

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

**COLOMBIA**

**PROGRAMA DE APOYO A LA REFORMA DEL SISTEMA GENERAL DE  
SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD II**

**(CO-L1141)**

**PROPUESTA DE PRÉSTAMO**

Este documento fue preparado por el equipo de proyecto integrado por: Ana Lucía Muñoz (SPH/CCO), Jefe de Equipo; Ursula Giedion (SPH/CCO); Carolina González (SCL/SPH); Frederico Guanais (SCL/SPH); Francesca Castellani (CAN/CCO); Mónica Lugo (LEG/SGO); Bibiana Taboada (SPD/SDV); y Sheyla Silveira (SCL/SPH) quien asistió en la producción del documento.

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

## ÍNDICE

I.	DESCRIPCIÓN Y MONITOREO DE RESULTADOS.....	2
A.	Desempeño macroeconómico reciente de Colombia y necesidades de financiamiento .....	2
B.	Marco de referencia, problemática y justificación .....	3
C.	El compromiso del gobierno.....	7
D.	Alineación Estratégica .....	10
E.	Objetivos y componentes del programa .....	10
F.	Principales resultados esperados.....	12
II.	ESTRUCTURA DEL FINANCIAMIENTO Y RIESGOS .....	13
A.	Instrumentos del financiamiento.....	13
B.	Riesgos ambientales y sociales de las salvaguardias .....	13
C.	Análisis económico.....	13
III.	IMPLEMENTACIÓN Y PLAN DE ACCIÓN.....	15
A.	Resumen de medidas de implementación.....	15
B.	Resumen de medidas para el monitoreo de resultados y evaluación.....	15
C.	Carta de Política.....	15

Anexos	
Anexo I	Matriz de Efectividad en el Desarrollo (DEM) - Resumen
Anexo II	Matriz de Políticas

Enlaces Electrónicos
<p><b>OBLIGATORIOS</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Carta de Políticas <a href="http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=38872861">http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=38872861</a></li> <li>2. Matriz de Medios de Verificación <a href="http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=38279254">http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=38279254</a></li> <li>3. Matriz de Resultados <a href="http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=38281242">http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=38281242</a></li> </ol> <p><b>OPCIONALES</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Análisis Económico <a href="http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=38315389">http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=38315389</a></li> <li>2. Arreglos para Monitoreo y Evaluación <a href="http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=38281255">http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=38281255</a></li> <li>3. Matriz Comparativa <a href="http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=38578620">http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=38578620</a></li> <li>4. <i>Safeguard Policy Filter Report</i> <a href="http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=38281388">http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=38281388</a></li> <li>5. Referencias Bibliográficas <a href="http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=38279106">http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getDocument.aspx?DOCNUM=38279106</a></li> </ol>

## ABREVIATURAS

BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CO	Capital Ordinario
CONPES	Consejo Nacional de Política Económica y Social
CTC	Comité Técnico Científico
DNP	Departamento Nacional de Planeación
EPS	Empresas Promotoras de Salud
FFF	Facilidad de Financiamiento Flexible
FOSYGA	Fondo de Solidaridad y Garantía
GNC	Gobierno Nacional Central
GOC	Gobierno de Colombia
ICBF	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
IED	Inversión Extranjera Directa
IETS	Instituto de Evaluación de Tecnologías Sanitarias
IPS	Instituciones Prestadoras de Servicios
IVC	Inspección, Vigilancia y Control
MHCP	Ministerio de Hacienda y Crédito Público
MINSALUD	Ministerio de Salud y Protección Social
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
PBP	Préstamo Programático de Apoyo a Reformas de Política
PIB	Producto Interno Bruto
PILA	Planilla Integrada de Liquidación de Aportes
POS	Plan Obligatorio de Salud
RC	Régimen Contributivo
RS	Régimen Subsidiado
SGP	Sistema General de Participaciones
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SISMED	Sistema de Información de Precios de Medicamentos
SNS	Superintendencia Nacional de Salud
SPNF	Sector Público No Financiero
UPC	Unidad de Pago por Capitación

**RESUMEN DE PROYECTO**  
**COLOMBIA**  
**PROGRAMA DE APOYO A LA REFORMA DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD**  
**SOCIAL EN SALUD II**  
**(CO-L1141)**

Términos y Condiciones Financieras					
Prestatario: República de Colombia			Facilidad de Financiamiento Flexible*		
			Plazo de Amortización:	Pago único al 15 de julio de 2027	
Organismo Ejecutor: Ministerio de Hacienda y Crédito Público (MHCP), en coordinación técnica con el Departamento Nacional de Planeación (DNP)			VPP Original	12,75 años**	
			Período de desembolso:	1 año	
Fuente	Monto (US\$)		Período de gracia:	12,75 años**	
BID (CO)	400.000.000		Tasa de interés:	Basada en Libor	
Local	0		Comisión de inspección y vigilancia:	***	
Total	400.000.000		Comisión de Crédito:	***	
			Moneda:	Dólares de los Estados Unidos con cargo al CO	
Visión General del Programa					
<b>Objetivo del programa:</b> Esta es la segunda y última de una serie de dos operaciones de apoyo a la reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia, bajo la modalidad de Préstamo Programático de Apoyo a Reformas de Política (PBP). El objetivo de esta serie programática es apoyar el diseño y la implementación de la reforma del sistema, como instrumento para generar una continua mejoría de los resultados en salud, protección financiera para los usuarios y sostenibilidad financiera del sistema en el largo plazo. Se espera que las reformas introducidas fortalezcan el sistema de salud, con el establecimiento de un modelo de prestación de servicios que mejore los resultados en salud, que privilegie la gestión del riesgo de enfermedades por intermedio de la prevención, el acceso equitativo a los servicios de calidad, la eficiencia en la administración de los recursos, el uso racional y equitativo de tecnologías sanitarias y un mayor grado de Inspección, Vigilancia y Control (IVC) en el sector salud.					
<b>Condiciones contractuales especiales:</b> El desembolso de los recursos está sujeto al cumplimiento de las medidas sobre reformas de política, las cuales se describen en los componentes del programa (párrafos 1.32 al 1.43 y Anexo II), y de las demás condiciones establecidas en el Contrato de Préstamo.					
<b>Excepciones a las políticas del Banco:</b> Ninguna					
El proyecto califica como:	SEQ <input checked="" type="checkbox"/>	PTI <input checked="" type="checkbox"/>	Sector <input checked="" type="checkbox"/>	Geográfica <input type="checkbox"/>	% de beneficiarios <input type="checkbox"/>

(\*) Bajo la Facilidad de Financiamiento Flexible (documento FN-655-1), el prestatario tiene la opción de solicitar modificaciones al calendario de amortización, así como conversiones de moneda y de tipo de interés, con sujeción en todos los casos a la fecha de amortización final y la Vida Promedio Ponderada (VPP) original. Al considerar esas solicitudes, el Banco tendrá en cuenta las condiciones de mercado, así como consideraciones operacionales y de gestión de riesgos.

(\*\*) La Vida Promedio Ponderada (VPP) y el período de gracia podrán ser menor de acuerdo a la fecha efectiva de firma del Contrato de Préstamo.

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

## **I. DESCRIPCIÓN Y MONITOREO DE RESULTADOS**

### **A. Desempeño macroeconómico reciente de Colombia y necesidades de financiamiento**

- 1.1 Colombia viene mostrando un buen desempeño económico en los últimos años. La tasa del Producto Interno Bruto (PIB) fue de 6,6% y 4% en 2011 y 2012, respectivamente. En el tercer trimestre del año 2013 la economía colombiana creció 5,1% con relación al mismo trimestre de 2012. Durante el año acumulado (enero-septiembre) 2013, el PIB creció 3,9% respecto al mismo periodo de 2012. Durante este periodo, los mayores crecimientos se presentaron de la siguiente manera: 10,8% en construcción; 6,1% en el sector agropecuario, silvicultura, caza y pesca; 4,8% en servicios sociales, comunales y personales. Por su parte, industrias manufactureras presentaron un decrecimiento de 1,2%. Desde el punto de vista de la demanda, el comportamiento del PIB durante el año corrido (enero-septiembre) de 2013 estuvo asociado al crecimiento del consumo final en 4,3% de la formación bruta de capital, en 3,4%, y de las exportaciones en 2,4%, todos comparados con el mismo periodo de 2012. Para 2013, el gobierno mantiene su expectativa de crecimiento en 4,5% y el Banco de la República en un rango entre 3% y 4,5%. Según la última encuesta de Opinión Financiera BVC-Fedesarrollo, la expectativa de los analistas sería de 3,9%.
- 1.2 En 2012 el Sector Público No Financiero (SPNF) registró un superávit de 0,4% y el Gobierno Nacional Central (GNC) un déficit de 2,4% del PIB. La recaudación, con un crecimiento del 14%, pasó de 94,2 a 107 billones de pesos colombianos entre diciembre de 2011 y diciembre de 2012. En el mismo periodo, los gastos aumentaron, pasando de 106,6 a 119 billones. El gasto en intereses continuó siendo un rubro fundamental de las erogaciones públicas, contabilizando el 2,6% del PIB. Para el 2013 se pronosticó un déficit fiscal del GNC, similar al 2012. La proyección de este déficit incluye los efectos de la reforma tributaria de finales de 2012, que se previó neutral en términos de ingresos para el período 2013-2014, pero operará al cierre de la vigencia fiscal del 2013.
- 1.3 En 2014, el total de necesidades de financiamiento de la Nación alcanzaría un valor en pesos de \$39.813 miles de millones (mm) (5,6% del PIB). Dentro de las fuentes de financiamiento, el GNC cuenta con recursos que incluyen, entre otros, desembolsos de deuda interna y externa por \$39.879 mm (5,2% del PIB). La Nación prevé usar fuentes de financiamiento externas por US\$5.000 millones (1,2% del PIB), de los cuales US\$2.000 millones (0,5% del PIB) provienen de entidades multilaterales y US\$3.000 millones corresponden a colocaciones de bonos en el mercado externo. La presente operación aporta a los US\$2.000 millones de financiamiento multilateral y cubre 20% del mismo.
- 1.4 La proyección de la balanza de pagos para el año 2013 apuntó a un déficit en cuenta corriente entre 3,0% y 3,6% del PIB, en línea con los resultados de los

últimos años. Este sería financiado con superávits en la cuenta de capital y financiera, mayoritariamente con Inversión Extranjera Directa (IED).

- 1.5 La inflación en 2013 se ubicó en 2%, frente al 3,5% de 2012. Por su parte, el tipo de cambio se mantuvo volátil. En 2012 se registró una apreciación nominal del 9% y en 2013 una depreciación nominal del 9%. Desde el inicio de 2014, el peso ya acumula una depreciación de 6%.
- 1.6 El buen desempeño económico, aunado a una consolidación de las cuentas fiscales y el cumplimiento de las metas de inflación, ha permeado al mercado laboral donde se registraron tasas de desempleo de un dígito (9,6%) a finales de 2013. Gracias a estos resultados, se produjo una disminución de la pobreza de 49% en 2002 a 32,7% en 2012, y de la indigencia de 18% en 2002 a 10,4% en 2012. El Gini, aunque ha disminuido, se mantiene elevado en 53,9.

## **B. Marco de referencia, problemática y justificación**

- 1.7 **El Sistema de Salud de Colombia.** Con la Ley 100 de 1993, Colombia transformó su Sistema Nacional de Salud, enteramente público, hacia un sistema de aseguramiento en el que concurren aseguradores y prestadores públicos y privados, denominado Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Los aseguradores o Empresas Promotoras de Salud (EPS) compiten por la afiliación y administración del aseguramiento de la población; son responsables del recaudo de las contribuciones de los afiliados, contratación y pago a la red de prestación de servicios, la que puede estar conformada por oferentes públicos y/o privados. Los prestadores de servicios llamados Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), compiten por la venta de servicios de salud a las EPS. Cada EPS recibe una prima por individuo, la Unidad de Pago por Capacitación (UPC), con la cual se cubre el plan de beneficios denominado el POS (Plan Obligatorio de Salud), al que tienen derecho todos los usuarios del SGSSS. Tanto el POS, como la UPC están diseñados para ser actualizados periódicamente.
- 1.8 El SGSSS está dividido en dos regímenes, el Régimen Contributivo (RC) y el Régimen Subsidiado (RS), con poblaciones objetivo y fuentes de financiación diferentes. El RC sirve a empleados formales, jubilados y trabajadores independientes. Los recursos para su financiación están a cargo del afiliado, y para el trabajador formal provienen de una contribución compartida entre empleador y empleado. El RS sirve a poblaciones sin capacidad económica de pago y es financiado por una combinación de impuestos generales de la nación, fuentes propias de los departamentos y municipios (regalías de la explotación minera, impuestos a los juegos de azar, cigarrillos y licores) y los aportes de solidaridad que debe hacer el afiliado al RC. Para este régimen, la nación transfiere a las entidades territoriales (departamentos y municipios certificados) el valor de la UPC por afiliado.
- 1.9 El Estado delegó en las EPS las funciones de afiliación y recaudo de las cotizaciones de los afiliados al régimen contributivo. Las EPS captan los aportes

por concepto de cotización, descuentan de las cotizaciones el monto correspondiente a la UPC de sus afiliados y giran la diferencia al Fondo de Solidaridad y Garantía, (FOSYGA). Este fondo está encargado de realizar el proceso de compensación entre las aseguradoras; éste les asigna los faltantes ocasionados por gastos no cubiertos por la UPC, conocidos como los No-POS.

- 1.10 **Los resultados del SGSSS.** Después de 20 años de operación, el sistema de salud de Colombia reporta importantes logros en cobertura del aseguramiento, acceso, equidad y protección financiera a los hogares.
- 1.11 La cobertura existente antes de la Ley 100 de 1993, se ha triplicado y Colombia está cercana a alcanzar la cobertura universal en aseguramiento en salud. En diciembre de 2012, 91,1% de la población total estaba bajo la protección del SGSSS. El acceso a los servicios se incrementó, y ha tenido un comportamiento progresivo. Estudios cuasi-experimentales, comparando 1997 y 2003, indicaron que la probabilidad de obtener una consulta ambulatoria cuando se necesita es 40% mayor en los asegurados, en comparación con los no asegurados<sup>1</sup>; el porcentaje de mujeres pobres que tuvieron cuatro controles prenatales pasó de 41,5 en 1990 a 86,2 en 2011; entre 1993 y 2010 el acceso a la atención médica en el parto aumentó 116% para las mujeres de los segmentos más pobres.
- 1.12 En 2013, un 95% de la población urbana reporta gastos de bolsillo por concepto de salud, inferiores a US\$200<sup>2</sup> y en 2010 los gastos privados representaron 27,3% del total de gastos en salud, cifra comparable al promedio de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) (28,2%) e inferior al promedio de América Latina y el Caribe (42,5%)<sup>3</sup>.
- 1.13 **Los desafíos del SGSSS.** A pesar de los logros mencionados anteriormente, y tal como se presentó en la primera operación de esta serie programática, el SGSSS de Colombia enfrenta grandes desafíos: (i) el modelo de atención carece de capacidad resolutoria e integralidad; (ii) la sostenibilidad financiera está viéndose amenazada por el crecimiento del gasto en medicamentos no cubiertos por el POS, añadido a la complejidad de la gestión financiera; y (iii) el sistema de Inspección, Vigilancia y Control (IVC), crítico para un sistema tan desconcentrado y descentralizado como el de Colombia, ha tenido dificultades en su implementación.
- 1.14 **El modelo de atención** ha venido privilegiando los servicios curativos sobre las actividades de prevención y promoción. El acceso a la atención primaria de calidad resulta difícil, el 40% de la población urbana espera más de seis días para una consulta con un médico general, mientras que en un grupo de 11 países de la OCDE, solamente el 15,6% de la población espera tanto tiempo<sup>4</sup>. Debido a las dificultades de acceso al primer nivel de atención, el 47% de la población en

---

<sup>1</sup> Giedion U, et al (2009).

<sup>2</sup> BID (2013). Encuesta de Percepción de los Usuarios de los Servicios de Salud en Colombia RG-K1250.

<sup>3</sup> WHO (2013). *Out-of-pocket expenditure on health*.

<sup>4</sup> Comparación datos de BID (2013) Encuesta de Percepción 2013 (RG-K1250) con Schoen C et al. (2010).



Colombia reporta la utilización de la sala de urgencias como puerta de entrada a la red de servicios<sup>5</sup>, lo que conduce a peores resultados en salud y a mayores costos que la atención primaria<sup>6</sup>. En un grupo de 7 países de la OCDE el 85%<sup>7</sup> de la población cree que si se enferma recibirá el mejor tratamiento mientras que en Colombia solo el 66% así lo cree. El modelo de prestación prevalente ha generado inequidades regionales. Por ejemplo, el 16% de la población rural no pudo acceder a servicios de salud cuando lo requirió, debido a que el centro de atención médica se encontraba muy lejos, mientras que en el caso urbano no pudo acceder un 2,3%. La calificación de “insatisfactoria” a la calidad de los servicios de salud es más baja en zonas urbanas (22,5%) que en zonas rurales (34,1%)<sup>8</sup>. Estas disparidades se explican en parte por la geografía y la falta de servicios de salud integrales y articulados en las áreas dispersas, generando mayor inequidad en los servicios de salud.

1.15 **La sostenibilidad financiera.** La evidencia indica que el principal determinante del crecimiento del gasto per cápita en salud de las últimas décadas, ha sido la aparición y el uso de tecnologías médicas cada vez más costosas<sup>9</sup>. El aumento de costos por tecnología en Colombia se ha reflejado principalmente en el incremento de solicitud de nuevas tecnologías que no están incluidas en el POS. Estos servicios “no-POS” son otorgados mediante mecanismos excepcionales<sup>10</sup> y son pagados al prestador una vez el FOSYGA le aprueba la factura a la EPS; proceso conocido bajo el nombre de “recobro”. Los recobros han aumentado de manera acelerada y pasaron de 0,1 billones de pesos en 2004, a cerca de 2,4 billones de pesos en 2010, monto equivalente a cerca del 20% de los recaudos hechos en el RC en ese mismo año<sup>11</sup>. Según un estudio del Banco Interamericano de Desarrollo (BID)<sup>12</sup>, la mayor parte de los recursos públicos utilizados para financiar estos servicios “no-POS”, corresponde a medicamentos y, entre estos, a medicamentos biotecnológicos de última generación de alto costo. Se calcula que la deuda de las EPS a las IPS, por concepto del no-POS es del orden de 4 billones de pesos, lo que ha venido afectando la prestación del servicio.

1.16 A este crecimiento del gasto se suma la complejidad de la estructura de gestión financiera del sistema. Un primer problema es la falta de información del ente

---

<sup>5</sup> Datos BID (2013). Encuesta de Percepción 2013 (RG-K1250).

<sup>6</sup> Amplia evidencia demuestra la importancia del énfasis en la atención primaria para los resultados y costos en salud: Kringos et al (2013); Starfield (2012); Schoen et al (2010); Bodenheimer et al (2009); WHO (2008); Macinko et al (2006); Bindman et al (2005); Macinko et al (2003).

<sup>7</sup> Datos BID (2013). Encuesta de Percepción 2013 (RG-K1250).

<sup>8</sup> Encuesta Nacional de Demografía y Salud del año 2010.

<sup>9</sup> Véase Chernew, M. (2011) o Bodenheimer et al (2005).

<sup>10</sup> Cuando se le niega a una persona un servicio que no está incluido en el POS, ésta puede interponer una tutela (demanda judicial). Se puede también someter una demanda administrativa a consideración de un Comité Técnico Científico (CTC). Si el juez o el CTC falla a favor del ciudadano, las EPS deben prestar la atención y luego pedir su reembolso con cargo a los recursos del Estado, vía el FOSYGA. Este reembolso es lo que se conoce como recobro.

<sup>11</sup> BID (2012). Una primera mirada a las experiencias internacionales de los procesos de priorización de medicamentos en salud.

<sup>12</sup> BID (2012). Ibid.

rector del sistema, el Ministerio de Salud y Protección Social (MINSALUD), sobre el monto de los recursos de financiación del SGSSS. La financiación del sistema proviene de 14 fuentes distintas, siendo las más importantes para el RS las provenientes del ingreso corriente de la Nación o del Sistema General de Participación (SGP)<sup>13</sup>, y para el RC las derivadas de las contribuciones de nómina. De esta diversidad de fuentes, el MINSALUD solo dispone de la información sobre los recursos del SGP y de los excedentes de las EPS, sin tener información del total del recaudo, ni de las otras fuentes de financiación. Esta falta de información lo ha dejado sin posibilidades de planificar los gastos en el conjunto del sistema. Un segundo problema es el manejo de los recaudos por parte de las EPS. Los recaudos de las contribuciones de ambos regímenes los hacen las EPS, quienes efectúan los pagos a las IPS. Sin embargo, se ha identificado que las EPS tienden a buscar rendimientos financieros<sup>14</sup>, controlar costos en detrimento de la calidad y retener los pagos a los prestadores<sup>15</sup>. Finalmente, la afiliación en los dos regímenes la realizan directamente las EPS, quienes no tienen ningún incentivo para reportar desafiliaciones, ni para facilitar la movilidad entre aseguradoras y regímenes. Sin embargo, sí hay incentivos para seleccionar el riesgo de quien solicita afiliarse, quedándose sólo con aquellos que generen los menores costos e impidiendo la afiliación de la población que demande muchas intervenciones.

- 1.17 **Sistema de Inspección, Vigilancia y Control (IVC).** Colombia creó con la Reforma de Salud de 1993 (Ley 100) la Superintendencia Nacional de Salud (SNS) para inspeccionar, vigilar y controlar a los actores públicos y privados que confluyen en el aseguramiento y en la provisión de los servicios de salud. Análisis existentes señalan que una serie de barreras de orden legal e institucional han dificultado la implementación de un sistema de IVC efectivo. Algunas de las barreras identificadas son: (i) diversidad y amplio número de vigilados por la SNS<sup>16</sup>; (ii) centralización de la entidad; (iii) proliferación de normas y reglamentos; (iv) débil coordinación interinstitucional y extra institucional; y (v) insuficiente recurso humano.
- 1.18 **Las reformas previstas.** Frente a estos retos el Gobierno de Colombia (GOC), a través del MINSALUD, ha planteado una agenda de reformas que cubren los siguientes ejes: (i) centralización del recaudo, afiliación y pagos mediante la

---

<sup>13</sup> El SGP se destina para financiar los gastos de la nación de salud, educación y aguas. La participación de esta cuenta en los ingresos corrientes de la nación está fijada por la Constitución política.

<sup>14</sup> SUPERSALUD, 2012. En 2012, las EPS tuvieron un recaudo cercano a los \$25,3 billones de pesos, generando en las cuentas bancarias de las aseguradoras, rentabilidades financieras cercanas a \$1,35 billones de pesos (este monto equivale a la UPC del régimen contributivo de 2.372.817 personas), las cuales hubieran podido ser reinvertidas al Sistema.

<sup>15</sup> Ministerio de Salud y Protección Social, 2012. Se estima que al 31 de diciembre de 2012 la deuda del SGSSS con la red de prestación ascendía a \$4,9 billones de pesos, de los cuales el 57,2% era cartera mayor a 60 días (SUPERSALUD, 2012). La mayor deuda la tenían las EPS del Contributivo (\$1,7 billones de pesos con 59% de cartera morosa), seguidas por las EPS del Subsidiado (\$1,4 billones de pesos con 67,7% de cartera morosa). Es decir, que las EPS representaban \$3,1 billones de pesos del total de la deuda, cerca del 63%. Este nivel de endeudamiento hace que cerca del 40% de las IPS públicas estén en riesgo alto de carácter fiscal y financiero.

creación de una unidad administrativa independiente; (ii) redefinición del plan de beneficios ampliando su cobertura pero precisando exclusiones, así como regulando y controlando los precios de los medicamentos; (iii) transformación del modelo de aseguramiento y prestación de servicios mediante la creación del Gestor de Salud, como unidades administrativas que responderán por la salud de la población de una determinada región geográfica, responsable de la gestión del riesgo, de las tareas de promoción y prevención, de la articulación de la red de prestación de servicios y de su control. El nuevo modelo de salud debe incluir el diseño y puesta en marcha de un modelo diferencial para zonas con condiciones geográficas y sociales especiales; y (iv) fortalecimiento de las funciones de inspección, vigilancia y control.

### **C. El compromiso del gobierno**

- 1.19 El gobierno ha venido tomando una serie de medidas para responder a la agenda de reformas mencionadas, las que incluyen tanto iniciativas legislativas como medidas administrativas.
- 1.20 **Ley 1438 de 2011.** Esta Ley posibilitó el giro directo de recursos desde el FOSYGA a los prestadores de servicios. Con ello, se ha logrado que recursos provenientes del Sistema General de Participaciones (SGP) se giren directamente a los prestadores, sin tener que pasar ni por los departamentos, ni por las EPS. Esto ha permitido responder con las obligaciones adeudadas a las IPS, y evitar cierres de servicios.
- 1.21 **Reforma Tributaria, Ley 1607 de 2012.** Busca incentivar la formalización laboral mediante la reducción de los costos parafiscales de los empleadores. La Ley los exonera de los aportes patronales para la salud de los empleados que devengan menos de 10 salarios mínimos, a cambio de un impuesto anual sobre las utilidades obtenidas. Así, se esperan obtener resultados en la formalización laboral y con ello, incrementar la participación del RC en el sistema. Hoy el 47% de los asegurados están en el RC y el 53% en el RS<sup>16</sup>.
- 1.22 **Ley Estatutaria de Salud.** En junio de 2013, el Congreso de la República aprobó la Ley Estatutaria de Salud, cuyo objetivo es “garantizar el derecho a la salud, regularlo y establecer mecanismos de protección”. Esta Ley establece la obligación del Estado a proveer todos los servicios y tecnologías de salud que el paciente requiera según prescripción médica, excepto las que tengan propósitos cosméticos o suntuarios, las que carezcan de evidencia científica sobre seguridad, eficacia y efectividad, las que no tengan registro sanitario del país, las experimentales y las que tengan que ser prestadas fuera del país. Esta Ley establece que la ampliación de los beneficios será progresiva y el GOC cuenta con un plazo de dos años (junio 2015) para definir mecanismos de exclusión e inclusión.

---

<sup>16</sup> Superintendencia de Salud, 2012. Entidades Promotoras de Salud Régimen Contributivo y Subsidiado. Informe situación financiera diciembre de 2012.

- 1.23 Esta Ley fue presentada por el GOC para facilitarle a los usuarios del sistema el acceso a los medicamentos y procedimientos no-POS, en el entendido de que se evitarán los trámites burocráticos que requieren interponer un recurso excepcional ante su aseguradora. Igualmente, con la Ley se esperan reducir los costos administrativos para el Estado, ocasionados por el pago del procedimiento de tutela. Por este concepto, el Estado Colombiano ha venido pagando un promedio anual de US\$10 millones<sup>17</sup> para tramitar 100.000 tutelas promedio anual desde 1997 hasta 2012<sup>18</sup>. De esta manera, el GOC asume que cubriendo lo que el médico prescriba en ejercicio de su autonomía médica, con las excepciones ya mencionadas, se racionalizarán los costos por tecnología sanitaria que hoy se pagan por vía extraordinaria. Adicionalmente, se obtendrán ganancias en términos de oportunidad de la atención y en ahorros de gastos administrativos. Por ser esta Ley de carácter estatutario, se requiere la sanción de la Corte Constitucional, la que se espera para el primer semestre de 2014.
- 1.24 **Ley Ordinaria.** El Proyecto de Ley 210 de 2013 que “redefine el SGSSS” fue presentado en el primer semestre de 2013. En octubre fue aprobado por el Senado de la República y a la fecha se encuentra en proceso de discusión y aprobación por la Cámara de Representantes. En junio de 2014 finaliza el periodo legislativo en el cual puede ser aprobado. El Proyecto de Ley pretende transformar el modelo de prestación de servicios, fortaleciendo la capacidad de resolución del primer nivel de atención, hoy concentrada en los niveles especializados que son los de mayor costo y; la gestión de los recursos del sistema, intentando hacer más eficiente las tareas de recaudo, afiliación y pagos; los mecanismos de exclusión de tecnología del plan de beneficios en consistencia con lo ordenado por la Ley Estatutaria, el cual en adelante ya no se llamará Plan Obligatorio de Salud-POS sino “Mi-Plan”, y fortalecer la capacidad de IVC.
- 1.25 **Circulares de regulación de precios de medicamentos y de oportunidad de entrega.** En el año 2006<sup>19</sup>, se liberaron los precios de los medicamentos en Colombia sometiéndolos al régimen de libertad vigilada, que consistía únicamente en reportar el precio de venta del medicamento en el Sistema de Información de Precios de Medicamentos (SISMED). Esto originó que el valor pagado por medicamentos dentro del sistema de salud fuera muchas veces más alto que el observado en países de altos ingresos<sup>20</sup>. En 2010, el GOC produjo la Resolución 5229 en la cual establecieron valores máximos a los medicamentos recobrados; con ello logró quebrar la tendencia del crecimiento del gasto por este concepto. Sin embargo, los precios de venta siguieron bajo libertad vigilada hasta agosto de 2013, cuando se expidieron las Circulares 03 y 04, mediante las cuales se estableció la metodología para la incorporación del régimen de control directo de precios y se fijó precio máximo de venta para 189 medicamentos en el territorio

---

<sup>17</sup> Nieto, E y Arango A, 2011.

<sup>18</sup> Cardona, J, ¿Cuánto costaría un plan de beneficios de salud integral?, Documento preparado para el BID, 2013.

<sup>19</sup> Ministerio de Protección Social y Salud, Circular Número 04 de 2006.

<sup>20</sup> BID (2012). Una primera mirada a las experiencias internacionales de los procesos de priorización de medicamentos en salud.

nacional, respectivamente. Según el MINSALUD, esta decisión le ahorra al SGSSS US\$150 millones al año<sup>21</sup>, aproximadamente.

- 1.26 **Decreto 4023 de 2011.** Con este Decreto se ha obligado a que las aseguradoras abran cuentas exclusivas para el ingreso de las contribuciones y permitan al FOSYGA acceder a ellas. El MINSALUD ya cuenta con información, parcial (solo saldos consolidados de las EPS) de una de las más importantes fuentes de financiación del sistema.
- 1.27 **Herramientas para el control ciudadano a las aseguradoras y a los prestadores.** Con el propósito de promover el control por parte del usuario del SGSSS, se han venido produciendo algunos instrumentos que le permiten ejercer esa tarea. Se destaca el Convenio 139 de 2013, suscrito entre el MINSALUD y la Defensoría del Pueblo, el cual obliga a ambas partes a hacer una divulgación masiva de los derechos y deberes de los usuarios del SGSSS, a elaborar y publicar masivamente un ranking de las aseguradoras, y a efectuar encuestas anuales para evaluar los servicios que ofrecen aseguradoras y prestadoras.
- 1.28 **El Préstamo Programático de Apoyo a Reformas de Política (PBP) con el apoyo del BID.** En este marco de reformas, el GOC solicitó al Banco un PBP para el sector salud, mediante el cual se acompañe al MINSALUD en algunas de las reformas requeridas. El desembolso correspondiente a la primera operación PBP ([CO-L1127](#)), se efectuó en el mes de agosto de 2013, previo cumplimiento de todas las condiciones establecidas en la Matriz de Política respectiva, cuyos avances se describen en los siguientes párrafos 1.29 y 1.30.
- 1.29 Se preparó y presentó ante el Congreso de la República el Proyecto de Ley 210, el cual comprende los siguientes aspectos que también fueron acordados con el BID: (i) una propuesta de reorganización del modelo de salud que incluye la creación de las Zonas de Gestión Sanitaria a cargo de un Gestor, responsable de la identificación y clasificación de riesgos, prevención, articulación de la red de prestación, con un primer nivel como puerta de entrada al sistema y con capacidad resolutoria, para los residentes de la correspondiente zona. Los gestores, a diferencia de las actuales EPS, no efectuarán los recaudos, afiliaciones y pagos; se les cubrirán sus gastos de administración y se les harán pagos en base a resultados en salud; (ii) la creación de una unidad administrativa de gestión, SALUD MIA, que centralice el manejo del recaudo, afiliaciones y pagos; y (iii) la asignación y reglamentación del instrumento administrativo de toma de posesión, por parte de la SNS, de los gestores de salud, prestadores y direcciones territoriales de salud para garantizar la prestación de los servicios.
- 1.30 En términos de actos administrativos dirigidos a implementar las reformas, el MINSALUD: (i) diseñó el modelo de gestión y prestación de servicios de salud para zonas de población dispersa; (ii) creó y puso a operar el Instituto de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (IETS), la Dirección de Regulación,

---

<sup>21</sup> [www.eltiempo.com/opinion/columnistas/alejandrogaviria/](http://www.eltiempo.com/opinion/columnistas/alejandrogaviria/) Nov. 30, 2013.

Beneficios, Costos y Tarifas en la estructura del MINSALUD; y (iii) logró la aprobación del Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES-Social 155) de la Política Nacional Farmacéutica.

#### **D. Alineación estratégica**

- 1.31 La presente operación se enmarca en la actual Estrategia de País con Colombia (2012-2014) (GN-2648-1), a través del objetivo de mejorar la calidad y sostenibilidad del SGSSS. De igual manera, se encuentra alineada con los objetivos establecidos en el Noveno Aumento General de Recursos del BID (AB-2764). Las reformas que apoya esta operación se alinean con la prioridad del programa de préstamos de reducción de la pobreza y aumento de la equidad, y contribuyen al alcance de las metas regionales de la Estrategia para una Política Social Favorable a la Igualdad y la Productividad mediante el aumento de personas que se benefician de un paquete básico de salud. También apoya nuevos esfuerzos para la expansión de protocolos de salud preventiva, y la puesta en marcha de medidas dirigidas a enfrentar la transición epidemiológica de la población de la región.

#### **E. Objetivos y componentes del programa**

- 1.32 El objetivo de esta serie de dos operaciones es apoyar el diseño e implementación de las reformas del SGSSS, que buscan generar una continua mejora de los resultados en salud, protección financiera para los usuarios y sostenibilidad financiera del sistema en el largo plazo. Se espera que las reformas introducidas fortalezcan el sistema de salud, con el establecimiento de un modelo de prestación de servicios que mejore los resultados en salud, que privilegie la gestión del riesgo de enfermedades por intermedio de la prevención, el acceso equitativo a los servicios de calidad, la eficiencia en la administración de los recursos, el uso racional y equitativo de tecnologías sanitarias y un mayor grado de IVC en el sector salud.
- 1.33 Esta segunda y última operación de la serie PBP mantiene los tres componentes originales que el BID acordó con el GOC en la primera operación. Estos componentes contribuirán a asegurar la implementación de algunas de las reformas que se han identificado como indispensables para mantener los logros del Sistema y superar los problemas que hoy enfrenta. Igualmente se han mantenido las condiciones acordadas, con excepción de una variación en una condición del componente tres, cuyo cambio es explicado más adelante. Las condiciones y la documentación que acredita su cumplimiento están recogidos en la Matriz de Políticas (Anexo II).
- 1.34 **Componente 1. Marco macroeconómico.** El objetivo de este componente es asegurar un contexto macroeconómico congruente con los objetivos del programa y con los lineamientos de la carta de política sectorial.

- 1.35 **Componente 2. Redefinición del SGSSS.** A través de este componente se busca fortalecer el SGSSS mediante: (i) la reorganización de la prestación de los servicios; y (ii) la introducción de incentivos a la gestión del riesgo en salud<sup>22</sup>.
- 1.36 Como ya se mencionó, para la primera operación PBP el GOC presentó ante el Congreso el Proyecto de Ley 210 en el cual se propone un nuevo modelo de prestación y gestión de los servicios de salud y preparó el modelo de salud para las zonas con población dispersa.
- 1.37 Para esta segunda operación PBP se han acordado las siguientes condiciones: (i) que se le haya dado la viabilidad jurídica al modelo de salud con enfoque diferencial para regiones con población dispersa (Departamento de Guainía). En estas zonas el modelo de aseguramiento no ha operado por poca población y por su baja densidad. Con esta operación se espera contar con el decreto presidencial, mediante el cual se modifica el modelo de gestión de la salud vigente para el Departamento de Guainía<sup>23</sup>; y (ii) que el MINSALUD haya definido el modelo de pago que incentive el logro de resultados en salud, mediante el cual se logre alinear la operación del sistema con resultados sanitarios.
- 1.38 **Componente 3. Mayor eficiencia y equidad en la administración de los recursos de salud.** El objetivo de este componente es promover eficiencia y equidad en el recaudo y administración de los recursos de salud, así como la racionalización del uso de tecnologías sanitarias.
- 1.39 Para la primera operación PBP, el GOC presentó el Proyecto de Ley 210 que contempla la creación de una unidad de gestión, con autonomía administrativa, financiera y presupuestal, que centraliza la información sobre afiliación y recaudo y hace el pago directo a los prestadores en los dos regímenes de aseguramiento. Asimismo, mostró las evidencias de las acciones administrativas adelantadas para fortalecer la capacidad institucional para priorizar el gasto en salud (IETS y Dirección de Beneficios, Costos y Tarifas) y el establecimiento de la política nacional farmacéutica.
- 1.40 Para esta segunda operación PBP se ha acordado que el GOC cumpla las siguientes condiciones: (i) que se hayan desarrollado las especificaciones técnicas del sistema de información del recaudo de los aportes del régimen contributivo y de las afiliaciones a ambos regímenes; y (ii) que se haya preparado la reglamentación para la regulación de precios de medicamentos, la regulación del uso de medicamentos biotecnológicos y transparencia en la información de mercados. La primera de estas condiciones incluye una variación al mecanismo activador acordado en la primera operación, “que se hayan preparado las especificaciones técnicas para la estructura del sistema de información que será utilizado por la Unidad de Gestión para el manejo unificado de los recursos del

---

<sup>22</sup> Hay una amplia evidencia internacional de que el pago por desempeño, cuando está bien diseñado, contribuye al logro de resultados en salud, y a mejorar la eficiencia del gasto (ver [datos bibliográficos](#)).

<sup>23</sup> La literatura académica confirma la necesidad de gestionar la salud en zonas rurales y de población dispersa de manera diferente a las zonas urbanas: (ver [datos bibliográficos II](#)).

Sistema General de Seguridad Social en Salud”. Dado que la Unidad de Gestión depende de la aprobación del proyecto de Ley, se decidió preparar las especificaciones técnicas de un sistema de información que dependiendo del MINSALUD le permita controlar la información que se espera manejaría esa Unidad de Gestión. La condición acordada para esta segunda operación PBP permite darle al MINSALUD las herramientas que le facilitarán controlar la información sobre recaudos y afiliaciones independientemente de la creación de la Unidad de Gestión. Si bien no centraliza aun estas funciones, sí avanza en el control de la información y con ello en la vigilancia sobre las afiliaciones, movilidad de los afiliados y en el control de los recursos recaudados, utilizados y reintegrados al fondo de compensación FOSYGA. En lo que tiene que ver con la segunda condición, la regulación de precios de medicamentos, especialmente de los biotecnológicos y transparencia en la información de mercados, se busca que el SGSSS mejore el control de gastos por este concepto, que como ya se mencionó en el párrafo 1.15 son la causa principal del incremento del gasto en salud en los últimos años<sup>24</sup>. Las medidas tomadas a la fecha y reseñadas en el párrafo 1.25 ya dan cuenta de ahorros del sistema.

- 1.41 **Componente 4. Inspección, vigilancia y control.** Este componente busca fortalecer las funciones de IVC en el SGSSS. Para este efecto se requiere apoyar el fortalecimiento de la SNS como el órgano encargado de estas funciones. Se espera que la SNS, tenga la capacidad de ejercer sus funciones de IVC para garantizar la prestación de los servicios, así como aplicar medidas preventivas, correctivas e imponer sanciones cuando sea necesario.
- 1.42 Para la primera operación PBP, el GOC demostró que en el proyecto de Ley 210 se incluyeron medidas que apoyan el fortalecimiento de la capacidad de IVC de la SNS y de sus oficinas delegadas, así como la preparación de una propuesta de decreto ejecutivo para su reorganización.
- 1.43 Para esta segunda operación PBP, se ha acordado contar con la aprobación de la reglamentación de reorganización de la SNS por parte de las entidades correspondientes, MINSALUD, Ministerio de Hacienda y Crédito Público (MHCP), y Presidencia de la República. La presente operación apoya el avance del GOC en la expedición de un decreto que modifica la estructura interna de la SNS, le permite desconcentrarse y descentralizarse y le otorga mayor capacidad para aplicar sanciones.

#### **F. Principales resultados esperados**

- 1.44 Como se indicó en el documento marco de esta serie, los resultados esperados de las operaciones programáticas están concebidos en cambios de corto y mediano plazo y, en este caso particular, se espera que sean resultantes de la aplicación de medidas de reforma orientadas a generar una continua mejoría de los resultados

---

<sup>24</sup> La literatura sobre la priorización y control del gasto en salud demuestra que el gasto en tecnología sanitaria es el que más contribuye al crecimiento del gasto total y por ello en la necesidad de establecer medidas de control y racionalización, con experiencias exitosas: (ver [datos bibliográficos III](#)).



en salud, protección financiera para los usuarios, y sostenibilidad financiera del sistema en el largo plazo.

- 1.45 La Matriz de Resultados presenta los indicadores que permitirán el seguimiento a la efectividad del programa en relación al establecimiento de un modelo de prestación de servicios en zonas con población dispersa, que contribuya a mejorar los resultados en salud, que privilegie la gestión del riesgo de enfermar por intermedio de la prevención, el acceso equitativo a los servicios de calidad, la eficiencia en la administración de los recursos, el uso racional y equitativo de tecnologías sanitarias, y un mayor grado de IVC en el sector salud. El logro efectivo de estos objetivos se medirá en indicadores de: (i) reducción de la tasa de mortalidad en una región dispersa identificada; (ii) racionalización del recaudo y gestión de recursos financieros en el sector salud y reducción en precios de medicamentos; (iii) priorización de los gastos en salud para las tecnologías más costo-efectivas; (iv) un mayor grado de IVC en el sector salud; y (v) una mayor cobertura de aseguramiento.

## **II. ESTRUCTURA DEL FINANCIAMIENTO Y RIESGOS**

### **A. Instrumentos del financiamiento**

- 2.1 Esta es la segunda y última operación de una serie estructurada como Préstamo Programático de Apoyo a Reformas de Política (PBP) de un solo tramo cada una, de conformidad con el documento CS-3633 “Préstamos en apoyo de reformas de política: Directrices sobre preparación y aplicación”. El monto de la presente operación es de US\$400 millones, financiados con recursos del Capital Ordinario (CO) del Banco, bajo la Facilidad de Financiamiento Flexible (FFF). Se escogió una serie programática toda vez que este instrumento permite fortalecer el diálogo de políticas con el GOC en el proceso de reformas normativas y de gestión al SSSGS, y le da flexibilidad para adaptarse a los cambios en la estrategia de ejecución de las reformas a mediano plazo.

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

- 2.2 Esta operación PBP no financia inversiones físicas y tampoco prevé actividades con implicaciones negativas sobre los recursos naturales, por lo que no requiere clasificación de impacto ex ante (B.13) de acuerdo a la Política de Cumplimiento de Salvaguardias del Medio Ambiente (OP-703). Se espera que el impacto social del programa sea positivo y que se mejoren las condiciones de acceso y calidad de los servicios de salud en el país, especialmente en las áreas con población dispersa, incluyendo población indígena.

### **C. Análisis económico**

- 2.3 El estudio de [evaluación económica ex ante](#) cuantificó los posibles efectos que pueden tener dos cambios clave asociados a las reformas del sector salud: (i) mejora en los procesos de afiliación al sistema de aseguramiento del recaudo

de los recursos y del pago de los prestadores, que hoy son funciones delegadas en los aseguradores; (ii) la creación de Mi-Plan, que será un plan de beneficios mucho más amplio en contenido que el actual plan de beneficios y que ofrecerá la misma prima y alcance para todos los ciudadanos independientemente de su nivel socioeconómico. Cuantificó también los impactos esperados de la reforma tributaria sobre la movilización de recursos para el SGSSS. Finalmente hizo un análisis cualitativo de los beneficios, costos y riesgos en que se puede incurrir con la creación de la figura del Gestor, el pago por desempeño, las zonas de gestión sanitaria y la integración vertical con el primer nivel de atención.

- 2.4 Del análisis se concluye que las reformas de los procesos de afiliación, recaudo y pago generarán una reducción neta en los costos de operación de cerca de \$90 mil millones de pesos anuales y un aumento en los rendimientos financieros cercanos a los \$950 mil millones de pesos, por lo que se esperan unos beneficios netos de \$1,04 billones de pesos al año. La introducción de Mi-Plan aumentará el costo para el sistema en \$1,38 billones de pesos por concepto de igualación de las UPC de los dos regímenes y de \$2 billones de pesos por concepto de aumento de la cobertura del paquete de beneficios que serían más que compensados por el incremento en la movilización de los recursos destinados al SGSSS como resultado de la reforma tributaria. Por otro lado, se espera que la inclusión de los servicios que hoy se cobran por fuera del POS, llevará a una reducción del uso de mecanismos administrativos y judiciales, lo que a su vez hace suponer una reducción de los gastos administrativos asociados, estimados en \$50 mil millones de pesos anuales. En síntesis, los beneficios económicos cuantificados indican que las reformas, que este programa apoya, aseguran la sostenibilidad económica del SGSSS.
- 2.5 Asimismo, estimaciones preliminares del impacto de Mi-Plan en equidad, muestran un importante efecto redistributivo. En este sentido el índice de GINI variará en cerca de 3 puntos porcentuales en el régimen subsidiado y de 1 punto porcentual en el régimen contributivo.
- 2.6 **Riesgos.** La aprobación y sanción de la Ley Ordinaria es el escenario óptimo para que el GOC pueda adelantar todas las reformas propuestas. El periodo legislativo para el tránsito de este proyecto vence en junio de 2014. Sin embargo, por la urgencia de los ajustes, el riesgo de la no aprobación, la economía política del sector y la coyuntura electoral, el GOC se ha anticipado a su mitigación, avanzando en proyectos de reforma que pueden ser aplicados mediante actos administrativos que tienen respaldo legal en el acervo normativo existente. De los debates con los actores del sistema, que se han desarrollado desde la misma presentación del proyecto de Ley, se han venido produciendo acuerdos en el sentido de que una gran parte de los ajustes que requiere el Sistema pueden hacerse sin Ley y que por el contrario, es impostergable que el Ministerio avance en esos ajustes. Ejemplos de ello se han mencionado en la Sección I.C de este documento.
- 2.7 Dada la gran cantidad de grupos de interés alrededor del sector salud, tales como aseguradores, gobiernos subnacionales, clínicas y hospitales, asociaciones

médicas, industria farmacéutica y grupos de pacientes, toda reforma al sistema de salud afecta a uno o a varios de estos intereses. Ello explica la sensibilidad y resistencia al cambio que enfrentan las autoridades del sector. Por esto el GOC está impulsando reformas a través de iniciativas legislativas pero adelantando a la par medidas regulatorias y administrativas dentro de su campo de acción que contribuyan a resolver varios de los desafíos del sistema.

### **III. IMPLEMENTACIÓN Y PLAN DE ACCIÓN**

#### **A. Resumen de medidas de implementación**

- 3.1 El prestatario es la República de Colombia. La ejecución del programa y la utilización de los recursos del financiamiento del Banco serán llevadas a cabo por el prestatario a través del MHCP, el cual será denominado el organismo executor. A su vez, el organismo executor llevará a cabo el programa en coordinación con el Departamento Nacional de Planeación (DNP) quien tendrá la responsabilidad de coordinar con el MINSALUD, el seguimiento al cumplimiento de las acciones de política necesarias para la reforma del SGSSS propuestas dentro del programa.

#### **B. Resumen de medidas para el monitoreo de resultados y evaluación**

- 3.2 El monitoreo del programa está definido por la verificación de las medidas de política acordadas como condiciones de desembolso. Sin embargo, se prevé hacer seguimiento a los resultados de las reformas a través de los indicadores señalados en la Matriz de Resultados, además de la aplicación de los siguiente instrumentos: (i) una evaluación antes/después de indicadores asociados al desempeño del sistema de salud, para los cuales existe una línea de base identificada en 2013, por una encuesta nacional con los usuarios del sistema de salud, financiada con recursos de cooperación técnica del Banco (RG-T1873 – ATN/SF-12486-RG) y cuyos resultados se encuentran en documento anexo (Implementando y Diseñando Atención Primaria de Alta Calidad: Resultados Colombia [I](#) y [II](#)); y (ii) una evaluación cuasi-experimental al modelo especial para zonas con poblaciones dispersas, cuya ejecución la cofinanciará el Banco con cargo a la cooperación técnica Pilotaje de un modelo experimental de prestación de servicios de salud (CO-T1318 – ATN/OC-13864-CO).

#### **C. Carta de Política**

- 3.3 La Carta de Política acordada con el GOC y presentada por el DNP con el apoyo del Ministerio de Salud, describe las acciones de política en el ámbito macro y sectorial que el país está implementando y tiene previsto realizar. Dichas acciones son consistentes con los objetivos del programa.

Matriz de Efectividad en el Desarrollo				
Resumen				
I. Alineación estratégica				
1. Objetivos de la estrategia de desarrollo del BID		Alineado		
Programa de préstamos		i) Reducción de la pobreza y promoción de la equidad.		
Metas regionales de desarrollo		i) Tasa de mortalidad infantil.		
Contribución a los productos del Banco (tal como se define en el Marco de Resultados del Noveno Aumento)		i) Individuos (todos) que reciben un paquete básico de servicios de salud.		
2. Objetivos de desarrollo de la estrategia de país		Alineado		
Matriz de resultados de la estrategia de país		GN-2648-1	Mejorar la calidad y sostenibilidad del sistema de salud.	
Matriz de resultados del programa de país		GN-2756	La operación está incluida en el Documento de Programación de País de 2014.	
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. Resultados de desarrollo - Evaluabilidad		Altamente Evaluable	Ponderación	Puntuación máxima
		9.7		10
3. Evaluación basada en pruebas y solución		9.6	33.33%	10
3.1 Diagnóstico del Programa		3.0		
3.2 Intervenciones o Soluciones Propuestas		3.6		
3.3 Calidad de la Matriz de Resultados		3.0		
4. Análisis económico ex ante		9.5	33.33%	10
4.1 El programa tiene una TIR/VPN, Análisis Costo-Efectividad o Análisis Económico General		2.5		
4.2 Beneficios Identificados y Cuantificados		2.0		
4.3 Costos Identificados y Cuantificados		2.0		
4.4 Supuestos Razonables		2.0		
4.5 Análisis de Sensibilidad		1.0		
5. Evaluación y seguimiento		10.0	33.33%	10
5.1 Mecanismos de Monitoreo		2.5		
5.2 Plan de Evaluación		7.5		
III. Matriz de seguimiento de riesgos y mitigación				
Calificación de riesgo global = grado de probabilidad de los riesgos*		Medio		
Se han calificado todos los riesgos por magnitud y probabilidad		Sí		
Se han identificado medidas adecuadas de mitigación para los riesgos principales		Sí		
Las medidas de mitigación tienen indicadores para el seguimiento de su implementación		Sí		
Clasificación de los riesgos ambientales y sociales		B.13		
IV. Función del BID - Adicionalidad				
El proyecto se basa en el uso de los sistemas nacionales				
Fiduciarios (criterios de VPC/PDP)				
No-Fiduciarios				
La participación del BID promueve mejoras en los presuntos beneficiarios o la entidad del sector público en las siguientes dimensiones:				
Igualdad de género				
Trabajo				
Medio ambiente				
Antes de la aprobación se brindó a la entidad del sector público asistencia técnica adicional (por encima de la preparación de proyecto) para aumentar las probabilidades de éxito del proyecto		Sí	El Banco ha estado apoyando y trabajando con el Gobierno en aras de garantizar la sostenibilidad del sistema de salud, lo cual se ha materializado a través de tres cooperaciones no reembolsables, una regional y otra dos exclusivas para Colombia (ATN/SF-11853 RG, ATN/OC-13369-CO y ATN/FI 12861 CO ). Las mismas apoyan el diseño de "Mi Plan", así como la estructuración del nuevo IETS y el diseño de la política farmacéutica.	
La evaluación de impacto ex post del proyecto arrojará pruebas empíricas para cerrar las brechas de conocimiento en el sector, que fueron identificadas en el documento de proyecto o el plan de evaluación.		Sí	A través de la Evaluación Cuasi-Experimental de la Implementación de un Modelo Diferenciado de Atención para Regiones con Población Dispersa, se busca responder a las siguientes preguntas: ¿Cuál es el efecto en el estado de salud general de la población de Guainia tras la adopción del modelo comunitario de atención en salud? b. ¿Cuál es el impacto en la tasa de resolución y en la mortalidad por la adopción del modelo de atención familiar en el departamento del Guainia? La información que genere la evaluación contribuirá a mejorar el modelo actual de atención y a disminuir la inequidad en los servicios de salud.	

Este proyecto es la segunda operación de una serie programática de Apoyo a la Reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia. Su objetivo principal es apoyar el diseño y la implementación de la reforma al sistema de salud colombiano, con el fin de mejorar los resultados de salud de los usuarios y garantizar la sostenibilidad financiera del sistema en el largo plazo.

La propuesta de préstamo presenta una lógica sólida y una línea de argumentación clara. Con base en evidencia empírica describe los logros alcanzados por el sistema de salud colombiano a partir de la Ley 100 de 1993, así como los retos que persisten al día de hoy, y que hacen necesaria la reforma del sector propuesta por el gobierno. En particular, se destacan los incrementos de cobertura en aseguramiento y acceso a servicios, por un lado; pero la falta de capacidad resolutoria, insostenibilidad financiera y dificultades de gestión, por el otro. Como factores causales de la problemática identificada, se mencionan y documentan, principalmente, el enfoque curativo del modelo de atención, el incremento de prestaciones en servicios no-POS, la complejidad de la estructura financiera y el bajo perfil del organismo de vigilancia y control.

Para solucionar los retos presentes en el sistema de salud colombiano, la propuesta propone apoyar la agenda de reforma del sector que ha venido avanzando el gobierno nacional y que refleja su compromiso con la problemática. En términos generales, la reforma consiste en: i) la creación de una unidad administrativa independiente para la administración del recaudo, la afiliación y los pagos; ii) la redefinición del plan de beneficios; iii) la creación de gestores de salud como unidad a cargo del aseguramiento; y iv) el fortalecimiento del organismo de vigilancia y control. El documento justifica estas acciones con base en análisis detallados de la situación actual e incluye referencias bibliográficas a cerca de la efectividad de algunos de los modelos propuestos. Sin embargo, hace falta un análisis sobre la posibilidad de replicar los resultados citados en el contexto colombiano.

Las matrices de política y resultados son adecuadas y consistentes entre sí. La matriz de resultados presenta indicadores SMART de resultados y productos, mas no incluye indicadores de impacto. El anexo de análisis económico presenta un estudio económico general del proyecto en donde se cuantifican algunos de los beneficios y costos de la reforma bajo supuestos razonables. El plan de monitoreo y evaluación es adecuado. Se propone una evaluación retrospectiva con base en una encuesta de satisfacción a usuarios para medir cambios en acceso y calidad producto del conjunto de acciones de la reforma. Además, se propone una evaluación de impacto utilizando métodos cuasi-experimentales del modelo piloto de atención para zonas con población dispersa en el departamento de Guainía.

La matriz de riesgos es adecuada. Identifica y califica los riesgos del proyecto según su impacto y probabilidad de ocurrencia. También propone medidas de mitigación e indicadores para medir su implementación.

### MATRIZ DE POLÍTICAS

Objetivos	Condiciones cumplidas en 2013	Condiciones Operación del 2014*	Medio de Verificación del 2014
<b>1. Marco Macroeconómico</b>			
Marco macroeconómico y fiscal estable y sostenible para apoyar la viabilidad de los objetivos del programa.	Mantener un marco macroeconómico estable y consistente con los objetivos del programa.	Mantener un marco macroeconómico estable y consistente con los objetivos del programa.	Evaluación Independiente de Condiciones Macroeconómicas.
<b>2. Redefinición del Sistema General de Seguridad Social en Salud.</b>			
Fortalecimiento del Sistema de Seguridad Social en Salud mediante la reorganización de la prestación de los servicios y la introducción de incentivos a la gestión del riesgo en salud.	(2.1) El Gobierno preparó y presentó ante el Congreso, el proyecto de ley que redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el cual se contempla la organización en la prestación de los servicios de salud, el rol de los distintos agentes, y los incentivos para el logro de resultados en salud con énfasis en la prevención.	(2.1) Que el Ministerio de Salud haya definido el modelo de incentivos para favorecer el logro de resultados en salud.	- Documento técnico preparado por el Ministerio de Salud que incluye los lineamientos del modelo de pago por resultados y el diseño de un piloto. - Resolución incentivando resultados en salud en enfermedad renal crónica.
	(2.2) El Ministerio de Salud identificó los lineamientos generales para la prestación de servicios en regiones con población dispersa mediante un documento técnico que defina un modelo de servicios de salud con enfoque diferencial.	(2.2) Que se le haya dado la viabilidad jurídica al modelo de operación de salud con enfoque diferencial para regiones con población dispersa (Departamento de Guainía).	Decreto sancionado por el Presidente de la República.

Objetivos	Condiciones cumplidas en 2013	Condiciones Operación del 2014	Medio de Verificación del 2014
<b>3. Mayor eficiencia y equidad en la administración de los recursos de salud</b>			
Promover eficiencia y equidad en el recaudo y administración de los recursos de salud, así como la racionalización del uso de tecnologías sanitarias.	(3.1) El Gobierno preparó y presentó ante el Congreso un proyecto de ley que redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud, que contempla la creación de una unidad de gestión con autonomía administrativa, financiera y presupuestal, para el manejo unificado de los recursos destinados a la financiación del Sistema.	(3.1) Que se hayan desarrollado las especificaciones técnicas del sistema de información del recaudo de los aportes del régimen contributivo y de las afiliaciones a ambos regímenes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Decreto 4023 por el cual se reglamenta el proceso de compensación y el funcionamiento de la subcuenta de compensación interna del régimen contributivo del FOSYGA, se fijan reglas para el recaudo de cotizaciones al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social y se dictan otras disposiciones.</li> <li>- Decreto por el cual se establecen y verifican las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud en los regímenes contributivo, subsidiado y mediante subsidios parciales.</li> </ul>
	(3.2) El Gobierno adoptó medidas para asegurar el uso racional y equitativo de las tecnologías sanitarias a través de: (i) fortalecimiento institucional de las entidades involucradas; y (ii) establecimiento de una política nacional farmacéutica.	(3.2) Que se haya preparado la reglamentación para la regulación de precios de medicamentos, la regulación del uso de medicamentos biotecnológicos; y transparencia en la información de mercados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Circular 07 de 2013, por medio de la cual se incorporan unos medicamentos al régimen de control directo con fundamento en la metodología de la Circular 03 de 2013 de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos y se les fija su Precio Máximo de Venta en el territorio Nacional.</li> <li>- Circular 05 de 2013 de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos por medio de la cual se modifica la circular 04 de 2013.</li> <li>- Circular 04 de 2013 de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, por medio de la cual se incorporan unos medicamentos al régimen de control directo con fundamento en la metodología de la Circular 03 de 2013 de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos y se les fija su Precio Máximo de Venta en el territorio Nacional.</li> <li>- Circular 03 de 2013 de la Comisión</li> </ul>

Objetivos	Condiciones cumplidas en 2013	Condiciones Operación del 2014	Medio de Verificación del 2014
			<p>Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos por la cual se establece la metodología para la aplicación del régimen para el control directo de precios para los medicamentos que se comercialicen en el territorio nacional.</p> <p>- Circular 01 de 2014 de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, por la cual se incorporan medicamentos al régimen de control directo con fundamento en la metodología de la Circular 03 del 2013, y se les fija precio máximo de venta y se modifica la Circular 07 de 2013.</p> <p>- Proyecto de Decreto de biotecnológicos.</p> <p>- Documento Técnico para la estandarización del proceso de regulación de precios de medicamentos.</p>
<b>4. Inspección, Vigilancia y Control (IVC):</b>			
Fortalecer las funciones de inspección, vigilancia y control del Sistema de Salud.	(4.1) El Gobierno preparó y presentó al Congreso un proyecto de ley que redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud que contempla el fortalecimiento de la capacidad de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud y de sus delegados. Adicionalmente, se preparó una propuesta de decreto ejecutivo para su reorganización.	(4.1) Que se haya aprobado la reglamentación de reorganización de la Superintendencia Nacional de Salud (SNS), con énfasis en la protección del usuario y la fiscalización de la prestación de los servicios.	<p>- Decreto 2462 de 2013 por el cual se modifica la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud.</p> <p>-Decreto 2463 de 2013 por el cual se modifica la planta de personal de la Superintendencia Nacional de Salud.</p>
<b>Resultados esperados a mediano y largo plazo:</b>	<b>Indicadores de resultados esperados</b>		

Objetivos	Condiciones cumplidas en 2013	Condiciones Operación del 2014	Medio de Verificación del 2014
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de la población que tiene un médico general al que consulta habitualmente para obtener asistencia médica.</li> <li>• Tasa de hospitalizaciones por condiciones sensibles a la atención primaria en salud.</li> <li>• Porcentaje de la población que percibe que el sistema de atención médica funciona bien y solo son necesarios cambios menores para hacerlo funcionar mejor.</li> <li>• Razón entre hombres y mujeres que no visitaron o consultaron un médico cuando lo necesitaron por el costo.</li> <li>• Razón de partos institucionales entre las áreas rurales y urbanas.</li> <li>• Tasa de mortalidad infantil para menores de 1 año en el departamento de Guainía.</li> <li>• Costo del recaudo y transferencia de los recursos del sistema de salud.</li> <li>• Peso del recobro sobre el total del valor de recursos.</li> <li>• Porcentaje de la población cubierta por aseguramiento de salud (porcentaje).</li> <li>• Población cubierta por aseguramiento de salud (número).</li> </ul>		

\* Ver enlace [Matriz Comparativa](#). Condiciones Acordadas para la Segunda Operación vs. Condiciones Acordadas en la Propuesta de Préstamo de la Primera Operación del PBP.