción y mantenimiento de la salud en el marco de los acuerdos MAITE a través del

---

<sup>11</sup> Se dará prioridad a estrategias con mayor impacto en mujeres gestantes y menores de cinco años.



sistema de información del MSPS<sup>12</sup>; y (iii) Población inmigrante<sup>13</sup> afiliada<sup>14</sup>. Otros indicadores de resultados incluyen: porcentaje de recobros por concepto de tecnologías no financiadas con la UPC del RC prestados a 31 de diciembre de 2019 saneados, porcentaje de cuentas por pagar de las ET por concepto de tecnologías no financiados con cargo a la UPC del RS prestados a 31 de diciembre de 2019 pagadas, número de entidades (departamento, EPS, IPS) usuarias de la herramienta de seguimiento nominal, proporción de personas de 30 años o más con tamizaje para riesgo cardiovascular y metabólico, proporción de gestantes con captación temprana al control prenatal (semana 12), proporción de mujeres entre 25 y 65 años tamizadas para cáncer de cuello uterino con cualquier prueba de tamización y atenciones obstétricas en salud para inmigrantes no afiliados.

- 1.33 **Evaluación costo beneficio (EEO#1).** Para el Componente 1, la razón entre los beneficios a partir de los valores monetarios indicados en la matriz de resultados, y costos es de 1,19 en el escenario base con un horizonte de tiempo (2020-2022) y una tasa de descuento del 3%. Los beneficios de los Componentes 2 y 3 están directamente relacionados con la salud de población y se derivan de: (i) disminución en la morbilidad cuantificados utilizando los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVADs) que resultan de la implementación de las líneas de cuidado de probada efectividad; y (ii) conversión monetaria de los beneficios calculados en AVADs. En el escenario base de cobertura efectiva, utilizando un vector de gradualidad regular en el que los beneficios se alcanzan gradualmente, una tasa de descuento del 3%, y en un horizonte de temporal tres años, la razón entre los beneficios y costos para los Componentes 2 y 3 es de 1,19. Asimismo, los análisis de sensibilidad en un horizonte de seis años muestran que la relación beneficio/costo es superior a uno en casi todos los escenarios. En el escenario base la Tasa Interna de Retorno (TIR) es 45,5%.

## II. ESTRUCTURA DE FINANCIAMIENTO Y PRINCIPALES RIESGOS

### A. Instrumentos de financiamiento

- 2.1 **Monto y cronograma de desembolsos.** Esta operación es un préstamo basado en resultados (PBR) por US\$161.835.900 de los cuales US\$150.000.000 provienen de recursos del Capital Ordinario (CO) del Banco, US\$9.625.000 de la Facilidad No Reembolsable del BID (GRF) para apoyo a países receptores de flujos migratorios intrarregionales repentinos y de gran magnitud y US\$2.210.900 de un PSG de BMZ (CO-G1019)<sup>15</sup>. El total disponible para el proyecto es US\$161.725.355 por la deducción de la comisión de administración (US\$110.545). El período de desembolso es de tres años según el cronograma del cuadro 2.2, el cual se ajusta a las necesidades de financiamiento definidas con el gobierno.

<sup>12</sup> El Sistema de información utilizará los registros de prestaciones individuales RIPS para realizar seguimientos individuales de actividades programáticas de promoción y mantenimiento de la salud.

<sup>13</sup> Incluye a los hijos nacidos en Colombia de los inmigrantes.

<sup>14</sup> Compartido con el Banco Mundial. El financiamiento del BID aporta recursos para el cumplimiento del 47% de esta meta.

<sup>15</sup> La tasa de cambio es obtenida de la página web del Departamento de Finanzas del Banco.

**Cuadro 2.1. Costos estimados del programa (US\$ millones)**

Componentes	BID CO (CO-L1248)	BID GRF (CO-J0011)	BMZ PSG (CO-G1019)	Total	%
1. Mejoras en la gestión del gasto de servicios y tecnologías no financiados con la UPC	75	-	-	75	46,4
2. MAITE	25	-	-	25	15,4
3. Cobertura de aseguramiento y servicios para población migrante	50	9,625	2,100	61,725	38,2
3 (i). Cobertura de aseguramiento para población inmigrante	50	-	-	50	31
3 (ii). Cobertura de servicios para población inmigrante	-	9,555	2,100	11,655	7,2
Auditoría recursos no reembolsables	-	0,070	-	0,070	0,04
<b>Total disponible para el proyecto</b>	<b>150</b>	<b>9,625</b>	<b>2,100</b>	<b>161,725</b>	<b>100</b>
Comisión de administración recursos BMZ	-	-	0,110	0,110	
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>9,625</b>	<b>2,210</b>	<b>161,835</b>	

**Cuadro 2.2. Cronograma y tramos de desembolsos del Programa (US\$ millones) <sup>16</sup>**

Componentes	Año 1	Año 2	Año 3	Total
1. Mejoras en la gestión del gasto de servicios y tecnologías no financiados con la UPC	17,5	17,5	40	75
2. MAITE	7,5	7,5	10	25
3 (i). Cobertura de aseguramiento para población inmigrante	25	25	-	61,725
3 (ii). Cobertura de servicios para población inmigrante	5,862	5,863	-	
<b>Total disponible para el proyecto</b>	<b>55,862</b>	<b>55,863</b>	<b>50</b>	<b>161,725</b>

**2.2 Justificación del PBR.** El PBR se estructuró teniendo en cuenta que sus componentes cumplen con los requisitos previstos en GN-2869-3 al: (i) permitir abordar los desafíos identificados en el diagnóstico, como fortalecer el control del gasto del SGSSS, mejorar la capacidad del MSPS para la entrega oportuna de servicios de promoción y prevención y responder a los retos del flujo migratorio repentino y masivo; (ii) mejorar el desempeño de los programas Acuerdo de Punto Final (¶1.14), MAITE (¶1.17) y la política de salud para inmigrantes (¶1.19), enfocándolos en la consecución de resultados; y (iii) promover el uso y fortalecimiento de los sistemas fiduciarios del Organismo Ejecutor (OE) con principios y buenas prácticas para el uso de un PBR, en concordancia con el análisis de capacidad institucional que permitió concluir que se cuenta con sistemas que permiten garantizar una adecuada ejecución técnica y fiduciaria de la operación. Los IVD reflejan una secuencia lógica para lograr el objetivo final del proyecto por medio del fortalecimiento de los sistemas nacionales y la consecución de resultados intermedios y finales.

**2.3 Justificación de los recursos no reembolsables.** Los inéditos flujos migratorios son un nuevo desafío en LAC con potenciales efectos perjudiciales en las comunidades receptoras de no afrontarse de forma adecuada y urgente. Para

<sup>16</sup> No se prevé un retraso en el flujo de desembolsos derivados de la atención a la pandemia por COVID-19. Por el contrario, es posible que se presenten solicitudes por parte del gobierno para acelerar los desembolsos derivados de una mayor necesidad de recursos en el 2021.

enfrentar estas circunstancias excepcionales, la Asamblea de Gobernadores del BID aprobó el uso de hasta US\$100 millones de recursos del CO disponibles a través de la Facilidad No Reembolsable del BID para Apoyar a Países que Reciben Flujos Migratorios Intrarregionales Repentinos y de Gran Magnitud (GN- 2947-6 y AB-3199). Esta Facilidad está dirigida a ayudar a los países a diseñar intervenciones para que los migrantes y sus comunidades receptoras accedan a servicios básicos, servicios sociales y a oportunidades económicas, beneficiando tanto a los migrantes como la población local para así favorecer el desarrollo incluyente e impulsar una relación positiva entre ambas comunidades.

- 2.4 El Componente 3 del programa cumple con los cinco criterios de elegibilidad para el uso de recursos de la Facilidad No Reembolsable del BID. El Anexo de Migración ([EEO#4](#)) contiene detalles sobre el cumplimiento resumidos a continuación. Primero, entre 2016 y 2018 Colombia recibió un número de migrantes equivalente a 2,3% de su población. Segundo, se trata de un flujo acelerado y masivo en el que: (i) la mayoría de los migrantes no están afiliados al SGSSS y acceden a los servicios de salud vía urgencias cuyos costos son más altos y no están debidamente financiados; (ii) hay una demanda creciente de servicios de salud por el colapso del sistema de salud venezolano; y (iii) hay zonas que están concentrando inmigrantes y evidencian rezagos importantes en la situación de salud pública. El componente busca mejorar el acceso al aseguramiento y a los servicios de salud para la población inmigrante. Tercero, al tratarse de una operación para mejorar la cobertura en salud, es congruente con el ámbito de intervención de acceso a servicios sociales. Cuarto, la operación define en la matriz de resultados metas de atención a migrantes y define criterios de focalización para garantizar su cumplimiento. Quinto, la operación formó parte de la programación de 2020.
- 2.5 Los recursos de BMZ se recibirán a través de una subvención específica del proyecto (PSG). El Banco administrará un PSG según el "Informe sobre COFABS, Ad-Hocs y CLFGS y una Propuesta para unificarlos como Subvenciones Específicas de Proyecto (PSG)" (SC-114). El compromiso de BMZ se establecerá a través de un Acuerdo de Administración sin tener que preparar o aprobar una propuesta de proyecto separado. En virtud de este acuerdo, los recursos aportados por el donante serán administrados por el Banco, cobrando una tasa de administración no reembolsable del 5% de la contribución. Dicha tasa se cobrará una vez que el Banco reciba la contribución. Por ende, se solicita al Directorio que autorice al Presidente, o al representante que éste designe, a celebrar los acuerdos que sean necesarios con BMZ y la República de Colombia para recibir, administrar y asignar a esta operación los recursos del mencionado financiamiento destinados a apoyar y ejecutar el programa.

## **B. Riesgos ambientales y sociales**

- 2.6 La operación se acoge a la directriz B13 de la Política de Medio Ambiente y Salvaguardias del Banco (OP-703) por tratarse de un PBR. Adicionalmente, no se identificaron riesgos e impactos ambientales o sociales moderados o altos, debido a que el proyecto no prevé inversiones en infraestructura, ni reubicación de comunidades y busca reducir barreras al acceso a los servicios de salud de la población inmigrante.

## **C. Riesgos fiduciarios**

- 2.7 La evaluación de capacidad institucional concluyó que el MSPS y ADRES cuentan con capacidad alta para ejecutar la operación. Sin embargo, el riesgo fiduciario en la ejecución de la operación es alto debido a la complejidad del esquema de ejecución e intervención de actores externos, y la sensibilidad de los temas de la salud para el Gobierno en Colombia. Se identificaron los siguientes riesgos fiduciarios: (i) dificultad en la identificación de la ejecución de los recursos del préstamo en el sistema contable y financiero de ADRES, para la rendición de cuentas, y (ii) posible opinión calificada sobre los estados financieros de ADRES por parte de la Contraloría General de la República (CGR).
- 2.8 Para mitigar el primer riesgo: (i) ADRES incluirá una revelación en las notas a los Estados Financieros indicando la ejecución de los recursos del préstamo por cada componente; y (ii) el MSPS realizará un control contable y financiero para monitorear la ejecución y clasificación contable de los recursos desembolsados, en cada rubro correspondiente que dio origen al cumplimiento de resultados de los indicadores. Para mitigar el segundo riesgo: (i) se hará un cambio de metodología para el pago de UPC y eliminación de anticipos a las EPS; y (ii) dentro del PGN del 2020 el MHCP incluirá dentro del Programa Anual Mensualizado de Caja (PAC) del MSPS los recursos correspondientes a la cuenta por cobrar al Instituto de Seguro Social en liquidación.

## **D. Otros riesgos y temas claves**

- 2.9 **Riesgos.** Los riesgos de nivel medio-alto de Gestión Pública y Gobernabilidad:
- a. Si se presentan demandas legales relacionadas con los artículos del PND relacionados con VMR o presupuestos máximos, podría ocurrir que las demandas prosperen y el Ministerio pierda autonomía para definir los VMR o los presupuestos máximos, lo que retrasaría hasta en un año el cumplimiento del indicador 1 vinculado a desembolso (Ahorro por VMR en RC). Se prevé diseñar e implementar una estrategia de defensa legal sólida para defender la base legal de los mecanismos y que se puedan reemplazar los VMR con regulación directa de precios como mecanismo para generar los ahorros previstos para el cumplimiento del IVD 1.
  - b. Si el personal que está vinculado al diseño e instrumentación del sistema de seguimiento y monitoreo de actividades de promoción y prevención presenta rotaciones al inicio de proyecto, podría afectar el diseño conceptual de la herramienta y su desarrollo, afectando el inicio de su puesta en marcha entre seis meses y un año (producto 2.4), lo que impactaría en la meta de desembolso desde el primer año. Se prevé que como parte de la consolidación del proyecto y sus programas en la estructura funcional y operativa del MSPS, se deberán establecer los cargos, manuales, los niveles de responsabilidad y procedimientos necesarios para asegurar la continuidad del programa en el MSPS.
  - c. Si las ET, aseguradores y prestadores no tienen incentivos para efectuar el aseguramiento en salud de los inmigrantes, podrían imponer barreras al proceso de afiliación, afectando entre 20%-30% la meta de aseguramiento total del resultado 9 y la meta de desembolsos. Se prevé implementar estrategias de

afiliación simplificadas a través de los hospitales públicos e implementar estrategias de difusión de información sobre las rutas de afiliación.

- 2.10 El riesgo de Desarrollo clasificado como medio-alto es:
- a. Si la capacidad de almacenamiento y procesamiento de datos actual que tiene el Sistema de Información del MSPS (SISPRO) es limitada, podría ocurrir que la entrada en funcionamiento del sistema de seguimiento y monitoreo de actividades de promoción y prevención llegue a superar la capacidad existente hacia el segundo año del proyecto, afectando el acceso del número de entidades (departamentos, EPS, IPS) usuarias de la herramienta y atrasando su acceso en un año. Se prevé acordar un plan de adecuación o expansión de la capacidad de procesamiento, almacenamiento y presentación de datos que atienda las necesidades del aplicativo.
- 2.11 **Sostenibilidad.** Las intervenciones propuestas siguen las estrategias que está trabajando el gobierno para lograr la sostenibilidad del SGSSS. Adicionalmente, los recursos del programa son un porcentaje pequeño de los recursos propios del gobierno para la gestión de servicios no financiados por la UPC (Componente 1) y el gasto en aseguramiento tanto para la población general (Componente 2) como de la población inmigrante (Componente 3), de manera que no representará un problema de financiamiento reemplazar esa fuente. Adicionalmente, las lecciones aprendidas del proyecto permitirán gestionar de manera más eficiente los recursos del SGSSS.

### III. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN Y GESTIÓN

#### A. Resumen de los arreglos de implementación

- 3.1 **Receptor y organismo ejecutor.** El prestatario y beneficiario es la República de Colombia y el MSPS será el OE, quien vía transferencia a ADRES ejecutará los recursos del préstamo. Los recursos no reembolsables serán ejecutados por el MSPS.
- 3.2 **Coordinación entre actores.** La Dirección de Financiamiento Sectorial (DFS) coordinará reuniones periódicas para avanzar en la ejecución de las líneas programáticas del proyecto. La planeación y ejecución del proyecto se realizará con el equipo técnico de las direcciones y oficinas involucradas en la coordinación y reporte de los componentes del MSPS que trabajarán de manera articulada con y la Dirección de Gestión de los Recursos Financieros de la Salud (DGRFS) de ADRES.
- 3.3 **Administración del programa.** La planificación de las actividades para cada uno de los componentes del proyecto se realizará con base en lo definido por la estrategia del Gobierno para lograr la sostenibilidad del SGSSS. El seguimiento y monitoreo del proyecto se articulará entre los distintos actores involucrados en las reuniones periódicas. El objetivo es que la DFS pueda monitorear los avances del programa, generar reportes de ejecución y solicitar los desembolsos al Banco. El detalle de las responsabilidades y funciones de cada grupo técnico y el flujo de información para el reporte de resultados quedará descrito en el [EEO#2](#). La relación entre MSPS y ADRES está regulada por leyes nacionales.

- 3.4 **Verificación externa de resultados.** La verificación externa e independiente de las metas de los IVD la realizará el Departamento Nacional de Planeación (DNP), una entidad pública que es independiente del organismo ejecutor, con el mandato específico para realizar evaluaciones de resultados y de impacto de los principales programas del gobierno. Tiene amplia experiencia en evaluación y monitoreo de proyectos, manejo de indicadores de resultados y evaluación de fuentes de información. De acuerdo con la OCDE (2014), el DNP tiene “uno de los sistemas más avanzados de monitoreo del desempeño del conjunto del gobierno, usados en el mundo actualmente”. Su alta capacidad técnica y credibilidad al momento de verificar los resultados de los programas la hace elegible como verificador de los resultados del programa (¶2.14 de la directriz GN-2869-3). La verificación permitirá tener un reporte oportuno de verificación de resultados previo a cada solicitud de desembolsos. Las actividades de la verificación incluirán: (i) evaluar la exactitud, confiabilidad y consistencia de la información relacionada con los resultados de los IVD; y (ii) informar el resultado de los IVD en cada tramo de desembolsos. El protocolo de verificación para cada IVD se incluye en el PME ([EER#1](#)).
- 3.5 **Flujo de recursos.** El flujo de recursos provenientes del CO del proyecto seguirá el proceso establecido en el PGN para el financiamiento del SGSSS. El MSPS durante el primer trimestre de cada año, elaborará un anteproyecto que incluye el presupuesto del SGSSS tras la aprobación del anteproyecto por parte de Ministerio de Hacienda y Crédito Público (MHCP), el MSPS realiza la solicitud de autorización para que la GRFS de ADRES ejecute los recursos del aseguramiento a través de doceavas. Los recursos del GRF y del PSG seguirán el flujo de recursos que siguen los proyectos de inversión pública del gobierno.
- 3.6 **Desembolsos.** Se habilitará una cuenta bancaria especial en dólares en la entidad financiera designada por el MHCP para cada instrumento de financiamiento (Préstamo, GRF y PSG). El MOP detallará los aspectos de ejecución del programa incluyendo las responsabilidades de las diferentes instancias que participan en el mismo.
- 3.7 **Ejecución de recursos no reembolsables.** El MSPS a través de un proyecto de inversión ejecutará los recursos no reembolsables. El MOP definirá el mecanismo de la ejecución de estos recursos.
- 3.8 **Condiciones contractuales especiales previas al primer desembolso de los recursos del préstamo.** El OE demostrará que se haya aprobado y entrado en vigor el MOP, de conformidad con los términos previamente acordados con el Banco. Esta condición es indispensable para iniciar la operatividad de los componentes y garantizar la adecuada ejecución del programa.
- 3.9 **Manual Operativo del Proyecto ([EEO#2](#)).** Detallará la estrategia de ejecución de la operación: (i) el esquema organizacional del programa; (ii) los arreglos técnicos y operativos para su ejecución; (iii) el esquema de programación, seguimiento y evaluación de los resultados; y (iv) la descripción detallada de los indicadores de resultados, IVD y sus protocolos de verificación. El MOP incluye los criterios para la verificación externa de resultados del programa.

- 3.10 **Auditoría Externa.** Para el préstamo, el Banco aceptará los estados financieros de ADRES auditados por un auditor independiente aceptable para el Banco; esto podrá ser financiado con recursos del Préstamo. Los estados financieros consolidados de los recursos GRF y PSG serán auditados anualmente, por una firma de auditoría independiente aceptable al Banco, la cual será financiada con los recursos no reembolsables. La contratación de esta auditoría se realizará de conformidad con los procedimientos y los términos de referencia previamente acordados con el Banco. Los estados financieros auditados (EFA) de cada instrumento serán enviados al Banco dentro de los 120 días siguientes al cierre de cada ejercicio fiscal del MSPS durante el plazo original de desembolsos o sus extensiones. El último EFA de cada instrumento se presentará dentro de los 120 días siguientes a la fecha de último desembolso.

**B. Resumen de los arreglos para el monitoreo de resultados**

- 3.11 **Arreglos para el monitoreo.** El OE y el Banco han acordado la realización de un seguimiento cercano a la ejecución del programa, usando la Matriz de Resultados (Anexo II), un protocolo de verificación para cada IVD que contiene su definición, cómo se considera su cumplimiento, periodo y fuentes, informes semestrales de avance y visitas de supervisión. El MSPS enviará al BID, a más tardar 60 días después del fin de cada semestre calendario, un informe de seguimiento. El PME ofrece más detalle ([EER#1](#)). Adicionalmente, el equipo del proyecto será responsable de la preparación y presentación al donante del informe del proyecto. Si al final de la ejecución se cierra con un saldo positivo no comprometido y no gastado, el equipo del proyecto será responsable de informar a ORP/GCM que transfiera el saldo no gastado según lo acordado por el donante y el Banco de conformidad con los términos del Acuerdo Administrativo PSG.
- 3.12 **Arreglos para la evaluación de resultados.** La estrategia de evaluación del programa está dividida en cuatro partes. Para el Componente 1, el objetivo de la evaluación es establecer si los ahorros generados, que pueden considerarse como beneficios monetarios, son superiores a los costos del componente. La metodología de evaluación es un análisis expost beneficios monetarios/costos que se realizará al final del periodo de desembolso del préstamo (2022), complementado por un análisis cualitativo basado en entrevistas semiestructuradas para actores clave del MSPS y gestores de las EPS. El Componente 2 busca evaluar la evolución de los indicadores de resultados seleccionados antes y después de la operación complementado con entrevistas semiestructuradas para los gerentes de las entidades (departamento, EPS, IPS) y los actores claves involucrados en la implementación del MAITE. El Componente 3 propone una metodología mixta basada en una evaluación antes y después para el indicador de población inmigrante afiliada y un análisis cualitativo sobre las barreras que pueden afectar la cobertura efectiva en términos de acceso a los servicios de salud de la población inmigrante afiliada. (PME [EER#1](#)).



Matriz de Efectividad en el Desarrollo		
Resumen		CO-L1248
I. Prioridades corporativas y del país		
1. Objetivos de desarrollo del BID		
Retos Regionales y Temas Transversales	-Inclusión Social e Igualdad -Equidad de Género y Diversidad -Capacidad Institucional y Estado de Derecho	
Indicadores de desarrollo de países	-Beneficiarios que reciben servicios de salud (#)*	
2. Objetivos de desarrollo del país		
Matriz de resultados de la estrategia de país	GN-2972	A través de los objetivos estratégicos de consolidar un sistema de pensiones y salud sostenible e inclusivo, y la mejora en el acceso efectivo a servicios de salud
Matriz de resultados del programa de país	GN-2991-1	La intervención está incluida en el Programa de Operaciones de 2020.
Relevancia del proyecto a los retos de desarrollo del país (si no se encuadra dentro de la estrategia de país o el programa de país)		Párrafo 1.22
II. Development Outcomes - Evaluability		Evaluable
3. Evaluación basada en pruebas y solución		10.0
3.1 Diagnóstico del Programa		3.0
3.2 Intervenciones o Soluciones Propuestas		4.0
3.3 Calidad de la Matriz de Resultados		3.0
4. Análisis económico ex ante		10.0
4.1 El programa tiene una TIR/VPN, o resultados clave identificados para ACE		3.0
4.2 Beneficios Identificados y Cuantificados		3.0
4.3 Supuestos Razonables		1.0
4.4 Análisis de Sensibilidad		2.0
4.5 Consistencia con la matriz de resultados		1.0
5. Evaluación y seguimiento		8.5
5.1 Mecanismos de Monitoreo		2.5
5.2 Plan de Evaluación		6.0
III. Matriz de seguimiento de riesgos y mitigación		
Calificación de riesgo global = magnitud de los riesgos*probabilidad		Bajo
Se han calificado todos los riesgos por magnitud y probabilidad		Sí
Se han identificado medidas adecuadas de mitigación para los riesgos principales		Sí
Las medidas de mitigación tienen indicadores para el seguimiento de su implementación		Sí
Clasificación de los riesgos ambientales y sociales		B.13
IV. Función del BID - Adicionalidad		
El proyecto se basa en el uso de los sistemas nacionales		
Fiduciarios (criterios de VPC/FMP)	Sí	Administración financiera: Presupuesto, Tesorería, Contabilidad y emisión de informes, Controles externos.  Adquisiciones y contrataciones: Sistema de información, Método de comparación de precios, Contratación de consultor individual.
No-Fiduciarios	Sí	Sistema Nacional de Monitoreo y Evaluación.
La participación del BID promueve mejoras adicionales en los presuntos beneficiarios o la entidad del sector público en las siguientes dimensiones:		
Antes de la aprobación se brindó a la entidad del sector público asistencia técnica adicional (por encima de la preparación de proyecto) para aumentar las probabilidades de éxito del proyecto	Sí	Se apoyará a través de la Cooperación técnica CO-T1517

Nota: (\*) Indica contribución al Indicador de Desarrollo de Países correspondiente.

*El Programa para Mejorar la Sostenibilidad del Sistema de Salud en Colombia con Enfoque Inclusivo tiene el objetivo de mejorar la sostenibilidad del SGSSS, preservando los logros en cobertura, equidad y protección financiera, y mejorando la salud de la población. El programa tiene tres objetivos específicos (1) mejorar la gestión del gasto total de servicios y tecnologías en salud no financiadas con la Unidad de Pago per cápita (UPC) (2) mejorar la eficiencia y cobertura del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y (3) aumentar la cobertura en salud para población migrante. La propuesta de préstamo presenta un diagnóstico sólido en relación con los desafíos de sostenibilidad en el sistema de salud en Colombia. La matriz de resultados incluye indicadores SMART a nivel de impactos, resultados y productos y el logro de cada objetivo específico se medirá con al menos un indicador. El análisis económico del proyecto se basa en análisis costo-eficiencia para el componente 1 y análisis costo-beneficio para los componentes 2 y 3. El plan de monitoreo y evaluación incluye una descripción detallada para guiar la construcción de los Indicadores Vinculados al Desemboolso (IVD) así como los indicadores de impacto y demás indicadores de resultado. El Departamento Nacional de Planeación (DNP) realizará la verificación de los IVD y el Organismo Ejecutor será el responsable de las otras actividades de monitoreo y evaluación del Programa. En la ausencia de una evaluación de impacto, el análisis de atribución de logros incluirá un análisis de eficiencia ex-post para el componente 1, y un análisis de métodos-mixtos con comparación de resultados pre-post complementado con evaluación cualitativa para los componentes 2 y 3.*



### MATRIZ DE RESULTADOS

<b>Objetivo:</b>	Mejorar la sostenibilidad del SGSSS con el fin de preservar los logros obtenidos en materia de cobertura, equidad y protección financiera, así como mejorar la salud de la población. Objetivos específicos: (i) mejorar la gestión del gasto total de servicios y tecnologías en salud no financiados con la UPC; (ii) mejorar la eficiencia y cobertura del SGSSS; y (iii) aumentar la cobertura en salud para población inmigrante.
------------------	--

### IMPACTO ESPERADO

Indicadores	Unidad de Medida	Línea de base		Fin del Proyecto		Medio de verificación
		Valor	Año	Valor	Año	
1. Patrimonio adecuado de EPS deficitarias	Billones de pesos	-7.3	2017	-5.0	2022	Informe de seguimiento indicadores financieros de permanencia para EPS de la Superintendencia Nacional de Salud.
2. Cobertura de afiliación al SGSSS	Porcentaje	95.07	2019	96	2022	Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) del MSPS.
3. Tasa de mortalidad prematura por enfermedades crónicas en población entre 30 y hasta 70 años (por cada 100.000 personas entre 30 y 70 años)	Muertes por cada 100.000 habitantes	230.57	2016	227.5	2022	Estadísticas vitales del DANE y Defunciones del MSPS.

### RESULTADOS ESPERADOS

Resultados Esperados	Unidad de Medida	Línea de base		Año			Final del Proyecto	Medio de verificación	Indicador vinculado a desembolsos
		Valor	Año	1	2	3			
1. Ahorro por valores máximos de recobro o presupuestos máximos en servicios y tecnologías no financiadas con la UPC en régimen contributivo	Miles de millones COP	0	2018	20	150	250	250	Base de datos de recobros de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), posterior a la estandarización realizada por la Dirección de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud del MSPS.	Sí

Resultados Esperados	Unidad de Medida	Línea de base		Año			Final del Proyecto	Medio de verificación	Indicador vinculado a desembolsos
		Valor	Año	1	2	3			
2. Porcentaje de recobros por concepto de tecnologías no financiadas con la UPC del régimen contributivo saneados	Porcentaje			25	50	75	100	Reporte de ADRES tomando la base de datos que se cree posterior a la radicación que se habilitará por el Acuerdo de Punto Final.	No
3. Porcentaje de cuentas por pagar de las entidades territoriales por concepto de tecnologías no financiados con cargo a la UPC del régimen subsidiado prestados a 31 de diciembre de 2019 pagadas				20	40	60	60	Informe de ejecución del acuerdo de punto final por parte de la Dirección de Financiamiento Sectorial del MSPS.	
4. Número de departamentos/distritos a los cuales se les hace seguimiento de actividades programáticas de promoción y mantenimiento de la salud en el marco de los acuerdos MAITE a través del sistema de información del MSPS <sup>1</sup>	Número de departamentos/distrito	0	2019	2	5	10	10	Informe de verificación de indicador de desembolso del DNP que incluya: Reporte de actividades programáticas trimestral del MSPS y acta de seguimiento trimestral por cada entidad territorial.	Sí
5. Número de entidades usuarias de la herramienta de seguimiento nominal	Número de entidades (EPS y IPS)			6	15	30	30	Informe de implementación de la herramienta nominal del MSPS.	No
6. Proporción de personas de treinta años				5%	10%	40%	40%		No

<sup>1</sup> El Sistema de información utilizará los registros de prestaciones individuales RIPS para realizar seguimiento individual de actividades programáticas de promoción y mantenimiento de la salud.

Resultados Esperados	Unidad de Medida	Línea de base		Año			Final del Proyecto	Medio de verificación	Indicador vinculado a desembolsos
		Valor	Año	1	2	3			
o más en cada territorio priorizado para el Componente 2 con tamizaje para riesgo cardiovascular y metabólico	Porcentaje en cada territorio								
7. Proporción de gestantes con captación temprana al control prenatal (semana 12) en cada territorio priorizado para el Componente 2		24,51%** *	2018	-	40%	50%	50%		
8. Proporción de mujeres entre 25 y 65 años tamizadas para cáncer de cuello uterino con cualquier prueba de tamización en los territorios priorizados para el Componente 2		20,22%** *		25%	30%	50%	50%		
9. Inmigrante <sup>2</sup> afiliados <sup>3</sup>	Número	115.928	2019	220.000	320.000	425.000	425.000	BDUA del MSPS.	Sí
10. Atenciones en salud obstétricas para inmigrantes no afiliados	Número	0	2018	-	9.500	9.500	19.000	Informe del MSPS con base en proceso de auditoría de pagos.	No

\*\*\* Cálculo inicial sujeto a ajustes una vez se haya desarrollado y desplegado la herramienta de seguimiento con base en RIPS.

<sup>2</sup> Incluye a los hijos nacidos en Colombia de los inmigrantes.

<sup>3</sup> Compartido en las operaciones del BID y el Banco Mundial. El financiamiento del BID aporta recursos para el cumplimiento del 47% de esta meta.

## INDICADORES VINCULADOS A DESEMBOLSO (US\$ MILLONES)

Resultados Esperados	Año 1			Año 2			Año 3			Monto total
	META	MONTO	FUENTE	META	MONTO	FUENTE	META	MONTO	FUENTE	
1. Ahorro por valores máximos de recobro o presupuestos máximos en servicios y tecnologías no financiadas con la UPC en régimen contributivo (MILES DE MILLONES)	COP\$20	17.5	Capital Ordinario	COP\$150	17.5	Capital Ordinario	COP\$250	40	Capital Ordinario	75
2. Número de departamentos/distrito a los cuales se les hace seguimiento de actividades programáticas de promoción y mantenimiento de la salud en el marco de los acuerdos MAITE a través del sistema de información del MSPS <sup>4</sup>	2	7.5	Capital Ordinario	5	7.5	Capital Ordinario	10	10	Capital Ordinario	25
3. Población inmigrante <sup>5</sup> afiliada <sup>6</sup>	220,000	25	Capital Ordinario	320,000	25	Capital Ordinario	-	-	-	50
		-	-		5.862*	GRF/PSG**		5.863*	GRF/PSG**	11.725
<b>Total</b>		50			55.862			55.863		161.725

\* De los cuales corresponde a GRF USD 4.8125 millones y a PSG USD 1.050 millones

\*\*Los recursos de GRF y PSG, se desembolsarán a inicios del año posterior al cumplimiento de la meta.

<sup>4</sup> Se utilizará la información de registros de prestaciones individuales RIPS para realizar seguimiento persona a persona de actividades programáticas de promoción y mantenimiento de la salud.

<sup>5</sup> Incluye a los hijos nacidos en Colombia de los inmigrantes.

<sup>6</sup> Compartido en las operaciones del BID y el Banco Mundial. El financiamiento del BID aporta recursos para el cumplimiento del 47% de esta meta.

**PRODUCTOS<sup>7</sup>**

Productos	Unidad de Medida	Línea de base		Año			Meta
		Valor	Año	1	2	3	
Componente 1: Gestión del gasto de servicios y tecnologías no financiados con la UPC							
1.1. Metodología para el cálculo de VMR y pago de servicios y tecnologías no financiados con la Unidad de Pago por Capitación (UPC) por parte del MSPS.	#Metodologías	0	2018	1	0	0	1
1.2. Definición del listado de grupos relevantes con sus VMR para el reconocimiento y pago de servicios y tecnologías no financiados con la UPC por parte del MSPS.	#Listados			2	0	0	2
1.3. Adopción de los VMR en los sistemas de ADRES	#Sistema		2019	1	0	0	1
1.4. Metodología de presupuestos máximos basados en VMR para EPS	#Metodologías			1	0	0	1
1.5. Adopción de los presupuestos máximos en los sistemas de ADRES	#Sistema			0	1	0	1
1.6. Reglamentación del artículo 237 de la Ley del Plan de Desarrollo que define el mecanismo de saneamiento de deudas por concepto de servicios y tecnologías no financiados con la UPC del RC	#Decreto	0	2019	1	0	0	1
1.7. Contratos de transacción entre EPS y ADRES para saneamiento de deudas por concepto de servicios y tecnologías no financiados con la UPC del régimen contributivo firmados	Número			0	4	6	10
1.8. Reglamentación del artículo 238 de la Ley del Plan de Desarrollo mediante el cual se define el mecanismo de evaluación del esfuerzo fiscal de las Entidades Territoriales y la cofinanciación de la Nación para el saneamiento de deudas por concepto de servicios y tecnologías no financiados con la UPC del régimen subsidiado	Número			1	0	0	1
Componente 2: Modelo de Acción Integral Territorial -MAITE							
2.1. Reglamentación que determina el MAITE	#Resolución	0	2018	1	0	0	1
2.2. Diagnósticos por entidad territorial en materia de actividades programáticas de promoción y mantenimiento de la Salud	#Diagnósticos	0	2019	2	5	10	10
2.3. Planes de acción territorial firmados entre Entidades Territoriales y MSPS que contemplen metas de actividades programáticas de promoción y mantenimiento de la salud	Número	0	2019	2	5	10	10
2.4. Sistema de información de seguimiento de actividades programáticas de promoción y mantenimiento <sup>4</sup>	#Sistema			1	0	0	1
2.5. Asistencia técnica en ET a las cuales se realiza seguimiento de actividades programáticas de promoción y mantenimiento	Número de entidades territoriales			2	5	10	10

<sup>7</sup> Los detalles de la descripción completa de la fuente de verificación de cada uno de los productos están en la Matriz de Resultados del Plan de Monitoreo y Evaluación ([EER#1](#)).

Productos	Unidad de Medida	Línea de base		Año			Meta
		Valor	Año	1	2	3	
Componente 3: Cobertura de aseguramiento y servicios para población migrante							
3.1. Encuesta sobre la situación en salud de la población inmigrante	Número	0	2018	1	0	1	2
3.2. Reglamentación de afiliación para inmigrantes venezolanos regulares	#Decreto					0	1
3.3. Estrategia para la afiliación de recién nacidos, niños y niñas al SGSS de padres no afiliados	Número					0	1
3.4. Estrategia de difusión de información sobre las rutas de afiliación y acceso a servicios de salud de población inmigrante implementada	Número	0	2019	1	-	-	1
3.5. Diseño de las atenciones individuales enfocadas en obstetricia que serán financiadas con los recursos no reembolsables	#Documento			1	0	0	1
3.6. Reglamentación de asignación de recursos a las ET que defina los criterios de priorización y el mecanismo de ejecución y control de los recursos	#Resoluciones			0	1	1	2

## ACUERDOS Y REQUISITOS FIDUCIARIOS

**EQUIPO FIDUCIARIO:** Mylenna Cárdenas, Especialista Gestión Financiera y Eugenio Hillman, Especialista Líder en Adquisiciones (VPC/FMP)

### I. Resumen Ejecutivo

- 1.1 El Prestatario es la República de Colombia y el Organismo Ejecutor (OE) del Préstamo Basado en Resultados (PBR) es el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) a través de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) quien opera como una entidad adscrita al MSPS. En la ADRES se encuentra la Dirección de Gestión de Recursos Financieros de la Salud (DGRFS), quien realizará los procesos de tesorería de la operación.
- 1.2 La evaluación de capacidad del MSPS y ADRES se realizó con base en la aplicación de la Plataforma de Análisis de Capacidad Institucional (PACI). La evaluación se focalizó en las instancias que participarán en la ejecución, que incluyó la revisión del proceso de integración entre el MSPS y ADRES sobre la información financiera, los procesos de planificación, presupuestal, adquisición de bienes y servicios, desembolsos, tesorería, contabilidad y monitoreo. Se realizó evaluación de los sistemas fiduciarios según las directrices para la preparación de operaciones PBR. La evaluación de capacidad institucional concluyó que el MSPS y ADRES cuentan con capacidad **alta** para ejecutar la operación, sin embargo, el riesgo fiduciario en la ejecución de la operación es **alto** debido a la complejidad del esquema de ejecución e intervención de actores externos, y la sensibilidad de los temas de la salud para el Gobierno en Colombia. Por lo anterior, el MSPS requiere la definición de una dependencia y asignación de un funcionario responsable con dedicación parcial para el monitoreo y seguimiento del cumplimiento de los indicadores y coordinar la parte operativa frente a los requerimientos del Banco. Adicionalmente, contará con un Manual Operativo (MOP) que definirá la relación entre el MSPS y ADRES, así como sus responsabilidades para la ejecución de la operación.
- 1.3 De acuerdo con la evaluación PEFA<sup>1</sup> y la Guía para Determinar el Nivel de Desarrollo y Uso de los Sistemas de Gestión Financiera Pública (GUS), el sistema de Gestión Financiera Pública de Colombia es un sistema maduro, que en la mayoría de las áreas presenta un buen desempeño, sin embargo, aún no se ajusta completamente los estándares internacionales. Con base en la aplicación de la GUS el Banco validó el uso de los sistemas de Tesorería, Presupuesto y Contabilidad y Reportes los cuales son aplicables al Programa. Adicionalmente, con base en los resultados de la evaluación MAPS<sup>2</sup> y la Guía para la Aceptación del Uso de los Sistemas Nacionales de Adquisiciones se considera que el Sistema de Contratación Pública desde la perspectiva normativa es adecuado y consistente con las prácticas aceptadas internacionalmente, y su uso ha sido autorizado para financiamientos del Banco.
- 1.4 El valor financiado por el Préstamo es de US\$150 millones de capital ordinario del Banco, US\$9.625 millones de la Facilidad No Reembolsable del BID (GRF) y US\$2.210 millones de un PSG de BMZ (CO-G1019) que apoyarán el Componente 3. El total disponible para proyectos es US\$161.725.355 por la deducción de la comisión de administración (US\$110.545). La operación no incluye aporte local, y el plazo de desembolso será de tres años. Se prevé que el Banco Mundial financiará US\$150 millones.

<sup>1</sup> Public Expenditure and Financial Accountability .

<sup>2</sup> Metodología para Evaluación del Sistema de Compras Públicas.

## II. Contexto Fiduciario del Organismo Ejecutor

- 2.1 Los recursos de la operación harán parte del Presupuesto General de la Nación (PGN). Para el Préstamo, la ejecución se realizará a través de los recursos de funcionamiento del MSPS para cubrir el aseguramiento de los servicios de la salud; y para los recursos no reembolsables (GRF y PSG) se realizará a través de un proyecto de inversión; por consiguiente, se llevará el registro en el Sistema Integrado de Información Financiera (SIIF) de forma independiente para cada uno. Para el Préstamo y para los recursos no reembolsables, el MSPS coordinará los procedimientos financieros y administrativos relacionados con la operación (presupuesto, solicitudes de desembolsos, contabilidad general y presentación de estados financieros al Banco); adicionalmente, responderá por los procesos de adquisiciones y contrataciones, específicamente de los recursos no reembolsables. Los recursos del Préstamo se girarán al MSPS, quien autorizará su transferencia a la ADRES, para su ejecución. La ADRES realizará la función de tesorería para los pagos requeridos en la ejecución de los tres componentes del Préstamo y que hacen parte de presupuesto de aseguramiento del MSPS. En cuanto a los recursos no reembolsables, serán ejecutados directamente por el MSPS con cargo al Componente 3.2.
- 2.2 Como fortalezas, el MSPS cuenta con un Sistema Integrado de Gestión de la Calidad, que permite la aplicación de controles y la disposición de recursos para alcanzar los resultados esperados tanto de la entidad como de sus proyectos de inversión. Asimismo, en su estructura el MSPS y ADRES cuentan con una Oficina de Control Interno (OCI) y un proceso de gestión documental, que permite mantener la trazabilidad adecuada de la documentación producida y tramitada por cada entidad. Sin embargo, se identificó que ADRES, a pesar de que cuenta con controles, su efectividad no mitiga del todo los riesgos de la entidad, por lo que inició un proceso de actualización y estableció un Plan de Mejoramiento con las acciones requeridas para fortalecerse en dichos aspectos.

## III. Evaluación del Riesgo Fiduciario

### 3.1 Riesgos fiduciarios de la operación:

Tipo	Riesgo	Nivel	Acciones de Mitigación
Rendición de Cuentas	Dificultad en la identificación de la ejecución de los recursos del Préstamo en el sistema contable y financiero de ADRES, para la rendición de cuentas.	Alto	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ADRES incluirá una revelación en las notas a los Estados Financieros indicando la ejecución de los recursos del Préstamo por componente.</li> <li>- El MSPS realizará un control contable y financiero para monitorear la ejecución y clasificación contable de los recursos desembolsados, en cada rubro correspondiente que dio origen al cumplimiento de resultados de los indicadores.</li> </ul>
Gestión Financiera	Posible opinión calificada sobre los estados financieros de ADRES por parte de la Contraloría General de la República (CGR).		<p>Solucionar las salvedades mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cambio de metodología para el pago de UPC y eliminación de anticipos a las Entidades Prestadoras de Salud (EPS).</li> <li>- Dentro del presupuesto general de la Nación del 2020, el MHCP incluirá dentro del PAC del MSPS los recursos correspondientes a la cuenta por cobrar al Instituto de Seguro Social en liquidación.</li> </ul>



#### **IV. Aspectos para las Estipulaciones Especiales a los Contratos**

- 4.1 Para los recursos no reembolsables el MSPS utilizará el *tipo de cambio* de la conversión de dólares a pesos colombianos. Para el Préstamo no se define tipo de cambio porque rendirá cuentas en pesos.
- 4.2 Para llevar la contabilidad de los recursos no reembolsables, y que el SIIF genere automáticamente los estados financieros consolidados, el MSPS deberá solicitar la creación del plan de cuentas del Programa, incluyendo las dos fuentes para que quede parametrizado de acuerdo con la clasificación por componentes y distribución de los recursos definida en la tabla de “Costo y Financiamiento” del Anexo Único de los Convenios.
- 4.3 El MSPS deberá presentar anualmente y hasta finalizar la operación, para los recursos del Préstamo los Estados Financieros auditados de ADRES y para los recursos no reembolsables los Estados Financieros Consolidados auditados del Proyecto, dentro de los 120 días siguientes al cierre de cada año.

#### **V. Acuerdos y Requisitos para la Ejecución de las Adquisiciones**

##### **Ejecución de las adquisiciones**

- 5.1 De acuerdo con la GN-2869-1, 5.34 las políticas BID para la adquisición de Obras y Bienes (GN-2349-9) y las políticas para la Selección y Contratación de Consultores GN-2350-9) no son aplicables para proyectos de PBR. De la misma manera el Directorio aprobó una excepción relacionada con el origen de bienes y nacionalidad de las firmas e individuos relacionados a un país miembro del BID.
- 5.2 Las adquisiciones de esta operación, teniendo en cuenta que es un PBR, usarán los sistemas de adquisiciones y contrataciones propios del OE. En el caso de los recursos no reembolsables la contratación de la auditoría externa se realizará con base en las políticas y procedimientos del Banco.

##### **Uso de Sistema de Adquisiciones del Organismo Ejecutor**

- 5.3 El sistema de adquisiciones del MSPS y de ADRES es la Ley 80 y Decreto 1150, el cual fue evaluado y aprobado por el Banco y se considera compatible con los principios, prácticas y estándares aceptados internacionalmente.

##### **Adquisiciones Principales:**

- 5.4 Para los recursos del Préstamo no se contemplan adquisiciones por parte del OE quién ejecutará los recursos como parte de su operación mediante el sistema de aseguramiento de la salud.
- 5.5 **Supervisión de Adquisiciones:** Por la naturaleza de esta operación del Préstamo no se llevarán a cabo revisiones de adquisiciones por parte del Banco. Para la Cooperación Técnica el método de supervisión de las adquisiciones será con la modalidad ex ante y será supervisado adicionalmente por medio de auditorías.
- 5.6 **Registros y archivos:** Todos los documentos y registros de la operación, particularmente aquellos que sirven de soporte a la gestión fiduciaria deben ser conservados por el MSPS y ADRES, por un período mínimo de 20 años a partir de la fecha de terminación de plazo del contrato o de su liquidación cuando es obligatoria. La responsabilidad de la documentación fiduciaria de la operación recae sobre el Grupo de Gestión Contractual, Grupo de Ejecución y Liquidación Contractual, cada uno de

acuerdo con su competencia y Grupo de Administración Documental de la Secretaría General, una vez cumplidos los términos de permanencia en el archivo de gestión respectivo.

## VI. Gestión Financiera

- 6.1 **Programación y presupuesto:** El Gobierno Nacional, a través de la Dirección General de Presupuesto Público Nacional y el Departamento Nacional de Planeación (DNP), es el responsable de la programación presupuestal, trámite que concluye con la aprobación de la Ley Anual de Presupuesto por el Congreso de la República. Los recursos de la operación estarán incluidos en el PGN en cabeza del MSPS a través del SIIF. Para el caso del Préstamo, estarán dentro del rubro de aseguramiento de la salud (código 10 que será sustituido por el código 14 en la vigencia 2020) y para los recursos GFR y PSG serán registrados como un proyecto de inversión financiado con recursos de donación (código 15). No están previstas dificultades presupuestales.
- 6.2 **Contabilidad y sistemas de información:** El órgano rector de la contabilidad pública en Colombia es la Contaduría General de la Nación (CGN), que da las directrices sobre la forma de llevar la contabilidad de las entidades que conforman el PGN. El MSPS utilizará el SIIF para el control presupuestal, contable y de tesorería de la operación y ejecutará el presupuesto a través de la transferencia de recursos a ADRES. El MSPS realizará el registro contable de dicha operación en cuentas de orden bajo el método de causación y realizará un control contable y financiero para monitorear la ejecución y clasificación contable de los recursos desembolsados, en cada uno de los rubros correspondientes que dieron origen al cumplimiento de resultados de los indicadores.
- 6.3 La ADRES llevará la contabilidad de conformidad con el Plan General de Contabilidad Pública, los principios, normas, interpretaciones y guías de contabilidad e información financiera en materia de contabilidad pública a cargo de la CGN. Las políticas de contabilidad de ADRES están de acuerdo con las Normas de Contabilidad y de Información Financiera Aceptadas en Colombia e instrucciones y prácticas de la Superintendencia Financiera de Colombia. ADRES la registrará bajo el método de causación la contabilidad de los recursos del Préstamo, en su sistema contable Microsoft Dynamics AX2012 ERP, que se caracteriza por ser multiusuario. El sistema cuenta con tres módulos (presupuesto, tesorería y contabilidad) y genera un reporte de los pagos realizados por ADRES a las EPS, de los recursos destinados para el aseguramiento de salud, que es enviado al MSPS mensualmente.
- 6.4 Para el Préstamo, el Banco aceptará los Estados Financieros Básicos de ADRES, los cuales son preparados bajo el método de causación y en pesos, considerando que incluirán la ejecución de los recursos del Préstamo; por lo anterior, se requerirá la inclusión de una nota explicativa indicando el uso de estos por componente.
- 6.5 Para los recursos GRF y PSG, el MSPS preparará Estados Financieros del Proyecto consolidando estas fuentes, sobre la base contable de efectivo y en dólares, para lo cual, se deberá crear una sola subunidad en el SIIF, diferenciando la fuente de financiación. Dichos estados financieros consolidados se generarán en forma automática directamente del SIIF.
- 6.6 **Desembolsos y flujo de caja:** Se habilitará una cuenta bancaria especial en dólares en la entidad financiera designada por el MHCP para cada instrumento de financiamiento (Préstamo, GRF y PSG). El MSPS tramitará ante MHCP las solicitudes de desembolso correspondientes al Préstamo, las cuales serán presentadas por esa entidad al Banco.

Las solicitudes de desembolso correspondientes a los recursos GRF y PSG deberán ser presentadas por el MSPS directamente al BID. El MSPS solicitará al MHCP realizar las transferencias de los recursos del Préstamo a ADRES, quien tendrá a su cargo la gestión de tesorería de estos, los cuales ingresarán a la cuenta general que tiene ADRES para el manejo de los recursos de la salud entregados por el MSPS. El Banco realizará los desembolsos en dólares con base en el cumplimiento de los indicadores acordados en cada componente tanto del Préstamo como de los recursos no reembolsables. No habrá anticipos ni financiamiento retroactivo. A continuación, el flujo estimado de fondos en dólares americanos:

Años Ejecución	2020	2021	2022	Acumulado
<b>Saldo por desembolsar</b>	<b>161.725.355</b>	<b>111.725.355</b>	<b>55.862.678</b>	<b>0</b>
<b>Desembolsos</b>	<b>50.000.000</b>	<b>55.862.677</b>	<b>55.862.678</b>	<b>161.725.355</b>
Préstamo	50.000.000	50.000.000	50.000.000	150.000.000
GRF	0	4.812.500	4.812.500	9.625.000
PSG	0	1.050.177	1.050.178	2.100.355
<b>Ejecución de Recursos</b>	<b>50.000.000</b>	<b>55.862.677</b>	<b>55.862.678</b>	<b>161.725.355</b>
Componente 1	17.500.000	17.500.000	40.000.000	75.000.000
Componente 2	7.500.000	7.500.000	10.000.000	25.000.000
Componente 3	25.000.000	30.862.677	5.862.678	61.725.355
Subcomponente 3(i)	25.000.000	25.000.000		50.000.000
Subcomponente 3(ii)	0	5.827.677	5.827.678	11.664.000
Auditoría Recursos no Reembolsables	0	35.000	35.000	70.000
<b>Saldo por desembolsar</b>	<b>111.725.355</b>	<b>55.862.678</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

- 6.7 **Control interno y auditoría interna:** Los roles que desempeña la OCI del MSPS y de ADRES incluyen: (i) acompañamiento y asesoría a comités; (ii) evaluación, seguimiento y valoración de riesgos; (iii) fomentar la cultura de control; y (iv) ejercer la relación con la CGR y Archivo General de la Nación. Esta labor de control interno está enmarcada en la ley 87 de 1993.
- 6.8 **Control externo e informes:** La CGR realiza auditorías anuales externas de manera selectiva y posterior al cierre del año fiscal, la cual es realizada al MSPS y ADRES en forma independiente. Adicionalmente, MSPS por contar con una certificación de calidad a sus procesos debe realizar anualmente la contratación de una firma externa para realizar auditorías de cumplimiento de los procedimientos certificados de calidad bajo la norma ISO 9001.
- 6.9 El Banco aceptará los estados financieros de ADRES auditados por la CGR, condicionado a que se cuente con el acompañamiento de una firma consultora durante el desarrollo de la auditoría y con la revisión posterior de los papeles de trabajo por un consultor, con el fin de asegurar la calidad de la auditoría, debido a que la CGR no es elegible para auditar proyectos del Banco. Para la vigencia 2020, dichas consultorías serán financiadas con los recursos de la operación CO-L1154 y para las vigencias 2021 y 2022 serán financiadas por el Banco. Para la auditoría de la vigencia 2020, se ha acordado con la CGR incluir el proyecto como parte de una auditoría piloto, en el marco de la ejecución del Programa financiado con la operación CO-L1154 y de la

implementación del plan de acción, producto de la evaluación realizada en el 2018 a la CGR bajo la metodología SAI-PMF. En el caso, en que, la CGR no realice la auditoría de los estados financieros de ADRES, para las vigencias 2021 y 2022, estos deberán ser auditados por una firma de auditoría independiente aceptable al Banco, la cual deberá ser contratada con las políticas y procedimientos del Banco y financiada con los recursos del Préstamo.

- 6.10 Los Estados Financieros Consolidados de los recursos GRF y PSG serán auditados anualmente, por una firma de auditoría independiente aceptable al Banco, la cual será financiada con los recursos no reembolsables (presupuesto estimado: US\$70.000). La contratación de esta auditoría se realizará de conformidad con los procedimientos y los términos de referencia previamente acordados con el Banco.
- 6.11 Los Estados Financieros Auditados (EFA) de cada instrumento serán enviados al Banco dentro de los 120 días siguientes al cierre de cada ejercicio fiscal del MSPS durante el plazo original de desembolsos o sus extensiones. El último EFA de cada instrumento se presentará dentro de los 120 días siguientes a la fecha de último desembolso. Según la política de acceso y divulgación de información vigente del Banco, los EFA del proyecto serán publicados en los sistemas del Banco.
- 6.12 **Plan de supervisión:** El Banco llevará a cabo anualmente, una revisión “in situ”, que incluirá la verificación de los acuerdos fiduciarios utilizados para la administración de la operación, y en particular del control de la ejecución de los recursos a través de ADRES, de acuerdo con los requisitos definidos en este anexo.

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

PROYECTO DE RESOLUCIÓN DE-\_\_\_/20

Colombia. Préstamo \_\_\_\_/OC-CO a la República de Colombia  
Programa para Mejorar la Sostenibilidad del Sistema  
de Salud en Colombia con Enfoque Inclusivo

El Directorio Ejecutivo

RESUELVE:

Autorizar al Presidente del Banco, o al representante que él designe, para que, en nombre y representación del Banco, proceda a formalizar el contrato o contratos que sean necesarios con la República de Colombia, como prestatario, para otorgarle un financiamiento destinado a cooperar en la ejecución del Programa para Mejorar la Sostenibilidad del Sistema de Salud en Colombia con Enfoque Inclusivo. Dicho financiamiento será hasta por la suma de US\$150.000.000, que formen parte de los recursos del Capital Ordinario del Banco, y se sujetará a los Plazos y Condiciones Financieras y a las Condiciones Contractuales Especiales del Resumen del Proyecto de la Propuesta de Préstamo.

(Aprobada el \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020)

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

PROYECTO DE RESOLUCIÓN DE-\_\_\_/20

Colombia. Financiamiento No Reembolsable para Inversión \_\_\_\_/GR-CO a la República de Colombia. Programa para Mejorar la Sostenibilidad del Sistema de Salud en Colombia con Enfoque Inclusivo

El Directorio Ejecutivo

RESUELVE:

Autorizar al Presidente del Banco, o al representante que él designe, para que, en nombre y representación del Banco, en su calidad de Administrador de la Cuenta de la Facilidad de Financiamiento No Reembolsable del BID, en adelante la “Cuenta”, proceda a formalizar el contrato o contratos que sean necesarios con la República de Colombia, como beneficiario, con el objeto de otorgarle un financiamiento no reembolsable para inversión para cooperar en la ejecución del Programa para Mejorar la Sostenibilidad del Sistema de Salud en Colombia con Enfoque Inclusivo. Dicho financiamiento no reembolsable para inversión será hasta por la suma de US\$9.625.000, que formen parte de los recursos de la Cuenta, y se sujetará a los Plazos y Condiciones Financieras y a las Condiciones Contractuales Especiales del Resumen de Proyecto de la Propuesta de Financiamiento No Reembolsable para Inversión.

(Aprobada el \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020)

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

PROYECTO DE RESOLUCIÓN DE-\_\_\_/20

Colombia. Financiamiento No Reembolsable para Inversión GRT/\_\_\_-\_\_\_\_-CO  
Programa para Mejorar la Sostenibilidad del Sistema de Salud en Colombia  
con Enfoque Inclusivo

El Directorio Ejecutivo

RESUELVE:

1. Autorizar al Presidente del Banco, o al representante que él designe, para que, en nombre y representación del Banco, formalice el convenio o los convenios que sean necesarios con la República de Colombia, con la finalidad de otorgarle un financiamiento no reembolsable para inversión por un monto de hasta €2.000.000 con cargo a los recursos otorgados por el Gobierno de Alemania a través del Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo (BMZ), de conformidad con el convenio o convenios indicados en el párrafo 2 a continuación, y adopte las demás medidas que sean pertinentes para la ejecución de la propuesta de proyecto contenida en el documento PR-\_\_\_\_\_.
2. Autorizar al Presidente del Banco, o al representante que él designe, para que, en nombre y representación del Banco, formalice con el Gobierno de Alemania el convenio o los convenios que sean necesarios para recibir y administrar los recursos para los fines descritos en la propuesta de proyecto indicada en el párrafo 1 anterior, y adopte las demás medidas que sean pertinentes para la ejecución de dicho convenio o convenios.
3. Que la autorización otorgada en el párrafo 1 anterior, sólo será efectiva cuando el Banco y el Gobierno de Alemania hayan suscrito el convenio o convenios correspondientes indicados en el párrafo 2.

(Aprobada el \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020)

**PROGRAMA PARA MEJORAR LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA DE SALUD EN  
COLOMBIA CON ENFOQUE INCLUSIVO**

**CO-G1019**

**CERTIFICACIÓN**

Por la presente certifico que esta operación fue aprobada para financiamiento a través de un acuerdo para Proyectos Específicos (PSG) por un monto de hasta **EUR2.000.000** (un equivalente aproximado de **US\$2.210.900**) para financiar las actividades descritas y presupuestadas en este documento.

El compromiso del donante no tiene validez hasta que el acuerdo de administración de PSG entre el BID y el donante sea acordado y firmado para esta operación. Por lo tanto, esta certificación permanecerá condicional hasta que el acuerdo o acuerdos de administración de PSG correspondientes estén firmados y sean efectivos

Certificado por:

(Original firmado)

2/27/20

\_\_\_\_\_  
Sonia M. Rivera

\_\_\_\_\_  
Fecha

Jefe

Unidad de Gestión de Donaciones y Cofinanciamiento  
ORP/GCM