

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

COLOMBIA

**INICIATIVA REGIONAL PARA LA ELIMINACIÓN DE LA MALARIA (IREM) EN
MESOAMÉRICA Y REPÚBLICA DOMINICANA**

(CO-G1013)

PROPUESTA DE FINANCIAMIENTO NO REEMBOLSABLE

Este documento fue preparado por el equipo de proyecto integrado por: Jaime Cardona, Jefe de Equipo (SCL/SPH); Emma Iriarte, Álvaro González, Mauricio Dinarte, Edison Soto, Mauricio Pérez, Neili Bermúdez, Pedro Bernal, e Isabel Delfs (SCL/SPH); Gerardo Ramírez, y Mónica Rojas (CAN/CCO); Esteban de Dobrzynski (LEG/SGO); Eugenio H. Hillman, y Claudia Mylenna Cárdenas (VPC/FMP); Elizabeth Graybill Do Nascimento, y Soraya Senosier (VPS/ESG).

De conformidad con la Política de Acceso a Información el presente documento está sujeto a divulgación pública.

ÍNDICE

RESUMEN DEL PROYECTO.....	1
I. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO Y MONITOREO DE RESULTADOS.....	2
A. Antecedentes, problemática y justificación.....	2
B. Objetivos, componentes y costo	13
C. Indicadores claves de resultados.....	15
II. ESTRUCTURA DE FINANCIAMIENTO Y PRINCIPALES RIESGOS	15
A. Instrumentos de financiamiento	15
B. Riesgos ambientales y sociales	17
C. Riesgos fiduciarios.....	17
D. Otros riesgos y temas claves	18
III. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN Y GESTIÓN.....	20
A. Resumen de los arreglos de implementación	20
B. Resumen de los arreglos para el monitoreo de resultados	22

ANEXOS	
Anexo I	Matriz de Efectividad en el Desarrollo (DEM) - Resumen
Anexo II	Matriz de Resultados
Anexo III	Acuerdos y Requisitos Fiduciarios

ENLACES ELECTRÓNICOS REQUERIDOS (EER)	
EER#1	Plan de Ejecución Plurianual (PEP) / Plan Operativo Anual (POA)
EER#2	Plan de Monitoreo y Evaluación
EER#3	Plan de Adquisiciones

ENLACES ELECTRÓNICOS OPCIONALES (EEO)	
EEO#1	Estudio de Costo Beneficio
EEO#2	Marco de Desempeño
EEO#3	Teoría de Cambio
EEO#4	Matriz de Seguimiento
EEO#5	Plan Estratégico Nacional para el Control y la Eliminación de la Malaria 2018-2035 (PENM)
EEO#6	Manual de Operaciones del Proyecto

APÉNDICES REQUERIDOS	
Apéndice I	Certificación GCM

ABREVIATURAS	
AL	Aporte Local
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BMGF	Fundación Bill & Melinda Gates
CHAI	Iniciativa Clinton de Acceso a la Salud
COMISCA	Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana
DTI-R	Diagnóstico, Tratamiento, Investigación y Respuesta
EG	Entes Gestores
EGF	Equipo de Gestión de Focos
EGI	Estrategia de Gestión Integrada
ETV	Enfermedades Transmitidas por Vectores
FEM	Facilidad de Financiamiento Combinado para la Erradicación de la Malaria (Fondo Fiduciario de Múltiples Donantes)
IC	Impacto Colectivo
INS	Instituto Nacional de Salud
IPA	Índice Parasitario Anual
IPM	Índice de Pobreza Multidimensional
IPS	Instituciones Prestadoras de Salud
IREM	Iniciativa Regional para la Eliminación de la Malaria en Mesoamérica y República Dominicana
ISM	Iniciativa Salud Mesoamérica
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
MTILD	Mosquiteros Tratados con Insecticida de Larga Duración
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OE	Organismo Ejecutor
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
P.	Plasmodium
PA	Plan de Adquisiciones
PDR	Pruebas de Diagnóstico Rápido
PM	Proyecto de Desarrollo e Integración de Mesoamérica
PEP	Plan de Ejecución del Proyecto
MOP	Manual de Operaciones del Proyecto
SE-COMISCA	Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Centro América y República Dominicana
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SIVIEN	Sistema de Información de Vigilancia Entomológica
SIVIGILA	Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública
TD	Tramo de Desempeño
TI	Tramo de Inversión
TILD	Toldillos Tratados con Insecticida de Larga Duración
UCP	Unidad Coordinadora de Proyecto

RESUMEN DEL PROYECTO
COLOMBIA
INICIATIVA REGIONAL PARA LA ELIMINACIÓN DE LA MALARIA (IREM) EN
MESOAMÉRICA Y REPÚBLICA DOMINICANA
(CO-G1013)

Términos y Condiciones Financieras			
Beneficiario:	No reembolsable		
República de Colombia	Fuente BID (Fondo FEM)	Monto (US\$)	%
	Tramo de Inversión (TI) ^(a)	2.422.106	22
	Primer Tramo de Desempeño (I TD)	581.306	5
Organismo Ejecutor (OE):	Segundo Tramo de Desempeño (II TD)	871.958	8
Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS)	Total BID: TI y TD	3.875.370	35
	Aporte Local (AL): TI	7.255.318	65
	Total:	11.130.688	100
Período de desembolso:	4 años o hasta 31 de diciembre de 2022		
Moneda de aprobación:	Dólares de los Estados Unidos de América		
Esquema del Proyecto			
Objetivo del proyecto/descripción: El objetivo de la operación es contribuir a la reducción de los casos de malaria al año 2020 en Colombia a través de mejoras en el acceso a servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento, y mediante la detección y manejo oportuno de los casos autóctonos e importados.			
Condiciones contractuales especiales previas al primer desembolso: (i) que se haya designado al coordinador operativo del Proyecto de conformidad con los Términos de Referencia previamente acordados con el Banco, con lo que se garantizará la conformación de la UE; (ii) que se haya firmado y entrado en vigencia un convenio interadministrativo marco entre el MSPS y el grupo de EG que recibirán financiamiento del MSPS, en donde se establezca el alcance del Proyecto, el modelo de gobernanza, y las responsabilidades de cada una de las partes (¶3.1), dado que van a ejecutar recursos de la operación; (iii) que el Banco haya aprobado y que haya entrado en vigencia el Manual de Operaciones del Proyecto (MOP), con el fin de regular el funcionamiento y responsabilidades de todas las instancias involucradas en la ejecución, del nivel central del MSPS y de los Entes Gestores; y (iv) que el Banco haya recibido el Plan de Ejecución elaborado por el Beneficiario, con el fin de asegurar las condiciones de planeación necesarias para inicio oportuno del proyecto (¶3.5).			
Excepciones a las políticas del Banco: Ninguna.			
Alineación Estratégica			
Desafíos ^(b) :	SI <input checked="" type="checkbox"/>	PI <input checked="" type="checkbox"/>	EI <input type="checkbox"/>
Temas Transversales ^(c) :	GD <input checked="" type="checkbox"/>	CC <input type="checkbox"/>	IC <input checked="" type="checkbox"/>

^(a) Fondo FEM: Facilidad de Financiamiento Combinado para la Erradicación de la Malaria (Fondo Fiduciario de Múltiples Donantes): GN-2901-1.

^(b) SI (Inclusión Social e Igualdad); PI (Productividad e Innovación); y EI (Integración Económica).

^(c) 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

- 1.1 **La carga¹ de la malaria en el mundo.** La malaria es una enfermedad causada por parásitos *Plasmodium* (*P.*): *P. falciparum*, *P. vivax*, *P. ovale*, *P. malariae* y *P. knowlesi* que infectan mosquitos hembra *Anopheles*, los cuales se alimentan de sangre. El *P. falciparum* es el que con mayor frecuencia provoca infecciones severas e incluso la muerte. *P. vivax* y *P. ovale* pueden ocasionar recaídas meses o años después de la primera infección²; *P. vivax* predomina en los países que son candidatos óptimos a la eliminación de la enfermedad³ y, aunque con menos frecuencia que *P. falciparum*, puede provocar infecciones severas y la muerte.
- 1.2 La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en 2017 a nivel mundial se registraron 219 millones de casos, principalmente en África (92%), sureste de Asia (5%) y este del Mediterráneo (2%); en la región Pacífica Occidental y la región de las Américas se reportaron en conjunto el 1% de los casos. Se reportaron 435.000 muertes en 2017, el 93% de las cuales ocurrió en África, y 46 países reportaron menos de 10.000 casos⁴. En América el número de casos y muertes se ha reducido, pero en los últimos dos años hubo un aumento en el, debido al incremento reportado en Brasil y Venezuela⁵. En Centroamérica, el número de casos y muertes ha mantenido una tendencia al descenso, excepto en Nicaragua, Guatemala y Honduras, en los últimos años. En esta subregión, Belice, Costa Rica y El Salvador se encuentran cerca de la eliminación⁶.
- 1.3 **La situación de la malaria en Mesoamérica y Suramérica.** En los países de América Latina la malaria se concentra en un número limitado de áreas geográficas⁷ que suelen estar habitados por grupos poblacionales con altos índices de pobreza, exclusión social y económica⁸, generalmente de difícil acceso, y con insuficiente oferta de servicios de salud. En Mesoamérica predomina la transmisión por *P. vivax*. En las últimas dos décadas se ha reducido el número de casos de malaria en aproximadamente un 90%, uno de los mayores descensos observados en el mundo⁹. Sin embargo, en los últimos años se ha registrado una tendencia al estancamiento. Países como Nicaragua, Guatemala y Honduras han experimentado un aumento en el registro de casos. Por su parte, Belice, Costa Rica y El Salvador, a pesar de estar muy cerca de la eliminación, la reducción de casos se ha detenido, y una situación similar se presenta en México, Panamá, y República Dominicana.

¹ De acuerdo con la OMS la carga de la enfermedad describe la muerte y la pérdida de salud debido a las lesiones y factores de riesgo asociados a una condición o enfermedad particular.

² Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2018. *Malaria: Frequently Asked Questions (FAQs)*. U.S. Department of Health & Human Services. Global Health – Division of Parasitic Diseases and Malaria. Available at: <https://www.cdc.gov/malaria/about/faqs.html>.

³ OMS y OPS. 2017. Marco para la Eliminación de la Malaria. ISBN: 978-92-75-31965-9. Página 11.

⁴ OMS. 2018. *World Malaria Report 2018*. [Disponible aquí](#)

⁵ Ídem.

⁶ Ídem.

⁷ El 66% de los municipios en Mesoamérica no reportan casos autóctonos de malaria, 27% tiene menos de un caso/ 1.000 personas y el 8% tienen más de 1 caso/1.000 personas.

⁸ El entorno ambiental y la realidad socioeconómica de esta población les obliga a realizar actividades económicas de mayor exposición al vector como la minería y la agricultura.

⁹ Ídem.

- 1.4 En Suramérica, si bien la malaria ha sido una enfermedad endémica en esta zona, algunos países de la región han realizado progresos significativos hacia su reducción. Paraguay fue certificado por la OMS como un país libre de malaria en el 2018, el primero en 45 años en recibirla en el continente americano, y Argentina se encuentra en el proceso de certificación¹⁰. Sin embargo, Guyana Francesa ha incrementado en más del doble el número de casos y Venezuela ha mostrado un incremento en más del 70% entre el 2016 y el 2017. La transmisión de la malaria en los países continúa siendo focal; en el departamento de Chocó en Colombia, la región Loreto en Perú y el estado de Bolívar en Venezuela. En general, los factores socioculturales entre las poblaciones afectadas y la dispersión geográfica donde viven dificultan la implementación de intervenciones especialmente en las regiones interfronterizas, donde los flujos migratorios continuos crean desafíos adicionales.
- 1.5 **Situación de la malaria en Colombia.** La malaria representa un problema de salud pública, debido a que cerca del 85% del territorio rural está situado por debajo de los 1.600 metros sobre el nivel del mar con condiciones climáticas, geográficas y epidemiológicas aptas para la transmisión de la enfermedad. Aproximadamente 25 millones¹¹ de personas en el país se encuentran en riesgo de contagio en las cinco regiones eco-epidemiológicas: Amazónica, Andina, Atlántica, Orinoquía y Pacífica. Los principales determinantes que favorecen la transmisión de la malaria en Colombia son: (i) escenarios eco-epidemiológicos variables debido a interacciones socio-económicas, políticas y culturales diversas; (ii) características geográficas del territorio; (iii) problemas sociales, actividades ilícitas, conflicto armado activo y ausencia de instituciones estatales en áreas rurales dispersas; (iv) desarrollo de resistencia a los medicamentos antimaláricos tradicionales; y (v) cambios en el sistema de salud que han debilitado las capacidades de los niveles locales¹².
- 1.6 El comportamiento de la malaria en Colombia ha sido cambiante debido al establecimiento de asentamientos humanos en las áreas de riesgo, el uso del suelo, las opciones laborales, las iniciativas de lucha antimalárica y, en las últimas décadas, por el conflicto armado y las actividades económicas ilegales (cultivos de coca y la minería ilegal) que incrementan migración (y alteran las condiciones reproductivas del mosquito¹³). En el año 2007 se introdujo la notificación individual (nominal) de casos, mejorando la calidad y oportunidad de la información disponible.
- 1.7 Colombia tiene un sistema de salud basado en el aseguramiento con una cobertura prácticamente universal (96%). Actualmente está experimentando una transformación hacia la cobertura efectiva en salud, mediante la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) que propone un modelo de atención integral territorial y que se materializa en las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS)¹⁴. A su vez, el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (PDSP) de

¹⁰ OMS, 2018. World Malaria Report 2018. ISBN 978-92-4-156565-3

¹¹ Instituto Nacional de Salud, Informe de evento Malaria, 2017. Malaria Colombia. 1-19.

¹² Padilla, JC; Álvarez, G; Montoya, R; Chaparro, P y Herrera, S. 2011. *Epidemiology and control of malaria in Colombia. Mem Inst Oswaldo Cruz*. 116(Suppl. I): 114-122.

¹³ Rozo, 2018. *Unintended Effects of Illegal Economic Activities: Illegal Gold Mining and Malaria*. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2834623>.

¹⁴ MSPS, 2016. PAIS. Resolución Ministerial 429 de 2016.

Colombia, estableció las prioridades en salud para la población en este período, dentro de las cuales se encuentra la malaria¹⁵, cuyas metas son de obligatorio cumplimiento a nivel nacional, y que establece los lineamientos para la atención de casos de malaria con base en la evidencia¹⁶.

- 1.8 **La experiencia del país.** El Plan Estratégico Nacional de Malaria (PENM) 2018-2022 que incluye la ruta de acción estratégica para la promoción de la salud, prevención, vigilancia y control de la malaria en concordancia con la Estrategia Técnica Mundial de Eliminación de Malaria 2016-2030, propuesta por la OMS y con las acciones específicas que deben emprender los territorios y los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). El PENM pretende orientar a las Entidades Territoriales, las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y demás actores para la aplicación de esta directriz y reducir la mortalidad por malaria en un 80%, disminuir la morbilidad en un 60% y eliminar la malaria urbana y periurbana en el territorio nacional¹⁷.
- 1.9 El PENM ha propuesto las siguientes líneas de acción: (i) acceso universal a intervenciones de calidad para la prevención de la malaria, el control integrado de los vectores y el diagnóstico y tratamiento; (ii) fortalecimiento de la vigilancia de la malaria para avanzar hacia la toma de decisiones y respuesta basadas en datos científicos; (iii) fortalecimiento de los sistemas de salud, la planificación estratégica, el seguimiento y la evaluación, las investigaciones operativas y la creación de capacidad a nivel de país; (iv) fortalecimiento de iniciativas estratégicas de promoción de la causa, comunicación y alianzas y colaboraciones; y (v) promoción de esfuerzos centralizados y métodos adaptados, según el caso, para facilitar la eliminación de la malaria y prevenir su reintroducción en áreas libres de malaria. Adicionalmente, propone tres componentes transversales: gerencia, inteligencia epidemiológica y gestión del conocimiento¹⁸.
- 1.10 Pese a los avances, el número de casos absoluto permanece elevado. En el año 2017 se contabilizaron 55.117 casos (1.015 de malaria complicada¹⁹ y 19 muertes por malaria). Para el 2018, se notificaron 62.141 casos (963 de malaria complicada y 9 muertes por malaria)²⁰.
- 1.11 La especie de mayor transmisión ha sido *P. vivax* (alrededor del 65% de los casos), sin embargo, desde el año 2014 predomina *P. falciparum*. Los grupos de edad más afectados están entre 5 y 24 años (cerca del 50% de la población). La región Pacífica aporta la mayor proporción de casos (50%), seguida por la región Caribe (Urabá, Bajo Cauca y Alto Sinú) y la Orinoquía. Los departamentos con mayor número son: Chocó (Pacífica), Nariño (Pacífica), Córdoba (Caribe), Antioquia (Caribe) y Guainía (Orinoquía)²¹. Preocupa el crecimiento reciente del número de

¹⁵ MSPS, 2016. PDSP 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú. Imprenta Nacional.

¹⁶ MSPS, 2016. RIAS Malaria. Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud (IETS), con el apoyo del BID.

¹⁷ MSPS, 2018. PENM 2018-2022, INS y OPS.

¹⁸ Ibid.

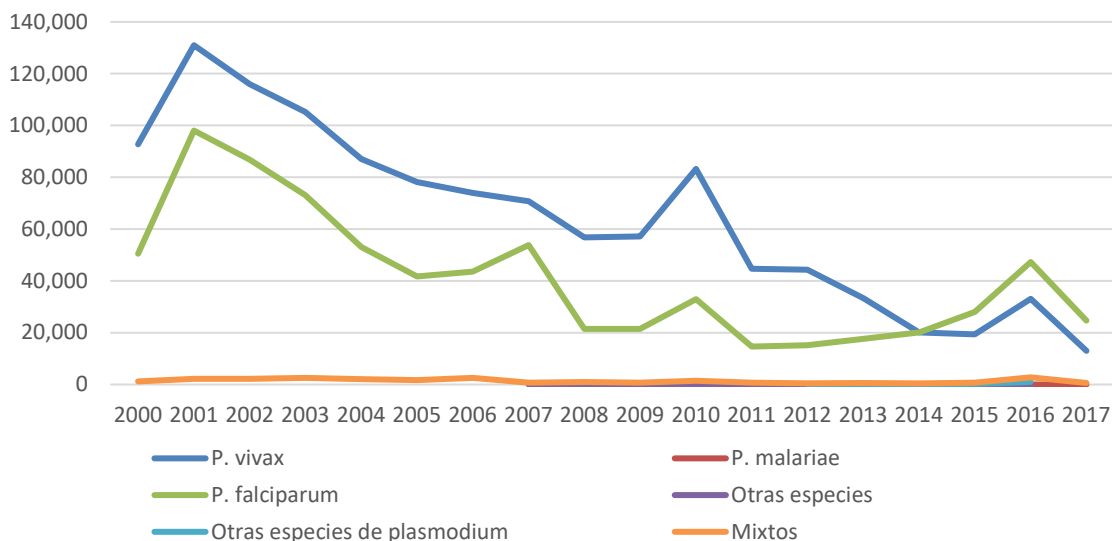
¹⁹ La malaria complicada se caracteriza por una obstrucción vascular derivada de glóbulos rojos parasitarios y el proceso inflamatorio originado por la presencia del P. Mientras que la no complicada es sintomática sin signos de severidad o evidencia de disfunción de un órgano vital.

²⁰ INS. 2018. Informe evento malaria a período epidemiológico XIII-2018.

²¹ INS. 2018. Comportamiento Epidemiológico de la Malaria en Colombia a la semana 40 de 2018. Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública. Grupo ETV – Zoonosis.

casos importados provenientes de Venezuela a partir de 2014, alcanzando 1.324 casos en 2017 y 1.734 casos en el 2018 (Ver Figura 1).

Figura 1: Casos de malaria por especie, 2000 – 2017.



Fuente: Organización Panamericana de la Salud, PAHO 2018.

1.12 Causas y factores que impiden la eliminación de la malaria en Colombia.

Las principales causas tanto directas como indirectas del aumento de los casos de malaria son: (i) limitaciones en el acceso universal al diagnóstico y tratamiento, a pesar de estar incluidos en el PBS por ausencia de contratación de personal en puestos de difícil acceso y carencia de sistemas de vigilancia de la respuesta terapéutica; (ii) poca familiaridad con el riesgo, signos, síntomas y complicaciones de la malaria; (iii) cambios en las políticas públicas y sus consecuencias sobre el programa de Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV) a nivel central y local; (iv) problema epistemológico en el diseño de las prácticas para eliminar la malaria (cambios en los conceptos de erradicación a control y, ahora, a eliminación); y (v) intereses comerciales y de mercado que pueden determinar el ingreso de Pruebas de Diagnóstico Rápido (PDR), medicamentos, insecticidas, Mosquiteros Tratados con Insecticida de Larga Duración (MTILD)²² no regulados. Ver Figura 2 del [EER#2](#).

1.13 Justificación de la intervención. Un análisis reciente evaluó la viabilidad de la eliminación de la malaria en el mundo y encontró que los países de las Américas tienen el mayor potencial para la eliminación del *P. falciparum* y el *P. vivax*²³. El avance hacia la eliminación es importante por el alto costo social y económico que la enfermedad representa, al estar asociada con menor productividad laboral²⁴, menores ingresos y bienestar²⁵ y mayor discapacidad²⁶, ya que afecta

²² Blair, S. 2012. Retos para la eliminación de la malaria en Colombia: un problema de saber o de poder. *Biomédica*. 32 (Supl.): 131-148.

²³ Tatem_AJ and Smith_DL. 2010. *International population movements and regional Plasmodium falciparum malaria elimination strategies*. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 107(27):12222-7. Disponible [aquí](#).

²⁴ *Malaria Eradication in the Americas: A Retrospective Analysis of Childhood Exposure*. Disponible [aquí](#).

²⁵ Cáceres. Epidemiología de malaria por Plasmodium malariae en Venezuela, 1999 – 2008. Disponible [aquí](#).

²⁶ Hong. 2013, *Malaria: An early indicator of later disease and work level*. Disponible [aquí](#).

principalmente a la población económicamente activa. También se ha demostrado que la Malaria puede afectar el desarrollo cognitivo de los niños que la padecen²⁷. Además, la resistencia a los medicamentos antimaláricos está aumentando y se estima que la población de mosquitos siga creciendo y poblando nuevas áreas, resultado del cambio climático²⁸. Es importante destacar que los costos de eliminación de la malaria son más altos que los costos de control, pero los beneficios de eliminación superan sus costos^{29,30}.

- 1.14 **Iniciativa Regional para la Eliminación de la Malaria (IREM).** Los países de Centroamérica, Colombia, México y República Dominicana, junto al Banco Interamericano de Desarrollo, han acordado desarrollar IREM, la cual tiene por finalidad la eliminación de la transmisión autóctona de malaria en la región de Mesoamérica y en regiones aledañas a la misma para el año 2020. Los elementos centrales de la IREM son: (i) abordaje regional; (ii) mejora de la calidad; (iii) fomento de una cultura de aprendizaje; y (iv) asistencia técnica estratégica y operacional enfocada en la eliminación de la malaria. La IREM ha trazado un marco de actuación hasta el 2022 para consolidar los logros y las condiciones necesarias para evitar la reintroducción de la malaria en la región. La implementación de la IREM es apoyada a través de un fondo fiduciario de múltiples donantes administrado por el Banco denominado *Malaria Elimination Blending Facility (Multi-donor Trust Fund)* (Fondo FEM) - Documento GN-2901-1. A la fecha *Bill & Melinda Gates Foundation*, la Fundación Carlos Slim y *The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria* han efectuado contribuciones al Fondo FEM para financiar las propuestas en el marco de la IREM.
- 1.15 El Banco, junto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Centro América y Republica Dominicana (SE-COMISCA), incluyendo el Mecanismo de Coordinación Regional, la Dirección Ejecutiva del Proyecto de Desarrollo e Integración de Mesoamérica (PM) y la *Clinton Health Access Initiative* (CHAI) integran el Comité Estratégico y Operacional que proporcionará asistencia técnica y operativa a los países. De igual manera, el COMISCA y PM, facilitarán el seguimiento de las operaciones y los resultados desde el nivel regional.

²⁷ Deepika et al. (2008). *A randomized, double-blind, placebo-controlled, clinical trial of the impact of Malaria prevention on the educational attainment of school children*. Disponible [aquí](#). Clarke et al (2008). *Effect of intermittent preventive treatment of malaria on health and education in schoolchildren*. Disponible [aquí](#).

²⁸ La OMS estima que 60.000 muertes adicionales por malaria ocurrirán en 2030 debido al cambio climático. El aumento de las temperaturas puede influir en la reproducción y período de incubación del *P. falciparum*, reduciéndolo de 26 días, en 20 °C, a 13 en 25 °C. Existe evidencia que muestra el vínculo entre el cambio climático y un mayor riesgo de contraer la malaria en las zonas de altitud elevada de diferentes países, como Colombia y Etiopía. *Impact of climate change on human infectious diseases: Empirical evidence and human adaptation*. Disponible [aquí](#). *Impact of climate change on global malaria distribution*. Disponible [aquí](#). *Quantitative risk assessment of the effects of climate change on selected causes of death, 2030s and 2050s*. Disponible [aquí](#).

²⁹ Eliminación de malaria es la reducción de la incidencia de casos autóctonos a cero, como resultado de esfuerzos para prevenir la reintroducción. Control de la malaria es la reducción de la prevalencia hasta que no se considere un problema de la salud pública.

³⁰ El costo anual per cápita del control de la malaria osciló entre US\$0,11 a US\$39,06 (mediana: US\$2,21) y para la eliminación osciló entre US\$0,18 y US\$27 (mediana: US\$3,00). La relación costo beneficio de invertir en el control y eliminación varió de 2,4 a más de 145, demostrando que los beneficios superan ampliamente los costos para eliminar la enfermedad. "While the cost of elimination in most cases was greater than the cost of control, the benefits greatly outweighed the cost". Shretta et al. (2016). Disponible [aquí](#).

- 1.16 El proyecto IREM se desarrollará durante un período de cinco años (2018-2022) con dos fases de ejecución: (i) la primera finaliza en 2020 y tiene como objetivo acelerar el progreso para alcanzar cero casos de transmisión local en nueve de los diez países; y (ii) la segunda que finaliza en 2022 busca garantizar que no se reestablezca la transmisión local en nueve de los diez países para que puedan optar por la certificación. La orientación de la primera fase está en fortalecer las actividades de Diagnóstico, Tratamiento, Investigación y Respuesta (DTI-R), mientras que la segunda fase busca asegurar una alta sensibilidad en los sistemas de vigilancia epidemiológica para detectar casos importados y tratados oportunamente. Estas acciones siguen las recomendaciones formuladas por la OMS en la [Estrategia Técnica Mundial contra la Malaria 2016-2030](#).
- 1.17 **Teoría de cambio para la eliminación de la malaria (EEO#3).** Tradicionalmente, el abordaje contra la malaria se ha centrado principalmente en el control de vectores. Si bien, el enfoque tradicional ha logrado disminuir significativamente la incidencia de la enfermedad en la región, no ha logrado la eliminación. Entre los factores para cambiar el enfoque tradicional, está que las poblaciones de insectos no son estables en su distribución a lo largo del tiempo, responden a cambios climáticos y del ambiente, están sujetos a la acción humana y cumplen funciones en los ecosistemas. Por lo tanto, el énfasis para lograr la eliminación es interrumpir la transmisión del parásito a través del diagnóstico y el tratamiento oportuno y de calidad de las personas infectadas. Así, la eliminación de la malaria consiste en la reducción a cero de la incidencia de casos locales o autóctonos del *P.* en las zonas priorizadas a través de un abordaje integral.
- 1.18 En línea con lo anterior, la OMS propone un nuevo abordaje cuyo propósito es la interrupción de la transmisión del parásito de humano a humano, centrada en la implementación de DTI-R en áreas endémicas, cuya metodología se basa en la identificación y caracterización de focos, que consiste en: (i) la detección temprana y tratamiento oportuno y completo de pacientes con malaria; (ii) la investigación epidemiológica y entomológica, de los casos identificados; y (iii) la respuesta, acorde a la investigación realizada, en cada foco de transmisión. El abordaje de focos maláricos consiste en comprender el comportamiento y la dinámica de la transmisión de la malaria en áreas específicas, lugar y tipo de contagio, movilidad de la población, micro estratificación, etc. Se parte de la detección sistemática de casos sospechosos y en la organización de microrredes de DTI-R, donde la respuesta incluye la búsqueda de otras personas con malaria en torno a cada caso identificado y acciones complementarias anti vectoriales de contención de la transmisión³¹.
- 1.19 Adicionalmente, la Teoría de Cambio se basa en aceleradores nacionales y regionales que conducen al cambio e incrementan la velocidad del proceso de eliminación de la malaria. Los incentivos nacionales, un acelerador, motivan los cambios en los sistemas, desde normas a presupuestos y acciones locales necesarios para acelerar y sostener el cambio. También habrá elementos que den valor agregado a la operación: alineamiento de socios, y cambio de abordaje de control a eliminación de la malaria, de zonas de riesgos a gestión de focos de transmisión activa. Otro acelerador son las metas verificadas externamente que motivan la rendición de cuentas de los actores. Un tercer acelerador es el apoyo

³¹ OMS y OPS. 2017. Marco para la eliminación de la malaria.

a los proyectos a través de la asistencia técnica externa, brindada por los equipos del BID y la OPS que proveen apoyo a los equipos nacionales y locales durante la planificación, implementación y monitoreo. Esta asistencia técnica busca apoyar la implementación de intervenciones y facilitar la construcción de capacidades de los Ministerios de Salud de los países participantes en diferentes niveles: (i) al nivel central, para fortalecer la creación de normas y políticas nacionales, adquisiciones, planificación, monitoreo y vigilancia; (ii) al nivel regional para construir capacidades, supervisar y superar barreras a los niveles de provisión de servicios; y (iii) al nivel de establecimientos de salud, redes de laboratorios y comunidad³².

1.20 Intervenciones propuestas. La operación se ha planificado con el MSPS, INS, las Secretarías Territoriales de Salud departamentales y municipales, BID y la OPS con el objetivo de eliminar los casos de transmisión autóctona en los municipios de frontera con Panamá, y la eliminación de las muertes por malaria y la reducción de casos en los demás municipios priorizados del país. La planificación sigue las recomendaciones técnicas de la OPS, centrada en la estrategia de gestión de focos que prioriza las intervenciones de búsqueda pasiva y activa de casos para su diagnóstico y tratamiento, complementada con acciones de control vectorial. Ver la figura 2 del [EER#2](#). Así, la IREM propone las siguientes intervenciones:

- a. Fortalecer la estrategia de DTI-R, a través de la detección de todos los casos sospechosos de malaria; el diagnóstico de los casos positivos mediante un examen parasitológico de calidad; el inicio del tratamiento en las primeras 24 horas del diagnóstico para minimizar el tiempo de infectividad; la investigación y clasificación de todos los casos³³ y la implementación de la búsqueda de casos e investigación de focos; y las acciones de control vectorial complementarias.
- b. Fortalecer la vigilancia epidemiológica, entomológica y parasitológica -para analizar la presencia y densidad de vectores competentes para transmitir la enfermedad, las condiciones climatológicas favorables para la transmisión y la presencia de una población de humanos susceptible a la enfermedad³⁴.
- c. Fortalecer el control vectorial integral para identificar las zonas de riesgo y organizarlas por medio del abordaje de focos y la integración de factores como la presencia de parásitos, huéspedes, condiciones socioeconómicas³⁵,

³² El IC postula que la única manera de resolver problemas de salud complejos como la malaria, es combinando el esfuerzo de múltiples socios, dado que. Ningún gobierno, organización, donante o programa puede resolver estos problemas por sí solo.

³³ Autóctonos, importados, introducidos o inducidos.

³⁴ Todos los proveedores de salud públicos y privados que diagnostican y tratan casos de malaria deben hacer parte del sistema de vigilancia, siguiendo procedimientos estándares y guías nacionales en apego a la normatividad nacional.

³⁵ Migración por razones económicas o sociales, actitud frente a la enfermedad, hábitos de dormir, ocupación, estructura de la vivienda, acceso a educación y servicios de salud.

presencia y hábitos de vectores anofelinos³⁶, la altitud, temperatura, humedad relativa, entre otros.

- d. Fortalecer las acciones transversales, el diálogo de políticas y la intersectorialidad para crear estrategias de cambio comportamental, coordinar con otros sectores y promover la priorización y sostenibilidad de la eliminación.

1.21 **Identificación de los departamentos y municipios beneficiarios del Proyecto.**

Tradicionalmente el IPA³⁷ se ha utilizado para identificar el riesgo de transmisión de la población (Ver mapa 1). Sin embargo, en el contexto de eliminación, conocer el número absoluto de casos de malaria complicada y no complicada, es el primer paso para cambiar la visión del control a la eliminación propuesto por la OMS/OPS. Así, el mapa 2 indica que una proporción importante de casos se presentan en la región Pacífica, situación que acentúa los retos para la eliminación en esta región. Por lo tanto, la operación se concentrará en los departamentos de Cauca, Chocó, Nariño y Valle del Cauca. En estas zonas hay alta prevalencia de malaria, las condiciones de vida son precarias³⁸, existe una alta dispersión poblacional, alta concentración de población indígena y afrodescendientes³⁹, incursión de grupos armados ilegales, actividades ilícitas, conflicto armado activo, alta movilidad poblacional por desplazamiento forzado, dificultades de acceso, limitaciones en el compromiso político de las autoridades, de los servicios de salud, y de los aseguradores y prestadores de servicios a la población afiliada, entre otros. Dado lo anterior, en esta región la transmisión de la enfermedad se mantiene alta, así como el número de casos de malaria complicada y persisten las muertes por malaria.

- 1.22 En el marco de la IREM en Colombia se priorizaron 12 municipios de la región Pacífica con concentración en tres zonas⁴⁰: (i) frontera con Panamá (Acandí, Juradó, Riosucio y Unguía, de Chocó); (ii) Quibdó y alrededores (Atrato, Lloró, Medio Atrato, Quibdó, Rio Quito y Bagadó de Chocó); y (iii) Pacífico Sur (Distrito de Buenaventura en el Valle del Cauca y Tumaco, en Nariño). Estas zonas: (i) presentan alta carga de la enfermedad (17% de los casos de malaria en el país)⁴¹; (ii) concentran la mayor proporción de casos de malaria complicada (50% de los casos del país); (iii) presentan malaria urbana y periurbana; (iv) se encuentran en frontera con Panamá; y (v) representan alta vulnerabilidad para los municipios vecinos.

³⁶ Criaderos permanentes o temporales, preferencia de fuente de alimentación, animal o humano, lugares de alimentación y reposo, así como el horario más frecuente de alimentación).

³⁷ El IPA se calcula dividiendo el total de casos confirmados sobre la población en riesgo por 1.000 habitantes.

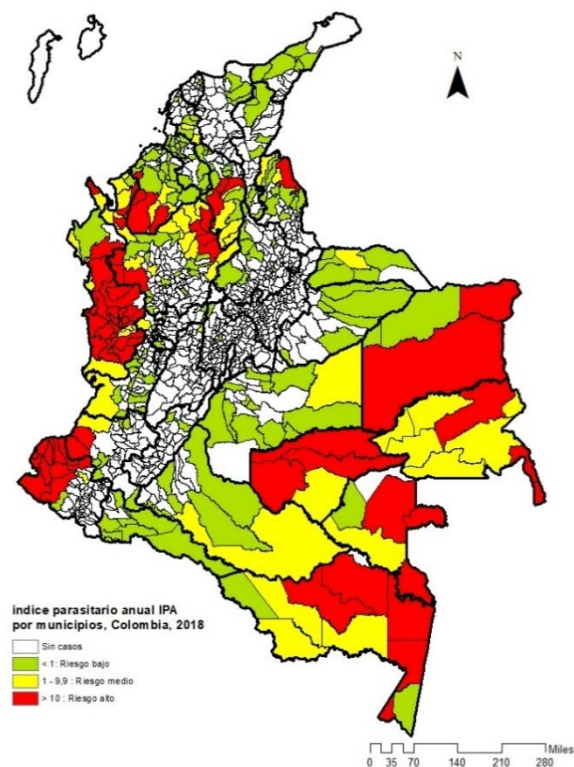
³⁸ De acuerdo con el Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) Ajustado del Departamento Nacional de Planeación (DNP), en 2015 el IPM de Chocó (departamento al cuál pertenecen 10 de los 12 municipios priorizados), Valle del Cauca (departamento al que pertenece Buenaventura) y Nariño (departamento al que pertenece Tumaco) fue respectivamente 62,8%, 33,2% y 40,2% frente al 33,3% nacional. El IPM mide las privaciones de un hogar en 5 dimensiones: educativas, condiciones de la niñez y juventud, trabajo, salud y acceso a servicios públicos. 2017. DNP. Pobreza monetaria y multidimensional departamental.

³⁹ En los departamentos priorizados, la participación indígena respecto al total de la población está entre el 22% y el 61%, mientras que la población afrodescendiente está entre el 21 y el 74%. DANE, Censo General 2005.

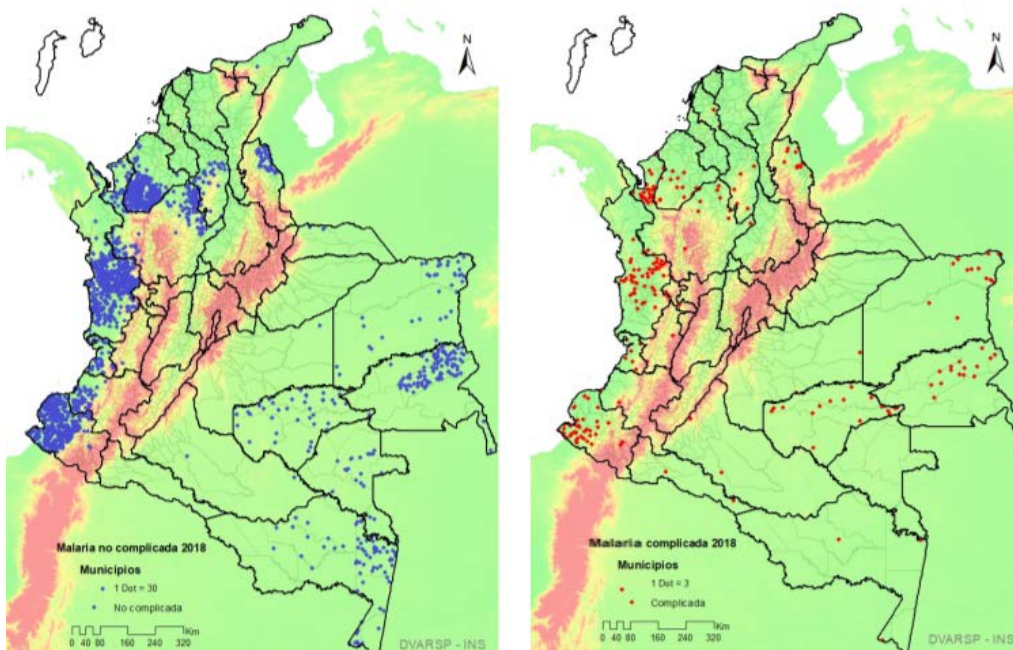
⁴⁰ De acuerdo con las cifras de MSPS a 2019 el 97,2% de la población en estos 12 municipios está asegurada, el 2,8% restante se cubre con recursos del Sistema General de Participaciones de población pobre no asegurada.

⁴¹ De acuerdo con la información sobre malaria disponible en SIVIGILA 2007-2017, los 12 municipios priorizados para la iniciativa IREM, reportaron el 17% de los casos de malaria en el país.

Mapa 1: Índice Parasitario Anual (IPA) por municipio, Colombia, 2018⁴²



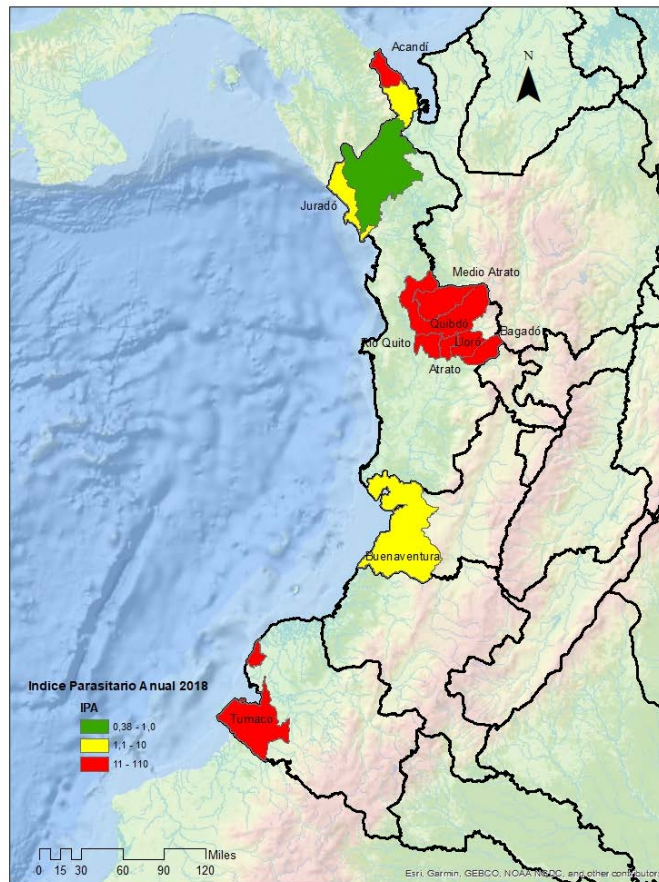
Mapa 2: Casos de malaria complicada y no complicada, 2018⁴³



⁴² Fuente: Elaborado por el Instituto Nacional de Salud con datos del SIVIGILA, 2018.

⁴³ Ídem.

Mapa 3: Índice Parasitario Anual (IPA) para municipios priorizados, 2018



Fuente: Elaborado por el Instituto Nacional de Salud con datos del SIVIGILA, 2019.

- 1.23 De las áreas seleccionadas se consideran que solamente los cuatro municipios de frontera con Panamá tienen condiciones para lograr la eliminación de la transmisión autóctona de la malaria al 2020. Es importante notar que la IREM no está en posibilidades de cubrir todas las brechas financieras y técnicas que el país tiene para eliminar la malaria en todo su territorio. Sin embargo, hay condiciones para esperar la eliminación en esta zona, como la voluntad política y antecedentes de acciones conjuntas con Panamá incluyendo el acuerdo binacional recién firmado entre los dos Jefes de Estado.
- 1.24 **Innovaciones introducidas.** El desarrollo de esta operación ha considerado la implementación de intervenciones innovadoras, algunas son: (i) el alineamiento de distintas fuentes de financiamiento de cooperación internacional y nacional con el objetivo de reducir la malaria; (ii) el cambio de abordaje, anteriormente de control, al de eliminación de la malaria que requiere de una estratificación cada vez más focalizada y un énfasis en intervenciones de diagnóstico y tratamiento oportuno del parásito en el ser humano en todas sus fases, el país ha identificado las áreas de intervención focalizadas dirigidas a la prevención, la vigilancia, la detección temprana de la malaria y la contención de brotes de esta enfermedad; (iii) transición de abordaje de estratos por municipios a estratificación por focos y su gestión local; y (iv) el esquema de financiamiento basado en resultados de la

IREM. La evidencia para establecer que los programas con financiamiento basado en resultados brindan mejores resultados es limitada, pero los resultados de la Iniciativa de Salud Mesoamérica (ISM) muestran un panorama prometedor sobre la atención a la salud materno-infantil⁴⁴.

- 1.25 **Lecciones aprendidas.** Si bien en la historia reciente de la División de Salud y Protección Social (SCL/SPH) no se han desarrollado operaciones que utilicen modelos de financiamiento basado en resultados en Colombia, esta operación incorpora en su diseño los aprendizajes adquiridos en las operaciones desarrolladas por la división en el país. En especial, aquellas que buscan aportar al mejoramiento del sistema de salud a través del apoyo que el BID le ha brindado al MSPS. Algunos de estos proyectos consistieron en apoyar el diseño y pilotaje de un modelo diferencial en salud para zonas con población dispersa (ATN/OC-13864-CO), apoyar el fortalecimiento del proceso de priorización del gasto en salud (ATN/FI-12861-CO), y apoyar la reforma del SGSSS (ATN/OC-14045-CO) y (ATN/OC-15119-CO). Los resultados de estas operaciones sugieren que para el Componente 1 es necesario incrementar la oferta regional de los servicios básicos, para el Componente 2 generar estrategias integradas entre aseguradores y prestadores en las zonas dispersas y crear un sistema de información que permita conocer la trazabilidad y el procesamiento de la información en tiempo real, y para el Componente 3 permitir alianzas público-privadas para la prestación de servicios.
- 1.26 **Alineación estratégica.** La operación es consistente con la Actualización de la Estrategia Institucional 2010-2020 (AB-3008) y se alinea estratégicamente con los desafíos: (i) Inclusión Social e Igualdad, al contribuir a mejorar la calidad y el acceso de los servicios de salud a la población vulnerable; y (ii) Productividad e Innovación, mediante las mejoras de salud que podrán reducir los casos de malaria en la población económicamente activa. El proyecto también está alineado con las áreas transversales: (i) Igualdad de Género y Diversidad, ya que prioriza áreas con población afrodescendiente e indígena; y (ii) Capacidad Institucional y el Estado del Derecho, pues busca mejorar la capacidad de respuesta y la calidad de los servicios de salud en los municipios priorizados. Adicionalmente, el programa contribuirá al Marco de Resultados Corporativos (CRF) 2016-2019 (GN-2727-6) mediante el incremento de beneficiarios que reciben servicios de salud y con el Marco Sectorial de Género y Diversidad (GN-2800-8), a través de la línea de acción que busca mejorar el acceso a servicios de salud de calidad en las poblaciones diversas. Asimismo, es consistente con el Marco Sectorial de Salud y Nutrición (GN-2735-7) que considera la necesidad que el Banco se involucre en actividades de asistencia y financiamiento para la erradicación de enfermedades como la malaria. La operación también está alineada con la Estrategia de País con Colombia 2015-2018 (GN-2832) a través de los objetivos estratégicos para consolidar un sistema de pensiones y salud sostenible e inclusivo. Esta operación está incluida en el Documento de Proyecto de País 2019 de Colombia (CPD 2019).
- 1.27 Adicionalmente, el proyecto está alineado con las metas del PDSP 2012-2021 del país, en la dimensión de vida saludable y enfermedades transmisibles en su componente de enfermedades endemoepidémicas que busca reducir la carga de

⁴⁴ IHME, SMI Country Profiles, August 2018. Disponible [aquí](#).

las ETV como la malaria a través de estrategias integrales. Finalmente, está alineado con las bases del Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 en el marco del “Pacto por Colombia. Pacto por la equidad”, a través de un “pacto por la equidad” que asegure la inclusión social mediante un acceso eficiente y con calidad a los servicios de salud.

B. Objetivos, componentes y costo

1.28 **Objetivo.** El objetivo de la operación es contribuir a la reducción de los casos de malaria al año 2020 en Colombia a través de mejoras en el acceso a servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento, y mediante la detección y manejo oportuno de los casos autóctonos e importados. Las metas para el 2020 son: (i) contribuir a la eliminación de casos autóctonos en la zona de frontera con Panamá; (ii) reducir en un 50% del número de casos de malaria no complicada y de malaria complicada; y (iii) reducir en un 66% las muertes por malaria en las zonas de Quibdó y alrededores y Pacífico Sur. Se espera: (i) contribuir a evitar el restablecimiento de la transmisión en la zona de frontera con Panamá; (ii) alcanzar la reducción en un 75% de los casos de malaria no complicada y de malaria complicada; y (iii) eliminar las muertes por malaria en los demás municipios priorizados. Para ello se busca: (i) fortalecer las capacidades de diagnóstico, tratamiento, investigación y respuesta; (ii) mejorar la vigilancia epidemiológica, entomológica y parasitológica; (iii) fortalecer el control vectorial; y (iv) fortalecer las acciones transversales e intersectoriales.

1.29 **Componente 1: Fortalecimiento de las capacidades de DTI-R (FEM US\$853.850 / AL US\$2.332.509).** El objetivo es captar a los pacientes sospechosos de malaria, diagnosticarlos e iniciar tratamiento en las áreas endémicas de malaria de manera oportuna dentro de las 24 horas después del diagnóstico. Para ello, se financiará: (i) asistencia técnica y actividades para establecer redes municipales integradas de salud para la atención; (ii) microscopios, reactivos, pruebas rápidas e insumos de laboratorio para operar los puntos de diagnóstico de microscopía existentes e instalar y operar nuevos; (iii) talleres, materiales audiovisuales, guías de capacitación para desarrollar capacidades y reentrenar a nuevos y antiguos microscopistas; (iv) actividades de movilización y asistencia técnica para mejorar la supervisión del desempeño de los puntos de microscopía; bajo una guía nacional y participación en el programa de evaluación indirecta del desempeño; (v) actividades asociados a la movilización de personal, talleres y herramientas técnicas para la evaluación directa de desempeño anual de los puntos de diagnóstico por microscopía (laboratorios de salud pública y puestos de microscopía); (vi) asistencia técnica y movilización para facilitar la participación del Laboratorio Nacional de Referencia (LNS) en el programa de evaluación externa del desempeño de OMS/OPS; (vii) asistencia técnica para la actualización de normas y lineamientos técnicos que garanticen que todos los casos son confirmados a las 48 horas del primer síntoma y tratados en las primeras 24 horas del diagnóstico; y (viii) movilización de personal y formatos, así como asistencia técnica para notificar todos los casos confirmados de acuerdo a la norma nacional.

1.30 **Componente 2: Vigilancia epidemiológica, entomológica y parasitológica (FEM US\$660.028 / AL US\$1.458.906).** Este componente financiará intervenciones que aseguren alcanzar la reducción de casos y eviten la

reintroducción local de la malaria mediante el fortalecimiento de los sistemas de información y de vigilancia en todo el país, enfatizando los esfuerzos en los municipios priorizados. Se financiará: (i) asistencia técnica para actualizar, adoptar y difundir el protocolo y los lineamientos de vigilancia epidemiológica de malaria; (ii) capacitación de personal de salud y su movilización para realizar búsquedas proactivas de los casos sospechosos para recibir una PDR parasitológica; (iii) personal, movilización y talleres de desarrollo de competencias para el funcionamiento de los equipos de búsqueda activa; (iv) asistencia técnica para desarrollo de herramientas para evaluar el subregistro de información a partir de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) a nivel departamental y municipal; (v) personal de salud que conformarán los equipos de gestión de focos para identificar, clasificar, caracterizar, microplanificar y realizar seguimiento de las acciones a nivel local; (vi) actividades asociadas a personal, equipos e insumos de laboratorio para implementar puntos de diagnóstico de malaria en los puntos de movilidad fronteriza y el funcionamiento del acuerdo de coordinación entre Colombia y Panamá; (vii) asistencia técnica para actualizar la guía nacional entomológica, así como talleres de capacitación; (viii) caracterización de los vectores de malaria en las localidades priorizadas en los focos; (ix) asistencia técnica y costos de software para integrar el módulo para la gestión de información entomológica de malaria (SIVIEN) en el sistema de información; y (x) asistencia técnica para reorganización de los servicios que faciliten la notificación semanal de casos incluyendo el reporte negativo (cero casos).

- 1.31 **Componente 3: Fortalecimiento del control vectorial integral (FEM US\$264.000 / AL US\$2.938.903).** Las intervenciones de DTI-R serán complementadas por este componente para reducir la cantidad de vectores a través de la financiación de intervenciones que incrementen las capacidades locales y mejorar de manera integral el control vectorial. Se financiará: (i) instalación y distribución de mosquiteros según indicación técnica; (ii) asistencia técnica para adaptar e implementar en las DTS el plan de manejo integrado de vectores; (iii) adecuaciones e insumos para las unidades entomológicas (nuevas y existentes) y su capacidad para realizar actividades de vigilancia entomológica; (iv) compra de equipos, insumos y contratación de recurso humano para el Instituto Nacional de Salud; y (v) difusión de las evaluaciones del efecto de las intervenciones realizadas.
- 1.32 **Componente 4: Fortalecimiento de las acciones transversales, diálogo de políticas e intersectorialidad (FEM US\$644.228 / AL US\$525.000).** Este componente financiará: (i) la adquisición y distribución de medicamentos antimaláricos; (ii) asistencia técnica para desarrollo de herramientas y procesos de análisis periódico y la adopción de medidas de ajuste para asegurar el abastecimiento permanente de insumos y medicamentos; (iii) asistencia técnica para diseñar una estrategia de cambio de comportamiento y desarrollo de materiales y mensajes; y (iv) reuniones de monitoreo mensual, movilización y asistencia técnica para herramientas que faciliten el seguimiento de la ejecución desde un equipo de conducción técnica central y regional de gestión de la operación.

C. Indicadores claves de resultados

- 1.33 **Impactos y resultados esperados.** El impacto final esperado es la eliminación de la transmisión autóctona de la malaria en cuatro municipios de la frontera con Panamá y la reducción en el número de casos de transmisión autóctona de malaria complicada y la reducción en las muertes por malaria en Quibdó y aledaños y Pacífico sur. Los resultados intermedios esperados son: (i) asegurar el diagnóstico de calidad de febriles; (ii) mejorar la vigilancia y eliminación de focos; y (iii) fortalecer el control vectorial integral. El Anexo II muestra la matriz de resultados con los indicadores y metas negociadas que permitirán monitorear la ejecución de la estrategia.
- 1.34 **Análisis de costo beneficio (EEO#1).** Para el análisis se utilizó la metodología de costo-beneficio para proyectos de educación y salud⁴⁵. Por una parte, se consideraron los beneficios económicos creados por la intervención IREM, así como los costos de atención evitados por la eliminación de la malaria o la reducción del número de casos. Para realizar esta estimación, primero se estimó el número de casos en los próximos 20 años que habrían ocurrido sin intervención para calcular las pérdidas económicas relacionadas a la enfermedad (pérdida en productividad, costos directos de atención y costos de intervención). Posteriormente, se estimaron el número de casos que ocurrirían en escenarios de eliminación o reducción del número de casos y los costos asociados al Proyecto. Como la operación tiene metas diferenciadas para los municipios en frontera con Panamá, en Quibdó y aledaños y Pacífico sur, la estimación consideró estas áreas en el análisis para después agregarlas en el análisis de costos y beneficios. Considerando la tasa de interés estándar del 12%, en el escenario de eliminación en frontera con Panamá al 2020 y la reducción del 75% de los casos en Quibdó y aledaños y Pacífico Sur, el valor presente neto (VPN) es positivo y genera retornos sobre los US\$49,7 millones con una relación costo-beneficio de 4,7. En este escenario, la Tasa de Rendimiento Económico (ERR, por sus siglas en inglés) en la que los costos son equivalentes a los beneficios es 46,36%.

II. ESTRUCTURA DE FINANCIAMIENTO Y PRINCIPALES RIESGOS

A. Instrumentos de financiamiento

- 2.1 **Estructura de financiamiento.** El costo total del proyecto es de US\$11.130.688, US\$3.875.370 serán financiados con recursos del fondo FEM y US\$7.255.318 por Aporte Local (AL). IREM contempla un modelo de financiamiento basado en resultados que combina tres tipos de recursos: (i) Tramo de Inversión (TI) financiado con recursos provenientes del fondo FEM; (ii) recursos de AL provenientes del Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud, del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Sistema General de Participaciones, entre otros; y (iii) dos Tramos de Desempeños (TD) también financiados con recursos del fondo FEM y condicionados a las metas establecidas. El TI cubre un 25% del proyecto, mientras que el 75% restante es

⁴⁵ *Setting Targets for Results-Based Financing Programs: A Simple Cost Benefit Framework. IDB-TN-983. Inter-American Development Bank. Disponible [aquí](#). Cruz Aguayo, Yyannu, and Sebastian Martinez. 2016. Cost-effectiveness analysis of education and health interventions in developing countries. McEwan, Patrick J. 2012. Disponible [aquí](#).*

financiado con recursos de AL. Dado el caso que el país alcance las metas establecidas en los indicadores acordados para cada uno de los dos momentos de medición, Colombia podrá recibir el TD que corresponde al 20% de los fondos de AL inicialmente invertidos, distribuidos en dos fases: (i) la primera fase será de 2018 a 2020, con un premio al desempeño de hasta 40% del TD (US\$581.306); y (ii) la segunda fase será de 2020 a 2022, con un premio al desempeño de hasta el 60% (US\$871.958). Los recursos del TD podrán ser utilizados en cualquier tema que el país considere necesario, siempre y cuando sea del sector salud.

Cuadro II. 1. Costos estimados del proyecto (US\$) por fuente

Componentes	BID (Fondo FEM)	AL	Financiamiento Total (BID + AL)	%
Componente 1. Fortalecimiento de las capacidades de DTI-R	853.850	2.332.509	3.186.359	28,63
Componente 2. Vigilancia epidemiológica, entomológica y parasitológica	660.028	1.458.906	2.118.934	19,04
Componente 3. Fortalecimiento del control vectorial integral	264.000	2.938.903	3.202.903	28,78
Componente 4. Fortalecimiento de las acciones transversales, diálogo de políticas e intersectorialidad	644.228	525.000	1.169.228	10,50
Subtotal TI	2.422.106	7.255.318	9.677.424	86,94
I TD	581.306	0	581.306	5,22
II TD	871.958	0	871.958	7,83
Subtotal TD	1.453.264	0	1.453.264	13,06
Total general (TI+AL+TD)	3.875.370	7.255.318	11.130.688	100,00

- 2.2 El proyecto tendrá un plazo de desembolsos de cuatro años o hasta el 31 de diciembre 2022⁴⁶, después de esta fecha las actividades impulsadas por el proyecto continuarán con recursos propios del gobierno. Hay dos fases: (i) finaliza en el 2020, cuyo objetivo es acelerar el progreso para alcanzar cero casos de transmisión local; y (ii) finaliza en 2022, y busca asegurar que no se reestablezca la transmisión local para que, si lo desea, pueda optar por la certificación de cero casos de malaria en el país.

Cuadro II. 2. Plan de desembolsos (US\$)

IREM	2019	2020	2021	2022	Total
TI	913.318	955.878	311.523	241.387	2.422.106
AL	716.526	2.552.949	3.006.999	978.844	7.255.318
TOTAL	1.629.844	3.508.827	3.318.522	1.220.231	9.677.424
%	16,8	36,3	34,3	12,6	100,0

- 2.3 El marco de desempeño cuenta con 12 indicadores para cada una de las dos fases del proyecto con metas específicas y pesos relativos que determinan la consecución del TD en cada fase. Cada fase contará con una medición externa e

⁴⁶ El que se cumpla primero, dado que es la fecha máxima establecida entre el Banco y los Cooperantes para desembolsar recursos.

independiente que determinará el incentivo a recibir: si el país logra un puntaje entre el 50-79% en dicha evaluación, recibe 30% del premio, y si logra, un 80% o más recibe el 100% del mismo. Se realizará auditoría externa para los recursos del fondo FEM.

B. Riesgos ambientales y sociales

- 2.4 Dado que no se prevén inversiones en infraestructura y de insecticida para hacer el Rociado Residual Intradomiciliaria (RRI) esta operación ha sido clasificado como Categoría “C” bajo la Política de Medio Ambiente y Cumplimiento de Salvaguardias (OP-703 y OP-704). El proyecto ha sido clasificado bajo en temas de riesgo de desastres naturales. Los impactos socioambientales en la implementación serán mínimos. El riesgo ambiental y social identificado como medio es la movilidad de personas en las áreas priorizadas. Para mitigarlo se prevé: identificar por medio de la metodología de estratificación y microplanificación de focos, las rutas de movilidad humana, diseñar dentro la intervención de diagnóstico y tratamiento, los procedimientos para atender a personas en condición migrante, atendiendo a su movilidad y diseñar dentro de la estrategia de comunicación y cambio de comportamiento el abordaje que incluya acciones y actividades que deben realizar los equipos territoriales para la búsqueda activa de casos en población migrante, el suministro del tratamiento y sensibilizar para la adherencia al mismo. El proyecto seguirá las directrices del OPS/OMS y seguirá métodos de mitigación en planes de gestión ambientales y sociales desarrollados por otros proyectos IREM.

C. Riesgos fiduciarios

- 2.5 El Sistema de Evaluación de Capacidad Institucional (SECI) concluyó que el MSPS cuenta con un desarrollo satisfactorio de sus capacidades institucionales, sin embargo, el riesgo fiduciario del proyecto es medio debido a que el mecanismo de ejecución es complejo, descentralizado e intervienen varios actores. Se identificaron los siguientes riesgos fiduciarios calificados como medio: (i) capacidad fiduciaria insuficiente en adquisiciones para llevar a cabo los procesos de contratación con políticas del Banco; (ii) capacidad insuficiente para emitir de manera oportuna y confiable los reportes financieros requeridos por el Banco y retrasos en las solicitudes de desembolso; (iii) debilidad en la gestión de compromisos adquiridos por entes territoriales con el MSPS, que involucran la ejecución de recursos entregados en administración; (iv) debilidad para consolidar información financiera y de adquisiciones con la oportunidad y calidad requeridas para la toma de decisiones y reporte de resultados.
- 2.6 Acciones para mitigar estos riesgos: (i) incorporar a la UCP un Especialista Financiero con dedicación exclusiva al proyecto y un Especialista en Adquisiciones, ambos con experiencia en ejecución de proyectos financiados por la banca multilateral; (ii) capacitar a la UCP, los enlaces de la Secretaría General del MSPS y a los EG en las Políticas de Adquisiciones del BID y las reglas de homologación de prácticas de sector privado permitidas por la misma; (iii) suscribir un convenio marco sombrilla sin cuantía determinada y convenios interadministrativos, transferencias o convenios de asociación entre el MSPS y los EG; y (iv) elaborar un MOP que defina los procedimientos de ejecución del proyecto.

D. Otros riesgos y temas claves

2.7 En la preparación de la operación se identificó que entre los riesgos de Gestión Pública y Gobernabilidad clasificados como altos están:

- a. Falta de control y reducción de malaria en municipios no priorizados por el proyecto. Como mitigación se prevé: Monitorear el PENM 2018 – 2035 para contemplar las acciones y metas del orden nacional que se ejecutan a través de equipos nacionales y territoriales, trasladar las metodologías y estrategias diseñadas e implementadas por el proyecto IREM a los demás equipos nacionales para multiplicar la acción y acelerar el cumplimiento de las metas de dicho plan y financiar complementariamente la implementación del PENM con recursos del sistema general de salud, según las lecciones aprendidas del proyecto IREM en la conformación de equipos de diagnóstico y tratamiento extramurales.
- b. Problemas de coordinación y de gestión de responsabilidades debido a la diversidad de actores (IPS, MSPS, Municipios, INS, Gobernación y Aseguradoras). Como mitigación se prevé: delimitar dentro del manual de operaciones, las funciones y responsabilidades dentro del proyecto de cada uno de los actores nivel nacional y local, crear una instancia de coordinación interinstitucional de las acciones de eliminación de malaria en cada Entidad Territorial (departamento y municipio). El equipo táctico debe organizar y gestionar las reuniones y liderar la agenda, suscribir un convenio marco entre el MSPS – Gobernaciones y Municipios que cubra el periodo total del proyecto, incluyendo la división de responsabilidades y funciones de cada actor, y comunicar a través de un taller con todos los actores, el rol, responsabilidades y funciones de cada actor dentro del proyecto.
- c. Personal insuficiente para realización de actividades de diagnóstico debido a interpretación de norma de habilitación de IPS. Como mitigación se prevé: el MSPS expedirá una circular aclaratoria que permita la contratación de dicho personal y retomar el proceso de certificación en Normas de Competencia Laboral, iniciado por el Programa de ETV del MSPS con el Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), dirigido a microscopistas y técnicos de ETV de los departamentos, con el fin de proponerlo como un requisito para cumplir con la norma de habilitación (Resolución 2003).
- d. Elecciones departamentales y municipales de 2019 podría generar una interrupción temporal en la continuidad del proyecto. Como mitigación se prevé: suscribir un convenio marco entre el Ministerio de Salud, Gobernaciones y Municipios que cubra el periodo total del proyecto, a partir de los resultados de las elecciones, abordar un diálogo con el equipo de transición, con el fin de comunicar los objetivos y alcance de la iniciativa. Adicionalmente, se incluirá la participación de Instituciones de Educación de la región como el SENA, universidades y se socializará el proyecto con la comunidad para empoderar a la región.

- 2.8 Los riesgos de Gestión Pública y Gobernabilidad medios son:
- a. Desconocimiento de las autoridades departamentales y municipales sobre la IREM puede generar falta de destinación de recursos para el proyecto. Como mitigación se prevé: presentar el abordaje de la IREM a las autoridades departamentales y municipales, el MSPS debe identificar los recursos que cada Municipio/Departamento cuenta para control vectorial para poder orientarlos hacia las actividades de eliminación de Malaria de este proyecto, para presentarlo a las autoridades territoriales para su aprobación e incluir estas actividades y compromisos dentro del Convenio marco que se firmen entre el Ministerio de Salud – Gobernaciones y Municipios que cubra el periodo total del proyecto.
 - b. Responsabilidad difusa entre Entidades territoriales, Aseguradores y Prestadores puede generar confusión sobre financiación de equipos extramurales. Como mitigación se prevé: financiar a los microscopistas durante el primer año, con los recursos de la donación, presentar el abordaje de la IREM a las aseguradoras y prestadores privados, logrando la sensibilización necesaria para destinar los recursos definidos en los tiempos acordados y gestionar acuerdos territoriales entre Entidades territoriales, Aseguradores y Prestadores para garantizar la continuidad de los equipos de detección y los equipos de supervisión a nivel municipal.
- 2.9 Como riesgo de Desarrollo alto está: debido a la ocurrencia de alteraciones en la dinámica de la transmisión de la malaria, como consecuencia de la actividad humana (movilidad, actividades económicas, modificaciones en el ecosistema), podría suceder que localidades originalmente no priorizadas, presenten transmisión activa, lo cual dificultaría el proceso de eliminación en los focos. Como mitigación se prevé: actualizar cada año la identificación y estratificación de los focos maláricos con base en la información epidemiológica y entomológica que monitoreará el proyecto y determinar si debe revisar la caracterización de los focos con base en los brotes.
- 2.10 El riesgo de desarrollo medio es: debido a que gran parte del personal de prestación de servicios de salud responde a diversas entidades (IPS, Municipio, entre otros), no necesariamente se encuentra sensibilizado con los objetivos del proyecto, podría ocurrir que no apoye adecuadamente las acciones propuestas e, incluso, que nos desarrolle las actividades que apoyen a los resultados, lo que implicaría un progreso más lento en las acciones comunitarias, tales como la búsqueda activa, diagnóstico por microscopia, entre otros. Como mitigación se prevé: integrar en los planes de comunicación la divulgación de las estrategias, de los objetivos del proyecto, incluyendo sesiones de capacitación conjunta con personal involucrado en cada intervención (Por ejemplo, diagnóstico con microscopistas, búsqueda activa con equipos territoriales de supervisión) y diseñar e implementar una campaña de sensibilización a trabajadores del área de la salud que alcance a todas las Instituciones involucradas a nivel territorial (IPS, Municipalidad, Gobernación, Aseguradores).
- 2.11 Finalmente, como riesgo alto de Monitoreo y Rendición de Cuentas se identificó los problemas de orden público que pueden generar problemas de acceso a zonas priorizadas y continuidad de acciones del proyecto. Como mitigación se prevé:

desarrollar un protocolo para el abordaje de las acciones de eliminación de la malaria de territorios con situaciones de conflicto (hostiles), solicitar a las autoridades locales apoyo en el acceso y la realización de las acciones en estas áreas donde exista riesgo de orden público, divulgar las acciones de la iniciativa a la población general, de tal forma que las comunidades soliciten los servicios e identificar y vincular al programa como microscopistas, a personal local que conoce y puede acceder a las áreas con situaciones de conflicto. Por otro lado, como riesgo medio se identificó que debido a problemas financieros algunas EPS podrían ser sancionadas por parte de la Superintendencia Financiera o incluso ser liquidadas. Como mitigación se prevé: identificar la población y los servicios que podría quedar descubierta e identificar como se prestarían los servicios a la población en el periodo de transición.

- 2.12 **Sostenibilidad del programa.** Una vez finalice el horizonte de ejecución del proyecto, se espera que las metodologías y estrategias diseñadas por la IREM continúen su implementación en los municipios priorizados y en paralelo se irán trasladando al resto del territorio nacional para acelerar las metas del PENM 2018-2035. La financiación requerida para la implementación del PENM incluye recursos del SGSSS, lo que permitirá que las lecciones aprendidas del proyecto se mantengan en los equipos de diagnóstico y tratamiento extramurales.

III. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN Y GESTIÓN

A. Resumen de los arreglos de implementación

- 3.1 **Esquema de ejecución.** El Organismo Ejecutor (OE) será el MSPS. La Subdirección de Enfermedades Transmisibles (SET) del Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios del MSPS liderará el proyecto a través de un grupo de Entes Gestores (EG) compuesto por el INS; y las Gobernaciones, Alcaldías e IPS de los 12 municipios incluidos en el alcance. La gestión financiera del proyecto estará a cargo del Secretario General del MSPS, que seguirá las políticas actuales del OE. El MSPS conformará una UCP que reportará directamente a la SET y será responsable de la coordinación técnica, operativa, contractual, financiera y administrativa de la IREM, entre el MSPS y el grupo de EG. El MSPS realizará convenios interadministrativos, transferencias o contratos con los EG, quienes, a su vez, harán las contrataciones y adquisiciones locales para realizar las actividades requeridas en los convenios.
- 3.2 Cada EG participante del Proyecto contará con enlaces técnicos y administrativos, quienes coordinarán con la UCP la ejecución de las acciones de la IREM a nivel local. Las Direcciones Territoriales de Salud departamentales y municipales participarán activamente en el Proyecto como aliados estratégicos, quienes serán las encargadas a nivel local de garantizar la elaboración de los planes locales para la implementación, seguimiento de la reducción y eliminación de casos, y ejecutarán acciones de vigilancia epidemiológica y entomológica en los municipios priorizados. La gobernanza del Proyecto se sustenta en las funciones de rectoría y de coordinación de las políticas de salud pública que tiene el MSPS, y en las funciones como autoridad sanitaria de ejecución en salud pública que tiene las entidades territoriales. Por lo que el MSPS se apoyará en instancias institucionales existentes: el Comité de Dirección, el Comité de Gestión de la

Dirección de Promoción y Prevención y los espacios de trabajo de los Equipos Funcionales del MSPS que intervienen en el proyecto, así como en las instancias de coordinación existentes entre estos y los Equipos Funcionales del nivel territorial. El MOP definirá las funciones y responsabilidades de cada una de las instancias y dependencias involucradas y sus integrantes, los mecanismos de coordinación y flujos de información del proyecto. La operación no contempla co-ejecutores.

- 3.3 **Plan de Ejecución del Proyecto (PEP).** El desarrollo de las actividades del Proyecto seguirá una programación instrumentada a través del PEP y su revisión anual que se plasmará en el respectivo Plan Operativo Anual (POA). El PEP contiene el detalle equivalente al POA por cada uno de los años de ejecución. Sin embargo, deberá ser modificado cada año teniendo en cuenta el avance real del proyecto. Las revisiones anuales del PEP y POA, y los demás instrumentos de ejecución del proyecto deberán ser remitidas al Banco.
- 3.4 **Acuerdos y requisitos fiduciarios.** El Anexo III refleja los lineamientos de gestión financiera y ejecución de adquisiciones que se aplicarán para la ejecución del Proyecto. Estos se han desarrollado sobre la base del análisis del contexto fiduciario del país y del OE, el análisis institucional del OE, el taller de riesgos con el personal relevante del OE y beneficiarios, las reuniones mantenidas con el OE, y las reuniones con el Equipo del Proyecto y personal clave de las entidades participantes.
- 3.5 **Condiciones contractuales especiales previas al primer desembolso:** (i) que se haya designado al coordinador operativo del Proyecto de conformidad con los Términos de Referencia previamente acordados con el Banco, con lo que se garantizará la conformación de la UE; (ii) que se haya firmado y entrado en vigencia un convenio interadministrativo marco entre el MSPS y el grupo de EG que recibirán financiamiento del MSPS, en donde se establezca el alcance del Proyecto, el modelo de gobernanza, y las responsabilidades de cada una de las partes (§3.1), dado que van a ejecutar recursos de la operación; (iii) que el Banco haya aprobado y que haya entrado en vigencia el Manual de Operaciones del Proyecto ([MOP](#)), con el fin de regular el funcionamiento y responsabilidades de todas las instancias involucradas en la ejecución, del nivel central del MSPS y de los Entes Gestores; y (iv) que el Banco haya recibido el Plan de Ejecución elaborado por el Beneficiario, con el fin de asegurar las condiciones de planeación necesarias para inicio oportuno del proyecto.
- 3.6 **Auditoría.** Durante el período de desembolsos de la operación, dentro de los 120 días siguientes al cierre del ejercicio fiscal del OE, se presentarán al Banco los estados financieros auditados anuales del proyecto. La auditoría será efectuada por auditores independientes aceptables al Banco. La determinación del alcance y otros aspectos relacionados se regirá por la Guía de Gestión Financiera para Proyectos Financiados por el BID (OP-273-6). Los servicios de auditoría serán contratados por el MSPS y financiados con recursos de la CT. La auditoría sobre los resultados del proyecto requerida para el desembolso de los tramos de desempeño será contratada directamente por el Banco con recursos del fondo FEM, diferentes a los de esta CT. Ver detalle en el Anexo III.

- 3.7 **Desembolsos:** El Banco desembolsará bajo el método de anticipo de fondos, las necesidades de liquidez para un período máximo de seis meses. El porcentaje mínimo a justificar, para solicitar desembolsos, será del 60% del total de los saldos acumulados pendientes de justificación considerando que el mecanismo de ejecución es complejo, descentralizado e intervienen varios actores.
- 3.8 **Financiamiento retroactivo y reconocimiento de gastos.** El Banco podrá financiar retroactivamente con cargo a los recursos del tramo de inversión del Fondo FEM, hasta por la suma de US\$100.000 (4,1% del monto propuesto de recursos del tramo de inversión del Fondo FEM), y reconocer con cargo al aporte local), hasta por la suma de US\$1.451.064 (20% del monto estimado del aporte local), gastos elegibles efectuados por el beneficiario antes de la fecha de aprobación de la operación (Bienes y Consultorías), siempre que se hayan cumplido requisitos sustancialmente análogos a los establecidos en convenio. Dichos gastos deberán haberse efectuado a partir del 15 febrero 2019 (fecha de aprobación del Perfil de Proyecto), pero en ningún caso se incluirán gastos efectuados más de 18 meses antes de la fecha de aprobación del convenio.

B. Resumen de los arreglos para el monitoreo de resultados

- 3.9 **Monitoreo y seguimiento.** Dado que las intervenciones e indicadores están alineados a la estrategia técnica mundial de eliminación, es posible comparar el progreso de Colombia con otros países dentro y fuera de la región. Se realizarán estudios para generar conocimientos sobre mecanismos de intervención innovadores para eliminar la malaria; herramientas para evaluar el uso de MTILD; uso de pruebas rápidas para detección y diagnóstico; mecanismos para favorecer la participación de la población y los servicios de salud a través de metodologías de comunicación y plataformas comunitarias, entre otras.
- 3.10 **Evaluación del Proyecto.** Entre los socios involucrados se elaboró el plan para monitoreo y evaluación de la operación. La verificación del cumplimiento de metas de los indicadores del Marco de Desempeño se realizará con mediciones externas independientes que verificarán los avances de los indicadores de la operación. Además, se utilizará una Matriz de Seguimiento ([EEO#4](#)) y un PEP ([EER#1](#)) del proyecto, cuya ejecución será monitoreada por el Especialista del Banco en el país mediante reuniones mensuales con los involucrados. Durante las misiones de supervisión trimestrales se realizará el seguimiento del progreso técnico, financiero y de gestión de la operación, incluyendo el análisis de datos rutinarios provenientes del sistema de vigilancia epidemiológica nacional. Se realizará una evaluación de impacto por el método cuasiexperimental para documentar el efecto de la intervención, los detalles están en el Plan de Monitoreo y Evaluación ([EER#2](#)).

Matriz de Efectividad en el Desarrollo		
Resumen		CO-G1013
I. Prioridades corporativas y del país		
1. Objetivos de desarrollo del BID		Si
Retos Regionales y Temas Transversales	-Inclusión Social e Igualdad -Productividad e Innovación -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		Si
Matriz de resultados de la estrategia de país	GN-2832	Consolidar un sistema de pensiones y salud sostenible e inclusivo.
Matriz de resultados del programa de país		La intervención no está incluida en el Programa de Operaciones de 2019.
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)		
II. Development Outcomes - Evaluability		Evaluable
3. Evaluación basada en pruebas y solución		7.2
3.1 Diagnóstico del Programa		1.4
3.2 Intervenciones o Soluciones Propuestas		4.0
3.3 Calidad de la Matriz de Resultados		1.9
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		9.3
5.1 Mecanismos de Monitoreo		2.5
5.2 Plan de Evaluación		6.8
III. Matriz de seguimiento de riesgos y mitigación		
Calificación de riesgo global = magnitud de los riesgos*probabilidad		Medio
Se han calificado todos los riesgos por magnitud y probabilidad		Si
Se han identificado medidas adecuadas de mitigación para los riesgos principales		Si
Las medidas de mitigación tienen indicadores para el seguimiento de su implementación		Si
Clasificación de los riesgos ambientales y sociales		C
IV. Función del BID - Adicionalidad		
El proyecto se basa en el uso de los sistemas nacionales		
Fiduciarios (criterios de VPC/FMP)	Si	Administración financiera: Presupuesto, Tesorería, Contabilidad y emisión de informes, Controles externos, Auditoría interna. Adquisiciones y contrataciones: Sistema de información, Método de comparación de precios, Contratación de consultor individual, Licitación pública nacional.
No-Fiduciarios	Si	Sistema Nacional de Planeación Estratégica, 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	Si	Párrafo 1.26

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

El objetivo de la operación es contribuir a la reducción de los casos de malaria al año 2020 en Colombia a través de mejoras en el acceso a servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento, y mediante la detección y manejo oportuno de los casos autóctonos e importados. Para el logro de este objetivo el programa financiará las actividades de (i) Fortalecimiento de capacidades de Diagnóstico, Tratamiento, Investigación y Respuesta; (ii) Vigilancia epidemiológica, entomológica y parasitológica; (iii) Fortalecimiento del control vectorial integral; (iv) Fortalecimiento de las acciones transversales, diálogo de políticas e intersectorialidad.

La lógica vertical del proyecto es adecuada y las soluciones propuestas están relacionadas con los problemas identificados y sus determinantes. La teoría de cambio se basa en la utilización de aceleradores para incrementar la velocidad de eliminación de la malaria, así como en el marco de Impacto Colectivo.

Siendo parte de la Iniciativa Regional para la Eliminación de la Malaria (IREM), el proyecto tiene el modelo de financiamiento por resultados que combina (i) un tramo de inversión, (ii) recursos de contrapartida local, y (iii) dos tramos de desempeño. El Marco de Desempeño cuenta con 10 indicadores para cada ronda de mediciones. Estos indicadores fueron seleccionados considerando 38 indicadores recomendados por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud. La verificación del logro de las metas del Marco de Desempeño se realizará por un evaluador independiente con fondos disponibles como parte de los recursos de donación aportados para el establecimiento del Fondo.

La matriz de resultados (MR) tiene 7 indicadores de impacto, 38 indicadores de resultado, 34 indicadores de producto. Estos indicadores incluyen indicadores de monitoreo general de la IREM e indicadores del Marco de Desempeño. Seguimiento y medición de los indicadores de monitoreo general es financiado con los mismos fondos que seguimiento y medición de los indicadores del Marco de Desempeño. Para algunos indicadores de la MR los valores basales y las metas finales se establecerán después del levantamiento de la línea de base en el tercer trimestre de 2019. La MR de productos será ajustada cuando la caracterización de focos y la micro planificación esté finalizada.

El proyecto presenta un análisis costo-beneficio que sustenta la viabilidad del proyecto con la tasa interna de rendimiento de 46.36%. La evaluación de efectividad de la IREM en Colombia se realizará a nivel subnacional. El diseño de la evaluación será cuasi experimental utilizando la metodología de control sintético.

La operación recibió la dispensa para monitoreo y reporte bajo los sistemas del Banco (OP-1632-2).

MATRIZ DE RESULTADOS

Objetivo del Proyecto:	Contribuir a la reducción de los casos de malaria al año 2020 en Colombia a través de mejoras en el acceso a servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento, y mediante la detección y manejo oportuno de los casos autóctonos e importados.
-------------------------------	--

IMPACTOS ESPERADOS¹

Indicadores	Unidad de Medida	Línea de Base	Año Línea de Base	1ª Fase	2ª Fase	Meta Final	Medios de Verificación ²	Comentarios
IMPACTO #1: Eliminación de la transmisión autóctona de la malaria en la frontera con Panamá (Acandí, Juradó, Riosucio y Unguía), Y la reducción de casos autóctonos de malaria complicada y muertes en los municipios priorizados (Atrato, Bagadó, Buenaventura, Lloró, Medio Atrato, Quibdó, Rio Quito y Tumaco)								
P1.01 Casos de malaria de transmisión local en el último año	Número	F. Panamá: 328 C. Chocó: 15,615 Pacífico Sur: 4760	2015-2017	F. Panamá: 0 casos C. Chocó: 50%* Pacífico S.: 50%*	F. Panamá: 0 casos C. Chocó: 75%* Pacífico S.: 75%*	F. Panamá: 0 casos C. Chocó: 75%* Pacífico S.: 75%*	Sistema de vigilancia epidemiológica con revisiones de calidad de datos	(2) El indicador se reporta de forma desagregada para cada municipio priorizado
P1.02 Casos de malaria complicada	Número	F. Panamá: 9 C. Chocó: 271 Pacífico Sur: 139	2015-2017	Reducción de 50% respecto línea base	Reducción de 75% respecto línea de base	Reducción de 75% respecto línea de base		(2)
P1.03 Muertes por malaria	Número	F. Panamá: 1 C. Chocó: 11 Pacífico Sur: 4	2015-2017	Reducción 66% respecto promedio anual últimos 7 años	0	0		(2)

¹ Todos los valores y metas son para el total de los municipios focalizados, salvo si se indica de otra forma.

² Las fórmulas de cálculo generales y medios de verificación están detallados en el Anexo de Seguimiento, Monitoreo y Evaluación. Para los indicadores de desempeño, las fórmulas específicas y criterios de medición serán acordadas con el país en el Manual de Indicadores que será anexo al Manual de Operaciones.

Indicadores	Unidad de Medida	Línea de Base	Año Línea de Base	1ª Fase	2ª Fase	Meta Final	Medios de Verificación ²	Comentarios
E1.01 Casos de malaria y tasa de incidencia (por 1.000 habitantes): • por especie, clasificación, sexo, grupo de edad; • por fuente (por ejemplo, importado o autóctono), • por detección activa o pasiva, y • por sector	Número Tasa de incidencia	(1)	2019				Sistema de vigilancia epidemiológica, SIVIGILA	(3) Pro-Gender Seguimiento Étnico Para seguimiento el indicador será reportado de forma agregada, se contará con información que permita su desagregación por género, edad, fuente (importado, autóctono), detección activa o pasiva, y sector. Para seguimiento del indicador será reportado el valor total de los municipios priorizados para los casos de transmisión autóctona.
E1.02 Focos por clasificación	Número	(1)	2019					(3) Este indicador será reportado únicamente el total de focos de los municipios priorizados.
E1.03 Porcentaje de la población que vive en focos activos	%	(1)	2019					Población de las DAS con focos activos
E1.04 Muertes debido a la malaria, por especie y por tipo de caso (importado o adquirido localmente)	Número	(1)	2019					(3) Este indicador será reportado el valor total de los municipios priorizados independientemente de la especie y tipo de caso.

Notas: * Los porcentajes son de reducción respecto a línea de base. F. Panamá se refiere a los cuatro municipios en frontera con Panamá C. Chocó se refiere a los municipios del Conglomerado de Chocó que incluye los municipios de Quibdó, Atrato, Lloró, Medio Atrato, Río Quito y Bagadó. Pacífico Sur se refiere a los municipios de Tumaco y Buenaventura.

(1) La línea de base se medirá en el tercer trimestre de 2019.

(2) Indicador de desempeño (señalando con color verde las metas acordadas).

(3) Dentro del modelo de financiamiento basado en resultados de la IREM, se establecen metas para los indicadores del Marco de Desempeño, que son las que se incentivan. Una vez iniciada la operación, se establecerán los valores de línea de base para todos los indicadores de la Matriz de Resultados, lo que permitirá establecer los resultados esperados considerando los abordajes para la eliminación de la malaria. Estos resultados quedarán reflejados en las matrices de seguimiento.

RESULTADOS ESPERADOS³

Indicadores	Unidad de Medida	Línea de Base	Año Línea de Base	1ª Fase	2ª Fase	Meta Final	Medios de Verificación ⁴	Comentarios
RESULTADO #1: Diagnóstico de calidad de febriles asegurado								
P3.01 Unidades de diagnóstico que reciben reporte de evaluación indirecta del desempeño por el laboratorio de referencia en el periodo	%	(1)	2019	70% ^{1/}	90% ^{2/}	90% ^{2/}	Encuesta de establecimientos de salud	Indicador del Marco de Desempeño
P4.01 Pacientes con malaria confirmada que recibieron tratamiento antimalárico de primera línea de acuerdo a la política nacional dentro de 24 horas después del diagnóstico	%	(1)	2019	60%	90%	90%		Indicador del Marco de Desempeño
P4.02 Casos confirmados a los que se les realizó prueba diagnóstica (incluyendo trabajadores comunitarios) dentro de las 48 horas después de presentar síntomas	%	(1)	2019	40%	60%	60%		(2)

³ Todos los valores y metas son para el total de los municipios focalizados, salvo si se indica de otra forma.

⁴ Las fórmulas de cálculo generales y medios de verificación están detallados en el Anexo de Seguimiento, Monitoreo y Evaluación. Para los indicadores de desempeño, las fórmulas específicas y criterios de medición serán acordadas con el país en el Manual de Indicadores que será anexo al Manual de Operaciones.

Indicadores	Unidad de Medida	Línea de Base	Año Línea de Base	1ª Fase	2ª Fase	Meta Final	Medios de Verificación ⁴	Comentarios
P5.01 Casos confirmados de malaria en el último año investigados que cumplen con los estándares de calidad	%	(1)	2019	70%	95%	95%	Sistema de vigilancia verificado con revisiones de calidad de datos en el punto de atención	El indicador se enfocará en los casos notificados. El indicador es compuesto y se refiere a fichas completas con calidad en todos los municipios y búsqueda reactiva de casos en los cuatro municipios donde hay hasta tres casos semanales o algún caso en donde anteriormente no existían. El detalle se define en el Manual de Indicadores.

Indicadores	Unidad de Medida	Línea de Base	Año Línea de Base	1ª Fase	2ª Fase	Meta Final	Medios de Verificación ⁴	Comentarios
P7.01 Puntos de atención y establecimientos de diagnóstico con disponibilidad permanente de equipo e insumos para el diagnóstico y tratamiento de la malaria de acuerdo a estándares	%	(1)	2019	80%	80%	80%	Encuesta de establecimientos de salud	(2) Este indicador será reportado para el total de puntos de atención y establecimientos de diagnóstico de los municipios priorizados
P7.06 Existe un registro de focos y ha sido actualizado en los últimos 12 meses	Sí / No	(1)	2019	Sí	Sí	Sí	Revisión de expertos	(2)
E3.01 Verificación de los resultados de microscopía, por laboratorio de referencia nacional	%	(1)	2019				Base de datos de laboratorio de referencia	(3)
E3.03 Establecimientos de salud sin desabasto de insumos clave para las pruebas diagnósticas	%	(1)	2019				Encuesta de establecimientos de salud	(3)
E4.01 Pacientes con malaria confirmada que recibieron tratamiento antimalárico de primera línea según la política nacional	%	(1)	2019				Sistema de vigilancia epidemiológica	(3)
E4.02 Casos detectados contactando a los servicios de salud dentro de 48 horas de desarrollar síntomas	%	(1)	2019					(3)

Indicadores	Unidad de Medida	Línea de Base	Año Línea de Base	1ª Fase	2ª Fase	Meta Final	Medios de Verificación ⁴	Comentarios
E4.03 Media de tiempo entre el inicio de los síntomas y el inicio del tratamiento por tipo de vigilancia	Horas	(1)	2019					(3) Se reportará el valor agregado de los municipios priorizados para todos los tipos de vigilancia
E4.05 Meses en establecimientos de salud sin desabasto de tratamientos de primera línea	%	(1)	2019					(3)
E5.01 Casos con investigación de casos y clasificación	%	(1)	2019					(3)
E5.04 Casos con el formulario de investigación de casos completada y enviada de acuerdo al tiempo estipulado	%	(1)	2019					(3)
E5.03 Focos investigados	%	(1)	2019					(3)
E5.04 Focos con la forma de investigación completada y enviada de acuerdo al tiempo estipulado	%	(1)	2019					(3)
E7.01 Gasto en malaria por fuente (doméstica, externa)	US\$	(1)	2019				Cuentas nacionales / Presupuesto del Ministerio de Salud	(3) Se reportará el total nacional independiente mente de la fuente.

Indicadores	Unidad de Medida	Línea de Base	Año Línea de Base	1ª Fase	2ª Fase	Meta Final	Medios de Verificación ⁴	Comentarios
E7.02 Gasto de malaria por cápita para el control y eliminación de la malaria	US\$	(1)	2019				Cuentas nacionales / Presupuesto del Ministerio de Salud	(3) Se reporta el valor a nivel nacional
E7.07 Comité consultivo nacional de eliminación de la malaria de carácter independiente establecido	Sí / No	(1)	2019				Revisión documental	(3)
E7.09 Plan Nacional de eliminación de la malaria aprobado y respaldado por MSPS	Sí / No	(1)	2019					(3)
E7.10 Hay una colaboración intersectorial funcional en todos los distritos interesados	Sí / No	(1)	2019					(3)
E7.11 Lista actualizada de todos los establecimientos de salud públicos y privados, y agentes comunitarios de salud que prestan servicios de diagnóstico y tratamiento de la malaria	Sí / No	(1)	2019					(3)

E7.12 Establecimiento registrado para recibir supervisión adecuada	Sí / No	(1)	2019					(3)
RESULTADO #2 Vigilancia mejorada y focos eliminados								
P2.02 Personas que tuvieron fiebre sin síntomas respiratorios en áreas endémicas en las últimas dos semanas que recibieron una prueba de diagnóstico	%	(1)	2019	Si la línea base es: 0-29% = 30PP 30-39% =20PP 40-49% =15PP 50-69% =10PP 70%+ = 7PP	Si primera medición es: 0-29% = 30PP 30-39% =20PP 40-49% =15PP 50-69% =10PP 70%+ = 7PP	Si primera medición es: 0-29% = 30PP 30-39% =20PP 40-49% =15PP 50-69% =10PP 70%+ = 7PP	Encuesta poblacional	(2) El indicador se reporta de forma desagregada
P2.03 Reportes esperados de establecimientos de salud y otros proveedores recibidos con estándares de calidad	%	(1)	2019	70%	90%	90%	Encuesta de Establecimientos de Salud	(2)
E2.01 Índice anual de análisis de sangre, por distrito y foco, y por PDR o microscopía	Casos confirmados / población en riesgo por 1.000	(1)	2019				Sistema de vigilancia epidemiológica	(3) Se reporta el total agregado de los municipios priorizados.
E2.02 Informes mensuales recibidos de los establecimientos de salud y otros proveedores de servicios	%	(1)	2019					(3)
E2.03 Pacientes con sospecha de malaria sometidos a una prueba parasitológica	%	(1)	2019					(3)

E2.04 Casos notificados dentro de 24 horas de detección	%	(1)	2019					(3) Para fines de la Matriz de Resultados, sólo se reportará el valor agregados de los municipios priorizados.
E7.03 La malaria es una enfermedad de notificación obligatoria dentro de 24 horas	Sí / No	(1)	2019				Revisión documental	(3)
E7.04 Se han preparado y probado sobre el terreno procedimientos estandarizados de trabajo para todos los componentes de la vigilancia, y están en funcionamiento	Sí / No	(1)	2019					(3)
RESULTADO #3: Control vectorial integral fortalecido								
P6.01 Grupo objetivo de población en riesgo que duerme bajo toldillos tratados con insecticida o que vive en casas rociadas con insecticidas de larga duración en los últimos 12 meses	%	(1)	2019	80%	80%	80%	Encuesta poblacional	(2)
E6.01 Grupo objetivo de población en riesgo que duerme bajo mosquiteros impregnados con insecticida o que vive en casas rociadas con insecticidas de larga duración en los últimos 12 meses	%	(1)	2019					(3)

E6.02 Focos activos y residuales no activos protegidos por insecticidas de larga duración, por año	%	(1)	2019					(3) Se reporta el total de focos activos y residuales de los municipios priorizados
E6.03 Población que vive en focos activos y residuales no activos protegidos por insecticidas de larga duración, por foco y año	%	(1)	2019					
E6.04 Focos activos y residuales no activos protegidos por mosquiteros impregnados con insecticida, por año	%	(1)	2019					
E6.05 Población en focos activos y residuales no activos protegidos por mosquiteros impregnados con insecticida, por foco y año	%	(1)	2019					
E6.06 Focos activos y residuales no activos con actividades de control larvarios	%	(1)	2019					

(1) Los fondos asignados para lograr cada producto están descritos en el Anexo III del PEP. Algunos productos tienen costo US\$0,00 dado que las actividades necesarias para su consecución forman parte de los recursos rutinarios del MSPS, el INS y las Secretarías Territoriales de Salud.

PRODUCTOS⁵

Productos	Unidad de Medida	Línea de Base ⁶	Año Línea de Base	2019	2020	2021	2022 ⁷	Meta Final	Medios de Verificación	Comentarios
Componente #1: Fortalecimiento de las capacidades de Diagnóstico, Tratamiento, Investigación y Respuesta (DTI-R)										
P1: Redes municipales integradas de salud para la atención de la malaria (proveedores públicos y privados)	Redes	0	2019	12	12	12	12	12	Plan de Ejecución Plurianual	(1)
P2: Puntos de diagnóstico microscópico existentes operando de forma continua	Número	0	2019	294	294	294	294	294		(1)
P3: Puntos de microscopía nuevos instalados y operando	Número	0	2019	122	122	122	122	122		(1)
P4: Microscopistas capacitados o reentrenados en microscopía	Número	0	2019	200	200	200	200	200		(1)
P5: PDR implementadas	Puntos de diagnóstico	13	2019	227	227	227	227	227		(1)

⁵ La matriz de productos será ajustada cuando la caracterización de focos y la micro planificación esté finalizada. Los cambios esperados serán en función de los análisis realizados para responder a la situación epidemiológica local de cada foco de malaria.

⁶ En algunos casos, la línea base se asume como cero porque no incluyen productos completados durante la temporalidad del proyecto.

Productos	Unidad de Medida	Línea de Base ⁶	Año Línea de Base	2019	2020	2021	2022 ⁷	Meta Final	Medios de Verificación	Comentarios
P6: Supervisión a los microscopista y seguimiento de su desempeño	Puntos de microscopía	0	2019	304	304	304	304	304		(1)
P7: Puntos de diagnóstico de microscopia operando bajo una guía nacional de diagnóstico de malaria con calidad y con participación en el programa de evaluación indirecta del desempeño	Número	0	2019	304	304	304	304	304		(1)
P8: Puntos de diagnóstico de microscopia participando en el programa de evaluación directa del desempeño (una vez al año)	Número	0	2019	304	304	304	304	304		(1)
P9: El laboratorio nacional de referencia (INS) participando en el programa de evaluación externa del desempeño de OMS/OPS	Laboratorio	0	2019	1	1	1	1	1		(1)

Productos	Unidad de Medida	Línea de Base ⁶	Año Línea de Base	2019	2020	2021	2022 ⁷	Meta Final	Medios de Verificación	Comentarios
P 10: Casos confirmados y tratados de acuerdo a la norma nacional	%	0	2019	100	100	100	100	100		(1)
P 11: Casos confirmados y tratados de acuerdo a la norma nacional	%	0	2019	100	100	100	100	100		(1)
P 11: Casos confirmados con inicio de tratamiento a las 24 horas del diagnóstico	%	0	2019	100	100	100	100	100		(1)
P 12: Pacientes con síntomas diagnosticados en menos de 48 horas	%	0	2019	100	100	100	100	100		(1)

P 13: Casos confirmados notificados de acuerdo a la norma	%	0	2019	100	100	100	100	100		(1)
Componente #2: Vigilancia epidemiológica, entomológica y parasitológica										
P14: Protocolo y lineamientos de vigilancia epidemiológica de malaria actualizado, adoptado y difundido	Protocolo	0	2019	1	1	1	1	1	Plan de Ejecución Plurianual	(1)
P15: Casos sospechosos reciben una prueba parasitológica (búsqueda proactiva)	Número	0	2019	85.000	307.739	241.332	167.882	Si primera medición es: 0-29% = 30PP 30-39% =20PP 40-49% =15PP 50-69% =10PP 70%+ = 7PP		(1)
P16: Equipos de búsqueda activa conformados	Equipos	0	2019	10	10	10	10	10		(1)
P17: Subregistro evaluado a partir de RIPS a nivel departamental y municipal	Número	0	2019	18	18	18	18	18		(1)

P18: Focos: Identificación, clasificación, caracterización, microplanificación y seguimiento	Focos	0	2019	12	12	12	12	12		(1)
P19: Puntos de diagnóstico de malaria en zonas de frontera	Número	0	2019	8	8	8	8	8		(1)
P20: Guía nacional para la vigilancia entomológica actualizada, impresa, difundida y en uso	Guía	0	2019	1	1	1	1	1		(1)
P21: Caracterización de los vectores de malaria en las localidades priorizadas en los focos	Caracterización	0	2019	1	1	1	1	1		(1)
P22: Módulo para la gestión de información entomológica de malaria (SIVIEN Malaria) integrado en el sistema de información	Módulo	0	2019	1	1	1	1	1		(1)

P23: Establecimientos de salud notificando semanalmente los casos de malaria al sistema de información, incluyendo reporte negativo (cero casos)	Número	0	2019	139	139	139	139	139		(1)
P24: Brotes identificados e intervenidos oportunamente	%	0	2019	100	100	100	100	100		(1)
Componente #3: Fortalecimiento del control vectorial integral										
P25: TILD instalados y en uso	Número	0	2019	499.023	499.023	499.023	499.023	499.023	Plan de Ejecución Plurianual	(1)
P26: DTS con plan de manejo integrado de vectores adaptado e implementado	DTS	0	2019	4	4	4	4	4		(1)
P27: Unidades entomológicas adecuadas en su capacidad para realizar actividades de vigilancia entomológica	Unidades	0	2019	9	9	9	9	9		(1)
P28: Laboratorio Nacional de Referencia (Entomología) INS fortalecido con equipos, insumos y recurso humano	Laboratorio	0	2019	1	1	1	1	1		(1)

P29: Evaluaciones del efecto de las intervenciones realizadas y difundidas	Evaluaciones	0	2019	4	4	4	4	4		(1)
Componente #4: Fortalecimiento de las acciones transversales, diálogo de políticas e intersectorialidad										
P30: Puntos de diagnóstico y tratamiento con abastecimiento oportuno y permanente de medicamentos antimaláricos	Número	0	2019	631	631	631	631	631	Plan de Ejecución Plurianual	(1)
P31: Puntos de diagnóstico microscópico con abastecimiento oportuno y permanente de equipos e insumos de microscopía	Número	0	2019	308	308	308	308	308		(1)
P32: Estrategia de Cambio de Comportamiento	Estrategia	0	2019	1	1	1	1	1		(1)
P33: Gestión del programa de malaria en los diferentes niveles	Gestión	0	2019	1	1	1	1	1		(1)

ACUERDOS Y REQUISITOS FIDUCIARIOS

País: Colombia
Número de proyecto: CO-G1013
Nombre del proyecto: Colombia – Iniciativa Regional para la Eliminación de la Malaria (IREM) en Mesoamérica y República Dominicana
Organismo Ejecutor: Ministerio de Salud y Protección Social
Equipo Fiduciario: Mylenna Cárdenas y Eugenio Hillman (VPC/FMP)

I. RESUMEN EJECUTIVO

- 1.1 El Receptor será la República de Colombia y el OE será el MSPS, quien ejecutará el proyecto a través de un grupo de EG compuesto por el Instituto Nacional de Salud, Gobernaciones, Alcaldías e instituciones prestadoras de servicios de salud de los municipios incluidos en el alcance.
- 1.2 La evaluación de la capacidad de gestión fiduciaria practicada al MSPS utilizó las siguientes herramientas: SECI, análisis de procesos clave y gestión de riesgos fiduciarios; y se focalizó en las instancias que participarán en programación, ejecución y monitoreo de los recursos del Fondo FEM¹.
- 1.3 La evaluación concluyó que el MSPS cuenta con un desarrollo satisfactorio de sus capacidades institucionales, sin embargo, el riesgo fiduciario del proyecto es medio debido a que el mecanismo de ejecución es complejo, descentralizado e intervienen varios actores. Para mitigar los riesgos es recomendable: (i) Incorporar a la UCP un Especialista Financiero con dedicación exclusiva al proyecto y un Especialista en Adquisiciones, ambos con experiencia en ejecución de proyectos financiados por la banca multilateral; (ii) Capacitar a la UCP, los enlaces de la Secretaría General del MSPS y a los EG en las Políticas de Adquisiciones del BID y las reglas de homologación de prácticas de sector privado permitidas por la misma; (iii) Suscribir un convenio marco sombrilla sin cuantía determinada y convenios interadministrativos, transferencias o convenios de asociación entre el MSPS y los EG; y (iv) elaborar un MOP que defina los procedimientos de ejecución del proyecto.
- 1.4 De acuerdo con la evaluación del Programa de Gasto Público y Rendición de Cuentas Financieras (PEFA)², 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 del todo a los estándares internacionales. Adicionalmente, se considera que el Sistema de Contratación Pública, desde la perspectiva normativa, es adecuado y consistente con las prácticas aceptadas internacionalmente. Su uso ha sido aceptado por el Banco en los términos establecidos en el numeral 5,3.
- 1.5 El fondo FEM financiará US\$3.875.370 (US\$2.422.106 TI y US\$1.453.264 TD sujetos al logro de metas del IREM). El Gobierno de Colombia aportará US\$7.255.318 como AL provenientes de varias fuentes que podrán incluir, entre

¹ Facilidad de Financiamiento Combinado para la Eliminación de la Malaria.

² El último informe PEFA Colombia, es de octubre 2016. El PEFA consiste en una herramienta internacional que sirve de marco de referencia para la evaluación de la gestión de las finanzas públicas.

otras, el Presupuesto General de la Nación (PGN), el Sistema General de Participaciones y recursos de aseguramiento del SGSSS. El proyecto tendrá un plazo de desembolsos de cuatro años.

II. CONTEXTO FIDUCIARIO DEL ORGANISMO EJECUTOR

- 2.1 El MSPS será responsable de la planeación institucional y financiera, adquisiciones, contabilidad, reportes financieros y de resultados del proyecto. Los recursos del proyecto harán parte del PGN y se llevará registro y control en el Sistema Integrado de Información Financiera Nación 2 (SIIF).
- 2.2 Como fortalezas, el MSPS muestra avances en la consolidación de un Sistema Integrado de Gestión que se encuentra definido, comunicado y adoptado. La experiencia previa del OE en la ejecución de proyectos similares facilita la mitigación de riesgos relacionados con adquisiciones y el manejo de los grupos de interés. Sin embargo, el MSPS no cuenta con experiencia y capacidad instalada para realizar procesos de gestión financiera y de adquisiciones aplicando políticas del BID.

III. EVALUACIÓN DEL RIESGO FIDUCIARIO Y ACCIONES DE MITIGACIÓN

- 3.1 Se identificaron los siguientes riesgos fiduciarios calificados como medio: (i) capacidad fiduciaria insuficiente en adquisiciones para llevar a cabo los procesos de contratación con políticas del Banco; (ii) capacidad insuficiente para emitir de manera oportuna y confiable los reportes financieros requeridos por el Banco y retrasos en las solicitudes de desembolso; (iii) debilidad en la gestión de compromisos adquiridos por entes territoriales con el MSPS, que involucran la ejecución de recursos entregados en administración; (iv) debilidad para consolidar información financiera y de adquisiciones con la oportunidad y calidad requeridas para la toma de decisiones y reporte de resultados.
- 3.2 Acciones para mitigar estos riesgos: (i) incorporar a la UCP un Especialista Financiero con dedicación exclusiva al proyecto y un Especialista en Adquisiciones, ambos con experiencia en ejecución de proyectos financiados por la banca multilateral; (ii) capacitar a la UCP, los enlaces de la Secretaría General del MSPS y a los EG en las Políticas de Adquisiciones del BID y las reglas de homologación de prácticas de sector privado permitidas por la misma; (iii) suscribir un convenio marco sombrilla sin cuantía determinada y convenios interadministrativos, transferencias o convenios de asociación entre el MSPS y los EG; (iv) elaborar un MOP que defina los procedimientos de ejecución del proyecto.

IV. ASPECTOS A SER CONSIDERADOS EN ESTIPULACIONES ESPECIALES DEL CONVENIO

- 4.1 El OE presentará las justificaciones de gastos utilizando el tipo de cambio de la conversión de los recursos desembolsados en Dólares Americanos a Pesos Colombianos.
- 4.2 El OE deberá presentar anualmente los estados financieros auditados del proyecto.
- 4.3 Para recibir anticipos, el MSPS deberá justificar como mínimo el 60% del total de los saldos acumulados pendientes por justificar, considerando que el mecanismo de ejecución es complejo, descentralizado e intervienen varios actores.

- 4.4 El OE deberá crear los rubros presupuestales de los recursos del Proyecto en el SIIF, de acuerdo con la clasificación por componentes y distribución de los recursos definida en la tabla de "Costo y Financiamiento" del Anexo Único del Convenio de Cooperación Técnica (CT).
- 4.5 El Banco podrá reconocer con cargo al aporte local, gastos elegibles efectuados por el MSPS antes de la fecha de aprobación del proyecto en (bienes y consultorías), hasta por la suma de US\$1.451.064 (20% del monto estimado del aporte local), siempre que se hayan cumplido requisitos sustancialmente análogos a los establecidos en el convenio. Dichos gastos deberán haberse efectuado a partir del 15 de febrero de 2019 (fecha de aprobación del Perfil de Proyecto), pero en ningún caso se incluirán gastos efectuados más de 18 meses antes de la fecha de aprobación del préstamo.

V. ACUERDOS Y REQUISITOS PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ADQUISICIONES

- 5.1 **Adquisiciones de obras, bienes y servicios diferentes de consultoría.** Los contratos de Obras, Bienes y Servicios Diferentes de Consultoría³ se ejecutarán utilizando la política GN 2349-9. La revisión de las especificaciones técnicas de las adquisiciones durante la preparación de procesos de selección es responsabilidad del especialista sectorial del proyecto. Se contratará de manera directa los servicios requeridos de los EG para el despliegue de las actividades de los cuatro componentes del proyecto.
- 5.2 **Selección y contratación de consultores.** Los contratos de Servicios de Consultoría se ejecutarán utilizando la política GN 2350-9. La selección de grupos de consultores individuales (3 o más individuos) con los mismos términos de referencia operará bajo el esquema de selección de consultores individuales.
- 5.3 **Uso del Sistema Nacional de Adquisiciones.** El Sistema nacional de adquisiciones aprobado por el Banco, Sistema de Compra y Contratación Pública de Colombia podrá ser utilizado de acuerdo con la ayuda memoria con Colombia Compra.
- 5.4 **Gastos Recurrentes.** Los gastos operativos relacionados con el transporte, alojamiento y alimentación de consultores individuales contratados con recursos del fondo FEM serán financiados por el proyecto dentro del plan operativo anual aprobado por el Banco y serán realizados siguiendo los procedimientos administrativos del OE o los EG.
- 5.5 **Financiamiento retroactivo.** El Banco podrá financiar retroactivamente con cargo a los recursos del tramo de inversión del Fondo FEM, gastos elegibles efectuados por el beneficiario antes de la fecha de aprobación de la operación (Bienes y Consultorías), hasta por la suma de US\$100.000 (4.1% del monto propuesto de recursos del tramo de inversión del Fondo FEM), siempre que se hayan cumplido requisitos sustancialmente análogos a los establecidos en convenio. Dichos gastos deberán haberse efectuado a partir del 15 febrero 2019 (fecha de aprobación del Perfil de Proyecto), pero en ningún caso se incluirán

³ Políticas para la Adquisición de Bienes y Obras financiadas por el Banco Interamericano de Desarrollo ([GN-2349-7](#)) párrafo 1.1: Los servicios diferentes a los de consultoría tienen un tratamiento similar a los bienes.

gastos efectuados más de 18 meses antes de la fecha de aprobación del convenio.

- 5.6 **Reconocimiento de gastos.** El Banco podrá reconocer con cargo al aporte local, gastos elegibles efectuados por el MSPS de acuerdo con las condiciones mencionadas en la Sección IV, de este anexo.
- 5.7 **Montos límite por método de selección.** Los montos límites para determinar los métodos de selección aplicables al proyecto, así como para establecer obligaciones frente a la revisión ex post, la publicidad internacional y la integración de la lista corta son presentados en los siguientes cuadros:

Cuadro 1. Tabla de montos límite (US\$)

Obras		Bienes		Consultoría	
LPI	LPN (obras complejas) **	LPI	LPN (bienes no comunes) **	Publicidad Internacional Consultoría	Lista Corta sin restricciones de nacionalidad
Mayor o igual a 10.000.000	Entre 350.000 y 10.000.000	Mayor o igual a 1.000.000	Entre 50.000 y 1.000.000	Mayor o igual a 200.000	Menor o igual a 500.000

** Cuando se trate de obras sencillas y bienes comunes y cuyo valor se encuentre por debajo del monto para LPI, se podrán adquirir mediante Comparación de Precios (CP).

** Cuando se trate de obras complejas o bienes no comunes cuyo valor se encuentra por debajo del rango para LPN, se podrán adquirir mediante CP.

Cuadro 2. Tabla de montos límite revisión ex post (US\$)

Límite para revisión ex post***		
Obras	Bienes	Servicios de Consultoría
US\$10.000.000	US\$1.000.000	US\$200.000

*** La revisión ex post está sujeta a lo establecido en la Política GN-2349-9.

- 5.8 **Supervisión de adquisiciones.** El método de supervisión de adquisiciones de bienes, servicios y consultores será ex ante mientras el equipo de proyecto no defina lo contrario, excepto en las contrataciones directas que siempre estarán sujetas a métodos de supervisión ex ante por parte del Banco. Las revisiones ex post serán realizadas como mínimo cada 12 meses como parte de la auditoría financiera del proyecto.
- 5.9 **Registros y archivos.** El MSPS y los EG deberán mantener completa la documentación del proceso de adquisiciones en el archivo de gestión y los sistemas de información que soportan el proceso de gestión contractual. La documentación del proceso de compras será gestionada por la UCP siguiendo las directrices de Gestión Documental definidas en el MOP.

VI. ACUERDOS Y REQUISITOS DE 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, 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 del fondo FEM estarán incluidos en el PGN en cabeza del MSPS y su ejecución será controlada en el SIIF.

- 6.2 **Contabilidad y sistemas de información.** El órgano rector de la contabilidad pública en Colombia es la Contaduría General de la Nación (CGN). Para el registro de sus operaciones y la preparación de sus estados financieros, la entidad utiliza las normas prescritas por la CGN. El MSPS utilizará el SIIF para el control presupuestal, contable y de tesorería del proyecto y realizará el registro contable bajo el método de causación, por fuente de financiación y componente. Sin embargo, los estados financieros auditados del tramo de inversión del proyecto serán elaborados manualmente sobre la base contable de efectivo.
- 6.3 El MSPS deberá realizar un control contable y financiero para monitorear la ejecución y legalización de los recursos desembolsados en calidad de anticipo a los EG, los cuales serán registrados en el estado de inversiones del proyecto sólo hasta cuando sean legalizados al OE. Estos anticipos podrán ser justificados por el MSPS al Banco en el momento en que sean transferidos a los EG, para el cumplimiento del porcentaje de justificación establecido para solicitar desembolsos.
- 6.4 **Desembolsos y flujo de caja.** Para el manejo de tesorería del proyecto, el MSPS abrirá una cuenta bancaria especial en moneda extranjera en el Banco de la República, a nombre del proyecto, para el uso exclusivo de los recursos del proyecto. El Banco desembolsará bajo el método de anticipo de fondos, las necesidades de liquidez para un período máximo de seis meses, incluyendo el monto de los anticipos que se entregarán a los EG, siempre y cuando el convenio interadministrativo esté firmado con el EG respectivo. Con excepción del primer anticipo, para realizar una nueva solicitud de desembolso, el OE deberá justificar al Banco como mínimo el 60% del total de los saldos acumulados pendientes de justificación y podrá hacerlo en el momento en el que transfiera los recursos en calidad de anticipo a los EG; y será su responsabilidad realizar seguimiento a la ejecución. Ver condiciones especiales previas al primer desembolso en la Sección IV, de este anexo.
- 6.5 Los EG abrirán una cuenta bancaria especial a nombre del proyecto, de uso exclusivo para el manejo de los recursos del fondo FEM. El OE replicará el método de desembolsos por anticipo de fondos, en el que transferirá recursos a los EG con base en las necesidades de liquidez para un periodo máximo de seis meses. Con excepción del primer anticipo, los EG deberán legalizar al MSPS como mínimo el 60% del total de saldos acumulados pendientes de legalizar para solicitar un nuevo anticipo.
- 6.6 **Control Interno y Auditoría Interna.** El control interno (CI) está basado en la aplicabilidad del Manual Estándar de CI (MECI) 2014 y los principios de autorregulación, autogestión, autocontrol y mejoramiento continuo; además, cuentan con mapas de riesgos elaborados para cada uno de los procesos incorporados en el Sistema de Gestión de Calidad. El MSPS cuenta con una Oficina de CI que realiza la evaluación independiente al Sistema de CI y presta acompañamiento dentro de los planes de mejoramiento de las auditorías internas y la Contraloría General de la República (CGR).
- 6.7 **Control externo e informes.** El control externo del MSPS es realizado por la CGR, mediante auditorías públicas posteriores efectuadas de manera selectiva. Debido a que actualmente la CGR no es elegible para auditar proyectos

- financiados por el Banco, los estados financieros y la legalización de recursos por parte de los EG serán auditados anualmente por una firma auditora independiente aceptable al Banco, que será contratada por el MSPS con recursos del proyecto, cuyo presupuesto estimado es de US\$70.000. Para los recursos ejecutados por los EG, la auditoría externa tendrá un alcance especial de revisión del control contable y financiero que el OE realice para el monitoreo de la ejecución y legalización de los anticipos, de acuerdo con los detalles definidos en la sección “Contabilidad y sistemas de información”. Los Estados Financieros Auditados (EFA) del proyecto deben presentarse al Banco dentro de los 120 días siguientes al cierre de cada ejercicio fiscal durante el plazo original de desembolsos o sus extensiones. El último EFA se presentará dentro de los 120 días siguientes a la fecha estipulada para el último desembolso, de conformidad con los procedimientos y los términos de referencia previamente acordados con el Banco. Según la política de acceso y divulgación de información vigente del Banco, se deberán publicar los informes auditados del proyecto en los sistemas del Banco.
- 6.8 La auditoría sobre los resultados del proyecto requerida para el desembolso de los tramos de desempeño será contratada directamente por el Banco con recursos del fondo FEM, diferentes a los de esta CT.
- 6.9 **Plan de supervisión financiera** El especialista financiero del Banco llevará a cabo revisiones de “escritorio” y visitas de supervisión fiduciaria que incluirán la verificación de los acuerdos financieros y contables utilizados para la administración del proyecto y en particular el control de la ejecución de los recursos del fondo FEM a través de los EG. El auditor verificará que los recursos se ejecuten, según las políticas del Banco y condiciones estipuladas en el MOP. Se realizará seguimiento a la implementación de las recomendaciones del auditor.
- 6.10 **Mecanismo de ejecución.** El OE será el MSPS. La Subdirección de Enfermedades Transmisibles (SET) del Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios del MSPS, liderará el proyecto a través de un grupo de EG compuesto por el INS; y las Gobernaciones, Alcaldías e IPS de los 12 municipios incluidos en el alcance. La gestión financiera del proyecto estará a cargo del Secretario General del MSPS, que seguirá las políticas actuales del OE. El MSPS conformará una UCP que le reportará directamente a la SET y será responsable de la coordinación técnica, operativa, contractual, financiera y administrativa de la IREM, entre el MSPS y el grupo de EG. El MSPS realizará convenios interadministrativos, transferencias o contratos con los EG, quienes, a su vez, harán las contrataciones y adquisiciones locales para realizar las actividades en los convenios.
- 6.11 Cada EG participante del Proyecto contará con enlaces técnicos y administrativos, quienes coordinarán con la UCP la ejecución de las acciones de la IREM a nivel local. Las Direcciones Territoriales de Salud departamentales y municipales participarán activamente en el Proyecto como aliados estratégicos, quienes serán las encargadas a nivel local de garantizar la elaboración de los planes locales para la implementación, seguimiento de la reducción y eliminación de casos, y ejecutarán acciones de vigilancia epidemiológica y entomológica en los municipios priorizados. La gobernanza del Proyecto se sustenta en las funciones de rectoría y de coordinación de las políticas de salud pública que tiene el MSPS, y en las funciones como autoridad sanitaria de ejecución en salud pública que tiene las entidades territoriales. Por lo que el MSPS se apoyará en instancias institucionales existentes: el Comité de Dirección, el Comité de Gestión de la

Dirección de Promoción y Prevención y los espacios de trabajo de los Equipos Funcionales del MSPS que intervienen en el proyecto, así como en las instancias de coordinación existentes entre estos y los Equipos Funcionales del nivel territorial. El MOP definirá las funciones y responsabilidades de cada una de las instancias y dependencias involucradas y sus integrantes, los mecanismos de coordinación y flujos de información del proyecto. La operación no contempla co-ejecutores.

**Colombia - Iniciativa Regional para la Eliminación de la Malaria (IREM) en
Mesoamérica y República Dominicana**

CO-G1013

TRAMO DE INVERSIÓN (TI)	\$2.422.106
TRAMO DE DESEMPEÑO (TD)	\$1.453.264

Certificación

La Unidad de Gestión de Donaciones y Cofinanciamiento (ORP/GCM) certifica que la operación ha recibido la carta de compromiso para financiamiento de la **Facilidad de Financiamiento Combinado para la Erradicación de la Malaria (MEF)** hasta la suma de **US\$3.875.370** confirmado por Gustavo Saguier (ORP/GCM), el 9 de Julio de 2019.

Certificado por:

Original Firmado

12/jul/2019

Sonia M. Rivera

Fecha

Jefe

Unidad de Gestión de Donaciones y Cofinanciamiento
ORP/GCM