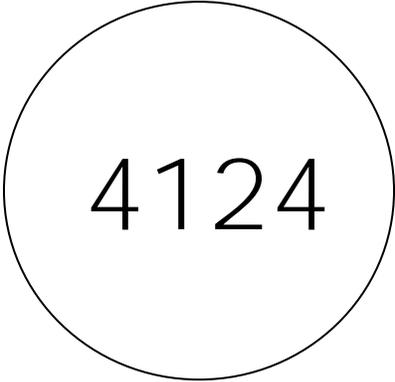


Documento CONPES

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



4124

CONCEPTO FAVORABLE A LA NACIÓN PARA CONTRATAR EMPRÉSTITOS EXTERNOS CON LA BANCA MULTILATERAL HASTA POR USD 450 MILLONES, O SU EQUIVALENTE EN OTRAS MONEDAS, DESTINADOS AL FINANCIAMIENTO PARCIAL DE APROPIACIONES PRESUPUESTALES DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, EN RECONOCIMIENTO DE LOS RESULTADOS QUE SE ALCANCEN A TRAVÉS DEL PROGRAMA PARA MEJORAR EL ACCESO EFECTIVO A LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA POBLACIÓN EN COLOMBIA

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

Versión aprobada

Bogotá, D.C., 27 de octubre de 2023

CONSEJO NACIONAL DE POLÍTICA ECONÓMICA Y SOCIAL CONPES

Gustavo Francisco Petro Urrego
Presidente de la República

Francia Elena Márquez Mina
Vicepresidenta de la República

Luis Fernando Velasco Chaves
Ministro del Interior

José Antonio Salazar Ramírez
Ministro de Relaciones Exteriores (E)

Ricardo Bonilla González
Ministro de Hacienda y Crédito Público

Néstor Iván Osuna Patiño
Ministro de Justicia y del Derecho

Iván Velásquez Gómez
Ministro de Defensa Nacional

Jhénifer María Sindei Mojica Flórez
Ministra de Agricultura y Desarrollo Rural

Guillermo Alfonso Jaramillo Martínez
Ministro de Salud y Protección Social

Gloria Inés Ramírez Ríos
Ministra del Trabajo

Ómar Andrés Camacho Morales
Ministro de Minas y Energía

Soraya Stella Caro Vargas
Ministra de Comercio, Industria y Turismo (E)

Aurora Vergara Figueroa
Ministra de Educación Nacional

María Susana Muhamad González
Ministra de Ambiente y Desarrollo Sostenible

Martha Catalina Velasco Campuzano
Ministra de Vivienda, Ciudad y Territorio

Óscar Mauricio Lizcano Arango
Ministro de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones

María Constanza García Alicastro
Ministra de Transporte (E)

Juan David Correa Ulloa
Ministro de Cultura

Astrid Bibiana Rodríguez Cortés
Ministra del Deporte

Ángela Yesenia Olaya Requene
Ministra de Ciencia, Tecnología e Innovación

Francia Elena Márquez Mina
Ministra de Igualdad y Equidad

Jorge Iván González Borrero
Director General del Departamento Nacional de Planeación

Juan Miguel Gallego Acevedo
Subdirector General de Prospectiva y Desarrollo
Nacional

Tania Esperanza Guzmán Pardo
Subdirectora General del Sistema General de
Regalías

Martha Cecilia García Bultrago
Subdirectora General de Inversiones,
Seguimiento y Evaluación (E)

Hugo Fernando Guerra Urrego
Subdirector General de Descentralización y
Desarrollo Territorial

Resumen ejecutivo

Si bien el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) alcanzó para el año 2022 un 99,1 % de cobertura en el aseguramiento de la población afiliada (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023), aún persisten brechas en el acceso efectivo a los servicios de salud, especialmente para población vulnerable. En tal sentido, este documento somete a consideración del Consejo Nacional de Política Económica y Social, el concepto favorable a la Nación para contratar empréstitos externos con la Banca Multilateral, hasta por USD 450 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 a través del *Programa para mejorar el acceso efectivo a los servicios de salud de la población en Colombia*.

Lo anterior, a través del instrumento de crédito denominado Programa Basado en Resultados, donde el Ministerio de Salud y Protección Social, contará con la experiencia, la asistencia y el acompañamiento de la Banca Multilateral, lo que permitirá focalizar los esfuerzos gubernamentales para alcanzar el reto de mejorar el acceso efectivo a los servicios de salud, por cuanto los desembolsos del crédito estarán asociados al cumplimiento de indicadores relacionados con la consecución de este objetivo.

El monto contratado financiará aproximadamente el 6,2 % de los aportes anuales de la Nación destinados al rubro de aseguramiento, y será desembolsado acorde al logro de los indicadores que miden el cumplimiento de las metas relacionadas en cada componente acordado. Los recursos desembolsados harán unidad de caja con los demás recursos asignados para la financiación del aseguramiento en salud, que son transferidos o recaudados por la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social.

Los créditos financiarán el *Programa para Mejorar el Acceso Efectivo a los Servicios de Salud de la Población en Colombia*, y sus desembolsos dependerán del cumplimiento de nueve (9) Indicadores Vinculados a Desembolsos (IVD) asociados a los siguientes cinco (5) componentes del programa: (i) incrementar el aseguramiento de la población migrante y de acogida; (ii) fortalecer el modelo de atención primaria para incrementar los servicios de calidad y esquemas de prevención y promoción; (iii) desarrollar el sistema de información en lo relacionado con la Interoperabilidad de la Historia Clínica Electrónica; (iv) aumentar el acceso efectivo a los servicios de salud de las mujeres, los menores de 5 años y los migrantes afiliados al régimen subsidiado; y (v) aumentar la resiliencia del SGSSS al cambio climático y las amenazas a la salud pública.

Esta solicitud se hace de conformidad con lo establecido en el párrafo 2 del artículo 41 de la Ley 80 de 1993¹ y los artículos 2.2.1.2., 2.2.1.6., 2.2.1.2.1.1. y 2.2.1.2.1.2. del Decreto 1068 de 2015².

Clasificación: I10

Palabras clave: Acceso a servicios de salud, indicadores de acceso, cáncer, mortalidad materna, desnutrición aguda, población migrante.

¹ Por medio de la cual se expide el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública.

² Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Hacienda y Crédito Público.

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	9
2. ANTECEDENTES	13
2.1. Funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud	13
2.2. Antecedentes del instrumento de crédito a utilizar	14
2.2.1. Políticas estructurales de salud consagradas en el PND 2022-2026 y en el PDSP16	
3. JUSTIFICACIÓN	18
3.1. Justificación técnica	18
3.1.1. Baja cobertura del aseguramiento de la población migrante y de acogida	19
3.1.2. Deficiente implementación del esquema de APS para incrementar los servicios y esquemas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad	19
3.1.3. Debilidad en la integración y uso compartido de información que redundando en el acceso inoportuno a los servicios de salud	21
3.1.4. Inequidades en el acceso efectivo a los servicios de salud, particularmente a nivel de atención primaria, que afecta los resultados en salud	22
3.1.5. Incapacidad del sistema para enfrentar amenazas a la salud pública, abordar y mitigar los efectos del cambio climático	23
3.2. Justificación económica y social	24
3.2.1. Identificación de costos y beneficios	25
3.2.2. Análisis de sensibilidad	29
3.3. Espacio fiscal	30
3.4. Evaluación de las alternativas de financiación y justificación de la fuente seleccionada	31
4. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA	32
4.1. Objetivo general	33
4.2. Objetivos específicos	33
4.3. Componentes	34
4.3.1. Componente 1. Incremento del aseguramiento efectivo de la población migrante y de acogida	34
4.3.2. Componente 2. Fortalecimiento del modelo de atención primaria para incrementar los servicios de calidad y esquemas de prevención y promoción	34
4.3.3. Componente 3. Desarrollo del Sistema único de información en salud en lo relacionado con la interoperabilidad de la historia clínica electrónica	34

4.3.4.	Componente 4. Mejorar el acceso efectivo a los servicios de salud de las mujeres, los menores de 5 años y los migrantes afiliados al régimen subsidiado	35
4.3.5.	Componente 5. Aumentar la resiliencia del sistema de salud a cambios climáticos y amenazas a la salud pública	36
4.4.	Capacidad institucional y mecanismo de ejecución	36
4.5.	Costos del programa.....	38
4.6.	Programación de desembolsos	38
4.7.	Seguimiento y evaluación	39
4.7.1.	Indicadores del programa.....	39
4.7.2.	Estrategia de seguimiento	42
5.	RECOMENDACIONES.....	44
	ANEXOS	45
	Anexo A. Matriz de resultados.....	45
	BIBLIOGRAFÍA	48

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Experiencia de la Banca Multilateral en el Sector Salud.....	31
Tabla 2. Programas financiados por la Banca Multilateral para el sector salud en Latinoamérica	32
Tabla 3. Programación estimada de desembolsos	39

SIGLAS Y ABREVIACIONES

Adres	Administradora de los Recursos de la Seguridad Social
APS	Atención Primaria en Salud
AVAD	Años de Vida Ajustados por Discapacidad
BDUA	Base de Datos Única de Afiliados
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
CAP	Centros de Atención Primaria en Salud
CONPES	Consejo Nacional de Política Económica y Social
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DFS	Dirección de Financiamiento Sectorial del Ministerio de Salud y Protección Social
DNP	Departamento Nacional de Planeación
ECNT	Enfermedades Crónicas no Transmisibles
EDA	Enfermedad Diarreica Aguda
ENT	Enfermedades no Transmisibles
EPS	Entidades Promotoras de Salud
ET	Entidades Territoriales
GRF	Facilidad No Reembolsable del BID
IHCE	Interoperabilidad de la Historia Clínica Electrónica
IPS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
IVC	Inspección Vigilancia y Control
IVD	Indicadores Vinculados a Desembolsos
MC	Migración Colombia
MOP	Manual Operativo del Programa
OCDE	Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos
OMS	Organización Mundial de la Salud
PBR	Programa Basado en Resultados
PBS	Plan de Beneficios en Salud
PDSP	Plan Decenal de Salud Pública
PGN	Presupuesto General de la Nación
PIB	Producto Interno Bruto
PIGCCS	Plan Integral de Gestión de Cambio Climático en Salud
PND	Plan Nacional de Desarrollo
PyP	Promoción y Prevención de la Salud
RIAS	Rutas Integrales de Atención en Salud
RMM	Razón de Mortalidad Materna
ROP	Reglamento Operativo del Programa
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
UPC	Unidad de Pago por Capitación

1. INTRODUCCIÓN

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) creado a partir de 1993, ha alcanzado prácticamente la cobertura universal del aseguramiento con el 99,1 % de la población afiliada (Ministerio de Salud y Protección, 2022), y ha brindado protección financiera a los afiliados, logrando que el gasto de bolsillo se mantenga por debajo del 20 % recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), alcanzando un 14,1 % en promedio en 2019, siendo uno de los más bajos de la región y encontrándose a la par con el promedio de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos - Banco Mundial [OCDE-BM], 2023). Así mismo, de acuerdo con la OCDE (2023), la expectativa de vida al nacer llegó a los 76,8 años en el año 2021, comparada con 71 años en el año 2000, siendo más alta que el promedio regional de 75,1 años; por su parte, la tasa de mortalidad por todas las causas para el total de la población disminuyó más del 30 % entre 2000 y 2019, comparada con una disminución del 14 % en Latinoamérica y el Caribe.

No obstante, a pesar de los logros alcanzados por el Sistema de Salud frente a los países agrupados en la OCDE, existen rezagos en indicadores de salud que miden el acceso efectivo a los servicios de salud y que afectan especialmente a la población más vulnerable. Al respecto, según las estadísticas del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2022), la Razón de Mortalidad Materna (RMM) se ubicó en 83,2 muertes por cada 100.000 nacidos vivos en 2021, lo que equivale a 51,2 puntos porcentuales (p.p.) sobre el promedio de la OCDE y 15 p.p. por encima de la región. De otro lado, según la OCDE y el BM (2023), la mortalidad evitable es de 237 muertes por cada 100.000 habitantes, mientras el promedio de la OCDE es de 199. Estos datos sugieren que existe un problema de morbimortalidad a causa de bajos esquemas de prevención, promoción, tratamiento y detección temprana.

Internamente, el Sistema de Salud debe superar la existencia de brechas en el acceso a los servicios de la población que vive en zonas marginales y apartadas, y a su vez, en poblaciones vulnerables, migrantes y diversas. Las brechas se evidencian en las diferencias que presentan indicadores como el número de atenciones materno-perinatales. Según el Ministerio de Salud y Protección Social (2022), en zonas urbanas, el porcentaje de niños nacidos vivos que reciben cuatro o más consultas de control prenatal supera en 9 p.p. a las zonas rurales, por su parte, en el caso de la población migrante, solo el 53 % recibe un promedio de cuatro atenciones, frente a ocho atenciones sugeridas. En cuanto a las complicaciones por patologías recurrentes, las tasas de mortalidad por Enfermedades no Transmisibles (ENT), como Diabetes Mellitus-II, son más altas en departamentos con mayor índice de ruralidad tales como Meta (27,2), Caquetá (31,4) y Amazonas (26,1), encontrándose por encima del promedio nacional (20,2) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

Por otro lado, todas las tasas de mortalidad relacionadas con cáncer se han incrementado entre 2010 y 2017, al respecto, la mortalidad por cáncer de seno tuvo un incremento de 2,87 nuevos casos por cada 100.000 habitantes, siendo la que más aumentó (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). De esta manera, sin la implementación de intervenciones efectivas, la OMS estima que para el 2040 la incidencia de cáncer puede incrementarse hasta en un 49,1 por ciento (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020). Adicionalmente, según el Observatorio Nacional de Cáncer del Ministerio de Salud y Protección Social (2018), existen importantes diferencias en el diagnóstico, detección temprana y oportunidad del tratamiento en detrimento de las mujeres vulnerables afiliadas al régimen subsidiado.

Sumado a lo anterior, la interoperabilidad de los sistemas de información al interior del Sistema de Salud es débil. Durante la pandemia, un análisis adelantado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) (2023) sobre la atención médica y el uso de telemedicina en pacientes crónicos, encontró que solo un tercio de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) presentaban niveles aceptables de integración y gestión de la información, dicha carencia impide la integración del primer nivel de atención con el resto de los niveles, lo que conlleva a la duplicidad de exámenes o eventos adversos en pacientes por falta de oportunidad en la información médica. La interoperabilidad del sistema también aporta a la equidad en el acceso, ya que los estratos más pobres son los que suelen tener este tipo de deficiencias (BID, 2023).

Por su parte, la vulnerabilidad del país frente al cambio climático aumenta la brecha de desigualdades en la carga de enfermedad y en el acceso a los servicios de salud. Las instalaciones de atención médica también necesitan ser seguras y permanecer operativas durante y luego de la ocurrencia de un desastre natural. Así, cerca del 22 % de la infraestructura destinada a la Atención Primaria en Salud (APS), está expuesta a eventos climáticos extremos como inundaciones, deslizamientos, terremotos, entre otros (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2023). En términos generales el sistema de salud está en riesgo frente a los efectos del cambio climático, lo cual puede generar impactos en la prestación de los servicios de salud, accesibilidad al sistema de salud, interrupción en la cadena de suministro de medicinas esenciales, y en general en el funcionamiento de las instalaciones hospitalarias.

Previamente el sector ha implementado políticas con el objetivo de mejorar el acceso a los servicios de salud, como el programa de apoyo a la reforma ejecutado a partir del 2013 y financiado con recursos del crédito de la Banca Multilateral, el cual entre sus objetivos buscó mejorar los resultados en salud a partir de la gestión del riesgo de enfermedades por intermedio de la prevención y el acceso equitativo a los servicios de calidad. En forma similar, en 2014 la Nación contrató un crédito para fortalecer el 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. En la actualidad, el Ministerio de Salud y Protección ejecuta un Programa Basado en Resultados (PBR) suscrito con la Banca Multilateral el cual busca entre otros mejorar el acceso a los servicios de salud de la población migrante.

Para poder responder a los retos coyunturales y estructurales relacionados con las brechas en el acceso efectivo a los servicios de salud, 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 450 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 el mejoramiento en el acceso a los servicios de salud, a través del *Programa para mejorar el acceso efectivo a los servicios de salud de la población en Colombia*, y en cumplimiento de los requisitos establecidos en el parágrafo 2 del artículo 41 de la Ley 80 de 1993³ y los artículos 2.2.1.2., 2.2.1.6., 2.2.1.2.1.1. y 2.2.1.2.1.2. del Decreto 1068 de 2015⁴.

Las operaciones de crédito se desarrollarán con la modalidad de Programas Basados en Resultados (PBR), mecanismo usado previamente por el Ministerio de Salud y Protección Social con la Banca Multilateral, que consiste en vincular los desembolsos de los créditos al cumplimiento de indicadores relacionados, en este caso, con mejoras en el acceso a los servicios de salud de la población. Los recursos de los créditos serán destinados al presupuesto de gastos de financiamiento del Ministerio de Salud y Protección Social, particularmente al rubro de aportes de la nación para el financiamiento del aseguramiento en salud, los cuales corresponden aproximadamente hasta el 6,2 % de la asignación del año 2023, que son transferidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y ejecutados por la Administradora de Recursos de la Seguridad Social (Adres).

La programación de los desembolsos asociada a los resultados alcanzados en los indicadores pactados y agrupados en componentes, permite obtener impactos positivos para el apoyo en la implementación de programas gubernamentales, en este caso del sector salud. Lo anterior, debido a que los recursos desembolsados sirven como reconocimiento a resultados definidos, asociados al mejoramiento en el acceso efectivo a la prestación de servicios de salud. 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, los indicadores agrupados en la sección de componentes representan hitos cuantitativos fácilmente medibles y verificables asociados al cumplimiento de las metas definidas.

De esta forma, para verificar el cumplimiento de los resultados y realizar los desembolsos de los créditos, se hará seguimiento al cumplimiento de nueve (9) Indicadores

³ Por la cual se expide el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública.

⁴ Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Hacienda y Crédito Público.

Vinculados a Desembolsos (IVD), distribuidos entre los cinco (5) componentes del programa de acuerdo con el siguiente detalle:

- Primer componente: incremento del aseguramiento efectivo de la población migrante y de acogida, asociado al indicador (i) incrementar el porcentaje de población migrante venezolana afiliada al SGSSS con aseguramiento efectivo.
- Segundo componente: fortalecer del modelo de atención primaria para incrementar los servicios de calidad y esquemas de prevención y promoción, asociado al indicador (ii) número de atenciones primarias y trazadoras en salud efectivas prestadas en entidades territoriales priorizadas.
- Tercer componente: desarrollo del Sistema Único de Información en Salud, asociado al indicador (iii) Interoperabilidad de la Historia Clínica Electrónica (IHCE) en IPS públicas de los territorios priorizados.
- Cuarto componente: aumentar el acceso efectivo a los servicios de salud de las mujeres, los menores de 5 años y los migrantes afiliados al régimen subsidiado, asociado a los siguientes cuatro indicadores: (iv) Número de departamentos priorizados con niños menores de 5 años identificados, notificados y que reciben tratamiento para la desnutrición aguda; (v) Implementación de una estrategia integrada para reducir la mortalidad materna en los territorios priorizados; (vi) Proporción de Mujeres detectadas con estadificación temprana con cáncer de seno al momento del diagnóstico desde in situ a IIA; y (vii) número de migrantes regulares con VIH que reciben atención integral tal como se define en el protocolo de verificación.
- Quinto componente: aumentar la resiliencia del sistema de salud a cambios climáticos y amenazas a la salud pública, asociado a los siguientes dos indicadores: (viii) publicación del nuevo marco para la infraestructura y estándares de certificación para los prestadores de servicios de salud, incluyendo estándares sociales, ambientales, adaptación al cambio climático y medidas de mitigación; y (ix) Desarrollo de un Plan Integral de Manejo de Cambio Climático para el Sector Salud.

Adicionalmente, es importante considerar que los objetivos propuestos en el presente documento, contribuyen al fortalecimiento del enfoque de Atención Primaria y de las acciones de promoción y prevención para garantizar la integralidad de los servicios de salud, así como en aumentar la capacidad resolutive del sistema frente a los desafíos presentes y contingentes, objetivos previstos para el Sistema de Salud en las Bases del Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2022-2026 *Colombia Potencia Mundial de la Vida*, expedido mediante la Ley 2294 de 2023.

El presente documento contiene cinco secciones, incluida la introducción. En la segunda sección se describen los antecedentes del Sistema de Salud colombiano y se presenta el

balance de créditos externos contratados por el sector en años anteriores. En la tercera sección, se presentan tanto la justificación técnica, como la justificación económica y social, los beneficios económicos generados por el cumplimiento de las metas asociadas a estos indicadores, para lo cual se utilizan distintos tipos de escenarios para su evaluación. En la cuarta sección se describe formalmente el programa de crédito estructurado y Finalmente, en la quinta sección, se presentan las recomendaciones al CONPES.

2. ANTECEDENTES

En esta sección se describe brevemente el funcionamiento del sistema de salud, se plasma la experiencia previa del Ministerio de Salud y Protección Social en la ejecución de créditos con la Banca Multilateral, así como la conveniencia de su uso. Finalmente, se describe el abordaje desplegado en el PND 2022-2026 y en el *Plan Decenal de Salud Pública* (PDSP) 2022-2031, a través de estas políticas públicas para la resolución de la problemática planteada.

2.1. Funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud

La Constitución de 1991 estableció como una obligación del Estado la garantía del derecho a la seguridad social para todos los habitantes del territorio, mediante la prestación del servicio por parte de entidades públicas o privadas. Con base en lo anterior, ha sido mandatorio el aumento de la cobertura hasta lograr su universalización.

Para dar cumplimiento al mandato constitucional, se implementó la reforma del Sistema de Salud mediante la expedición de la Ley 100 de 1993⁵ que creó el SGSSS. Durante sus 29 años de existencia, el SGSSS ha sido objeto de múltiples modificaciones legales como las previstas en las Leyes 1122 de 2007⁶, 1438 de 2011⁷, 1751 de 2015⁸, 1753 de 2015⁹, 1797 de 2016¹⁰, 1955 de 2019¹¹, y 1966 de 2019¹². La reforma crea un esquema de competencia regulada para que los actores públicos, privados o mixtos operen un

⁵ Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

⁶ Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

⁷ Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras Disposiciones.

⁸ Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

⁹ Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 *Todos por un nuevo país*.

¹⁰ Por la cual se dictan disposiciones que regulan la operación del sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.

¹¹ Por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 *Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad*.

¹² 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.

aseguramiento obligatorio a través de dos regímenes, uno contributivo para los trabajadores formales, pensionados y en general para la población con capacidad de pago, y el régimen subsidiado, para la población pobre y vulnerable. El primero, financiado con aportes de los empleadores y trabajadores, y el segundo con recursos fiscales y aportes de solidaridad del otro régimen. Adicionalmente, operan los denominados regímenes de excepción para asegurar, entre otros, a los miembros de las fuerzas militares y de policía, a los maestros y a los docentes de las universidades públicas.

Los aseguradores, Entidades Promotoras de Salud (EPS), deben garantizar un plan de beneficios homogéneo para cada régimen, para lo cual reciben una prima estimada en Unidades de Pago por Capitación (UPC), que es diferencial según grupos de edad, género y ubicación geográfica de los afiliados¹³. El régimen contributivo, además de garantizar las prestaciones asistenciales, prevé el pago de prestaciones económicas frente a incapacidades por enfermedades generales y licencias de maternidad y paternidad. Los recursos del sistema son administrados por la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Adres), entidad adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, encargada del recaudo y transferencia de los recursos del sector, incluidas las UPC que reciben las EPS, por el aseguramiento en salud, y los demás recursos para cancelar los servicios no incluidos en los planes de beneficios que deben suministrar las EPS por decisiones administrativas o mandatos judiciales. A diciembre de 2022, el régimen contributivo aseguraba a 23,5 millones de personas, el régimen subsidiado a 25,7 millones, y los regímenes de excepción a 2,2 millones, para un total de 51,4 millones de afiliados (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023).

2.2. Antecedentes del instrumento de crédito a utilizar

La operación usará el PBR como instrumento de préstamo de inversión. El Ministerio de Salud y Protección Social solicitó esta herramienta, debido a su experiencia con el mismo y al estímulo que este tipo de instrumento genera en términos de la consecución de los objetivos a alcanzar. Además, el PBR permite un monitoreo cercano a los avances del proyecto y su alineación con los resultados acordados. La existencia de IVD le permite al Ministerio de Salud y Protección Social un enfoque de gestión más cercano a los resultados, y el fortalecimiento de su capacidad institucional a partir del uso de sus propios sistemas financieros, de información y de adquisiciones.

Previamente, la Nación ha hecho uso del crédito externo a través de la Banca Multilateral y Bilateral, con resultados exitosos, como el crédito otorgado por el BID y la Agencia Francesa de Desarrollo para apoyar reformas al Sistema de Salud, contrato suscrito en el año 2013.

¹³ Así mismo, es inicialmente menor para el régimen subsidiado por contar con un paquete inferior de beneficios.

La primera de las mencionadas operaciones fue solicitada por un monto de USD 250 millones, contratada en el año 2013 (BID, 2013). El objetivo de la operación fue apoyar el diseño y la implementación de la reforma del sistema, para generar una mejora continua 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, contratada en el año 2014 (BID, 2014), también bajo la modalidad de libre destinación y apoyo presupuestario, se tramitó por un monto de USD 400 millones 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, como previamente se enunció, ha superado el 99 %, y desde el 2011, ambos regímenes cuentan con el mismo Plan de Beneficios en Salud (PBS). Adicionalmente, toda la población ha gozado de un plan de beneficios más completo, por cuanto entre el 2012 y el 2022, más de 800 tecnologías se han incorporado al PBS. Finalmente, en la reducción de la pobreza multidimensional, que pasó del 29,7 % en 2010 a 12,9 % en 2022, la dimensión de la salud tiene una contribución importante, así, en el último año, su aporte fue del 8,5 % (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2022).

En la actualidad, el Ministerio ejecuta un PBR suscrito en 2019 con el BM y BID, a través del Documento CONPES 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*, aprobado en el año 2019¹⁴. Dicho programa, presenta un porcentaje de desembolso superior al 76 % y 100 %

¹⁴ Disponible en: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3976.pdf>.

respectivamente, su implementación ha servido como instrumento de movilización del Ministerio de Salud y Protección Social para avanzar en la implementación de las prioridades del sector previstas en el anterior plan de desarrollo, como aumentar la calidad de la atención y sostenibilidad del sistema, mejorar el acceso a los servicios de salud de la población migrante a través de la afiliación al sistema (1.2 millones de migrantes), y la realización de un plan de ahorro para el sistema de USD 204 millones a través de mejoras en la regulación de los precios de los medicamentos y tecnologías en salud (BID, 2023). El programa ha apoyado el fortalecimiento institucional a través de la construcción de capacidades y asistencia técnica.

2.2.1. Políticas estructurales de salud consagradas en el PND 2022-2026 y en el PDSP

Previo a la expedición del PND, con el objetivo de garantizar la intersectorialidad y la atención integral de los pacientes, el Ministerio de Salud y Protección Social diseñó diferentes estrategias, la más relevante ha sido la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS). Las RIAS se encargan de ordenar la gestión intersectorial y sectorial a partir de: (i) acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de las personas, familias y comunidades; (ii) atenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación; y (iii) acciones de cuidado para el mantenimiento o recuperación de la salud.

Por su parte, en las Bases del PND 2022-2026 se establece como objetivo el componente 2 denominado: *avanzar hacia un sistema de salud garantista, universal, basado en un modelo de salud preventivo y predictivo*. Para alcanzar lo previsto en este componente, se plantean entre otras las siguientes políticas específicas: (i) fortalecer y hacer efectiva la APS a través de un modelo de salud preventivo y predictivo; (ii) intervenir los determinantes sociales en el marco del modelo; y (iii) mejorar la gobernanza y gobernabilidad y los sistemas de información. Para cada una de las políticas específicas se plantean las estrategias que en adelante se describen.

A través del fortalecimiento de la APS como instrumento para implementar un modelo de salud preventivo y predictivo, que reoriente los servicios de salud hacia la garantía del derecho a la salud en todo el territorio y a toda la población, se implementarán equipos de salud interdisciplinarios territorializados permanentes, a través de los cuales se garantizará la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y se coordinarán las acciones intersectoriales para la intervención de los determinantes sociales. La implementación de la APS implica el fortalecimiento de redes integrales de servicios de salud, que ofrezcan servicios de salud con calidad, oportunidad, pertinencia y cercanos a la población. Para dar cobertura a toda la población, en todo el territorio se contempla el fortalecimiento del aseguramiento en salud para el cuidado integral, bajo el control y regulación del Estado.

En la intervención de los determinantes sociales, bajo el modelo preventivo y predictivo, las acciones en salud pública se programarán y ejecutarán de acuerdo con las necesidades demográficas y el perfil epidemiológico para reducir la carga de Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT) y enfermedades desatendidas, emergentes o reemergentes. Se fortalecerá la detección temprana del cáncer, el acceso al tratamiento y la realización de controles en forma oportuna. Igualmente, siguiendo el contenido de la Ley 2064 de 2020¹⁵, se fortalecerá la capacidad de resiliencia del sistema de salud, ampliando el alcance de lo establecido inicialmente para la atención de posibles pandemias.

Para fortalecer la gobernabilidad del sistema, se propone la ampliación de la participación multinivel a nivel territorial y el fortalecimiento de la función rectora mediante la ampliación de la capacidad de gestión de las entidades nacionales que conforman el sector. Se implementará un sistema de información único e interoperable que permita la articulación de todos los actores del SGSSS, ampliando la salud digital a través de la apropiación de tecnologías de información en el ecosistema sanitario. Igualmente, se fortalecerá el sistema de vigilancia en salud pública.

El PND también plantea que, para asegurar el acceso equitativo a medicamentos y dispositivos médicos, la formulación de la política farmacéutica tendrá como objetivo garantizar el abastecimiento, acceso y disponibilidad. A través de la formulación de políticas públicas se fortalecerá la investigación, comercialización y producción local de tecnologías con la participación del sector público y privado. Se fomentará el uso de medicamentos genéricos, al igual que se mejorarán los procesos de compras y se agilizarán los trámites administrativos requeridos para la autorización de producción, importación o comercialización de tecnologías en salud. Adicionalmente, se implementarán mecanismos de regulación de precios, se fomentará la articulación de medicinas y terapias alternativas con el sistema de salud. Se mejorará la cualificación y gestión del talento humano requerido para la atención de los servicios farmacéuticos, y se revisará la normatividad sobre flexibilidad de patentes. Se implementará un sistema de información de consulta pública sobre la disponibilidad de oferta de medicamentos e insumos.

De igual forma, el PDSP 2022-2031 estableció como objetivo fortalecer la Atención Primaria Integral en Salud para brindar atención integral, integrada y continua, que articule acciones promocionales para la vida y la salud con acciones de cuidado integral, gestión integral del riesgo y de salud familiar y comunitaria acordes con la diversidad territorial y poblacional del país, y orientadas al logro del derecho a la salud, el bienestar y la calidad de vida para todas las personas que habitan el territorio colombiano (Objetivo 5.3.3). Así mismo, en su objetivo 5.4.3, el PDSP establece que se deben gestionar integralmente las

¹⁵ Por medio de la cual se declara de interés general la estrategia para la inmunización de la población colombiana contra la COVID-19 y la lucha contra cualquier pandemia y se dictan otras disposiciones.

condiciones de vida y salud que representan amenazas individuales y colectivas para el goce efectivo del derecho a la salud, mediante la combinación de acciones, estrategias e intervenciones de reducción de riesgos y daños, prevención y mitigación de riesgos, disminución de carga de enfermedad y desigualdades sanitarias, superación de eventos derivados de la materialización de los riesgos y amenazas, y sus consecuencias reflejadas en brechas sociales injustas y evitables, en vulnerabilidades incrementales, y en morbilidad, discapacidad y mortalidad evitable. Por su parte, el objetivo 5.5.3 establece el fortalecimiento de la gestión del conocimiento para la salud pública mediante la consolidación de capacidades institucionales y sociales y el fortalecimiento de los sistemas de información en salud.

Asimismo, el PDSP 2022-2031, estableció dos metas relacionadas con aumentar la capacidad de adaptación al cambio climático en salud pública y, además, se incluyó la gestión para la prevención y adaptación de los efectos del cambio climático como parte del fortalecimiento de la Comisión Intersectorial de Salud Pública, y se involucra la estrategia 3.1 Adopción de los lineamientos del Plan Nacional de Adaptación al Cambio Climático que afectan la salud, dirigido a las entidades territoriales, los sectores, los territorios colectivos, tradicionales y ancestrales, y zonas de asentamiento de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras, como parte del marco estratégico intercultural.

3. JUSTIFICACIÓN

Los préstamos de la Banca Multilateral basados en desembolsos por resultados le permitirán al sector salud contar con indicadores claramente medibles y comprobables relacionados con el problema de política identificado, a saber: la persistencia de brechas en el acceso efectivo a los servicios de salud, especialmente de población vulnerable.

Con base en lo anterior, la utilidad que genera el instrumento propuesto radica en la eficacia que tenga la implementación de los componentes del programa para mejorar el acceso efectivo a los servicios de salud de la población, medido a través de los indicadores vinculados a los desembolsos de los créditos. En las siguientes subsecciones, se abordarán las causas principales relacionadas con la problemática generada por las deficiencias en el acceso a los servicios de salud.

3.1. Justificación técnica

Tal como se ha mencionado previamente, los *programas basados en resultados* asociados a las operaciones de crédito objeto del presente documento, que vinculan los desembolsos del crédito al logro de metas alcanzadas que resultan estratégicas para el logro de los objetivos del sector, transfieren la experiencia y usan el apoyo de la Banca Multilateral para potenciar al organismo ejecutor en el logro de las metas acordadas, que para el presente documento representan mejoras en el acceso a los servicios de salud de la

población. El cumplimiento de las metas es medido a través de la identificación de indicadores cuantitativos de desembolso, que dan cuenta de actividades claves para establecer el acceso efectivo a los servicios de salud.

A continuación, se analizan detalladamente los problemas que generan las deficiencias en el acceso a los servicios de salud, con el fin de identificar las acciones que resultan pertinentes y que deben ser ejecutadas por el SGSSS para solucionar la problemática, logrando con ello los resultados previstos por los componentes del programa.

3.1.1. Baja cobertura del aseguramiento de la población migrante y de acogida

Según el Ministerio de Salud y Protección Social (2023), entre 2017 y 2022 los migrantes en Colombia pasaron de representar el 0,9 % al 5,6 % de la población total del país. A corte de diciembre de 2022, solo alrededor del 40 % (1.156.480) del total de migrantes venezolanos con vocación de permanencia habían sido afiliados al SGSSS bajo las modalidades contributivas (22,2 %) y subsidiada (77,8 %) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023), debido a barreras normativas en los sistemas de registro, desconocimiento de los procesos de afiliación y factores culturales. Durante el mismo periodo, según datos del Ministerio de Salud y Protección Social (2023), alrededor de 2,5 millones de migrantes requirieron servicios de salud y un total de 21,3 millones de atenciones fueron prestadas, en su gran mayoría, a población no afiliada, muchas de las cuales correspondieron a servicios de urgencias cuyo costo promedio es mayor.

Según datos de Migración Colombia (2022), con corte a octubre de 2022, en Colombia había un total de 2.894.593 de migrantes venezolanos con vocación de permanencia en el país. Por su parte, a corte de enero de 2023, 1.735.370 migrantes cuentan con un documento válido de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (Migración Colombia, 2022). Asimismo, según el Ministerio de Salud y Protección Social (2023), 1.227.156 migrantes se encuentran efectivamente cargados en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) (con corte a marzo de 2023), y del total de afiliados, el 78 % (962.392) se encuentran en el régimen subsidiado y el 22 % (264.764) en el régimen contributivo.

3.1.2. Deficiente implementación del esquema de APS para incrementar los servicios y esquemas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad

Aunque la Ley 1438 del 2011¹⁶ estableció la APS como una estrategia que busca garantizar la coordinación intersectorial entre los diferentes niveles de atención, como la Promoción y Prevención (PyP), diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades, para aportar en el mejoramiento de la salud, la creación de un ambiente saludable, brindar

¹⁶ Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.

servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, este esquema no ha sido una prioridad del SGSSS.

La percepción de la calidad de la APS en Colombia es baja (29,6 %) comparado con el promedio de Latinoamérica y el Caribe (40,5 %), y de la OCDE (68 %) (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos - Banco Mundial; [OCDE; BM], 2020). Esto se explica por la caracterización del sistema como reactivo antes que preventivo. Sobre el particular, puede observarse que, según el Ministerio de Salud y Protección Social (2016), a pesar de que las enfermedades del sistema circulatorio son la principal causa de mortalidad, la cobertura en exámenes diagnósticos para verificar los niveles de colesterol es apenas del 13 % para personas mayores de 30 años, cifra inferior al nivel requerido en la Ruta Integral de Promoción y Mantenimiento (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). Otro indicador que evidencia la debilidad del sistema de APS es la saturación de los servicios de urgencias, según cifras del Ministerio de Salud y Protección Social (2021), 3 de cada 10 personas que asisten a estos servicios lo hacen por problemas que no son urgentes, saltándose la ruta de promoción, prevención y detección temprana y convirtiendo las urgencias en la puerta de entrada al sistema.

Para el año 2009, algunos estudios señalaron que el modelo colombiano no presentaba un marco eficaz para un sistema de salud que busca garantizar el cuidado de los usuarios, lo cual se evidencia a partir de rezagos en la implementación de atenciones de PyP (Vargas J, 2009). Un ejemplo de la carencia de estos programas se refleja en la detección tardía de algunas ENT como cánceres, diabetes mellitus y cardiopatías no congénitas. Las ENT se mantienen como las principales causas de muerte en Colombia, derivando en altos e insostenibles costos para el sistema de salud. Las ENT más prevalentes son el cáncer, enfermedades cardiovasculares, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hipertensión, diabetes y depresión; las cuales son responsables de 7 de cada 10 causas principales de morbimortalidad en Colombia, incluido el 78 % de las muertes en 2021 (Banco Mundial - Organización Panamericana de la Salud; [BM-OPS], 2020). Los costos asociados a la alta carga de enfermedad de ENT están entre los tres primeros de la región y se espera que se incrementen debido al envejecimiento de la población y la prevalencia de comorbilidades entre la población con ENT.

En el 2020, el país reportó 15.509 casos nuevos de cáncer de mama, de los cuales el 46 % fueron detectados en estadios clínicos IIA y IIB¹⁷, lo que indica bajos porcentajes de detección temprana por medio de tamización bianual con mamografía en mujeres entre 50 y 69 años (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021). Para ese periodo, este tipo de cáncer fue el responsable de 4.411 muertes, posicionándose como el tercer tipo de cáncer

¹⁷ Estadio II significa que son cánceres que han crecido más profundamente en los tejidos adyacentes. También es posible que se hayan diseminado a los ganglios linfáticos, pero no a otras partes del cuerpo.

más letal a nivel nacional. Adicionalmente, la mortalidad por diabetes mellitus reflejó la disparidad en las acciones de PyP en territorios rurales, como Caquetá, que presentó 31,4 muertes por cada 100 mil habitantes, siendo mucho más alta que en departamentos mayoritariamente urbanos como Antioquia (15,1) o Bogotá (15,3) (Ministerio de Salud y Protección Social , 2018).

3.1.3. Debilidad en la integración y uso compartido de información que redundando en el acceso inoportuno a los servicios de salud

De conformidad con el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), a diciembre 31 de 2021, solo el 4,27 % de las IPS habilitadas para operar ofrecían servicios de telemedicina, lo que equivale a 3.368 sedes (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).. Según el mismo registro, de las 3.368 sedes que tenían habilitado el servicio, 331 sedes correspondían a IPS públicas (el 9.8%). El 76 % de las IPS que tenían habilitado el servicio se concentran en departamentos donde se localizan las grandes ciudades, en Antioquia, Bogotá D.C, Valle del Cauca, Cundinamarca, Santander, Barranquilla, Córdoba, Nariño, Cartagena y Cesar, mientras que en departamentos en zonas de alta ruralidad y dispersión geográfica, como Amazonas, Guainía, Guaviare, Vaupés y Vichada solo se ubicaban el 1.7 % de las sedes que tenían habilitado el servicio (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

Según un estudio adelantado por la consultora Minsait sobre la interoperabilidad en Salud en 8 países de Latinoamérica (Brasil, México, Bolivia, Argentina, Chile, Uruguay, Perú y Colombia) entre 2019 y 2020, ésta se constituye en un elemento clave para lograr la transformación digital del sector salud. La interoperabilidad permite el intercambio de datos comprensibles, y ofrece la disponibilidad de la información a los actores involucrados, redundando en una atención de mayor calidad al ciudadano y una continuidad de la asistencia en todos los episodios de atención del paciente. El resultado del estudio muestra que frente a cuatro ámbitos de evaluación para medir el grado de madurez de la interoperabilidad: (i) entorno digital, regulatorio, normativo y económico; (ii) preparación de las infraestructuras, uso de estándares, y capacitación de los recursos humanos; (iii) uso y adopción de tecnologías de salud interoperables a todos los niveles; y (iv) impacto en el aspecto económico y social, Colombia se encuentra por debajo de la media (Minsait, 2020). Por su parte, en temas relacionados con capacitación de los recursos humanos, la encuesta califica a Colombia con 1.77 frente a un promedio de 2.0, en cuanto a infraestructura la calificación fue de 2.46 frente a 2.56 del promedio¹⁸ (Minsait, 2020).

¹⁸ La calificación otorgaba una puntuación de 1 a 4 en cada uno de los ámbitos previstos por la encuesta de evaluación.

El país desaprovecha el potencial de la salud digital, y en particular de servicios de telemedicina. Al respecto, se requiere que los prestadores de servicios de salud cuenten con un sistema de información que garantice la interoperabilidad, es decir, un flujo seguro y confiable de información de los pacientes entre los prestadores, con lo cual se evitan reprocesos y la duplicidad de atenciones, especialmente relacionadas con apoyos diagnósticos. El fortalecimiento de la interoperabilidad del sistema también facilita la integración de la atención de primer nivel con el resto del sistema, apoyando el mejoramiento de la calidad al evitar la presencia de eventos adversos por falta de información médica (ej., interacciones farmacológicas, alergias, etc.). La implementación de la telemedicina y en general la salud digital contribuirá al cierre de las brechas de la oferta de servicios, especialmente en territorios con población dispersa que podrían contar con servicios especializados a través de este mecanismo.

3.1.4. Inequidades en el acceso efectivo a los servicios de salud, particularmente a nivel de atención primaria, que afecta los resultados en salud

El acceso a los servicios de promoción y prevención de la salud y la detección de los problemas de salud al nivel de APS, no satisfacen las necesidades de salud actuales ni la evolución de dichas necesidades. La evolución de los indicadores de mortalidad materna y mortalidad infantil por desnutrición aguda no se encuentran en la senda para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible previstos para el año 2030, lo cual deja a Colombia entre los países con peores indicadores a nivel OCDE. En 2020, el porcentaje de madres con 4 o más controles prenatales disminuyó en 9,2 puntos porcentuales, lo cual contribuyó a la muerte de 544 mujeres embarazadas (un incremento de 15 puntos en la tasa de mortalidad materna) (Castañeda-Orjuela et al, 2023). Las poblaciones más afectadas por las altas tasas de mortalidad materna son la población rural, indígena, afrocolombiana, afiliados al régimen subsidiado, población de bajos ingresos y con bajo nivel de escolaridad.

La mortalidad materna entre la población indígena es cerca de cinco veces superior al promedio nacional (DANE, 2021). Por su parte, según el informe de estadísticas vitales del DANE (2022), la tasa de mortalidad por desnutrición aguda en niños menores de cinco años presenta importantes desigualdades a nivel regional, así, los departamentos más pobres y los que tienen mayor participación de la población indígena, como Chocó, La Guajira y Vichada tienen tasas 11, 7 y 6,7 veces más altas respectivamente que el promedio nacional que es de 7,8 muertes por cada 100.000 niños menores de 5 años.

El cáncer de seno es la principal causa de mortalidad en las mujeres en Colombia y es el tipo de cáncer más común entre las mujeres. Aunque todas las tasas de mortalidad por cáncer se incrementaron entre 2010 y 2017, la mortalidad por cáncer de seno fue la que más aumentó, con un incremento de 2,87 nuevos casos por cada 100.000 personas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). Sin la implementación de medidas efectivas,

la OMS (2020) estima que para 2040 habrá un incremento del 49,1 % en la incidencia de cáncer y un incremento del 66,6 % en la mortalidad. Adicionalmente, según el Observatorio de Cáncer del Ministerio de Salud y Protección Social (2018), existen diferencias en los chequeos del cáncer, la detección temprana, la oportunidad del diagnóstico y el tratamiento entre mujeres, dependiendo del régimen al cual se encuentran afiliadas, con peores resultados en mujeres vulnerables afiliadas al régimen subsidiado, al respecto, la media en el número de días entre el diagnóstico y el tratamiento para las afiliadas del régimen contributivo es de 45 días, mientras para las del subsidiado 70.

De otra parte, los migrantes suelen llegar al país con deficiencias nutricionales, con esquemas de vacunación incompletos y en general con sistemas inmunes débiles (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023). Para 2023, cerca de 2,9 millones de migrantes venezolanos viven en Colombia, de los cuales solo 1,7 millones tienen un Permiso de Protección Temporal que los habilita para acceder a los servicios sociales. La migración ha tenido un impacto significativo en el sector salud debido al incremento en la demanda de servicios y los altos costos relacionados (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023). Aunque según el Ministerio de Salud y Protección Social (2023) el 71 % de los migrantes con permiso de permanencia están afiliados al SGSSS, la mayoría, el 78 %, están afiliados al régimen subsidiado, y su acceso efectivo a los servicios de salud es un desafío debido a aspectos financieros, geográficos y barreras administrativas.

Como resultado, la población migrante se ha caracterizado por tener pobres resultados en salud, tales como alta prevalencia de mortalidad materna, manejo limitado de las condiciones crónicas, dificultad para el acceso al tratamiento con antiretrovirales para la población con VIH y, en general, acceso limitado a los servicios esenciales de promoción y prevención. De los 22.298 migrantes que se estimaba vivían en Colombia en 2022 con VIH, únicamente 47.9 % conocían su diagnóstico de VIH (Red Somos Ministerio de Salud y Protección Social y Universidad Johns Hopkins, 2022), adicionalmente, solo 1.659 migrantes afiliados al régimen subsidiado recibieron atención acorde con las guías de práctica clínica (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023).

3.1.5. Incapacidad del sistema para enfrentar amenazas a la salud pública, abordar y mitigar los efectos del cambio climático

El cambio climático podría incrementar el riesgo de aumentar la carga de enfermedad en diferentes tipos de enfermedades consideradas como sensibles al clima, aumentar la mortalidad y acelerar el riesgo de futuras pandemias en países de alta biodiversidad como Colombia, a través del incremento en el riesgo de transmisión de nuevos virus de los animales a los humanos. Además, el cambio climático está generando incrementos significativos en la prevalencia de enfermedades respiratorias, cardiovasculares e infecciosas (Organización Mundial de la Salud, 2015).

Es así como las enfermedades cardiovasculares y respiratorias se han incrementado debido a las extremas temperaturas en el país. En Colombia, el número de urgencias ocasionadas por el calor fue de 85.154 en el periodo 2010-2019, y las proyecciones apuntan a un incremento de más del 440 % para el periodo 2020-2039, proyectando más de 380.565 para el periodo (Banco Mundial [BM], 2023). El incremento de la mortalidad relacionada con el calor extremo puede ocurrir a través del deterioro de las condiciones preexistentes como las enfermedades no transmisibles. En Colombia, entre 1998 y 2013, un total de 267.730 muertes fueron atribuibles a olas de calor, y se estima que las pérdidas acumuladas de la economía debido a la mortalidad prematura ocasionada por temperaturas no óptimas acumulará del 1 al 4,8 % del producto interno bruto (Guo Y. et al, 2018). Adicionalmente, el incremento de las temperaturas y el cambio en el patrón de lluvias incrementa el potencial de transmisión de enfermedades transmitidas por vectores, como el dengue y la malaria, incluso en ciudades de mayor altitud a nivel del mar como Bogotá. La capacidad vectorial relativa para el dengue se podría incrementar de 0,66 hasta 0,76 en 2070 en un escenario de altas emisiones, y se estima que para 2070, alrededor de 64 millones de personas podrían estar en riesgo de contraer malaria asumiendo un escenario de altas emisiones (Organización Mundial de la Salud, 2015).

La vulnerabilidad del país por la variabilidad y el cambio climático continúa afectando la accesibilidad a los servicios de salud y empeorando la inequidad en el acceso. Según el BM (2023), entre el 22 % y 26 % de las sedes del nivel básico de atención y de hospitales respectivamente, están expuestas a riesgos climáticos como inundaciones. Los fenómenos climatológicos extremos como inundaciones afectan el acceso a las instalaciones e incrementan los tiempos de desplazamiento (BM, 2023). En general, el Sistema de Salud está en riesgo frente a las consecuencias del cambio climático, lo cual puede generar impactos en la prestación de servicios de salud, accesibilidad al sistema, interrupción en la cadena de suministros de medicinas esenciales y en el funcionamiento general de las instalaciones de los prestadores.

El Sector de la Salud Pública no está adecuadamente preparado para responder efectivamente a futuras pandemias. A pesar de haber adoptado un completo arsenal de medidas en salud pública para responder a los desafíos planteados por la pandemia del COVID-19, doblando la disponibilidad de camas en UCI y vacunando al 80 % de la población con al menos una dosis, Colombia sufrió al menos 142.000 muertes (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2022), además de la interrupción de los servicios esenciales de salud, incluyendo los programas de vacunación y alimentación escolar para los niños, así como servicios preventivos y curativos para las enfermedades no transmisibles como el cáncer.

3.2. Justificación económica y social

El programa propuesto permitirá generar beneficios económicos derivados del cumplimiento de las metas asociadas a los IVD agrupados en componentes, los cuales generarán incentivos adicionales dentro del Gobierno nacional y los actores del sistema para mejorar el acceso efectivo a los servicios de salud de la población en Colombia con un enfoque en prevención y APS. Esta sección da cumplimiento al artículo 2.2.1.6 del Decreto 1068 de 2015¹⁹, y presenta un análisis detallado de los beneficios derivados de la implementación del programa y del respectivo análisis de sensibilidad.

Por tratarse de créditos bajo la modalidad de PBR, cuya destinación no financiará actividades específicas, si no que estarán dirigidas al aseguramiento en salud, y que complementarán parcialmente las apropiaciones presupuestales de gastos de funcionamiento del Ministerio de Salud y Protección Social, el análisis y justificación económica de la presente sección, se basará en el cálculo de los beneficios que obtiene el sector por el logro de las metas acordadas con el acompañamiento de la Banca Multilateral.

El análisis económico de los créditos planteado se realizó mediante el cálculo de los beneficios monetarios resultantes de implementar las acciones y cumplir con los indicadores acordados en el PBR, ajustados por el valor temporal del dinero. Este análisis determina los beneficios económicos y sociales para el sector con la implementación del PBR, como soporte para la toma de la decisión.

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). El análisis contempla adicionalmente los ahorros que se obtendrían, como reducción de costos de atenciones en salud y costos evitados por daños en la infraestructura hospitalaria. Los beneficios 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 los beneficios se modelaron para un periodo de 20 años (2024-2044), 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

Se han considerado dos tipos de beneficios asociados a la ejecución del programa, el primero, corresponde al cálculo monetario de la reducción de la carga de enfermedad, medido en Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD), y el segundo, es la reducción en el costo de las atenciones en salud o en la reducción de daños a la infraestructura. El beneficio estimado para la Nación, derivado del cumplimiento de los indicadores seleccionados, asociados a los 5 componentes del programa es de USD 5.718 millones que

¹⁹ Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Hacienda y Crédito Público.

resultan de la agregación de los beneficios económicos derivados del cumplimiento de los indicadores asociados al desembolso.

Beneficios que se obtendrán por incrementar el aseguramiento de la población migrante

Para calcular los beneficios que se obtendrán en la disminución de la carga de enfermedad por el incremento del aseguramiento de la población migrante, se usarán los AVAD. Un AVAD representa la pérdida de un año que equivale a un año 100 % saludable (los años de vida perdidos por muerte prematura se establecen de acuerdo con la esperanza de vida). Esta metodología ha sido aplicada en otras evaluaciones económicas de proyectos realizados por la Banca Multilateral, dado que existe evidencia que muestra que modelos de atención integral con énfasis en la atención primaria y prevención ofrecen buenos resultados en la reducción de la morbimortalidad (Macinko et al., 2011).

Los AVAD obtenidos se multiplican por el producto interno bruto per cápita de la población objetivo para cuantificar los beneficios económicos, asumiendo que la salud de la población incrementa su productividad. El cálculo de AVAD permite tener una unidad de medida común para diferentes condiciones que afectan la salud de la población, dado que incorpora la esperanza de vida, la edad, el tiempo futuro, condiciones no fatales en la evaluación de los estados de salud, carga de enfermedades y la discapacidad.

En el análisis económico del programa, la población objeto de cada componente es excluyente para evitar medir erróneamente más de una vez las intervenciones. Para este componente se tiene en cuenta la población migrante que se espera afiliar y asegurar al régimen subsidiado del SGSSS en los tres años del proyecto, equivalente a 205.000 personas aproximadamente. El análisis define tres escenarios de contribución marginal, uno bajo del 4 %, uno medio del 6 % y uno optimista del 8 %. Una revisión de la literatura sobre el impacto de intervenciones basadas en modelos de atención integral, con énfasis en atención primaria y promoción en países de bajo y mediano ingreso, considera que el aumento marginal de cobertura efectiva pueda llegar hasta 15 puntos porcentuales (Bhutta et al., 2010). Adicional a la literatura, también se tuvieron en cuenta los indicadores y metas de la matriz de resultados para definir la contribución marginal para cada componente. Así también, se consideran vectores de gradualidad que modelan el tiempo necesario para observar los beneficios (se espera que los beneficios de las inversiones empiecen a observarse desde el primer año de operación).

Así, se asume que cada AVAD equivale a un año de productividad plena, de manera que tomando como supuesto el aumento en la productividad, se puede valorar el beneficio económico utilizando el Producto Interno Bruto (PIB) per cápita en dólares corrientes de Colombia que, de acuerdo con las estimaciones del *World Economic Outlook* del Fondo Monetario Internacional (FMI), es de USD 6.417 en 2023. A este respecto, debe mencionarse que los valores del PIB hasta 2028 se estiman utilizando las proyecciones del FMI.

Entonces, para obtener los beneficios monetarios se utilizan los AVAD obtenidos por las intervenciones del programa multiplicados por el PIB per cápita. Posteriormente se ajustan por la contribución marginal a la cobertura efectiva que se espera de las intervenciones y por los vectores de gradualidad. Para llevar los beneficios a valores presentes se simuló cuatro escenarios de tasas de descuento (2 %, 3 %, 6 % y 9 %). El escenario base usa el 3 % como tasa de descuento.

De esta manera, considerando el escenario más realista; es decir, con una contribución marginal a la cobertura efectiva media, un vector de gradualidad regular, y una tasa de descuento del 3 %; los beneficios esperados de la implementación de este componente generarían un beneficio para el periodo 2024-2044 de US 34.8 millones.

Beneficios que se obtendrán por fortalecer la Atención Primaria en Salud

Al igual que para el componente anterior, para medir los beneficios de fortalecer la APS, se usarán los AVAD. Para este componente se tiene en cuenta la población afiliada al SGSSS de los departamentos priorizados²⁰ para los cuales, según la BDUA, asciende a 38,8 millones de personas, para este componente del análisis definió tres escenarios de contribución marginal, uno bajo del 3 %, uno medio del 5 % y uno alto del 7 %. De forma similar a lo enunciado para el componente anterior, para obtener los beneficios monetarios se utilizan los AVAD obtenidos por las intervenciones del programa multiplicados por el PIB per cápita. Posteriormente se ajustan por la contribución marginal a la cobertura efectiva que se espera de las intervenciones y por los vectores de gradualidad. Para llevar los beneficios a valores presentes se simuló cuatro escenarios de tasas de descuento (2 %, 3 %, 6 % y 9 %). El escenario base usa el 3 % como tasa de descuento.

Con base en lo anterior, considerando el escenario más realista; es decir, con una contribución marginal a la cobertura efectiva media, un vector de gradualidad regular, y una tasa de descuento del 3 %; los beneficios esperados de la implementación de este componente generarían un beneficio para el periodo 2024-2044 de USD 1.235,7 millones.

Beneficios que se obtendrán por desarrollar el sistema único de información en relación con la interoperabilidad de la historia clínica electrónica

Para establecer los beneficios de este componente adicional al cálculo de los AVAD que se obtendrán por las mejoras en la oportunidad y calidad de la atención como resultado de la implementación de la IHCE, se tienen en cuenta la disminución de costos de la atención. Para este componente se tiene en cuenta la población afiliada al SGSSS excluyendo las de

²⁰ Los departamentos priorizados son: (i) Bogotá, D.C; (ii) Antioquia; (iii) Norte de Santander; (iv) Atlántico; (v) Valle del Cauca; (vi) La Guajira; (vii) Cundinamarca; (viii) Santander; (ix) Bolívar; (x) Magdalena; (xi) Arauca; (xii) Cesar; (xiii) Meta; (xiv) Boyacá; (xv) Risaralda; y (xvi) Vichada. La priorización territorial se realizó a partir de la densidad poblacional de población migrante y ruralidad territorial en los departamentos.

los componentes anteriores, cifra que equivale a 10,3 millones de personas. El análisis define para este componente un escenario de contribución bajo del 3 %, uno medio del 5 % y uno alto del 7 %.

Así las cosas, al igual que para los anteriores componentes, para obtener los beneficios monetarios se utilizan los AVAD obtenidos por las intervenciones del programa multiplicados por el PIB per cápita. Posteriormente, se ajustan por la contribución marginal a la cobertura efectiva que se espera de las intervenciones y por los vectores de gradualidad. Para llevar los beneficios a valores presentes se simuló cuatro escenarios de tasas de descuento (2 %, 3 %, 6 % y 9 %). El escenario base usa el 3 % como tasa de descuento.

En este componente se adiciona el beneficio que genera la implementación de la IHCE. Según estudios, su implementación puede contribuir a reducir los costos de hospitalizaciones de las áreas de urgencias que resultan innecesarias hasta en un 30 % (Vest JR et al., 2014). De acuerdo con información del año 2021 suministrada por el Ministerio de Salud y Protección Social, los territorios priorizados tuvieron un total de 1.329.003 hospitalizaciones con un costo promedio de USD 16,6 por cada una; de modo que, asumiendo una reducción del 30 % en hospitalizaciones por la implementación de la IHCE, se obtienen beneficios de USD 142 millones (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021). Para los cálculos de este proyecto se tuvo en cuenta la gradualidad con la que se espera implementar la IHCE por grupos de entidades territoriales priorizadas en cada año del proyecto.

Con base en lo anterior, y considerando el escenario con una contribución marginal a la cobertura efectiva media, un vector de gradualidad regular, y una tasa de descuento del 3 %; los beneficios esperados de la implementación de este componente generarían un beneficio total para el periodo 2024-2044 de USD 374,6 millones.

Beneficios que se obtendrán por mejorar el acceso efectivo a los servicios de salud de la población vulnerable

Los beneficios agregados resultantes de la implementación de este componente son estimados por el valor monetario de la reducción en la carga de enfermedad de la población. Para llevar a cabo la estimación fue necesario establecer la efectividad de las actividades y metas propuestas en la reducción de la carga de enfermedad, medidas en AVAD. Para establecer los parámetros de efectividad de las intervenciones se tuvieron en cuenta los resultados de experiencias previas en intervenciones similares recogidas en la literatura sobre el tema.

De ese modo, para estimar el total de AVAD evitados por las intervenciones, los parámetros de efectividad fueron aplicados a tres escenarios de base para establecer los AVAD para los casos de desnutrición aguda infantil, mortalidad materna, cáncer de seno y VIH en migrantes, en un periodo de 20 años y en ausencia de las intervenciones de

programa. Los tres escenarios de proyección se basaron en la tendencia de los AVAD estimados en el Estudio de carga global de enfermedad del Instituto para la Evaluación y Medición de la Salud de la Universidad de Washington (University of Washington, 2019), entre 2000 y 2019.

Entonces, como se indicó previamente, los AVAD evitados se traducen en valores monetarios, estableciendo la equivalencia entre un AVAD y el valor del PIB per cápita, este último, proyectado según las perspectivas de la economía mundial del FMI. Con base en lo anterior, los beneficios acumulados para las cuatro intervenciones sumarían un total de 111.000 AVAD, los cuales equivalen a USD 3.800 millones entre 2024 y 2044.

Beneficios que se obtendrán por aumentar la resiliencia del sector frente a cambios climáticos

Los estándares de operación e infraestructura y la operación de los servicios con medidas para enfrentar los efectos del cambio climático previstas en este componente, aseguran que la integridad física y el servicio de salud no se vean afectados por la ocurrencia regular de desastres naturales en Colombia (inundaciones y deslizamientos de tierra). Según un análisis anterior del BM, 4.416 establecimientos de atención primaria de la salud y 143 hospitales están expuestos a inundaciones disruptivas, mientras que 549 establecimientos de atención primaria de la salud y 20 hospitales están expuestos a deslizamientos de tierra de alto riesgo (Banco Mundial [BM], 2023). Al analizar las tendencias históricas de los daños a la infraestructura por desastres naturales en Colombia, se estima que en promedio se afectan USD 22,8 millones en infraestructura de salud cada año. En un escenario de línea base de 80 por ciento de efectividad de las medidas se producirían ahorros de hasta USD 272 millones entre 2024 y 2044.

3.2.2. Análisis de sensibilidad

Con el fin de considerar diferentes escenarios para los resultados presentados, se realizó un análisis de sensibilidad aplicado a las variables consideradas para el cálculo de los beneficios, es decir sobre la tasa de descuento, la efectividad de las intervenciones en la reducción de la carga de enfermedad medida en AVAD y en la reducción de costos de atención o de los costos evitados por daños en la infraestructura hospitalaria, adicionalmente, se incorporó la aplicación de vectores de gradualidad que modelan el tiempo necesario para observar los beneficios de las intervenciones. Con base en lo anterior se modelaron tres escenarios: pesimista, base y optimista.

En el escenario pesimista, con una tasa de descuento del 9 %, una efectividad de cobertura de las intervenciones sobre los AVAD pesimista del 4 % promedio y una gradualidad lenta para observar los beneficios de las intervenciones se obtienen beneficios de USD 3.374 millones.

En el escenario base, con una tasa de descuento del 3 %, una efectividad de cobertura de las medidas del 6 % promedio y una gradualidad media para observar los beneficios de las intervenciones se obtienen beneficios por USD 5.718 millones.

En un escenario optimista, con una tasa de descuento del 2 %, una efectividad de cobertura de las medidas del 8 % promedio y una gradualidad rápida para observar los beneficios de las intervenciones se obtienen beneficios por USD 7.748 millones.

Con base en lo anterior, aún en el escenario pesimista, el programa arroja beneficios, lo anterior explica el impacto que pueden generar los cambios normativos y regulatorios, asociados a los indicadores de desembolso propuestos.

3.3. Espacio fiscal

El endeudamiento se enmarca en el cupo aprobado por el Congreso de la República para el Ministerio de Salud y Protección Social, 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. Así, está previsto que estas operaciones de crédito público externo financien parcialmente apropiaciones presupuestales de las que dispone el Ministerio de Salud y Protección Social, las cuales se encuentran alineadas con lo dispuesto en el Anteproyecto de Presupuesto General de la Nación (PGN) 2024 mediante el cual, para el Ministerio de Salud y Protección Social, el techo total asignado para la vigencia 2024 es de 51,7 billones de pesos (Ministerio de Hacienda y Crédito Público, 2024).

Dada la naturaleza del instrumento PBR bajo el cual se llevarán a cabo los créditos, es necesario tener en cuenta que los recursos que se obtengan a través de desembolsos de los empréstitos estarán enmarcados en el reconocimiento al previo cumplimiento de metas definidas en el programa a desarrollar con la Banca Multilateral. En este sentido, una vez el organismo ejecutor recibe los recursos de crédito, estos se ejecutarán bajo los mismos mecanismos, canales y estándares que se utilizan actualmente para la ejecución del rubro presupuestal toda vez que el objetivo del instrumento ofrecido por la banca no es el de la financiación de actividades puntuales de un programa específico, si no, como se mencionó, el reconocimiento a resultados dentro de un programa de gobierno determinado.

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 público externo equivaldrían a aproximadamente al 6,2 %²¹ del rubro A-03-03-04-052, denominado *Aseguramiento reclamaciones y servicios integrales en salud, Ley 100 de 1993 y Decreto 780 de 2016*, 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

²¹ De acuerdo con la apropiación prevista para este rubro en el Decreto 2590 de 2022.

que recibirá del PGN, y que el monto proveniente del empréstito externo no supera el techo máximo asignado a la unidad ejecutora.

3.4. Evaluación de las alternativas de financiación y justificación de la fuente seleccionada

Como se refleja en la Tabla 1, la Banca Multilateral cuenta con experiencia en el apoyo al desarrollo de políticas para el sector salud, especialmente a través de asistencia técnica en el país en temas de apoyo a la definición de medidas para mejorar la sostenibilidad de los sistemas de salud, y desde un enfoque inclusivo. A esto se suma el acompañamiento que esta fuente de financiación seleccionada ha desarrollado en el proceso de diseño y estructuración del programa y en el esquema de seguimiento propuesto.

Tabla 1. Experiencia de la Banca Multilateral en el Sector Salud

Beneficiario	Programa	Año de firma	Objetivo o resultado
Ministerio de Salud y Protección Social	<i>Apoyar al Ministerio de Salud y Protección Social en la transformación digital del sistema de salud</i>	2022	Apoyó la transformación digital del sistema de salud, fortaleciendo el conocimiento sobre la implementación de herramientas digitales de salud
Ministerio de Hacienda y Crédito Público, y Departamento Nacional de Planeación (DNP)	<i>Programa de apoyo a reformas para la inclusión social y económica de la población migrante venezolana en Colombia</i>	2021	El objetivo general del programa es contribuir a la efectiva integración socioeconómica de los migrantes venezolanos.
Ministerio de Salud y Protección Social	<i>Programa Para Mejorar La Sostenibilidad Del Sistema De Salud En Colombia Con Enfoque Inclusivo</i>	2021	Contribuyó en mejorar la sostenibilidad del SGSSS con el fin de preservar los logros obtenidos en materia de cobertura, equidad y protección financiera, así como mejorar la salud de la población.
Ministerio de Hacienda y Crédito Público, y DNP	<i>Programa de Fortalecimiento de las Políticas para la Inclusión Social, Productiva y Laboral de Personas con Discapacidad</i>	2020	Apoyó la reducción las barreras físicas, actitudinales, económicas, normativas y del entorno que impiden la interacción de personas con deficiencias físicas y/o intelectuales evitando su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones.

Fuente: DNP (2023).

Por otra parte, la Tabla 2 muestra que, sobre el enfoque de mejoramiento al acceso efectivo de servicios en salud, la fuente seleccionada también cuenta con experiencia en la región, en países como Argentina, Brasil y Guyana, en los que ha apoyado iniciativas similares a la del proyecto en Colombia.

Tabla 2. Programas financiados por la Banca Multilateral para el sector salud en Latinoamérica

Beneficiario	Programa	Año	Objetivo o resultado
Argentina	<i>Primera Operación Individual del Programa para la Integración del Sistema de Salud argentino</i>	2023	El objetivo es incrementar el acceso efectivo a servicios de diagnóstico y atención por parte de la PCPE en las líneas de cuidado priorizadas
Brasil	<i>Programa de Fortalecimiento de las Redes de Inclusión Social y Atención a la Salud - ROREDES Sergipe</i>	2022	Entre los objetivos están: (i) ampliar el acceso y la calidad de los servicios de salud del Estado de Sergipe (ESE); y (ii) modernizar los procesos de gestión y asistenciales, a través de una transformación digital
Guyana	<i>Fortalecimiento de la red de atención de la salud en Guyana</i>	2022	El objetivo es mejorar la salud de la población guyanesa a través de un mayor acceso, calidad y eficiencia de los servicios de salud.

Fuente: BID (2023).

Adicionalmente, las condiciones financieras que ofrece la Banca Multilateral a la Nación resultan ser favorables y competitivas para el financiamiento del Presupuesto General de la Nación (PGN) y representan un costo inferior al que accede el Gobierno nacional en los mercados de capitales internacionales.

Por los motivos expuestos, el Gobierno nacional ha determinado que la alternativa más conveniente para el desarrollo del *Programa para mejorar el acceso efectivo a los servicios de salud de la población en Colombia*, corresponde a la financiación a través de crédito público externo con la Banca Multilateral al ser esta un socio estratégico para el país.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

Con el fin de garantizar la financiación de la mayor demanda de servicios asociada a la migración y de cerrar las brechas en el acceso a los servicios de salud por parte de la población vulnerable, especialmente en territorios apartados, se propone contratar unas operaciones de crédito del tipo PBR, con la Banca Multilateral. En este tipo de operaciones se acuerda la realización de intervenciones y la medición de los logros alcanzados por parte de la entidad ejecutora, que en este caso es el Ministerio de Salud y Protección Social; de

modo que, con base en los resultados alcanzados, la Banca Multilateral realiza los desembolsos de los créditos.

Los recursos del crédito otorgados financiarán el aseguramiento en salud de la población, el cual está contemplado dentro de los gastos de funcionamiento del presupuesto del Ministerio de Salud y Protección Social, por consiguiente, estos recursos no serán incorporados como un proyecto de inversión adicional en el presupuesto. Los mencionados recursos ingresarán haciendo parte del presupuesto de funcionamiento ya aprobado para el sector, y harán unidad de caja con los demás recursos de la seguridad social administrados por la Adres.

Este tipo de programas basados en resultados es apropiado por cuanto apoya la implementación de estrategias prioritarias para desarrollo del sector, permite realizar acompañamiento y asistencia técnica por parte de los organismos multilaterales, y apalancar la ejecución de los proyectos mediante la movilización de recursos adicionales no reembolsables con las mismas entidades multilaterales o mediante la consecución de socios nacionales e internacionales.

Los resultados asociados a la mejora en el acceso efectivo a los servicios de salud que comprometen el desembolso de los recursos de los créditos están agrupados en cinco (5) componentes, los cuales están integrados por conjuntos de actividades que se desarrollarán en procura de resolver la problemática planteada. Adicional a las actividades que tienen asociados indicadores de cumplimiento para el desembolso de los recursos, existen indicadores de impacto para las acciones que son complementarias en el logro del objetivo general, que serán objeto de seguimiento por parte de las entidades multilaterales. Aunque las actividades planteadas no se ejecutan con los recursos del crédito, el cumplimiento de las mismas es requisito para la realización de los desembolsos.

4.1. Objetivo general

Mejorar el acceso efectivo a los servicios de salud de la población vulnerable, mediante el fortalecimiento de la atención primaria en salud, para garantizar las acciones de promoción y prevención, la continuidad y disponibilidad del servicio en territorios priorizados.

4.2. Objetivos específicos

OE1. Incrementar el aseguramiento efectivo de la población migrante y de acogida para garantizar el acceso a los servicios de salud.

OE2. Fortalecer la implementación del modelo de atención primaria para incrementar los servicios de calidad y esquemas de Prevención y Promoción.

OE3. Desarrollar el Sistema único de información en salud en lo relacionado con la IHCE, para garantizar la continuidad y el acceso a los servicios de salud.

OE4. Aumentar el acceso efectivo a servicios de salud particularmente para mujeres, menores de 5 años y migrantes, para atender la inequidad en el acceso a los servicios.

OE5. Aumentar la resiliencia del sistema de salud frente a las amenazas del cambio climático para garantizar la continuidad de los servicios de salud frente a eventos adversos relacionados con el clima.

4.3. Componentes

4.3.1. Componente 1. Incremento del aseguramiento efectivo de la población migrante y de acogida

Este componente busca mejorar los resultados en cobertura del aseguramiento efectivo, y, con ello, el acceso a los servicios del PBS de la población migrante. Para lograr esta meta, se pretende: (i) incrementar el porcentaje de población migrante venezolana afiliada al SGSSS con aseguramiento efectivo; (ii) desarrollar jornadas de atención comunitarias para fortalecer los esquemas de prevención y promoción a la salud de forma extramural; y (iii) desplegar mesas territoriales en salud para la evaluación de la implementación de los *Planes de respuesta a la población migrante*. El indicador de desembolso asociado corresponde al incremento en el porcentaje de población migrante venezolana efectivamente asegurada por el SGSSS.

4.3.2. Componente 2. Fortalecimiento del modelo de atención primaria para incrementar los servicios de calidad y esquemas de prevención y promoción

El objetivo de este componente consiste en incrementar las atenciones primarias y de PyP, mediante el fortalecimiento de los servicios de primer nivel de atención en salud, a través de los cuales se desarrollan actividades de detección temprana de ECNT, como el tamizaje oportuno de cáncer o las acciones de promoción tendientes a disminuir la razón de mortalidad materna. Para lograr lo anterior, se pretende: (i) fortalecer la infraestructura del primer nivel de atención; (ii) conformar Equipos Básicos de Salud en territorios priorizados para el despliegue de actividades de PyP y caracterización epidemiológica, social y ambiental de hogares; y (iii) incrementar el número de atenciones primarias y trazadoras en salud efectivas en territorios priorizados. El indicador de desembolso asociado es el número de atenciones primarias trazadoras realizadas en cada año.

4.3.3. Componente 3. Desarrollo del Sistema único de información en salud en lo relacionado con la interoperabilidad de la historia clínica electrónica.

Mediante la implementación del mecanismo de la IHCE se apoyará el desarrollo del *Sistema único de información en salud* para garantizar la calidad, producción y uso eficiente de la información clínica, para lo cual se ofrecerá acompañamiento y apoyo financiero en la implementación de: (i) la IHCE en IPS públicas de los territorios priorizados; (ii) asistencias técnicas para el desarrollo de capacidades de las entidades territoriales en el uso de la IHCE; (iii) actualizaciones de guías de estándares de interoperabilidad; (iv) medición de estado de madurez de las tecnologías de la información en salud; y (v) intercambio de componentes del resumen digital de atención. El indicador asociado al desembolso de este componente corresponde al número de anual de entidades territoriales con el mecanismo de IHCE en operación.

4.3.4. Componente 4. Mejorar el acceso efectivo a los servicios de salud de las mujeres, los menores de 5 años y los migrantes afiliados al régimen subsidiado

El objetivo de este componente es mejorar el acceso efectivo a los servicios de salud de la población vulnerable, definida como la población cubierta por el régimen subsidiado del SGSSS, que comprende mujeres, menores de 5 años y migrantes. A través de este componente se apoyará al Ministerio de Salud y Protección Social en: (i) la implementación de un sistema unificado e integrado para el tratamiento, monitoreo y seguimiento a niños con desnutrición aguda, complementado con detección avanzada de desnutrición aguda en los departamentos priorizados; (ii) la implementación de una estrategia integrada de reducción de la mortalidad materna en los departamentos priorizados, que incluye el modelo de atención integrado con uso avanzado de telemedicina para reducir la letalidad en los casos de morbilidad extrema en mujeres embarazadas; (iii) la implementación de una red de atención integrada para focalizar mejor a las mujeres en riesgo de desarrollar cáncer de seno, para alcanzar niveles más altos de tamizaje y mejorar la detección temprana de la enfermedad y la oportunidad en el inicio del tratamiento; (iv) la implementación de estrategias integrales para mejorar el tamizaje y el acceso efectivo a tratamientos antirretrovirales y la atención integral de los migrantes regulares con VIH afiliados al sistema de salud; (v) mujeres víctimas de violencia sexual que reciben servicios de salud mental; y (vi) equipos básicos de salud.

Para este componente existen cuatro indicadores vinculados a los desembolsos del crédito, a saber: (i) incremento en el porcentaje de niños identificados con desnutrición aguda recibiendo tratamiento²² en los departamentos priorizados; (ii) Número de departamentos priorizados con implementación de redes integradas de atención para reducir la mortalidad

²² Tratamiento en términos de la Resolución 2350 del 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social, significa que la IPS ha prescrito una fórmula terapéutica en forma inmediata y lista para el consumo del menor de 5 años con desnutrición aguda.

materna²³ que incluya la implementación de una red integrada de salud materna; (iii) *Proporción de mujeres detectadas con estadificación temprana al momento del diagnóstico desde in situ hasta IIA*; y (iv) número de personas migrantes regulares que viven con VIH que reciben tratamiento integral.

4.3.5. Componente 5. Aumentar la resiliencia del sistema de salud a cambios climáticos y amenazas a la salud pública

Este componente tiene como objetivo aumentar la resiliencia del sistema de salud para adaptarse a los efectos de la variabilidad y el cambio climático y estar mejor preparado para responder a futuras amenazas a la salud pública. Mediante la ejecución de este componente se apoyará al Ministerio en la: (i) implementación de un nuevo conjunto de normas de certificación para adaptar la prestación de servicios de salud a los efectos que se prevén por el cambio climático y el desarrollo de un plan para apoyar la transición del sector salud a bajas emisiones de carbono; (ii) desarrollo de un plan integral para la gestión del cambio climático del sector salud; e (iii) implementación de nuevos requerimientos para fortalecer las capacidades de vigilancia en salud pública a nivel subnacional a través del desarrollo e implementación de estrategias integradas de comunicación sobre riesgos en salud pública incorporando el enfoque de *Una sola salud*²⁴ y las consideraciones de cambio climático; y (iv) Elaboración y adopción de un Plan de Adaptación al Cambio Climático desde la salud ambiental.

Para este componente existen dos indicadores vinculados a desembolsos: (i) publicación de nuevos estándares de infraestructura para los prestadores de servicios de salud, incluidos estándares de eficiencia energética y medidas de adaptación y mitigación al cambio climático; y (ii) Desarrollo de un Plan Integral para la gestión de Manejo del Cambio Climático para el Sector Salud.

4.4. Capacidad institucional y mecanismo de ejecución

El organismo ejecutor del *Programa para Mejorar el Acceso Efectivo a los Servicios de Salud de la Población en Colombia* será el Ministerio de Salud y Protección Social, y la coordinación técnica y administrativa del programa estará a cargo del despacho del ministro de Salud y Protección Social a través del equipo técnico que se designe para llevar a cabo las actividades de control, monitoreo y reporte de avances que se requieran, así como

²³ El Ministerio de Salud y Protección Social, mediante la circular 047 de 2022 definió estrategias para mejorar el acceso a los servicios de salud de las gestantes y recién nacidos y priorizó las entidades territoriales para la aplicación de las intervenciones.

²⁴ Una sola salud es un enfoque unificador integrado que procura equilibrar y optimizar de manera sostenible la salud de las personas, los animales y los ecosistemas OMS.

aspectos fiduciarios y administrativos aplicables al instrumento y que sean requerimiento tanto de la Banca Multilateral como del Ministerio de Hacienda y Crédito Público y DNP.

Dado que el objeto del instrumento denominado Pago por Resultados es el reconocimiento a resultados alcanzado en un programa y no a la financiación puntual de actividades encaminadas al cumplimiento de dichos resultados, la ejecución de los recursos que se desembolsen al rubro A-03-03-04-052, denominado *Aseguramiento, reclamaciones y servicios integrales en salud, Ley 100 de 1993 y Decreto 780 de 2016*, se realizará bajo norma local y manteniendo los parámetros que la Nación tiene para su ejecución. En este sentido, los recursos serán ejecutados por la Adres, entidad adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, responsable de garantizar el flujo y control de los recursos de la seguridad social, particularmente, encargada de administrar los recursos que financien el aseguramiento en salud. Estos recursos provenientes de los créditos harán unidad de caja con los demás recursos que administra la Adres²⁵.

Si bien la ejecución de los recursos que se desembolsen se hará a través de la Adres, será el Ministerio de Salud y Protección Social la entidad responsable por el seguimiento, reporte y monitoreo en el marco de la operación de crédito. La obtención de los resultados esperados atados a desembolso será responsabilidad del organismo ejecutor, el cual dada su misionalidad es la entidad idónea para liderar el sistema de seguridad social en salud, y la articulación entre los actores de salud en aras tanto de mejorar la calidad y accesibilidad a los servicios de salud como en la sostenibilidad del sistema.

Vale la pena resaltar que el Ministerio de Salud y Protección Social, ha sido pionero en desarrollar programas bajo el instrumento de Pago por Resultados, al ser la primera entidad en el país en contar con una experiencia previa como lo es la ejecución del *Programa para Mejorar la Sostenibilidad del Sistema de Salud en Colombia con enfoque inclusivo* por un total de USD 300 millones cofinanciado entre el BIRF y el BID firmados en 2020 y 2021 respectivamente. Adicionalmente, a través del instrumento de crédito externo, el organismo ejecutor contará con la asistencia técnica permanente por parte de la Banca Multilateral, la cual a través de expertos y experiencias similares en la región contribuirán con el desarrollo del programa y darán acompañamiento permanente al Ministerio de Salud y Protección Social durante la ejecución del programa, buscando optimización de los procesos y el reconocimiento de experiencias exitosas a nivel internacional que permiten mejorar las prácticas e incidir en la salud pública de nuestro país.

En cuanto al cumplimiento de los resultados atados a desembolso, este deberá contar con la validación de un tercero previo a la solicitud de desembolso; en este sentido, la verificación externa e independiente de las metas establecidas en los indicadores la realizará

²⁵ La Adres fue creada por la Ley 1753 de 2015, sus funciones y la forma como debe administrar los recursos están establecidos en el artículo 66 de la precitada Ley.

el DNP, entidad que cuenta con la capacidad técnica y el mandato para realizar las validaciones. Asimismo, 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.

Dicha verificación estará enmarcada en protocolos específicos que se deberán detallar en el manual operativo del programa (MOP) del programa el cual deberá estar listo como condición previa para la declaración de efectividad de la operación. Los objetivos de la verificación de resultados comprenden: (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.

4.5. Costos del programa

Teniendo en cuenta las características propias del instrumento de Pago por Resultado bajo en cual se contratarán los créditos externos con la Banca Multilateral, el monto total de apropiaciones que se pretende financiar con recursos de crédito asciende a USD 450 millones, los cuales serán desembolsados de acuerdo con el cronograma acordado entre la banca multilateral y el Ministerio de Salud y Protección Social, con base en el cumplimiento de los indicadores de desembolso previstos para cada uno de los componentes previamente descritos, como se detalla en el Anexo A.

4.6. Programación de desembolsos

Las operaciones de crédito del tipo PBR, como los que se pretenden contratar, estiman la programación de los desembolsos de conformidad con el cronograma de cumplimiento de metas establecidas para cada una de las intervenciones previstas en el programa. Por lo anterior, el monto anual de recursos a desembolsar es el resultado de la proyección del cumplimiento de actividades a ejecutar bajo la responsabilidad y liderazgo del Ministerio de Salud y Protección Social y corresponde proporcionalmente al grado de avance de estas.

Como puede observarse en la Tabla 3, el plazo máximo previsto para el desembolso total de los USD 450 millones es de tres años, contados a partir del año 2024. Sin embargo, al final, como se detalla en al Anexo A, el monto total desembolsado corresponderá al porcentaje de cumplimiento medido a través de los indicadores vinculados a los desembolsos de los créditos contratados con la Banca Multilateral.

Tabla 3. Programación estimada de desembolsos

Fuente	2024	2025	2026	Total
Banca Multilateral (USD)	133.000.000	198.000.000	119.000.000	450.000.000
Porcentaje por año	29,6	44	26,4	100

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (2023).

4.7. Seguimiento y evaluación

A continuación, se presentan los indicadores a nivel de componente del programa que la Banca Multilateral tendrá en cuenta para hacer el desembolso de las operaciones de crédito.

4.7.1. Indicadores del programa

A continuación, se presentan los indicadores vinculados a desembolso a nivel de componente, junto con la descripción de la estrategia definida para hacer el seguimiento y evaluación de la implementación del programa, conforme a la naturaleza del crédito de pago por resultado.

Indicadores de desembolso del componente 1

Población migrante venezolana del régimen subsidiado con aseguramiento efectivo al SGSSS. Mediante el incremento del porcentaje de afiliación de la población migrante al SGSSS se espera que este grupo población tenga acceso efectivo a la prestación de servicios de salud a través de la obligación legal que tienen las EPS de garantizar el PBS a los afiliados que las elijan. Para lograr la meta se pretende incrementar el porcentaje de migrantes con PPT afiliados al régimen subsidiado, validando el reconocimiento de las UPC por cada afiliado. La información para realizar el seguimiento a la evolución del indicador será suministrada por el Ministerio de Salud y Protección Social a los bancos y por tratarse de un indicador de desembolso, el DNP realizará la validación externa del cumplimiento.

Indicadores de desembolso del componente 2

Atenciones primarias y trazadoras en salud efectivas prestadas en entidades territoriales priorizadas. Mediante la verificación del reporte anual de la base de prestación de servicios se espera, que la implementación del modelo de APS genere el incremento en el uso de los servicios de promoción y prevención, especialmente en lo relacionado con detección temprana de ECNT, como el tamizaje oportuno del cáncer y las acciones tendientes a disminuir la mortalidad materna. El indicador mide el porcentaje de incremento en las actividades codificadas como trazadoras en los departamentos priorizados como principales receptores de población migrante.

Indicadores de desembolso del componente 3

Entidades territoriales con el mecanismo de interoperabilidad de la IHCE implementado. Este indicador mide el número absoluto de entidades territoriales que implementen el mecanismo, para lo cual se entiende por mecanismo de interoperabilidad en operación, cuando al menos 2 IPS de una red de prestadores de servicios de salud de un departamento o distrito, estén intercambiando datos clínicos por lo menos en el último mes del proyecto.

Indicadores de desembolso del componente 4

- (i) *Número de departamentos priorizados con niños menores de 5 años identificados, notificados y que reciben tratamiento para la desnutrición aguda.* El indicador medirá el número de departamentos priorizados que lograron que al menos el 90 % de los niños menores de 5 años con desnutrición aguda²⁶ notificados a SIVIGILA estén recibiendo tratamiento, entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del mismo año, estableciendo la proporción entre los niños reportados por el *Sistema de Vigilancia en Salud Pública* y aquellos que reciben el tratamiento por parte de una IPS en cada departamento priorizado.
- (ii) *Implementación de la estrategia integrada para reducir la mortalidad materna en territorios priorizados.* Este indicador de desembolso está subdividido en tres indicadores de resultado: (i) Número de territorios priorizados que hayan implementado las redes de atención para la reducción de la mortalidad materna. Este indicador mide el número de territorios priorizados que incluyen una red integrada de salud materna (Hospital Padrino) para la articulación y fortalecimiento de capacidades de prestación de salud en su plan de acción de acuerdo con lo previsto por la Circular 047 de 2022 del Ministerio de Salud y Protección Social en los departamentos priorizados en dicha norma; (ii) IPS capacitadas en emergencias obstétricas, que mide el número de IPS seleccionadas capacitadas (las IPS priorizadas son aquellas que concentran el 80 % de los nacimientos en territorios priorizados); y (iii) Implementación de la herramienta de evaluación de la calidad ISABEL²⁷ dos veces al año en IPS seleccionadas, las IPS son aquellas que concentran el 80 % de los nacimientos en territorios priorizados.
- (iii) *Proporción de mujeres entre 50 y 69 años detectadas con estadificación temprana al momento del diagnóstico desde in situ hasta IIA.* La determinación del estadio de la

²⁶ Niños para los cuales la razón peso/talla (z-score) es inferior a dos desviaciones estándar de la media y/o con un fenotipo de desnutrición severa.

²⁷ ISABEL herramientas informáticas profesionales de razonamiento clínico para médicos, proporcionada por la empresa ISABELHEALTHCARE utilizada por el Ministerio de Salud y Protección Social para evaluar la calidad de la atención.

enfermedad, es considerado como uno de los factores más importantes en la evaluación del pronóstico y la selección del tratamiento apropiado, permitiendo elegir entre la cirugía conservadora de la mama y la mastectomía, el uso de quimioterapia preoperatoria o postoperatoria, el uso o no de radioterapia, la necesidad de disección axilar, entre otros aspectos que determinan el pronóstico. Este indicador mide el número de mujeres entre 50 y 69 años diagnosticadas con cáncer de seno con estadificación temprana al momento del diagnóstico desde in situ hasta IIA, frente al número total de mujeres entre 50 y 69 años diagnosticadas con cáncer de seno.

- (iv) *Número de personas migrantes regulares con VIH con acceso a atención integral del VIH, tal como se define en el protocolo de verificación.* Mide el número de personas migrantes regulares que viven con VIH que al momento del corte de la información reciben tratamiento antirretroviral, han tenido una medición de linfocitos CD4 y carga viral en los últimos seis meses, y han recibido por lo menos una atención por parte de médico infectólogo o médico experto en VIH (acorde con las definiciones de la guía de práctica clínica de basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/SIDA en personas adultas, gestantes y adolescentes).

Indicadores de desembolso del componente 5

- (i) *Publicación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social de un nuevo marco de estándares de infraestructura y certificación para prestadores de servicios de salud, incluidos estándares sociales y ambientales y medidas de mitigación y adaptación al cambio climático.* Mide el cumplimiento del Ministerio de Salud y Protección Social en la publicación de un acto administrativo, asociado a la implementación de infraestructura, equipamiento y recursos humanos de salud de los servicios de salud, incluyendo requisitos de adaptación y mitigación del cambio climático, adaptados a contextos culturales, geográficos y/o ambientales, que modifica la actual norma vigente (Resolución 4445 de 1996²⁸).
- (ii) Desarrollo de un Plan Integral para la gestión de Manejo del Cambio Climático para el Sector Salud. Este indicador de desembolso está subdividido en tres indicadores de resultado: (i) Publicación de un acto administrativo del Ministerio de Salud y Protección Social, que crea el comité sectorial para la gestión del cambio climático, con funciones y responsabilidades en la formulación e implementación del PIGCCS, este indicador verifica que el Ministerio publique una resolución administrativa de creación del comité; (ii) Hoja de ruta del Ministerio de Salud y Protección Social para la adopción del PIGCCS aprobada y publicada, a través este indicador se verifica que el Ministerio de Salud y Protección Social adopte y publique en su página web

²⁸ Por el cual se dictan normas para el cumplimiento del contenido del Título IV de la Ley 09 de 1979, en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares.

la Hoja de Ruta para la Adopción del PIGCCS; y (iii) Adopción del PIGCCS, a través de este indicador se verifica la expedición de un acto administrativo del Ministerio de Salud y Protección Social con la aprobación del PIGCCS.

4.7.2. Estrategia de seguimiento

El seguimiento a la ejecución del programa estará enfocado en evaluar el progreso de la operación en relación con sus objetivos, identificar los retos, las oportunidades de mejora y los obstáculos encontrados durante la implementación del programa, lo cual permitirá evaluar el logro de los objetivos con relación a la consecución de los resultados esperados. Dichos aspectos se determinarán del avance reflejado en la matriz de indicadores tanto en los vinculados a desembolso como los intermedios.

Una de las características del instrumento PBR corresponde a la exigencia por parte de la Banca Multilateral de contar con un verificador externo que valide el cumplimiento de los resultados pactados para cada uno de los indicadores atados a desembolso. Para este crédito, dicha verificación estará a cargo del DNP en cumplimiento de sus funciones, conforme a lo dispuesto en el artículo 3 del capítulo 1, del Decreto 1893 de 2021²⁹. Esta verificación se basará en un protocolo, el cual se limitará a la verificación del cumplimiento de los resultados asociados a cada uno 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 el MOP, en el que también será formalizados los mencionados indicadores y la meta asociada al cumplimiento de estos. Así mismo, el MOP determinará el procedimiento para la actualización o refinamiento de indicadores en caso de que sea necesario.

Adicionalmente, el DNP a través de la Subdirección de Crédito y Cooperación Internacional de la Subdirección General de Inversiones, Seguimiento y Evaluación y la Dirección de Desarrollo Social, realizarán el seguimiento regular a las operaciones de crédito público externo, de conformidad con lo previsto en los lineamientos que para el efecto establece el Documento CONPES 3119 *Estrategia de endeudamiento con la Banca Multilateral y Bilateral*, aprobado el 2001³⁰. Durante la ejecución del programa, adicionalmente a los informes de verificación anteriormente mencionados, la entidad ejecutora presentará a la Banca Multilateral informes semestrales y una evaluación de impacto al cierre de la operación.

A su vez, se adelantarán: (i) reuniones periódicas con la entidad ejecutora; (ii) reuniones semestrales de revisión de cartera cuando se requiera por el desempeño en la ejecución; y (iii) reuniones semestrales de supervisión con presencia de la Banca Multilateral,

²⁹ Por el cual se modifica la estructura del Departamento Nacional de Planeación.

³⁰ Disponible en: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3119.pdf>.

organismo ejecutor, DNP y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, a fin de realizar seguimiento al crédito público. En estas reuniones se revisará el avance del logro de las metas de la Matriz de Resultados incluida en el Anexo A del presente documento.

5. RECOMENDACIONES

El Departamento Nacional de Planeación (DNP), el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, y el Ministerio de Salud y Protección Social, 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 USD 450 millones, o su equivalente en otras monedas, destinados al financiamiento parcial de apropiaciones presupuestales del Ministerio de Salud y Protección Social, en reconocimiento de los resultados que se alcancen a través del *Programa para Mejorar el Acceso Efectivo a los Servicios de Salud de la Población en Colombia*, presentado en el actual documento CONPES, incluyendo su matriz de resultados (Anexo A), 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 DNP 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 DNP realizar el seguimiento a las operaciones de crédito público externo que financian el programa aquí establecido, según lo estipulado en la subsección de estrategia de seguimiento del presente documento.
4. Solicitar al Ministerio de Salud y Protección Social reportar al DNP el cumplimiento de los indicadores atados a desembolso propuestos, en las fechas determinadas.
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 público externo en el rubro presupuestal de aseguramiento del Ministerio de Salud y Protección Social.

ANEXOS

Anexo A. Matriz de resultados

A continuación, se relacionan los componentes, los IVD, las metas previstas al final del plazo de ejecución del programa (año 2026), y el monto del desembolso del crédito asociados al cumplimiento del indicador.

Componente del programa	Indicador	Meta	Monto del Desembolso Vinculado (USD)
C.1. Incremento del aseguramiento de la población migrante venezolana	I.1. Población migrante venezolana del régimen subsidiado con aseguramiento efectivo al SGSSS.	79,9 % de la Población Migrante con Permiso de Protección Temporal afiliada al Régimen Subsidiado	80.000.000
C.2. Fortalecer la Atención Primaria en Salud	I.2. Atenciones primarias y trazadoras en salud efectivas prestadas en entidades territoriales priorizadas	Aumentar el número de servicios trazadores prestados en los territorios priorizados hasta 329.397.321 de atenciones anuales	60.000.000
C.3. Desarrollo del Sistema Único de Información en Salud en lo relacionado con la IHCE.	I.3. Entidades territoriales con el mecanismo de IHCE implementado	20 entidades Territoriales con el Mecanismo de IHCE en operación.	10.000.000
C.4. Mejorar el acceso efectivo a los servicios de salud de la población vulnerable	I.4. Número de departamentos priorizados con niños menores de 5 años identificados, notificados y que reciben tratamiento para la desnutrición aguda	10 departamentos Priorizados que logren que al menos el 90% de los niños menores de 5 años con desnutrición aguda notificados a SIVIGILA estén recibiendo tratamiento, entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del mismo año.	50.000.000

Componente del programa	Indicador	Meta	Monto del Desembolso Vinculado (USD)
		19 territorios priorizados, incluidos Departamentos y Distritos con el Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna implementado.	
	I.5. Implementación de una estrategia integrada para reducir la mortalidad materna en los territorios priorizados.	130 IPS priorizadas capacitadas en emergencias obstétricas basadas en escenarios de simulación. 312 IPS con implementación dos veces al año de la herramienta de evaluación de la calidad ISABEL.	50.000.000
	I.6. Proporción de mujeres detectadas con estadificación temprana al momento del diagnóstico desde in situ hasta IIA	57% de mujeres entre los 50 y 69 años diagnosticadas con cáncer de mama con detección en estadificación temprana.	50.000.000
	I.7. Número de migrantes regulares con VIH con acceso a atención integral del VIH, tal como se define en el protocolo de verificación	7.100 migrantes con acceso a atención integral del VIH.	50.000.000
C.5. Aumentar la resiliencia del sistema de salud a cambios climáticos y amenazas a la salud pública	I.8. Publicación de un nuevo marco de estándares de infraestructura y certificación para prestadores de servicios de salud, incluidos estándares sociales y	Marco de estándares de infraestructura y certificación publicado	50.000.000

Componente del programa	Indicador	Meta	Monto del Desembolso Vinculado (USD)
	ambientales y medidas de mitigación y adaptación al cambio climático	Acto Administrativo de creación del Comité Sectorial para la Gestión del Cambio Climático publicado, con funciones y responsabilidades en la formulación e implementación del PIGCCS.	
	I.9. Desarrollo de un Plan Integral para la gestión del Cambio Climático para el Sector Salud.	Hoja de ruta del Ministerio de Salud y Protección Social para la adopción del PIGCCS aprobada y publicada. Acto Administrativo del Ministerio de Salud y Protección Social adoptando el PIGCCS y su plan de acción	50.000.000
Total			450.000.000

BIBLIOGRAFÍA

- Astorga, I. (2019, Septiembre 16). *BID Mejorando vidas*. Retrieved from Gente Saludable ¿Cuántas camas necesita mi nuevo hospital?: <https://blogs.iadb.org/salud/es/curso-preinversion-hospitalaria/#:~:text=La%20respuesta%20es%20simple%3A%20las,US%24%2071.750%20de%20equipamiento%20m%C3%A9dico>.
- Banco Interamericano de Desarrollo - Deloitte. (2018). *Perfil de País APP*.
- Banco Interamericano de Desarrollo. (2013). *Apoyo a la reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Retrieved from <https://www.iadb.org/es/whats-our-impact/CO-L1127>.
- Banco Interamericano de Desarrollo. (2013). *Programa de Apoyo a la Reforma del Sistema General de Seguridad Social*. Retrieved from <https://www.iadb.org/es/project/CO-L1127>.
- Banco Interamericano de Desarrollo. (2023). *Disruption and Rebound: Healthcare and Telemedicine in Colombia during the COVID-19 Pandemic for Chronic Care Patients*.
- Banco Interamericano de Desarrollo. (2023). *Disruption and Rebound: Healthcare and Telemedicine in Colombia during the COVID-19 Pandemic for Chronic Care Patients*.
- Banco Interamericano de Desarrollo, B. (2014). Retrieved from <https://www.iadb.org/es/project/CO-L1141>.
- Banco Interamericano de Desarrollo, B. (2023). Retrieved from <https://www.iadb.org/Document.cfm?id=EZIDB0000578-522669563-43980>.
- Banco Mundial - Organización Panamericana de la Salud; [BM-OPS]. (2020). *Evaluación del Perfil de Signos Vitales de la Atención Primaria en Salud para Colombia*. Retrieved from <https://openknowledge.worldbank.org/server/api/core/bitstreams/2040551a-46d0-5032-aaac-e0caf2bd5a0d/content>.
- Banco Mundial [BM]. (2023). *Colombia Country Climate and Development Report estimates*. Retrieved from <https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/142801468188650003/colombia-systematic-country-diagnostic>.
- Banco Mundial [BM]. (2023). *Impact of climate change in health in Colombia and recommendations for mitigation and adaptation*.
- Banco Mundial. (2017). *Camas hospitalarias (por cada 1.000 personas)*. Retrieved from <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.MED.BEDS.ZS>

- Banco Mundial, B. (2015). Retrieved from <http://documents.worldbank.org/curated/en/142801468188650003/Colombia-Systematic-country-diagnostic>.
- Bhutta et al., B. Z. (2010). Interventions to address maternal, newborn, child survival: what difference can integrated primary health care strategies make? *The Lancet* 372 (9642), 972-989.
- Castañeda-Orjuela et al. (2023). *Maternal mortality in Colombia during the COVID-19 pandemic: time series and social inequities*. Retrieved from <https://bmjopen.bmj.com/content/13/4/e064960>.
- Cavallo E., P. A. (2020). *De Estructuras a Servicios: El camino a una mejor infraestructura en América Latina y el Caribe*. BID.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2004, octubre). *Desarrollo de infraestructura y crecimiento económico: revisión conceptual*. Retrieved from <https://www.cepal.org/es/publicaciones/6441-desarrollo-infraestructura-crecimiento-economico-revision-conceptual>
- DANE. (2021). *Mortalidad Materna en Colombia en la última década y el efecto del Covid-19. 2021*.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2023). *Estadísticas vitales del DANE*.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística, D. (2022). *Estadísticas Vitales (EEVV)*. Retrieved from https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/pobreza/2022/bol-pobreza-multidimensional-2022.pdf.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. (2020, mayo 15). Boletín Técnico. Producto Interno Bruto 1 trimestre de 2020.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. (2020, mayo 29). Boletín Técnico- Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH). *Principales Indicadores del Mercado Laboral*.
- Departamento Nacional de Planeación. (2015). CONPES 3828. *Política Penitenciaria y Carcelaria en Colombia*. Bogotá D.C., Colombia.
- Departamento Nacional de Planeación. (2018). Documento Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 - Pacto por Colombia, pacto por la equidad, Bogotá D.C., Colombia.
- Departamento Nacional de Planeación. (2019). *Medición del Desempeño Municipal MDM*. Retrieved from Informe de resultados: MDM 2018:

https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Desarrollo%20Territorial/MDM/2018/Informe%20de%20resultados_MDM_2018.pdf

Economía Urbana SAS. (2020). *Evaluación de medio término del Programa de Apoyo a la Participación Privada (PAPP) en Infraestructura*.

Emis. (2020). *Colombia Transportation Sector 2019 – 2020*.

Emis. (2020). *International Monetary Fund Forecast-Unemployment Rate-EMDF-Latin America and the Caribbean-Colombia (%)*.

Foro Económico Mundial. (2019). *Índice de Competitividad de Viajes y Turismo*.

Guo Y. et al. (2018). *Quantifying excess deaths related to heatwaves under climate change scenarios: A multi-country time series modelling study*. Retrieved from <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1002629>.

Instituto Nacional de Vías. (2019). *Estado de red vial segundo trimestre de 2019*. Bogotá D.C.

Interamerican Development Bank. (2018, abril). *Infrastructure: engine for growth and economic integration of the Americas*.

Macinko et al., M. J.-C. (2011). The influence of Primary Care y Hospital Supply on Ambulatory Care-Sensitive Hospitalizations among adults in Brazil. *American Journal of Public Health*, 101 (10).

Migración Colombia. (2022). *Distribución de Venezolanos y Venezolanas en Colombia con corte a octubre de 2022*.

Ministerio de Comercio, Industria y Turismo. (2108). *Plan Sectorial de Turismo 2018 – 2022*.

Ministerio de Hacienda y Crédito Público. (2024). *Anteproyecto Presupuesto General de la Nación 2024*. Retrieved from https://www.minhacienda.gov.co/webcenter/ShowProperty?nodeId=%2FConexionContent%2FWCC_CLUSTER-214923%2F%2FidcPrimaryFile&revision=latestreleased.

Ministerio de Minas, Unidad de Planeación Minero-Energética. (2017, noviembre). *Colombia Inteligente. Esquemas de prestación del servicio que involucren Gobierno, inversionistas y comunidad. Acciones para la transformación del sector eléctrico colombiano*.

Ministerio de Salud y Protección Social . (2018). *Plan Nacional de Salud Rural*. Retrieved from <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/msps-plan-nacional-salud-rural-2018.pdf>.

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *www.minsalud.gov.co*. Retrieved from <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Cáncer: tendencia de la mortalidad cruda, desagregada por sexo, grupo etario y departamento, 2005 - 2018*. Retrieved from <https://www.sispro.gov.co/observatorios/oncancer/indicadores/Paginas/Mortalidad.aspx>.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). *Bodega de Datos SISPRO - Sistema de Información de Prestaciones de Salud (RIPS)*. Retrieved from <https://www.sispro.gov.co/central-gestion-del-conocimiento/Paginas/Construya-su-consulta-afiliaciones-en-salud.aspx>.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). *www.minsalud.gov.co*. Retrieved from <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Fortalecer-deteccion-temprana-de-cancer-de-mama-un-desafio.aspx>.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). *Boletín gasto de bolsillo en medicamentos*. Retrieved from <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/MET/boletin-gasto-bolsillo.pdf>.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). *Dos años de posicionamiento de la telemedicina en Colombia*. Retrieved from <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Dos-anos-de-posicionamiento-de-la-telemedicina-en-Colombia.aspx>.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). *Situación de Salud en Colombia Indicadores básicos de salud*.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). *Seguimiento a la situación de salud de salud de la población migrante proveniente de Venezuela para el período comprendido entre el primero de marzo de 2017 y el 31 de diciembre de 2022*.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). *www.minsalud.gov.co*. Retrieved from <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>.
- Ministerio de Salud y Protección Social, M. (2021). *Estudio de la Encuesta Nacional de Evaluación de los Servicios de las EPS, Régimen Contributivo y Régimen Subsidiado*.
- Ministerio de Salud y Protección, M. (2022, diciembre). *Cifras de afiliación en salud*. Retrieved from <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>.

- Minsait. (2020). *Libro Blanco de la Interparabilidad en Salud America Latina*. Minsait.
- MSPS, M. d. (2016). *Política de Atención Integral en Salud*.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2020). *Global Cancer Observatory*. Retrieved from <https://gco.iarc.fr/today/about#references>.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Estadísticas Sanitarias Mundiales*. Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud, O. (2015). *Health and climate change: country profile 2015: Colombia*.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2022). *Reporte Situación Covid-19 Colombia 2022*.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2023). *Panorama de la salud y cambio climático en las Américas*.
- Organización para Cooperación de Desarrollo Económico. (2015). *OECD iLibrary*. Retrieved from Revisión de las políticas agrícolas de la OCDE: Colombia 2015: <https://www.oecd.org/colombia/Colombia-Revision-OCDE-Politiclas-Agricolas-2015.pdf>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. (2019). *Health at a Glance 2019. OECD INDICATORS*.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos - Banco Mundial [OCDE-BM]. (2023). *Health at a Glance: Latin America and the Caribbean*.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos - Banco Mundial; [OCDE; BM]. (2020). *Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020*.
- Pérez, I. E. (2016, mayo). *Scielo*. Retrieved from Las teorías del crecimiento económico: notas críticas para incursionar en un debate inconcluso: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2074-47062016000100004
- Red Somos Ministerio de Salud y Protección Social y Universidad Johns Hopkins. (2022). *Encuesta bioconductual sobre VIH, la sífilis y estado de salud de los venezolanos que viven en Colombia. Informe final*. Bogotá y Baltimore.
- University of Washington. (2019). <http://www.washington.edu/>. Retrieved from <https://globalhealth.washington.edu/focus-area/health-metrics-and-evaluation>.
- Vargas J, M. G. (2009). *Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia*. Revista Facultad Nacional de Salud Pública.

Vest JR et al., V. J. (2014). Association between use of a health information exchange system and hospital admissions. *Applied Clinical Informatics*.

World Economic Forum. (2019). *The Global Competitiveness Report*. Retrieved from http://www3.weforum.org/docs/WEF_TheGlobalCompetitivenessReport2019.pdf