

Documento

CONPES

CONSEJO NACIONAL DE POLÍTICA ECONÓMICA Y SOCIAL
REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN



3976

**CONCEPTO FAVORABLE A LA NACIÓN PARA CONTRATAR
EMPRÉSTITOS EXTERNOS CON LA BANCA MULTILATERAL HASTA POR
USD 300 MILLONES, O SU EQUIVALENTE EN OTRAS MONEDAS,
DESTINADOS AL FINANCIAMIENTO PARCIAL DE APROPIACIONES
PRESUPUESTALES DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL,
EN RECONOCIMIENTO A RESULTADOS QUE SE ALCANCEN EN
EFICIENCIA DEL GASTO Y MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN EN SALUD,
“PROGRAMA PARA MEJORAR LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA DE
SALUD EN COLOMBIA CON ENFOQUE INCLUSIVO”**

Departamento Nacional de Planeación
Ministerio de Hacienda y Crédito Público
Ministerio de Salud y Protección Social

Versión aprobada

Bogotá, D.C., 02 de diciembre de 2019

CONSEJO NACIONAL DE POLÍTICA ECONÓMICA Y SOCIAL CONPES

Iván Duque Márquez
Presidente de la República

Marta Lucía Ramírez Blanco
Vicepresidenta de la República

Nancy Patricia Gutiérrez Castañeda¹
Ministra del Interior

Claudia Blum Capurro de Barbieri¹
Ministra de Relaciones Exteriores

Alberto Carrasquilla Barrera
Ministro de Hacienda y Crédito Público

Margarita Cabello Blanco
Ministra de Justicia y del Derecho

Carlos Holmes Trujillo García
Ministro de Defensa Nacional

Andrés Valencia Pinzón¹
Ministro de Agricultura y Desarrollo Rural

Juan Pablo Uribe Restrepo
Ministro de Salud y Protección Social

Alicia Victoria Arango Olmos
Ministra de Trabajo

María Fernanda Suárez Londoño
Ministra de Minas y Energía

José Manuel Restrepo Abondano
Ministro de Comercio, Industria y Turismo

María Victoria Angulo González
Ministra de Educación Nacional

Ricardo José Lozano Picón
Ministro de Ambiente y Desarrollo Sostenible

Jonathan Tybalt Malagón González
Ministro de Vivienda, Ciudad y Territorio

Sylvia Cristina Constaín Rengifo
Ministra de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones

Ángela María Orozco Gómez
Ministra de Transporte

Carmen Inés Vásquez Camacho
Ministra de Cultura

Ernesto Lucena Barrero
Ministro del Deporte

Luis Alberto Rodríguez Ospino
Director General del Departamento Nacional de Planeación

Daniel Gómez Gaviria
Subdirector General Sectorial

Amparo García Montaña
Subdirector General Territorial

¹ Estos miembros del CONPES no participaron en la sesión de aprobación del presente documento CONPES.

Resumen ejecutivo

Para poder responder a los retos coyunturales y estructurales relacionados con la calidad en la prestación del servicio de salud y la eficiencia en el gasto del respectivo sector, este documento somete a consideración del Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES) el concepto favorable a la Nación para contratar empréstitos externos con la banca multilateral hasta por USD 300 millones, o su equivalente en otras monedas, destinados al financiamiento parcial de apropiaciones presupuestales del Ministerio de Salud y Protección Social, en reconocimiento a resultados que se alcancen en eficiencia del gasto y mejoramiento de la atención en salud, “Programa para mejorar la sostenibilidad del sistema de salud en Colombia con enfoque inclusivo”.

Con esto, se busca utilizar un instrumento de crédito con la banca multilateral, el cual está basado en resultados. Esto, contando con la asistencia y acompañamiento técnico que tienen estos organismos financieros, permitirá focalizar los esfuerzos gubernamentales en el cumplimiento de indicadores claves para el logro de los retos anteriormente mencionados, toda vez que el mecanismo de desembolso está sujeto al cumplimiento de metas específicas asociadas a la calidad y eficiencia en la prestación del servicio de salud y la eficiencia en el gasto. Vale la pena aclarar que el porcentaje del rubro presupuestal del Ministerio de Salud y Protección Social para aseguramiento que será financiado con los créditos externos que se sustentan en este documento, representará cerca del 6 % del total del rubro. Así mismo, es importante destacar que su ejecución se realizará de la misma forma en la que se ejecutará el resto del rubro presupuestal, a través de la bolsa de recursos de la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Adres), razón por la cual los créditos a contratar no estarían asociados al financiamiento de componentes o actividades específicas.

De esta forma, para verificar el cumplimiento de los resultados en el componente de calidad y eficiencia en la prestación del servicio de salud, se hará seguimiento a los siguientes indicadores: (i) mejoramiento en la regulación para la certificación y acreditación de centros de salud, entidades promotoras de salud (EPS) y hospitales de primer nivel; (ii) aumento en la meta de detección de cáncer de mama en fase temprana; y (iii) mejoramiento de la coordinación entre el Gobierno nacional, las entidades territoriales, las EPS y los prestadores de servicios para potenciar las acciones de promoción y prevención en el territorio nacional, en el marco del Modelo de Acción Integral Territorial (Maite).

Paralelamente, en relación con la eficiencia del gasto, el esquema propuesto condicionará el resto del desembolso de los recursos de funcionamiento al cumplimiento de los siguientes indicadores: (i) la implementación de un esquema de valores máximos de reconocimiento, que permita ceder el riesgo del Gobierno nacional a las EPS por

desviaciones en el pago de tecnologías no financiadas con la UPC, (ii) la implementación de nuevas metodologías para regulación de precios de medicamentos y (iii) el aseguramiento de la población migrante proveniente de Venezuela al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Clasificación: I10.

Palabras clave: salud, Unidad de Pago por Capitación (UPC), préstamo, banca multilateral, eficiencia, sostenibilidad financiera, Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), techos presupuestales, valores máximos de recobro, migrantes.

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	9
2. ANTECEDENTES	11
2.1. Balance del Sistema General de Seguridad Social en Salud	11
2.1.1. Impacto en la sostenibilidad del sistema de la migración venezolana a territorio nacional	13
2.1.2. Políticas estructurales de salud consagradas en el PND 2018-2022	14
3. JUSTIFICACIÓN	17
3.1. Justificación técnica.....	18
3.1.1. Retos para mejorar la calidad y eficiencia en la prestación de servicios de salud de la población.....	18
3.1.2. Retos para hacer más eficiente el gasto en salud.....	22
3.2. Justificación económica y social	25
3.2.1. Identificación de costos y beneficios	26
3.2.2. Análisis de sensibilidad	29
3.3 Espacio fiscal	29
3.2 Evaluación de las alternativas de financiación y justificación de la fuente seleccionada.....	30
4. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA	31
4.1. Objetivo general	31
4.2. Objetivos específicos	32
4.3. Componentes	32
4.3.1. Componente 1. Mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud de la población	32
4.3.2. Componente 2. Mejorar la eficiencia del gasto en salud.....	33
4.4. Capacidad institucional y mecanismo de ejecución	34
4.5. Costos del programa.....	36
4.6. Programación de desembolsos	36
4.7. Seguimiento y evaluación	36
4.7.1. Indicadores del programa.....	37
5. RECOMENDACIONES.....	40

Bibliografía..... 41

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Programación estimada de desembolsos, 2020-2022 (USD)	36
--	----

SIGLAS Y ABREVIACIONES

ACB	Análisis de Costo Beneficio
Adres	Administradora de Recursos de la Seguridad Social en Salud
APS	Atención Primaria en Salud
AVAD	Años de Vida Ajustados por Discapacidad
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CONPES	Consejo Nacional de Política Económica y Social
CTC	Comités técnico-científicos
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DNP	Departamento Nacional de Planeación
EPS	Entidades Promotoras de Salud
IPS	Instituto Prestador de Salud
IVC	Inspección, Vigilancia y Control
Maite	Modelo de Acción Integral Territorial
Mipres	Mi Prescripción de Tecnologías en Salud
MOP	Manual Operativo del Proyecto
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PEP	Permiso Especial de Permanencia
PIB	Producto Interno Bruto
PND	Plan Nacional de Desarrollo
RC	Régimen contributivo
RS	Régimen subsidiado
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
UPC	Unidad de Pago por Capitación
VMR	Valores máximos de recobro
VPN	Valor Presente Neto

1. INTRODUCCIÓN

El Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia (SGSSS) ha tenido, en los últimos años, avances importantes en materia de cobertura, equidad y protección financiera. Dentro de estos avances se destacan: (i) la cobertura en el aseguramiento en más del 96 % de la población, (ii) la reducción significativa de la inequidad en el sistema por situaciones tales como, el goce del mismo plan de beneficios para la población afiliada al régimen subsidiado y al régimen contributivo, y (iii) un gasto de bolsillo de los hogares colombianos que alcanza el 16,3 % del gasto total en salud², inferior al promedio latinoamericano y comparable con el promedio de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). Sin embargo, aún persisten retos estructurales de gran magnitud, sobre todo en materia de sostenibilidad financiera y de calidad en la prestación de servicios, así como algunos retos coyunturales, de sostenibilidad financiera, derivados de la significativa migración desde Venezuela a nuestro país en los últimos años.

Para poder responder a los retos coyunturales y estructurales relacionados con calidad en la prestación del servicio de salud y eficiencia en el gasto del respectivo sector, este documento somete a consideración del Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES) el concepto favorable a la Nación para contratar empréstitos externos con la banca multilateral hasta por USD 300 millones, o su equivalente en otras monedas, destinados al financiamiento parcial de apropiaciones presupuestales del Ministerio de Salud y Protección Social, en reconocimiento a resultados que se alcancen en eficiencia del gasto y mejoramiento de la atención en salud, "Programa para mejorar la sostenibilidad del sistema de salud en Colombia con enfoque inclusivo".

Las operaciones de crédito se desarrollarán a través de un programa de desembolsos contra resultados, por primera vez utilizado en Colombia con la banca multilateral. Es importante mencionar que los recursos del crédito no van a ser utilizados para financiar actividades específicas, en especial, no se utilizarán para financiar las actividades que se describen en la sección de componentes del presente documento. Por el contrario, estos recursos entran al rubro de funcionamiento general del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), en una proporción cercana al 6 %, y serán administrados por la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Adres)³.

² El gasto de bolsillo se define como la proporción del gasto total en salud que es asumido por los usuarios. Entre más bajo sea este indicador, en promedio, menor es la carga financiera de los hogares ante un evento de enfermedad y, consecuentemente, menor es la probabilidad de quiebra.

³ Estos recursos son ejecutados por la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Adres) Este rubro cuenta con unidad de caja.

La manera en que está estructurada una operación de desembolsos contra resultados permite obtener impactos positivos para el apoyo en la implementación de programas gubernamentales, en este caso del sector salud. Esto, debido a que los recursos desembolsados sirven como reconocimiento a resultados definidos, asociados a la calidad en la prestación de servicios de salud y a la eficiencia en el gasto. De esta manera, los recursos se irán desembolsando en la medida en que el sector cumpla con las metas definidas por indicador. Por lo tanto, las actividades incluidas en la sección de componentes representan hitos cuantitativos fácilmente medibles y verificables asociados directamente al cumplimiento de las metas definidas.

De esta forma, para verificar el cumplimiento de los resultados en el componente de calidad y eficiencia en la prestación del servicio de salud, se hará seguimiento a los siguientes indicadores: (i) mejoramiento en la regulación para la certificación y acreditación de centros de salud, entidades promotoras de salud (EPS) y hospitales de primer nivel; (ii) aumento en la meta de detección de cáncer de mama en fase temprana, y (iii) mejoramiento de la coordinación entre el Gobierno nacional, las entidades territoriales, las EPS y los prestadores de servicios para potenciar las acciones de promoción y prevención en el territorio nacional mediante el uso de la herramienta de seguimiento en el marco del Modelo de Acción Integral Territorial (Maite).

Paralelamente, en relación con la eficiencia del gasto, el esquema propuesto condicionará el resto del desembolso de los recursos al cumplimiento de los siguientes indicadores: (i) la implementación de un esquema de valores máximos de reconocimiento o valores máximos de recobro que permita ceder el riesgo del Gobierno nacional a las EPS en el pago de tecnologías no financiadas con la UPC, (ii) la implementación de nuevas metodologías para regulación de precios de medicamentos y (iii) el aseguramiento de la población migrante proveniente de Venezuela al SGSSS.

Este documento se compone de cinco secciones, incluida esta introducción. En la segunda sección se describen los antecedentes del SGSSS colombiano y se presenta el balance de créditos externos anteriores para el sector. En la tercera sección, se presentan tanto la justificación técnica de la escogencia de los indicadores líderes de desembolso como la justificación económica de los beneficios económicos generados por estos indicadores, utilizando distintos tipos de escenarios para su evaluación. En la cuarta sección se describe formalmente el programa de crédito estructurado. Finalmente, en la quinta sección, se presentan las recomendaciones al Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES).

2. ANTECEDENTES

La presente sección presenta el balance del SGSSS, sus retos coyunturales y estructurales, y la pertinencia de operaciones crediticias para el sector. En particular, se aborda el impacto en la sostenibilidad del sistema de la migración desde Venezuela al territorio nacional y la estructuración de las políticas económicas para el mejoramiento de los problemas estructurales del sector salud (enmarcadas en el Plan Nacional de Desarrollo [PND] 2018-2022 *Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad*).

2.1. Balance del Sistema General de Seguridad Social en Salud

Con la adopción de la Ley 100 en 1993⁴, Colombia se embarcó en la construcción de un SGSSS basado en el aseguramiento, el cual ha sido complementado con diversas reformas que lo han consolidado a partir del reconocimiento de la salud como un derecho fundamental de los colombianos y la provisión de un plan de beneficios en salud universal e implícito (con una lista de tecnologías excluidas de financiamiento). Dentro de las reformas al SGSSS, se destacan la Ley 1122 de 2007⁵, la Ley 1438 de 2011⁶, la Ley 1751 de 2015⁷, la Ley 1753 de 2015⁸, la Ley 1797 de 2016⁹, la Ley 1955 de 2019¹⁰ y la Ley 1966 de 2019¹¹. No obstante, tras 26 años, el sistema presenta aún retos en materia de eficiencia en el uso de recursos y calidad en la provisión de servicios que inciden directamente sobre su sostenibilidad financiera.

El SGSSS se enmarca en una arquitectura institucional, fruto de estas reformas, que ha derivado en la obligatoriedad de afiliación de todos los habitantes por parte de las entidades territoriales; la instauración de una entidad que administra un fondo único para el recaudo de las contribuciones e impuestos que financian el sistema (la Administradora de Recursos del SGSSS [Adres]), y la libre escogencia de EPS por parte de los afiliados, con el fin de

⁴ Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

⁵ Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

⁶ Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

⁷ Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

⁸ Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 "Todos por un nuevo país".

⁹ Por la cual se dictan disposiciones que regulan la operación del sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.

¹⁰ Por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022. "Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad".

¹¹ Por medio de la cual se adoptan medidas para la gestión y transparencia en el Sistema de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

estimular la competencia, así como la prestación de servicios en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).

En todo caso se trata de un sistema donde la responsabilidad de la prestación de los servicios de salud y las acciones de salud pública se delegan localmente, mientras que, la dirección, financiación y regulación fueron retenidas y fortalecidas centralmente, a través de la creación de nuevas instituciones. Es así como el aseguramiento en salud es gestionado por las EPS en dos regímenes principales, el subsidiado (RS) y el contributivo (RC), cada uno con aproximadamente 22,5 millones de afiliados (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017). Los que contribuyen (con impuestos y cotizaciones) hacen sus aportes en función de sus ingresos rentísticos y laborales, y subsidian al RS. Las demás fuentes de financiamiento incluyen ingresos generales, transferencias y recursos de entidades territoriales, entre otras. Los afiliados tienen derecho a un Plan de Beneficios en Salud (PBS) garantizado por las EPS, que reciben una prima por beneficiario denominada la Unidad de Pago por Capitación (UPC), y por servicios y tecnologías no financiadas por la UPC ordenados por el médico tratante a través de una plataforma electrónica en línea llamada Mi Prescripción de Tecnologías en Salud (Mipres). La Adres es la entidad adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, encargada tanto de administrar los recursos, como de transferirlos a las EPS, y pagar a las EPS del RC los servicios y tecnologías no financiadas con la UPC.

El sector salud ha contado con varios créditos con resultado exitoso, principalmente, para el desarrollo de políticas públicas, tales como, la reforma al sistema de salud. El Gobierno nacional ha ejecutado varias operaciones de crédito externo de libre destinación y apoyo presupuestario con la banca de desarrollo internacional, dentro de las cuales se destacan el préstamo que apoyó la reforma del SGSSS financiadas por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y la Agencia Francesa de Desarrollo (AFD) suscrito en el 2013.

La primera de las mencionadas operaciones fue solicitada por un monto de USD 250.000.000. El objetivo de la operación fue apoyar el diseño y la implementación de la reforma del sistema, como instrumento para generar una continua mejora de los resultados en salud, protección financiera para los usuarios y sostenibilidad financiera del sistema en el largo plazo. La operación tuvo como propósito impulsar la introducción de reformas que fortalecieran el sistema de salud, con el establecimiento de un modelo de prestación de servicios que buscó mejorar los resultados en salud, a partir de 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.

La segunda operación, también bajo la modalidad de libre destinación y apoyo presupuestario, se tramitó por un monto de USD 400.000.000 y propuso el fortalecimiento del SGSSS mediante la reorganización de la prestación de los servicios de salud y la introducción de incentivos al logro de resultados en salud, con énfasis en la prevención. Además, se buscó promover eficiencia y equidad en el recaudo y administración de los recursos de salud, así como la racionalización del uso de tecnologías sanitarias; y finalmente, el fortalecimiento de las funciones de IVC en el SGSSS.

En este sentido, con el acompañamiento de los organismos financieros internacionales, el SGSSS ha tenido importantes avances en los últimos años en materia de cobertura, equidad, protección financiera y reducción de pobreza. La cobertura en el aseguramiento se encuentra garantizada en más del 96 % de la población (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017) y, desde el 2011, ambos regímenes cuentan con el mismo PBS. Adicionalmente, toda la población ha gozado de un aumento de beneficios ya que, entre el 2012 y el 2017, más de 500 servicios han ingresado al PBS. Lo anterior está acompañado de un gasto de bolsillo bajo (16,3 %), inferior al promedio latinoamericano (31,3 %) y cercano al promedio de países de OCDE (13,8 %) (Banco Mundial, 2019). Finalmente, de los 12,6 puntos porcentuales (p.p) de la reducción de la pobreza multidimensional entre 2010 y 2016, 4 p.p. son atribuibles a mejoras en el acceso a servicios de salud de la población (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2019).

Sin embargo, a pesar de los logros alcanzados, el SGSSS enfrenta retos importantes tanto estructurales como coyunturales. Dentro del primer grupo se encuentra la mejora integral de la gestión financiera y de riesgos de los recursos de salud entregados al sistema por todos los colombianos y la mejora en la calidad en la prestación de los servicios de salud.

2.1.1. Impacto en la sostenibilidad del sistema de la migración venezolana a territorio nacional

El Gobierno de Colombia es consciente del desafío coyuntural que la migración desde Venezuela representa para la sostenibilidad del SGSSS. Según datos de Migración Colombia (2018), al 30 de septiembre de 2018, Colombia contaba con aproximadamente 1.032.016 migrantes regulares e irregulares desde Venezuela residiendo en su territorio. Esta población ha ingresado al país, empujada por la compleja coyuntura económica, política y social del vecino país. La anterior coyuntura ha generado una presión sin precedentes sobre el gasto en salud colombiano, debido al incremento de las atenciones en salud (*i.e.* urgencias, consulta externa y hospitalización) a población migrante desde Venezuela en los últimos años; no obstante, su impacto sobre la suficiencia de la oferta de servicios de salud y la capacidad instalada de la red pública se desconoce. Por esta razón, se hace necesario

determinar las necesidades adicionales de oferta en toda la red pública del país para la atención de esta población.

En Colombia el acceso a los servicios en salud puede brindarse por dos vías: (i) mediante el aseguramiento al régimen contributivo o subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), o (ii) mediante la atención por evento en la red pública financiada con recursos de oferta. En este punto es importante anotar que los costos de la atención en salud son inferiores cuando se accede vía aseguramiento que cuando se accede vía prestación de servicios. Lo anterior es consecuencia de que en el esquema de aseguramiento se distribuye el riesgo de salud entre un grupo de afiliados; mientras que, en el esquema de acceso a los servicios por evento se tiene que asumir individualmente el costo de cada atención sin la solidaridad del seguro. Es así como, para el año 2018, el valor anual de gasto *per cápita* en el RS corresponde a 830.523 pesos, mientras que, el costo promedio de las atenciones más frecuentes realizadas a la población migrante desde Venezuela, en una sola atención por evento, es superior a un millón de pesos.

Para resolver esta situación, con el Documento CONPES 3950 *Estrategia para la atención de la migración desde Venezuela*¹², el Gobierno nacional planteó dos acciones principales para disminuir la atención del gasto en salud: (i) aumentar su afiliación al sistema de salud y (ii) generar rutas de atención vía oferta para la población migrante no afiliada. La primera acción es particularmente importante cuando se presentan enfermedades crónicas o de alto costo que requieren garantizar frecuencia e integralidad en las atenciones. Para esto será necesario asegurar asistencia técnica a entidades territoriales en la ruta de aseguramiento, de tal forma que se agilicen los procesos de afiliación de las personas migrantes. La segunda acción organiza la prestación de servicios de salud, a través de planes temporales de promoción y mantenimiento para la población migrante vulnerable que no es posible afiliar en el corto plazo.

2.1.2. Políticas estructurales de salud consagradas en el PND 2018-2022

El Gobierno nacional es consciente también de las debilidades estructurales del SGSSS y ha diseñado una ruta para abordar los problemas mencionados. La triple meta establecida para el sector salud en el PND 2018-2022¹³, busca simultáneamente mejorar el estado de salud de la población, garantizar altos estándares de calidad y satisfacción por parte de los usuarios, así como optimizar los recursos disponibles. Para el cumplimiento de estos propósitos, el Ministerio de Salud y Protección Social ha adelantado estrategias en pro de

¹² Disponible en <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3950.pdf>.

¹³ Definida en el *Pacto por la equidad: política social moderna centrada en la familia, eficiente, de calidad y conectada a mercados* en el capítulo de *Salud para todos con calidad y eficiencia, sostenible por todos*.

inculcar mejoras en calidad y eficiencia en el uso de recursos por parte de los integrantes del sistema. Por un lado, la calidad se deriva de una experiencia de salud digna y respetuosa para los usuarios del sistema y, por otro lado, la eficiencia se traduce en un compromiso de actuar permanentemente bajo criterios de responsabilidad financiera, para que conjuntamente se logre mejorar el estado de salud de las comunidades.

El propósito de estas políticas es continuar con la implementación de reformas que han mejorado al SGSSS, protegiendo los avances que se han alcanzado y enfrentando los desafíos que se encuentran pendientes por superar. En particular, el PND 2018-2022 define claramente dos líneas que impactan la calidad en la prestación del servicio: (i) los incentivos a la gestión de calidad para aseguradores del sistema, y (ii) la implementación del Modelo de Acción Integral Territorial (Maite). Con relación al primer punto, en el marco de la promoción de la calidad en los procesos de los integrantes del SGSSS, se destaca la implementación artículo 241 de la ley del PND. Mediante este artículo se busca generar incentivos al desempeño para la calidad, eficiencia y el mejoramiento de los resultados en salud. Para esto, el Ministerio de Salud y Protección Social regulará, entre otros, la ampliación del ajuste de riesgo *ex post* en la UPC para patologías como cáncer, de acuerdo con la gestión del asegurador en la detección temprana y el tratamiento efectivo de estas enfermedades.

Paralelamente, para mejorar la eficiencia del sistema, el Gobierno ha apostado a la implementación de un Modelo de Acción Integral Territorial (Maite), definido en la Resolución 2626 de 2019¹⁴, que busca mejorar la gobernanza de la salud en el ámbito local. El Maite se define como un conjunto de acciones y herramientas que, por medio de acuerdos interinstitucionales (entre Gobierno nacional, entidades territoriales, EPS y hospitales) y comunitarios, orienta de forma articulada la gestión de los integrantes del sistema de salud en el territorio para responder a las prioridades de salud de la población y contribuir al mejoramiento de la salud, la satisfacción de las expectativas de los ciudadanos y la sostenibilidad del sistema, bajo el liderazgo del departamento o distrito. Las líneas de salud pública y prestación de servicios tienen un especial énfasis en el fortalecimiento de los servicios básicos de salud promocionales y preventivos en el territorio, basados en la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud, y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal, establecidas en la Resolución 3280 de 2018¹⁵. Estas rutas definen las intervenciones poblacionales, que inciden en determinantes

¹⁴ Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial (Maite).

¹⁵ Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud y la ruta integral de atención en salud para la población materno perinatal y se establecen las directrices para su operación.

sociales y ambientales; intervenciones colectivas, de acuerdo con el contexto (hogar, comunitario, laboral, educativo e institucional), y las atenciones individuales, de acuerdo con el ciclo de vida (*i.e.* primera infancia, niñez, adolescencia, jóvenes adultos, adultos y personas de la tercera edad).

Como complemento a la implementación de políticas de calidad en la prestación, el PND 2018-2022 define claramente una serie de políticas que impactan la eficiencia en el gasto en salud, las cuales están contenidas en el acuerdo de punto final y la regulación de medicamentos en puerta de entrada. Con relación a la primera política planteada, el Gobierno nacional plantea asegurar la sostenibilidad financiera del SGSSS implementando un proceso de saneamiento definitivo de las deudas entre actores por concepto de los servicios y tecnologías en salud, no financiados con la UPC. Esto involucra la aclaración y depuración de las cuentas por medio de una auditoría y el correspondiente pago, con títulos de deuda pública y recursos del servicio de deuda del Presupuesto General de la Nación en el RC, y con posible cofinanciamiento entre las entidades territoriales y la Nación en el RS. En estos acuerdos de punto final, se suscriben contratos en los que se reconoce el resultado de la auditoría y se desiste de los recobros por procesos judiciales y medidas administrativas. La Superintendencia Nacional de Salud (SNS) deberá verificar que las EPS e IPS reflejen los procesos de conciliación de cuentas acumuladas en sus balances y estados financieros y se sustentan en los artículos 237 y 238 de la Ley 1955 de 2019¹⁶.

Hacia el futuro, las medidas de sostenibilidad, establecidas en el PND, apuntan a la adopción de nuevos mecanismos para hacer más eficiente la gestión en el reconocimiento y pago de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC. De esta forma, se prevé en el artículo 231, que la Adres asuma, de las entidades territoriales, la competencia de la financiación, verificación, control y pago de las prestaciones no UPC del RS, a partir del 1 de enero de 2020. Esta centralización de la gestión en una entidad especializada del Gobierno permitirá la aplicación de criterios de igualdad entre los dos regímenes, y un avance en la equidad y la celeridad de pagos. Otros elementos de la estrategia incluyen la mejora de la generación de información de referencia a través del fortalecimiento Mipres; el desarrollo de herramientas de monitoreo de precios de dispositivos y procedimientos, como se ha hecho para medicamentos; el apoyo a los jueces que evalúan las tutelas en la consecución de evidencias científicas; la implementación de la compra centralizada de

¹⁶ Artículo 237 de la Ley 1955 de 2019, Sostenibilidad Financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y artículo 238 de la Ley 1955 de 2019, Saneamiento financiero del Sector Salud en las Entidades Territoriales.

medicamentos y refuerzo de la política farmacéutica nacional; la adopción de la regulación de tecnologías, y la promoción del manejo eficiente de las enfermedades huérfanas y los servicios conexos a la atención en salud¹⁷.

Así mismo, en el artículo 240 del PND 2018-2022 se establece una política de gran potencial para modular el crecimiento de gastos asociados a los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC: la formulación e instauración de techos presupuestales y valores máximos de recobro (VMR). Para la aplicación de la metodología de VMR, establecida en la Resolución 243 de 2019¹⁸, el Ministerio de Salud y Protección Social deberá ampliar la reglamentación a grupos de medicamentos adicionales a los 50 ya incorporados. Esto propiciaría la reducción de la dispersión en los valores recompensados para una misma tecnología a distintos proveedores. Por otro lado, la técnica de presupuesto máximo o techo establece el procedimiento para que cada EPS gestione las prestaciones no UPC con límites presupuestales preestablecidos, con base en el gasto histórico y proyecciones de su crecimiento, así como los cálculos sobre los VMR. Entre las ventajas de este abordaje se encuentran el traslado de riesgo no UPC a las EPS.

3. JUSTIFICACIÓN

Un préstamo de la banca multilateral basado en desembolsos por resultados le permitirá al sector salud contar con indicadores claramente medibles y comprobables relacionados con la problemática estructural descrita, al tiempo que generará incentivos adicionales dentro del Gobierno nacional y entre los actores del sistema para el mejoramiento de la mencionada problemática.

En consecuencia, el valor agregado que generará la medida propuesta estará determinado por la pertinencia que tengan los indicadores propuestos para el desembolso en la disminución de las ineficiencias en la calidad en la prestación del servicio y en el gasto en salud, así como por su facilidad de medición y comprobación. En las siguientes subsecciones se abordará el planteamiento anteriormente mencionado.

¹⁷ En 2016, por ejemplo, se hicieron cobros por 0,2 billones de pesos para las enfermedades huérfanas y por igual monto para servicios conexos, incluyendo suplementos nutricionales y vitamínicos, alimentación, transporte, hospedaje, pañitos húmedos, pañales, servicio de cuidadores, insumos de aseo personal, filtros solares, entre otros (Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, 2019).

¹⁸ Por la cual se define la metodología para el cálculo del valor máximo para el reconocimiento y pago de servicios y tecnologías no financiados con la Unidad de Pago por Capitación.

3.1. Justificación técnica

Tal como se mencionó anteriormente, el mecanismo de desembolsos contra resultados, asociado a las operaciones de crédito objeto del presente documento, definen el cumplimiento de metas específicas que posibilitan el desembolso de los recursos. De esta manera, el mecanismo se basa en la identificación de indicadores de resultado específicos que den cuenta de la calidad en la prestación del servicio de salud y la gestión del gasto. A continuación, se analizan más detalladamente las dos dimensiones presentadas, con el fin de identificar un conjunto de acciones relevantes que generen un cambio importante en el sistema de salud que permitan alcanzar los resultados precisos en los ejes antes mencionadas.

3.1.1. Retos para mejorar la calidad y eficiencia en la prestación de servicios de salud de la población

Mejorar la calidad en la prestación del servicio de salud es el fin último del SGSSS. Por tal razón, el PND 2018-2022, en su política sectorial *Salud para todos con calidad y eficiencia, sostenible por todos*, propone lograr un consenso sobre una visión de largo plazo del sistema de salud, centrada en la atención de calidad al paciente. En particular, el tercer objetivo de la mencionada política sectorial *Articular todos los agentes del sector salud en torno a la calidad* plantea un conjunto de políticas específicas para lograr tal fin. Estas políticas son las siguientes: (i) robustecer los sistemas de habilitación y acreditación para prestadores y aseguradores; (ii) generar incentivos para la calidad, eficiencia y el mejoramiento de los resultados en salud; (iii) redefinir e implementar una política de prestación de servicios garantizando la calidad y humanización de la atención con énfasis en optimizar la gestión de los hospitales públicos; (iv) operativizar los modelos especiales de atención desde lo local, con enfoque integral para el paciente y diferencial para las zonas rurales con población dispersa; (v) incentivar herramientas que pongan a disposición información de calidad y desempeño de cara a los usuarios para empoderarlos en la toma de decisiones, e (vi) incentivar la investigación en salud.

El mecanismo desembolsos contra resultados, asociado a las operaciones de crédito que se tramitan a través del presente documento, servirá de catalizador para impulsar tres de las mencionadas líneas de política. En primer lugar, se hará seguimiento al desarrollo de sistemas de habilitación y acreditación para prestadores y aseguradores. En segundo lugar, se evaluarán los resultados del sistema, a través de los resultados de una enfermedad cuya prevención y detección temprana tenga un impacto significativo en la esperanza y calidad de vida del paciente seleccionado. Finalmente, se hará seguimiento a la gestión en materia de prevención y promoción por parte de las entidades territoriales.

Insuficientes sistemas de habilitación y acreditación para prestadores y aseguradores

El cumplimiento de los estándares adecuados de infraestructura locativa, tanto para IPS como para EPS, es de suma importancia para asegurar que los servicios de salud se presten en las condiciones de accesibilidad, oportunidad, pertinencia y continuidad, minimizando los riesgos de seguridad para el paciente.

El seguimiento realizado tanto a EPS como IPS, para la verificación del cumplimiento de condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica; de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa, evidencia el incumplimiento de estas características que consecuentemente condicionan negativamente la calidad en la prestación de los servicios. En particular, de acuerdo con el Banco Mundial (2019), menos de 50 prestadores de atención en salud, del total de 1050, han logrado la acreditación por considerar que no existen incentivos suficientes para hacerlo, aduciendo altos costos en su implementación.

La reglamentación existente sobre habilitación de prestadores de salud contiene rigideces que no consideran las particularidades territoriales y el potencial de desarrollo de modelos innovadores de prestación de servicios. Así mismo, existe un rezago en la normatividad de habilitación para las EPS, que se ha centrado en lo financiero, dejando a un lado la gestión de riesgo en salud y, por ende, los resultados de salud. Por lo anterior, el enfoque de calidad que se había trabajado en el pasado para los requisitos de habilitación y acreditación no tenía un énfasis en resultados (Departamento Nacional de Planeación, 2019).

Además, desde la habilitación de prestadores no se ha incluido un enfoque de mitigación de riesgos causados por cambios climáticos, los fenómenos meteorológicos extremos y otros eventos ambientales naturales de aparición repentina pueden interrumpir la prestación de servicios de salud, afectando la prestación y la calidad de la atención. La Organización Panamericana de la Salud, considera que en pro de Construir un sector salud ambientalmente más resiliente, estos factores deben ser tenidos en cuenta para garantizar una infraestructura en salud adecuada (Organización Panamericana de la Salud, 2019).

Desempeño para la calidad, eficiencia y el mejoramiento de los resultados en salud

Como se mencionó anteriormente, la gestión del riesgo en salud puede medirse a través de los resultados en materia de prevención de una enfermedad en la que exista un conjunto de factores asociados a los hábitos de vida que puedan ser modificados; una clara desigualdad en el acceso a las políticas de promoción y prevención de la enfermedad, y

cuya detección temprana tenga un impacto significativo en la esperanza y calidad de vida del paciente seleccionado.

En primer lugar, el cáncer de mama se asocia con factores relacionados con los hábitos de vida que pueden ser modificados. El cáncer de mama se asocia con la prevalencia de factores de riesgo, tales como, una dieta rica en grasas y baja en fibra, la obesidad, el tabaquismo y los factores reproductivos, tales como: la edad tardía al primer embarazo, lactancia materna no practicada y el uso de anticonceptivos orales.

En segundo lugar, los estudios realizados en Colombia muestran que existe una desigualdad en el acceso al diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama, donde las mujeres afiliadas al RS son menos propensas a tener una mamografía de detección y esperar un poco más para el diagnóstico y el inicio del tratamiento. De acuerdo con el Banco Mundial, existe una clara diferencia en la detección del cáncer de mama en estados tempranos (estadios I y II), según el tipo de régimen (Charry, 2008).

Finalmente, el cáncer de mama tiene un buen pronóstico de supervivencia dada una detección temprana (etapas I y II) con tasas de supervivencia a 5 años del 80 % al 90 % (Organización Panamericana de la Salud, 2019). Consecuentemente, la inclusión dentro del conjunto de indicadores de desembolso del porcentaje de enfermos con cáncer de mama descubiertos en una fase temprana sobre el total de casos de mama descubiertos, no solo tienen un impacto significativo en la calidad en la vida de los pacientes diagnosticados, sino que es fácilmente medible (cuenta de alto costo) y verificable.

Gestión de riesgo en salud en materia de promoción y prevención por parte de las entidades territoriales

Los arreglos institucionales actualmente existentes no incorporan incentivos adecuados para promover los servicios preventivos y la implementación de un modelo basado en la atención primaria de salud (APS) más rentable, necesario para la prevención y el control de las enfermedades crónicas no transmisibles, uno de los desafíos más importantes para el sistema de salud colombiano (Ardila, 2018). Por transiciones demográficas y epidemiológicas (Herrán, 2016), el país experimenta un aumento de la prevalencia de las enfermedades no transmisibles, las cuales se encuentran entre las principales causas de muerte y discapacidad. Factores tales como el envejecimiento del colombiano promedio y malos hábitos de salud (*i.e.* la mala nutrición, fumar, beber y hábitos sedentarios) ayudan a acentuar la política descrita.

De otra parte, en la prestación de servicios también se evidencian desbalances: hay un énfasis más reactivo que preventivo en el modelo de atención. Las enfermedades del sistema circulatorio, que representan la principal causa de mortalidad en el país, sirven para ilustrar

este punto. La tasa de mortalidad, para estas enfermedades, se redujo entre el 2005 al 2011, pero luego ha tenido una tendencia levemente creciente. La tasa de atenciones de eventos agudos derivados de enfermedades del sistema circulatorio, como accidentes cerebrovasculares e infartos al miocardio, vienen en aumento, pasando de 12 y 15 casos por cada 100.000 afiliados en el 2013, respectivamente, a un poco más de 30 por cada 100.000 afiliados (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019). En el mismo período, la cobertura en exámenes diagnósticos para verificar los niveles de colesterol para mayores de 30 años aumentó levemente de 8,1 % a 13 % (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019), inferior al nivel requerido en la Ruta Integral de Promoción y Mantenimiento del Ministerio de Salud y Protección Social, el cual establece que para toda la población mayor a 30 años se deben realizar estos exámenes cada cinco años.

Además, la capacidad de prevención de la enfermedad está directamente relacionada con el acceso a diagnósticos oportunos. De acuerdo con un estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en Colombia se estima que el 57 % de la población adulta que padece de presión arterial alta conoce su condición, cifra preocupante dado que una de cada cuatro personas muere a causa de una enfermedad cardiovascular. Así mismo, el estudio de Buitrago (2018), con población diabética (324.000 pacientes), reveló que solo al 15 % de esta población se le realizó pruebas recomendadas en las guías de práctica clínica para el cuidado efectivo de esta condición. Según el Ministerio de Salud y Protección Social, el 67 % de las personas con VIH conoce su diagnóstico, el 54 % de ellos recibe tratamiento y de estos el 47 % cuenta con carga viral suprimida (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017). Estos ejemplos ilustran la necesidad que tiene el país de avanzar en cerrar las brechas en el acceso efectivo a servicios prioritarios en salud, en especial, aquellos de carácter preventivo, que evitan complicaciones y agravan las condiciones de salud.

El sistema de salud en Colombia es descentralizado, las entidades territoriales tienen autonomía para la gestión de sus prioridades en salud en el marco de la Constitución y la ley, entre las que se incluyen las acciones de promoción y prevención, destinadas a mejorar la problemática en salud expuesta previamente. En pro de la articulación, el Ministerio de Salud y Protección Social desarrolló una política de atención integral en salud y un modelo operativo que puso en evidencia la necesidad de alinear los incentivos, y la gestión de riesgo individual y colectiva, entre las entidades territoriales, aseguradores y prestadores, en torno a los pacientes y las particularidades regionales. Sin embargo, la implementación del modelo no se dio con la celeridad requerida, puesto que existían dificultades en la delimitación de competencias entre los agentes (Departamento Nacional de Planeación, 2019).

En el marco del PND 2018-2022¹⁹, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió una segunda versión de este modelo, el Modelo de Acción Integral Territorial (Maite) (Resolución 2626 de 2019), el cual es un nuevo arreglo institucional para coordinar y gestionar acciones integrales entre la Nación y el territorio que solventa los desafíos presentados de promoción y prevención. Además, dentro de los componentes del Maite se hace necesario que el Ministerio de Salud y Protección Social realice seguimiento con las entidades territoriales a las alertas encontradas en sus sistemas de información, para realizar acciones de mejora de salud pública que mejoren la implementación de políticas de promoción y prevención en los territorios y los resultados en salud.

3.1.2. Retos para hacer más eficiente el gasto en salud

Un sistema de salud que no gestione de manera eficiente su gasto no logra garantizar la calidad en la prestación del servicio para todos los colombianos ni tampoco su sostenibilidad financiera. Por tal razón, el PND 2018-2022, en su política sectorial de *Salud para todos con calidad y eficiencia, sostenible por todos* propone también lograr un consenso sobre una visión de largo plazo del sistema de salud con cobertura universal sostenible financieramente. En particular, el sexto objetivo de la mencionada política sectorial *Sostenibilidad financiera, una responsabilidad de todos* plantea un conjunto de políticas específicas para lograr tal fin. Estas políticas son las siguientes: (i) hacer más eficiente el gasto en salud, a través de la actualización del plan de beneficios (PBS) y otras medidas que hagan más eficiente el gasto en tecnologías no financiadas con cargo a la UPC, (ii) incrementar las fuentes de financiación del SGSSS, a través de la creación de la contribución al sistema de salud como alternativa para extender la corresponsabilidad de la población colombiana, de acuerdo con su capacidad diferencial de pago y la adquisición de seguros privados de salud complementarios para los individuos de mayores ingresos, (iii) conciliar y sanear, de manera progresiva, la cartera entre los agentes del sistema de salud, generando un cambio de prácticas financieras que garantice un saneamiento definitivo y estructural de las deudas del sector. Paralelamente, el Documento CONPES 3950 pone en evidencia la presión financiera sobre el sistema, derivada de los altos costos atención en salud de la población venezolana, al no contar con un esquema de aseguramiento en salud.

El mecanismo de desembolsos contra resultados, asociado a las operaciones de crédito que se tramitan a través del presente documento, servirá de catalizador para impulsar tres de las mencionadas líneas de política. Estas son: (i) el sistema para la gestión de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC; (ii) la necesidad de mejorar la eficiencia en el gasto farmacéutico, debido a las presiones presupuestales que generan las innovaciones

¹⁹ Línea Salud para todos, con calidad y eficiencia sostenible por todos. Objetivo 3.

tecnológicas; y (iii) la demanda desbordada de atenciones en salud por parte de la población migrante desde Venezuela.

Gestión de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC

En Colombia, por cambios normativos e institucionales del SGSSS, se pasó de un PBS de priorización explícita con lista de beneficios definidos, a un PBS amplio basado en exclusiones. Durante los primeros años de implementación de la Ley 100 de 1993, debido en buena medida a la falta de actualización oportuna del PBS²⁰, los pacientes recurrieron a los mecanismos judiciales (tutelas) para acceder a los servicios no contemplados, prescritos por su médico tratante. Como respuesta, en el sistema de salud se crearon los comités técnico-científicos (CTC) en las EPS que se encargaban de revisar la pertinencia y aprobar (o negar) la prescripción de estos servicios.

Uno de los principales determinantes del gasto es el reconocimiento de servicios y tecnologías de alto costo que se pagan con recursos diferentes de la UPC. Posteriormente, la jurisprudencia de la Corte Constitucional limitó la función de los CTC para negar servicios, aduciendo que la responsabilidad es del médico tratante, independiente si el servicio se encuentra en el PBS²¹. Esta jurisprudencia fue recogida por la Ley 1751 de 2015, donde se plantea un PBS amplio e integral que limita la prescripción solamente bajo las siguientes causales de exclusión: servicios y tecnologías con fines cosméticos o estéticos, los que no han sido aprobados para su uso en el país, los que no tienen suficiente evidencia de efectividad clínica y los que se presten exclusivamente fuera del país. Este gasto se ha mantenido entre dos y tres billones de pesos anuales corrientes en los últimos nueve años, a pesar de la implementación de diferentes medidas para reducirlos, como la regulación de precios de medicamentos y la inclusión al PBS.

En línea con lo anterior, en el RC alrededor del 25 % de las solicitudes de reconocimiento de estos gastos presentadas por las EPS no son aceptados. Como

²⁰ Si bien hubo algunas inclusiones de procedimientos y medicamentos entre el año 1994 y 2008, fue solo hasta el 2011 que se realizó la primera actualización integral al PBS con la inclusión de 1.852 prestaciones nuevas (Acuerdo 029 del 28 de diciembre de 2011, Comisión de Regulación en Salud [CRES]).

²¹ "Actualmente, la jurisprudencia reitera que se desconoce el derecho a la salud de una persona que requiere un servicio médico no incluido en el plan obligatorio de salud, cuando "(i) *la falta del servicio médico vulnera o amenaza los derechos a la vida y a la integridad personal de quien lo requiere*; (ii) *el servicio no puede ser sustituido por otro que se encuentre incluido en el plan obligatorio*; (iii) *el interesado no puede directamente costearlo, ni las sumas que la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio se encuentra autorizada legalmente a cobrar, y no puede acceder al servicio por otro plan distinto que lo beneficie*; y (iv) *el servicio médico ha sido ordenado por un médico adscrito a la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio a quien está solicitándolo*. En adelante, para simplificar, se dirá que una entidad de salud viola el derecho si se niega a autorizar un servicio que no esté incluido en el plan obligatorio de salud, cuando el servicio se *requiera* [que reúna las condiciones (i), (ii) y (iv)] *con necesidad* [condición (iii)". Sentencia T-760 de 2018.

consecuencia de lo anterior, las IPS públicas y privadas reportan una cartera acumulada con las EPS que suma cerca de 1,5 % del PIB. Por otro lado, las EPS reclaman una deuda a la Adres y a las entidades territoriales relacionada con servicios y tecnologías no financiadas con la UPC por un 0,6 % del PIB (Superintendencia Nacional de Salud, 2017). Estos desbalances han llevado a que las EPS presenten niveles de insolvencia equivalentes al 0,73 % del PIB (Superintendencia Nacional de Salud, 2018), incumpliendo los márgenes estipulados para su habilitación financiera como aseguradoras. A finales de 2017, 13 de los 40 EPS tenían patrimonio positivo y muchos de los activos (hasta más de 80 % en algunos casos) de las EPS estaban constituidos en cuentas por cobrar, es decir, se encontraban esencialmente soportadas en deuda.

Política farmacéutica

Otro factor importante de ineficiencia presupuestal tiene que ver con la evidenciada presión sobre el gasto que ha ejercido el costo de los medicamentos. Este rubro representa, en promedio, el 21 % del gasto total en salud del SGSSS entre 2007 y 2017, y a su vez constituyen el 80 % del gasto en servicios y tecnologías no financiados con la UPC. Dado que, desde el 2010 Colombia no tenía un marco para regular los precios farmacéuticos, el Ministerio de Salud y Protección Social ha introducido varias medidas para mejorar y fortalecer sus políticas farmacéuticas. Sin embargo, pese a los buenos resultados en términos de acceso a los medicamentos, el creciente gasto en medicamentos no ha sido controlado. En consecuencia, el país todavía necesita seguir desarrollando su capacidad para supervisar y controlar los servicios farmacéuticos. El reembolso a través de demandas judiciales de los insumos de alto costo (en su mayoría medicamentos), servicios y tecnologías no incluidos en el plan de beneficios (no PBS, Plan Obligatorio de Salud [POS], hasta 2016), se han intensificado en los últimos diez años, pasando de 600.000 millones de pesos en 2007 a 2,5 billones de pesos en 2016, es decir, alrededor del 10 % del gasto total del sector.

Demanda desbordada de atenciones en salud por parte de la población migrante desde Venezuela

Tal como lo evidencia el Documento CONPES 3950, la reciente ola de migrantes desde Venezuela, repentina y de gran magnitud, ha tenido un efecto significativo en el sector salud por el aumento en las atenciones de esta población, sus altos costos y el deterioro de la situación de salud pública de las comunidades receptoras. Colombia ha recibido a más de 1,4 millones de venezolanos y ha optado por una política solidaria de salud que les garantiza la atención en urgencias médicas, partos y vacunación, y recientemente, el derecho de afiliación al sistema de salud colombiano a todos los hijos de venezolanos nacidos en

Colombia después del 18 de agosto de 2015 y que estaban en riesgo de apatridia (Departamento Administrativo de la Presidencia de la República, 2019).

Con corte a marzo de 2019, 115.928 personas cuentan con Permiso Especial de Permanencia (PEP) y han sido afiliadas al SGSSS bajo sus modalidades contributiva y subsidiada (el 68,3 % y el 31,7 %, respectivamente). No obstante, se identifica que un 80,6 % de las personas con PEP no ha sido afiliada al SGSSS y 665.665 migrantes (el 47 % del total en el país) no tienen la posibilidad de afiliarse al sistema pues su estatus migratorio no ha sido regularizado. Tanto los regularizados no afiliados como aquellos por regularizarse acceden al sistema de salud vía servicios de urgencias cuyos costos asociados son elevados y no están debidamente financiados. Las solicitudes de pago de hospitales públicos al Gobierno ascienden a más de 250.000 millones de pesos. Según el Ministerio de Salud y Protección Social, en promedio una urgencia cuesta un millón de pesos, mientras que, la UPC en promedio cuesta 831.000 pesos anuales. En este sentido, la principal brecha de financiamiento en el sistema de salud causada por la migración es la falta de aseguramiento de esta población.

3.2. Justificación económica y social

Tal como se ha mencionado en la presente sección, los créditos propuestos permitirán generar beneficios económicos derivados de la implementación de incentivos adicionales dentro del Gobierno nacional y los actores del sistema para el mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio de salud y la eficiencia en el gasto. En esta sección se presenta un análisis detallado de los mencionados beneficios con su respectivo análisis de sensibilidad.

El análisis económico del crédito planteado se realizó utilizando un análisis costo beneficio (CBA), el cual expresa los costos, pero también los beneficios en términos monetarios, ajustados por el valor temporal del dinero. Este análisis se utiliza principalmente para determinar la solidez y racionalidad de una inversión o decisión (justificación o factibilidad) y permite la comparación con otros proyectos. El CBA propuesto aquí sigue cuatro pasos principales: (i) identificación de las intervenciones del programa a analizar, que en este caso están relacionadas con los indicadores de desembolso (DLI); (ii) identificación de los costos relacionados con cada intervención²²; (iii) proyección temporal de recursos relevantes para el impacto y las intervenciones, y (iv) estimación de la diferencia entre el Valor Presente Neto (VPN) de costos y beneficios, también llamados los beneficios netos del

²² En este caso no se incluyen costos por cuanto los recursos del crédito no están asociados directamente a las actividades que permitirán alcanzar las metas trazadas, sino que se desembolsan paulatinamente en función de la verificación de los resultados.

programa y los indicadores derivados (tasa interna de retorno [TIR] y razón costo beneficio [RCB]).

El enfoque económico estándar para cuantificar el beneficio de una mejor salud en términos monetarios se basa en el concepto del *valor de la vida estadística* (o año de vida). Los beneficios y los costos contabilizados de este proyecto se modelaron usando un escenario marco fiscal, sistémico y demográfico. El marco propuesto proyecta un escenario del contexto colombiano por el periodo de duración del proyecto (tres años), aunque se modelaron beneficios por lapsos hasta de 12 años, (2019-2030), y se realizaron análisis individuales según la intervención considerada y el tipo de beneficio potencial a modelar.

3.2.1. Identificación de costos y beneficios

Dos tipos generales de beneficios fueron considerados en este análisis. El primero de ellos es la reducción de la carga de la enfermedad, expresada como Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)²³. El segundo tipo de beneficio económico es la reducción monetaria, debido a la expectativa de un impacto negativo en los costos totales. El beneficio estimado para la Nación, derivado del cumplimiento de los indicadores seleccionados, es de USD 631 millones (2,16 billones de pesos) que resultan de la agregación de los beneficios económicos derivados del cumplimiento de los indicadores asociados al desembolso.

Beneficios derivados del cumplimiento de indicadores asociados a una mejora en la calidad en la prestación de los servicios

Los beneficios identificados derivados del cumplimiento de los indicadores de desembolso asociados a mejorar la calidad de los servicios de salud son los siguientes:

- Robustecimiento de los sistemas de habilitación y acreditación para prestadores y aseguradores. A través de esta estrategia se espera incluir requisitos para reducir los efectos de los fenómenos climáticos en las instituciones de salud, con lo cual se podrá mejorar la calidad de la atención en de los usuarios. Los beneficios del cumplimiento de este indicador se calculan como reducciones de la carga de enfermedad, siguiendo los hallazgos y recomendaciones de Organización Mundial de la Salud (OMS), OCDE y el Banco Mundial, que han enfatizado en los efectos positivos de intervenciones focalizadas en las dimensiones de calidad en salud (entre las cuales se encuentran los temas de acreditación de prestadores) y su efecto positivo en la reducción de la carga

²³ "Un AVAD puede considerarse como un año perdido de vida "saludable". La suma de estos AVAD en toda la población, o la carga de la enfermedad, puede considerarse como una medida de la brecha entre el estado de salud actual y una situación de salud ideal donde toda la población vive hasta una edad avanzada, libre de enfermedades y discapacidades" (Organización Mundial de la Salud, 2019).

de enfermedad. Para ello, se calculó el efecto combinado de la carga de enfermedad de un listado de condiciones críticas asociadas con atención primaria y se estimaron varios escenarios conservadores de impactos positivos. En el escenario base el total de beneficios económicos derivados de la implementación de esta política ascenderían a USD 106 millones (365.000 millones de pesos).

- Generación de incentivos para el desempeño para la calidad, eficiencia y el mejoramiento de los resultados en salud. Este indicador incluye varias acciones que tienen el potencial de generar beneficios al sistema (por valor de USD 118 millones o 407.000 millones de pesos) y que pueden ser divididas en dos hitos: (i) revisión y ajuste de la metodología de cálculo de la UPC y (ii) ajuste *ex post* de la UPC y aumento de la meta de detección temprana de cáncer de seno. Para el primer hito, se estimaron beneficios monetarios directos derivados de un mejor ajuste del riesgo producto de la actualización de la metodología, con lo que se espera reducir costos y mejorar la eficiencia, de acuerdo con la evidencia internacional. Para la estimación de los beneficios se consideró un escenario contrafactual de comparación, donde se mantienen los valores *per cápita* en los dos regímenes, y se mantiene el coeficiente de costos por edad, para aislar el efecto de aumento de costos derivado de envejecimiento e introducción de tecnologías. Se modelaron escenarios con impactos conservadores en los costos *per cápita*, (0,5 %, 1 % y 2 %). Los beneficios potenciales, aún en escenarios muy conservadores, son altos, dado el volumen de costo derivado de la UPC, que constituye un alto porcentaje del gasto total en salud. En un escenario base, el VPN de beneficios es de USD 115 millones (397.000 millones de pesos)²⁴.

Por otra parte, el incentivo de aumento en la detección temprana de cáncer de seno potencialmente genera reducciones en la carga de enfermedad asociada a este diagnóstico. Para la estimación de beneficios, se modeló una reducción promedio de AVAD teniendo en cuenta el impacto total en la carga global de enfermedad del cáncer de mama, que en Colombia fue estimado en 0,104 % (*Institute for Health Metrics and Evaluation* [IHMD] 2017). Se estimaron beneficios por USD 3 millones (10.000 millones de pesos) al cumplimiento de esta meta (el 80 % del 69 % de mujeres con diagnóstico confirmado en estadios tempranos hasta 2A²⁵).

²⁴ El VPN se calcula como la suma de beneficios en cada año, a los que se les aplica una tasa de descuento para presentarlos en valores presentes.

²⁵ La etapa 2A se caracteriza por la existencia de algún de los siguientes sucesos: (i) no existe tumor dentro del seno, pero el cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares (axilas); (ii) el tumor en el seno mide 2 cm o menos y el cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares, o (iii) el tumor en el seno mide de 2 cm a 5 cm pero el cáncer no se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares.

- Implementación de los modelos especiales de atención desde lo local, con enfoque integral para el paciente y diferencial para las zonas rurales con población dispersa. El análisis económico correspondiente para esta estrategia determina que los beneficios derivados de la implementación con un horizonte de tiempo de tres años (2020-2022) y una tasa de descuento del 3 % ascienden a USD 118 millones (407.000 millones de pesos). Este escenario supone que el programa aumente la cobertura efectiva de manera media y utiliza un vector de gradualidad regular en el que los beneficios se alcanzan gradualmente.

Beneficios derivados del cumplimiento de indicadores asociados a una mejora en la eficiencia del gasto en salud

Los beneficios identificados para la implementación de indicadores asociados a la mejora en la eficiencia del gasto en el sistema de salud, son los siguientes por cada dimensión o línea de acción:

- Reforma a la gestión de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC. La estrategia apunta a mejorar la gestión del gasto de servicios y tecnologías no financiados con la UPC, de allí que los beneficios son de carácter monetario y se calculan a partir de los valores monetarios indicados en la matriz de resultados del indicador *Ahorro por valores máximos de recobro en servicios y tecnologías no financiadas con la UPC en régimen contributivo*, el cual tiene una meta fija de 250.000 millones de pesos para el tercer año de desembolso. El análisis económico realizado indica para esta línea de acción con un horizonte de tiempo de tres años (2020-2022) y una tasa de descuento del 3 %, se obtendría un beneficio neto de USD 68 millones (233.000 millones de pesos).
- Implementación parcial de medidas necesarias para fortalecer la política farmacéutica. Mediante el logro de este indicador, que se ha fijado con un objetivo específico de reducción de costos (800.000 millones), que se logrará para el tercer año del programa y se establece explícitamente en el diseño del indicador. Por consiguiente, se modelan los beneficios de este indicador descontando a tiempo presente el cumplimiento de la meta, con lo que se tiene un beneficio para el periodo analizado de USD 206 millones (706.000 millones de pesos).

No obstante, las intervenciones acá consideradas tienen el potencial de continuar generando ahorros a futuro. Se estimaron estos ahorros con un modelo ajustado al gasto total (ajustado al crecimiento poblacional y al envejecimiento).

- Demanda desbordada de atenciones en salud por parte de la población migrante venezolana. Mediante la afiliación al SGSSS de migrantes provenientes de Venezuela,

en un escenario conservador, se estima que se lograría un ahorro de USD 13 millones (44.000 millones de pesos) para el periodo de duración de los desembolsos y una tasa de descuento del 3 %. No obstante, al igual que en el caso anterior, las intervenciones acá consideradas tienen el potencial de continuar generando ahorros a futuro.

3.2.2. Análisis de sensibilidad

Con el fin de considerar diferentes escenarios para los resultados presentados, se realizó un análisis de sensibilidad para aumentar el rango de confianza mediante la estimación de la variabilidad de los supuestos claves, tales como, la tasa de descuento, la carga de la reducción de la enfermedad y el efecto directo de las intervenciones en los costes. Para ello, se modelaron tres escenarios (pesimista, medio y optimista) utilizando un conjunto diferente de efectos para las intervenciones contempladas, incluyendo vectores de gradualidad que modelan el tiempo necesario para observar los beneficios de las mejoras en base a la matriz de resultados. También se utilizan escenarios sobre la contribución marginal a la cobertura efectiva.

El análisis de sensibilidad muestra resultados positivos, incluso en escenarios donde se modelan impactos muy conservadores (USD 445 millones o 1,52 billones de pesos). Este resultado explica el gran impacto derivado que pueden generar los cambios normativos y regulatorios, asociados a los indicadores de desembolso propuestos, en un sistema de salud como el colombiano.

3.3 Espacio fiscal

El endeudamiento se enmarca en el cupo aprobado por el Congreso de la República, de conformidad con la capacidad de pago de la Nación en los términos y condiciones definidos por el artículo 364 de la Constitución Política de Colombia.

Está previsto que estas operaciones de crédito financien parcialmente la apropiación presupuestal de la que dispone el Ministerio de Salud y Protección Social en su presupuesto de funcionamiento para financiamiento del aseguramiento del Sistema de Salud bajo el rubro:

A-03-03-04-52, con cargo al cual da cumplimiento a la Ley 100 de 1993, la Ley 1122 de 2007²⁶, la Ley 1393 de 2010²⁷, la Ley 1438 de 2011²⁸ y la Ley 1607 de 2012²⁹.

Por la naturaleza de estos instrumentos de crédito de los que dispone la banca multilateral, los desembolsos de los empréstitos se realizarán contra cumplimiento de metas previamente negociadas con los bancos, utilizando los mismos mecanismos, canales y estándares que se utilizan actualmente para ejecución del mencionado rubro presupuestal. Es decir, las normas y procedimientos para ejecución, seguimiento, control y reporte de los recursos serán las que la República de Colombia ha definido para el efecto.

Es importante mencionar que, con base en los montos totales de las apropiaciones presupuestales anuales para aseguramiento del sistema de salud que se asignan al Ministerio de Salud y Protección Social, el monto anual que financiarían estos recursos de crédito equivaldrían a aproximadamente al 6,47 % (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019), proporción que permite concluir que, con estas operaciones no se está poniendo en riesgo alguno la financiación del Sistema de Salud con cargo a los recursos que recibirá del Presupuesto General de la Nación.

3.2 Evaluación de las alternativas de financiación y justificación de la fuente seleccionada

El Gobierno nacional determinó que la alternativa de financiación a través de recursos de crédito externo con la banca multilateral es conveniente para el desarrollo del programa. Esto debido a que la banca multilateral cuenta con amplia experiencia en el apoyo al desarrollo de políticas del sector salud y en la definición de medidas para mejorar la sostenibilidad de los sistemas de salud, a partir de un enfoque inclusivo.

En particular, el sector cuenta con la experiencia de dos operaciones de crédito público anteriores que llevaron a cabo programas de Apoyo a la Reforma del SGSSS, cuyos resultados fueron reseñados en la sección de antecedentes del presente documento.

Finalmente, la banca multilateral ofrece el acompañamiento a la estructuración y seguimiento del programa, así como soporte técnico basado en las lecciones aprendidas a

²⁶ Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

²⁷ Por la cual se definen rentas de destinación específica para la salud, se adoptan medidas para promover actividades generadoras de recursos para la salud, para evitar la evasión y la elusión de aportes a la salud, se redireccionan recursos al interior del sistema de salud y se dictan otras disposiciones.

²⁸ Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

²⁹ Por la cual se expiden normas en materia tributaria y se dictan otras disposiciones.

través de la experiencia internacional. En adición, las condiciones financieras que ofrece la banca multilateral a la Nación resultan ser favorables y competitivas para el financiamiento del PGN y representan un costo inferior al que accede el Gobierno nacional en los mercados de capitales internacionales.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

Para contribuir a solucionar las problemáticas planteadas en la sección anterior, se propone concertar con la banca multilateral unas operaciones de crédito en las que se utilizará como mecanismo de desembolso, la presentación de evidencia de cumplimiento de resultados previamente pactados. Es importante mencionar que los recursos solicitados se utilizarán para financiar el funcionamiento del sector, por lo que esta iniciativa no constituye un proyecto de inversión. Los mencionados recursos entran directamente en el presupuesto de funcionamiento del sistema que cuenta con unidad de caja. Sin embargo, el desembolso de los mencionados recursos está condicionado al cumplimiento de unos hitos directamente relacionados con los objetivos de política del presente documento.

Esta figura es apropiada dado que permite apalancar grandes cambios sistémicos a partir del cumplimiento de resultados. De la misma forma, el esquema propuesto proporcionará una oportunidad para maximizar las sinergias con otras inversiones y asistencia técnica, e incluso, movilizar recursos adicionales de cooperación técnica no reembolsable con otros potenciales socios nacionales e internacionales, públicos o privados.

Los resultados que comprometen los recursos se encuentran organizados en dos objetivos que responden a las dos grandes problemáticas planteadas. Cada uno de estos objetivos se asocia a un componente o conjunto de actividades que permite abordar cada una de las líneas de las problemáticas planteadas. Como complemento a los indicadores de desembolso, el programa estructurado incluyó indicadores adicionales para el seguimiento e impacto de cada una de las tareas específicas. Vale la pena aclarar que las actividades que se presentan a continuación no se financian con los recursos de las operaciones de crédito. Sin embargo, el desembolso de los recursos sí está condicionado al desarrollo de estas actividades que permiten alcanzar las metas asociadas.

4.1. Objetivo general

Mejorar la eficiencia en el gasto del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de la utilización de indicadores de desembolso de un crédito por resultados con el fin de mejorar la atención de calidad al paciente en un sistema sostenible financieramente.

4.2. Objetivos específicos

OE1. Mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud de la población para mejorar la satisfacción por parte de los usuarios del sistema.

OE2. Mejorar la eficiencia del gasto en salud para garantizar la sostenibilidad financiera del SGSSS preservando los logros obtenidos en materia de cobertura, equidad y protección financiera.

4.3. Componentes

4.3.1. Componente 1. Mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud de la población

Este componente busca potenciar, a través del cumplimiento de un conjunto de indicadores de desembolso asociados, una mejora significativa en la calidad de la prestación del servicio de salud para todos los colombianos. Para esto, se prevén mejoras en la infraestructura física de centros de salud, hospitales de primer nivel y EPS; el fomento de la detección temprana del cáncer de mama, y mejorar la eficiencia y cobertura del SGSSS en todo el territorio nacional. Cada una de estas estrategias está asociada a un indicador de desembolso:

- Con el fin de fortalecer los requerimientos de acreditación de los prestadores y proveedores de servicios de salud, el Ministerio de Salud y Protección Social expedirá lineamientos mínimos para que las instalaciones tanto de aseguradores y prestadores de servicios de salud cuenten con los estándares de calidad suficientes para adaptarse a los cambios climáticos propios de Colombia y para poder responder ante emergencias derivadas de desastres naturales. Estos requerimientos deben incluir medidas específicas para la construcción de infraestructura que permita ahorro ambiental y de energía, entre otros, para garantizar que las instalaciones de los prestadores de servicios de salud y sus instalaciones ambulatorias correspondientes puedan lidiar con eventos climáticos extremos y estén equipadas para poder responder a incendios forestales. En los casos en que sea necesario, las instalaciones serán renovadas o incluso reubicadas para reducir el riesgo de inundación, ya sea por el aumento del nivel del mar, en áreas costeras, así como por inundaciones repentinas o inundaciones de ríos en áreas interiores y montañosas.
- Con el fin de fomentar la calidad en la detección, el acceso, la atención y el cuidado de pacientes con cáncer de mama, se prevé el diseño y la introducción de incentivos financieros *ex post* en la UPC. Esta dimensión busca enfocarse en la detección temprana del cáncer de mama, dada la alta tasa de incidencia de la enfermedad y la

relativa alta sobrevivencia de los pacientes a los que les detectó esta enfermedad de forma temprana. Para lograr tal fin, el Gobierno debe reglamentar los incentivos financieros a las EPS que detecten tempranamente el cáncer de mama y medir la efectividad de la política mencionada a través del cumplimiento de una meta cuantitativa específica (porcentaje de los pacientes con cáncer de seno detectados en la etapa 2A para el 2022³⁰).

- Con el fin de mejorar la eficiencia y cobertura efectiva del SGSSS a través de la mejora en coordinación entre el Ministerio de Salud y Protección Social, las entidades territoriales, los prestadores de servicios y las EPS, se prevé la implementación del esquema de seguimiento en el marco del Modelo de Acción Integral Territorial (Maite). El objetivo de esta política es potenciar las acciones de prestación de servicios en el nivel básico de promoción y prevención en el territorio. En particular esta política busca incrementar la eficiencia y cobertura efectiva en acciones de promoción y prevención a través de: (i) diagnóstico de la situación en materia de promoción y prevención con base en el estándar establecido en la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud (Resolución 3280 de 2018); (ii) identificación de metas y compromisos de los actores en el territorio; (iii) suscripción de acuerdos Maite que contemplen las metas y compromisos en materia de actividades individuales de promoción y prevención; (iv) el diseño y desarrollo de un sistema nominal de seguimiento de actividades programáticas de promoción y mantenimiento; (v) la implementación del sistema nominal en el marco de los acuerdos Maite, y (vi) la implementación de las actividades programáticas de promoción y mantenimiento de la salud.

4.3.2. Componente 2. Mejorar la eficiencia del gasto en salud

Este componente busca mejorar significativamente la eficiencia presupuestal en salud en Colombia rediseñando la gestión del gasto en servicios y tecnologías no financiadas con la UPC, ajustando la regulación de los precios de referencia para los medicamentos nuevos y existentes y reduciendo el gasto derivado de servicios de emergencias y no emergencias de la población migrante con PEP. Para lograr lo anterior este componente se concentrará en las siguientes estrategias:

- Con el fin de mejorar la gestión del gasto de servicios y tecnologías no financiados con la UPC, se prevé la implementación del Acuerdo de Punto Final. En particular, la gestión eficiente del gasto contempla las siguientes actividades: (i) transferencia del riesgo de

³⁰ La etapa 2A se caracteriza por la existencia de algún de los siguientes sucesos: (i) no existe tumor dentro del seno, pero el cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares (axilas); (ii) el tumor en el seno mide 2 cm o menos y el cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares, o (iii) el tumor en el seno mide de 2 cm a 5 cm pero el cáncer no se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares.

gestión de servicios no financiados con la UPC a las EPS; (ii) reglamentación e implementación de la metodología de Valores Máximos de Recobro (VMR); (iii) definición de techos presupuestales por EPS a partir de los VMR y las frecuencias esperadas para la gestión de estos servicios y tecnologías; (iv) creación y puesta en marcha de un mecanismo de incentivo al ahorro del gasto al trasladarles el riesgo a las EPS; (v) seguimiento y control de la ejecución presupuestal ceñido a dichos techos y a los incentivos al ahorro; (vi) conciliación de las diferencias en las cuentas por concepto de tecnologías no financiadas con la UPC; (vii) reglamentación de mecanismos de pago de las deudas reconocidas; (viii) reconocimiento y pago de las deudas reconocidas; (ix) seguimiento y monitoreo a implementación de mecanismo de cierre contable de las deudas pagadas. La efectividad de la política mencionada se medirá mediante el cálculo de los ahorros para el sistema derivados la implementación de los valores máximos de recobro en servicios y tecnologías no financiadas con la UPC del régimen contributivo.

- Con el fin de generar mayor eficiencia en la gestión de los recursos del SGSSS, se implementarán nuevas metodologías para la regulación de precios de entrada de medicamentos de alto costo. Para desarrollar esta política, el Ministerio de Salud y Protección Social publicará la regulación de los precios de entrada de los medicamentos y aplicará esta metodología a al menos 50 nuevas clases de estos. La efectividad de la política mencionada se medirá mediante el cálculo de los ahorros para el sistema derivados entre el precio regulado y el precio original de los medicamentos intervenidos.
- Finalmente, se prevé la reducción del gasto derivado de servicios de salud de la población migrante con PEP mediante su afiliación al SGSSS. Esta política no solo reducirá gasto, sino que otorgará a los migrantes los mismos derechos que cualquier otro ciudadano colombiano. La política se implementará mediante una resolución que defina las condiciones bajo las cuales los migrantes son elegibles para acceder a los servicios de atención médica en Colombia y los procesos para inscribirse en el SGSSS. Su efectividad será medida con el número de migrantes provenientes de Venezuela afiliados al SGSSS.

4.4. Capacidad institucional y mecanismo de ejecución

El prestatario será la República de Colombia y el Ministerio de Salud y Protección Social será el organismo ejecutor y líder del proyecto, utilizando el mismo mecanismo de ejecución de recursos de aseguramiento que actualmente funciona a través de la Adres.

El seguimiento y monitoreo del proyecto se articulará al interior del Ministerio de Salud y Protección Social entre los distintos actores involucrados, con el fin de que se pueda contar con la información necesaria para monitorear los avances del programa, generar reportes de ejecución y solicitar los desembolsos al Banco. El detalle de las responsabilidades y funciones de cada grupo técnico y el flujo de información para el reporte de resultados quedará descrito en los manuales operativo del proyecto (MOP). Estos manuales serán acordados con la banca multilateral en el primer semestre de 2020. La relación entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Adres seguirá siendo la misma que está hoy regulada por leyes nacionales.

La verificación externa e independiente de las metas establecidas en los indicadores la realizará el Departamento Nacional de Planeación (DNP), entidad que cuenta con la capacidad técnica y el mandato para realizar las validaciones. Así mismo, el DNP cuenta con la experiencia suficiente en la evaluación y monitoreo de proyectos, manejo de indicadores de resultados, evaluación de la confiabilidad de fuentes de información y los métodos utilizados para producirlos. La verificación permitirá que tanto el organismo ejecutor como los bancos tengan de manera oportuna un reporte de verificación de resultados previo a cada solicitud de desembolso. Los objetivos de la verificación de resultados son: (i) evaluar la exactitud, confiabilidad y consistencia de la información relacionada con los resultados de los indicadores y (ii) determinar el resultado de los indicadores en cada tramo de desembolsos, realizando el cálculo en los casos que no existan reportes automáticos e independientes. El protocolo de verificación para cada indicador se incluirá en los MOP.

El organismo ejecutor demostrará que se haya aprobado y entrado en vigor los MOP, de conformidad con los términos previamente acordados con los bancos. Esta condición es indispensable para iniciar la operatividad de los componentes y garantizar la adecuada ejecución del programa.

Los MOP detallarán la estrategia de ejecución de la operación, es decir, aspectos como: (i) el esquema organizacional del programa, (ii) los arreglos técnicos y operativos para su ejecución, (iii) el esquema de programación, seguimiento y evaluación de los resultados, (iv) las guías operativas del programa y (v) la descripción detallada de los indicadores de resultados, con especial énfasis en los de desembolso y sus protocolos de verificación. Los MOP incluirán los criterios para la verificación externa de resultados del programa a cargo del DNP.

4.5. Costos del programa

El programa para financiar con créditos externos asciende a USD 300 millones, los cuales, por las características de la operación, serán desembolsados contra el cumplimiento de los resultados esperados en el marco de los dos componentes anteriormente presentados.

4.6. Programación de desembolsos

Por las características propias del instrumento, los desembolsos programados durante la vigencia del programa fueron estipulados a partir del cronograma estimado de cumplimiento de los resultados por parte del Ministerio de Salud y Protección Social o bajo su liderazgo. El giro de los recursos por parte de la banca dependerá del cumplimiento de las metas acordadas y será proporcional al mismo.

Los USD 300 millones, correspondientes a las operaciones de crédito que se contraten con la banca multilateral, tendrán una proyección con un plazo de ejecución de tres años, que inicia en la vigencia 2020, como se evidencia en la Tabla 1. Es importante mencionar que el giro de los recursos solicitados puede ser adelantado o atrasado dependiendo de la fecha de cumplimiento de los indicadores acordados.

Tabla 1. Programación estimada de desembolsos, 2020-2022 (USD)

Fuente	Año 1	Año 2	Año 3	Total
Banca multilateral	123.500.000	81.200.000	95.300.000	300.000.000
Porcentaje por año	41	27	32	100

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (2019).

4.7. Seguimiento y evaluación

Con el fin de realizar el seguimiento a la ejecución de las operaciones de crédito, en los MOP se definirá una matriz de resultados que contará con los indicadores específicos del programa. Al ser unas operaciones en donde los desembolsos estimados están atados a resultados, se contemplaron seis indicadores que, de acuerdo con su cumplimiento, le permitirán a la Nación acceder a los recursos del programa de crédito.

La verificación de dichos indicadores estará a cargo del Departamento Nacional de Planeación en cumplimiento de sus funciones (numeral 2, artículo 3, Decreto 2189 de 2017³¹). Esta verificación se basará en un protocolo, el cual se limitará a la verificación del

³¹ Por el cual se modifica la estructura del Departamento Nacional de Planeación.

cumplimiento de la meta cuantitativa de los indicadores de desembolso, a partir de la información recopilada y remitida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

El mencionado protocolo será definido y detallado en los MOP, en los que también serán formalizados los mencionados indicadores y se determinará la meta asociada al cumplimiento de estos. Así mismo, los MOP del programa determinarán el procedimiento para la actualización o refinamiento de indicadores en caso de que sea necesario.

Adicionalmente, el DNP realizará el seguimiento regular a la operación de crédito público externo con base en los informes trimestrales enviados por la entidad ejecutora, de conformidad con lo previsto en el artículo 10° de la Ley 781 de 2002³², el artículo 20 del Decreto 2189 de 2017³³, y teniendo en cuenta los lineamientos que para el efecto establece el Documento CONPES 3119 *Estrategia de endeudamiento con la banca multilateral y bilateral*³⁴.

4.7.1. Indicadores del programa

Para realizar una evaluación de forma objetiva, que respalde las operaciones de crédito sin poner en riesgo el desembolso de los recursos, se plantearon los siguientes indicadores de resultado por componente:

Indicadores de desembolso componente 1

- (i). Actualización de la regulación para la certificación y acreditación para las EPS e IPS para mejorar la calidad de la atención, incluyendo normas de gestión medioambiental. En este indicador, el Gobierno llevará a cabo tres acciones específicas enfocadas en la publicación en el diario oficial de Colombia, la reglamentación que dé cuenta de: (a) actualización de las normas de certificación que deben cumplir las IPS; (b) proceso de acreditación para las EPS, en la que se definirán los estándares de calidad mínimos que deben cumplir y los procesos para asegurar que se cumplan las normas, contemplando estándares de gestión ambiental, y (c) reglamento con un nuevo conjunto de normas y procesos para la acreditación de hospitales de baja complejidad. El Departamento Nacional de Planeación será responsable de la verificación del cumplimiento del indicador.
- (ii). Incentivos en el mecanismo *ex post* de la UPC para mejorar la calidad y eficiencia en el diagnóstico y tratamiento de cáncer. Aquí se propone la introducción de incentivos

³² Por la cual se amplían las autorizaciones conferidas al Gobierno nacional para celebrar operaciones de crédito público externo e interno y operaciones asimiladas a las anteriores y se dictan otras disposiciones.

³³ Por el cual se modifica la estructura del Departamento Nacional de Planeación.

³⁴ Disponible en <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3119.pdf>.

financieros para las EPS traducidos en el mejoramiento del acceso a los servicios de salud con calidad, que permita la eficiencia en la detección temprana del cáncer de mama. Este incentivo hace referencia a una metodología que permita el ajuste *ex post* en el pago de la UPC, a través de una reglamentación y deberá ser publicada en el diario oficial de Colombia. Posteriormente, debe definirse la metodología con la cual se hará efectivo mencionado incentivo. Este indicador tendrá verificación externa de cumplimiento por parte del DNP.

- (iii). Número de departamentos/distritos con la población afiliada con seguimiento actividades programáticas de promoción y mantenimiento por parte del Ministerio de Salud y Protección Social en el marco de los acuerdos Maite. Este indicador busca hacer seguimiento a las entidades territoriales y demás responsables de las intervenciones relacionadas con la promoción y mantenimiento de la salud, a través de una herramienta tecnológica que permite evidenciar la realización de las acciones en salud señaladas. El resultado esperado se traduce en cambios en las condiciones de vida y hábitos que mantienen y recuperan la salud favoreciendo el desarrollo integral de las personas, familias y comunidades. La verificación externa del cumplimiento del indicador propuesto será realizada por el DNP.

Indicadores de desembolso componente 2

- (i). Ahorro por valores máximos de recobro en servicios y tecnologías no financiadas con la UPC del régimen contributivo. Este indicador busca la gestión eficiente del gasto a través de la transferencia del riesgo de gestión de servicios no incluidos en PBS a las EPS; la implementación de la metodología de Valores Máximos de Reconocimiento (VMR); la definición de techos presupuestales por EPS, a partir de los VMR y las frecuencias esperadas para la gestión de estos servicios y tecnologías; la creación y puesta en marcha de un mecanismo de incentivo al ahorro, y finalmente, el seguimiento y control de la ejecución presupuestal ceñido a dichos techos y a los incentivos al ahorro. La verificación externa del cumplimiento de este indicador será realizada por el DNP.
- (ii). Aumento de la eficiencia en el gasto farmacéutico como consecuencia de los cambios regulatorios en la política farmacéutica. Consiste en la introducción y aplicación de nuevas metodologías para la regulación de los precios de los medicamentos, la introducción de medicamentos de alto costo en el mercado (puerta de entrada), para lograr ahorros por eficiencia en el sistema de seguridad y permitir una mejor cobertura tanto de medicamentos como de dispositivos médicos. Lo anterior a través de la implementación de la reglamentación y aplicación de nueva metodología que permita

la regulación de precios de medicamentos. El resultado contará con la verificación externa de su cumplimiento realizada por el DNP.

- (iii). Número de personas migrantes afiliadas al SGSSS (incluyendo hijos de migrantes nacidos en Colombia). Este indicador busca mejorar la cobertura a través de aseguramiento de la población migrante que esté registrada y provistos de un PEP renovable, incrementando así la afiliación de esta población al SGSSS, con el goce de una atención efectiva en salud, en las mismas condiciones ofrecidas a un ciudadano colombiano. Es importante mencionar que este indicador será compartido por la banca multilateral, y la distribución de la meta y su ejecución se relacionan en la ficha del indicador. Igual que el indicador anterior, la verificación externa de su cumplimiento será realizada por el DNP.

5. RECOMENDACIONES

El Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el Ministerio de Salud y Protección Social y el Departamento Nacional de Planeación recomiendan al Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES):

1. Emitir concepto favorable a la Nación para contratar empréstitos externos con la banca multilateral hasta por la suma de USD 300 millones, o su equivalente en otras monedas, destinados al financiamiento parcial de apropiaciones presupuestales del Ministerio de Salud y Protección Social, en reconocimiento a resultados que se alcancen en eficiencia del gasto y mejoramiento de la atención en salud, “Programa para mejorar la sostenibilidad del sistema de salud en Colombia con enfoque inclusivo”, de acuerdo con las condiciones financieras que defina la Dirección General de Crédito Público y Tesoro Nacional del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.
2. Solicitar al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, al Departamento Nacional de Planeación y al Ministerio de Salud y Protección Social, adelantar los trámites y gestiones necesarias para la concreción de las operaciones de crédito, de acuerdo con la normativa aplicable y de conformidad con sus competencias.
3. Solicitar al Departamento Nacional de Planeación realizar el seguimiento a la operación de crédito que financia el programa aquí establecido, según lo estipulado en la subsección de seguimiento del presente documento.
4. Solicitar al Ministerio de Salud y Protección Social informar al Departamento Nacional de Planeación el cumplimiento de los indicadores atados a desembolso propuestos, en las fechas determinadas; y al Departamento Nacional de Planeación realizar la respectiva verificación de cumplimiento.
5. Solicitar al Ministerio de Salud y Protección Social y al Ministerio de Hacienda y Crédito Público realizar las gestiones pertinentes para que anualmente se programe adecuadamente la fuente de financiamiento del crédito externo en el rubro presupuestal de aseguramiento del Ministerio de Salud y Protección Social.

Bibliografía

- Ardila, E. (mayo de 2018). *Las enfermedades crónicas*. Obtenido de Biomédica - Instituto Nacional de Salud: <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/4525/4016>
- Banco Mundial. (2019). *World Bank Open Data*. Obtenido de The World Bank: <https://data.worldbank.org/>
- Buitrago, G. R. (2018). *Variaciones en la práctica, costos y desenlaces clínicos de la atención médica ambulatoria de adultos diabéticos en el régimen contributivo en Colombia*. Washington, DC. Unpublished: Inter-American Development Bank.
- Charry, L. C. (2008). Equidad en la detección del cáncer de seno en Colombia. *Revista de salud pública*, 10, 571-582.
- Departamento Administrativo de la Presidencia de la República. (2019). *Prensa 5 de agosto de 2019*. Obtenido de Estado colombiano nacionalidad niños nacidos Colombia hijos migrantes venezolanos proteger sus derechos: <https://id.presidencia.gov.co/Paginas/prensa/2019/190805-Estado-colombiano-nacionalidad-ninos-nacidos-Colombia-hijos-migrantes-venezolanos-proteger-sus-derechos.aspx>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística . (2019). *Calculos propios, MinSalud*. Bogotá: Encuesta de Calidad de Vida. Obtenido de Encuesta de Calidad de Vida.
- Departamento Nacional de Planeación. (2019). Salud para todos con calidad y eficiencia sostenible por todos. *Bases Plan Nacional de Desarrollo, Pacto por Colombia Pacto por la Equidad 2018 - 2022*, 258 - 284.
- Herrán, Ó. F. (2016). Dietary transition and excess weight in adults according to the Encuesta de la Situación Nutricional en Colombia. *Biomedica*, 36(1), , 109-120.
- Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. (2019). *IETS*. Recuperado el septiembre de 2019, de <http://www.iets.org.co/IETS/IETS.aspx>
- Ley-1955. (2019). *Diario oficial de la República de Colombia AÑO CLV N. 50964*.
- Ministerio de Salud y Protección Social . (2017). *Boletín de prensa 179 de 2017*. Obtenido de Ministerio de Salud y Protección Social: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Travesia-de-pacientes-con-VIH-por-Colombia.aspx>.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). *Boletín de Aseguramiento primer trimestre de 2017*. Recuperado el octubre de 2017, de Ministerio de Salud y Protección Social: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/boletin-aseguramiento-i-trimestre-2017.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *Consulta a base de datos de Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud – RIPS*. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Metrics: Disability-Adjusted Life Year (DALY)*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/metrics_daly/en/
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Cáncer de mama: Hojas informativas para los profesionales de salud*. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11242:breast-cancer-summaries-health-professionals&Itemid=41581&lang=es
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Estrategia sobre Salud, Ambiente, y Cambio Climático en la región de las Américas 2020 - 2023*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud (documento en construcción).
- Superintendencia Nacional de Salud. (2017). *Catálogo de cuentas reporta el saldo de las cuentas de balance y resultado*. Bogotá.

Superintendencia Nacional de Salud. (2018). *Informe de seguimiento de indicadores financieros de permanencia para EPS a diciembre de 2017*. Bogotá D.C.: Superintendencia Nacional de Salud.