

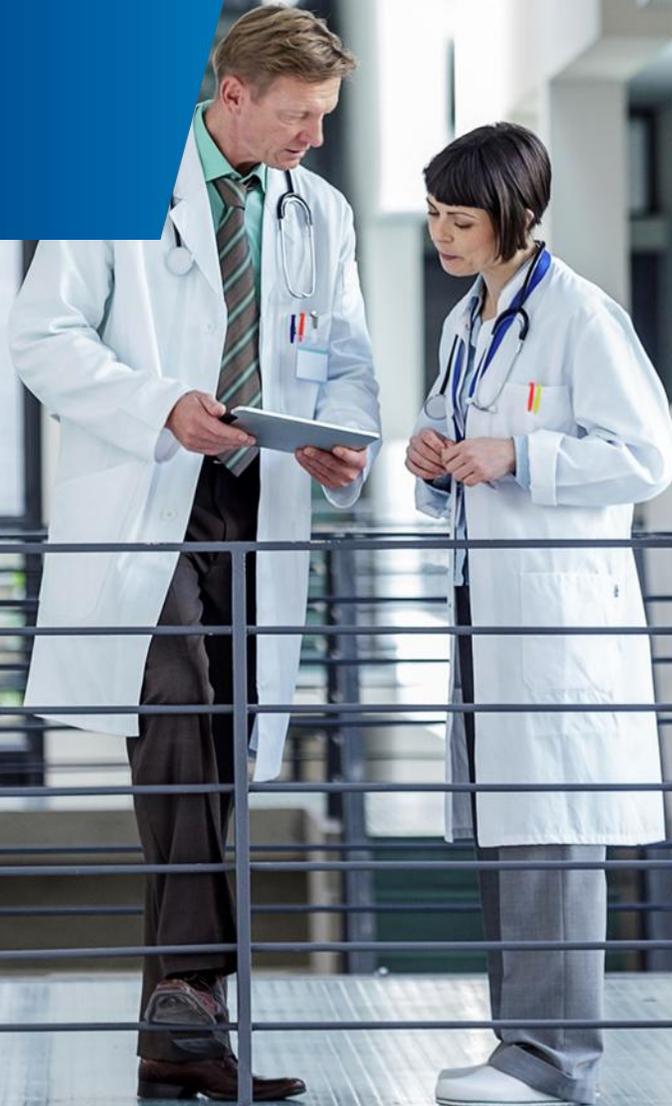


cutting through complexity™

Consultoría para realizar un análisis sobre la aplicación del instrumento de Asociaciones Público Privadas (APP) previsto en la Ley 1508 de 2012 en el sector salud en Colombia, efectuar las propuestas técnicas, normativas y/o reglamentarias que permitan su implementación, e identificar dos proyectos pilotos

RESUMEN EJECUTIVO  
2015

[kpmg.com.co](http://kpmg.com.co)





# Contenido

GLOSARIO DE TERMINOS GENERALES .....	2
1. Motivación de la consultoría .....	3
2. Análisis de las experiencias internacionales.....	4
3. Análisis de las experiencias nacionales .....	11
4. Buenas prácticas para la vinculación de la participación privada en Colombia en el sector salud .....	16
5. Aspectos técnicos, financieros, legales e institucionales.....	18
5.1. Introducción .....	18
5.2. Aspectos técnicos .....	20
5.3. Aspectos financieros .....	31
5.4. Aspectos institucionales .....	36
5.5. Aspectos legales y regulatorios que deben ser tenidos en cuenta para el desarrollo de una APP en el sector salud .....	38
6. Actividades a ser desarrolladas por parte del privado y del público bajo un APP y los modelos de APP propuestos .....	44
6.1. Actividades precontractuales.....	44
6.2. Modelos de APP propuestos .....	46
6.2.1. Modelo 1 - Infraestructura.....	47
6.2.2. Modelo 2 – Integral .....	58
7. Metodología de priorización de proyectos piloto y resultados.....	73
8. Recomendaciones.....	75

## GLOSARIO DE TERMINOS GENERALES

Este glosario tiene el objetivo de identificar las siglas a nivel general.

<b>AFP</b>	Administradores de fondo de pensiones	<b>PSC</b>	Comparador del sector público (Public Sector Comparator )
<b>APP</b>	Asociación Público Privada a la luz de la Ley 1508 de 2012 en Colombia	<b>REPS</b>	Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud
<b>APS</b>	Atención Primaria en Salud	<b>SECOP</b>	Sistema Electrónico de Contratación Pública
<b>BOMT</b>	Construir, operar, mantener y transferir	<b>SGP</b>	Sistema General de Participaciones
<b>BOT</b>	Construir, operar y transferir	<b>SGSSS</b>	Sistema General de Seguridad Social en Salud
<b>CONPES</b>	Consejo Nacional de Política Económica y Social	<b>SGR</b>	Sistema General de Regalías
<b>DBOMT</b>	Diseñar, Construir, operar, mantener y transferir	<b>SIHO</b>	Sistema de Información Hospitalaria
<b>DBOT</b>	Diseñar, Construir, operar y transferir	<b>SISBEN</b>	Sistema de Información de potenciales beneficiarios de programas sociales
<b>DNP</b>	Departamento Nacional de Planeación	<b>SISPRO</b>	Sistema Integral de Información de la Protección Social
<b>EAPB</b>	Entidades Administradoras de Planes de Beneficios	<b>SOAT</b>	Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito
<b>ECAT</b>	Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito	<b>SOGC</b>	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad Vehículos de Propósito Específico (por sus siglas en inglés)
<b>EPS</b>	Empresas Prestadoras de Salud	<b>SPV</b>	Términos de referencia
<b>ESE</b>	Empresa Social del Estado	<b>TDR</b>	Tecnologías de la información y la comunicación
<b>EPC</b>	Contrato de ingeniería, compras y construcción (Engineering, Procurement, Construction)	<b>TIC</b>	Tasa Interna de Retorno
<b>FOSYGA</b>	Fondo de Solidaridad y Garantía	<b>TIR</b>	Unidad de Cuidados Intensivos
<b>IPS</b>	Instituciones Prestadoras de Servicios	<b>UCI</b>	Unidad de Recepción de Pacientes
<b>IVA</b>	Impuesto al Valor Agregado	<b>UREP</b>	Unión Temporal
<b>MSPS</b>	Ministerio de Salud y Protección Social	<b>UT</b>	Valor por dinero (Value For Money)
<b>NBI</b>	Necesidades Básicas Insatisfechas	<b>VFM</b>	Valor Presente Neto
<b>OCAD</b>	Órganos Colegiados de Administración y Decisión de regalías	<b>VPN</b>	
<b>OMT</b>	Operar, mantener y transferir		
<b>PCAP</b>	Pliegos de condiciones administrativas particulares		

## 1. Motivación de la consultoría

En Colombia se han identificado avances en materia del sistema de salud, particularmente con la entrada de la Ley 100 de 1993, gracias a la cual se conforma el Sistema General de Seguridad Social, con el que se incentiva la participación activa tanto del sector público como del privado. No obstante, a pesar de dichos avances, continúan existiendo imperfecciones y oportunidades de mejora.

Estas medidas correctivas del Estado buscan *“cerrar brechas en la oferta y disponibilidad de servicios con mejores condiciones (óptimas / factibles) de calidad en la infraestructura, dotación y operación de los servicios, donde el privado por sí mismo no lo hace, considerando: i) la complementación de la oferta de la infraestructura y los servicios de salud en aras de la eficiencia social para mejorar el acceso a los servicios de salud cuando la rentabilidad económica no genere incentivos para la participación del sector privado; ii) la introducción de mecanismos a través de los cuales se compensan las inequidades verificables; y iii) la articulación de incentivos de mercado capaces de innovar y modernizar infraestructura, equipamiento y/o tecnología de gestión, en armonía con los estándares de calidad y metas sanitarias<sup>1</sup>”*.

No obstante, el sector público tiene limitaciones para fortalecer su oferta de servicios y de capacidad instalada, ya que existen ineficiencias de gestión, baja competitividad o capacidad institucional, entre algunos elementos. Colombia cuenta con deficiencias en la capacidad de la oferta de servicios con respecto a la demanda de los mismos. En Colombia, el indicador de la razón de camas por cada 1.000 habitantes muestra que se ubica en 1.5, muy por debajo de otros países como España, que cuenta con 3.6 camas por cada mil habitantes. Adicionalmente, las Empresas Sociales del Estado (“ESE”) muchas veces carecen de los recursos para realizar inversiones de modernización de las instalaciones y los servicios.

Por ello, como una de las posibles soluciones se identificó la realización de proyectos en el sector salud bajo un esquema de Asociaciones Público Privadas (“APP”) en virtud de la expedición de la Ley 1508 de 2012, buscando incorporar recursos y experticia del sector privado en el sector salud colombiano. Sin embargo, dadas las características y complejidades del sector salud en Colombia, resultó necesario realizar un análisis donde fuera posible identificar las condiciones requeridas para implementar APP en este sector, así como los aspectos institucionales, técnicos, financieros y legales que deberían ser tenidos en cuenta y la determinación de posibles proyectos pilotos a ser desarrollados.

Enmarcado en la situación descrita anteriormente, el objetivo de la presente consultoría consistió en realizar un análisis sobre la aplicación del instrumento de Asociaciones Público Privadas (APP) en el sector salud en Colombia conforme a la Ley 1508 de 2012, efectuando propuestas técnicas, normativas y/o reglamentarias que permitan su implementación, así como identificar posibles proyectos pilotos a ser desarrollado empleando este instrumento.

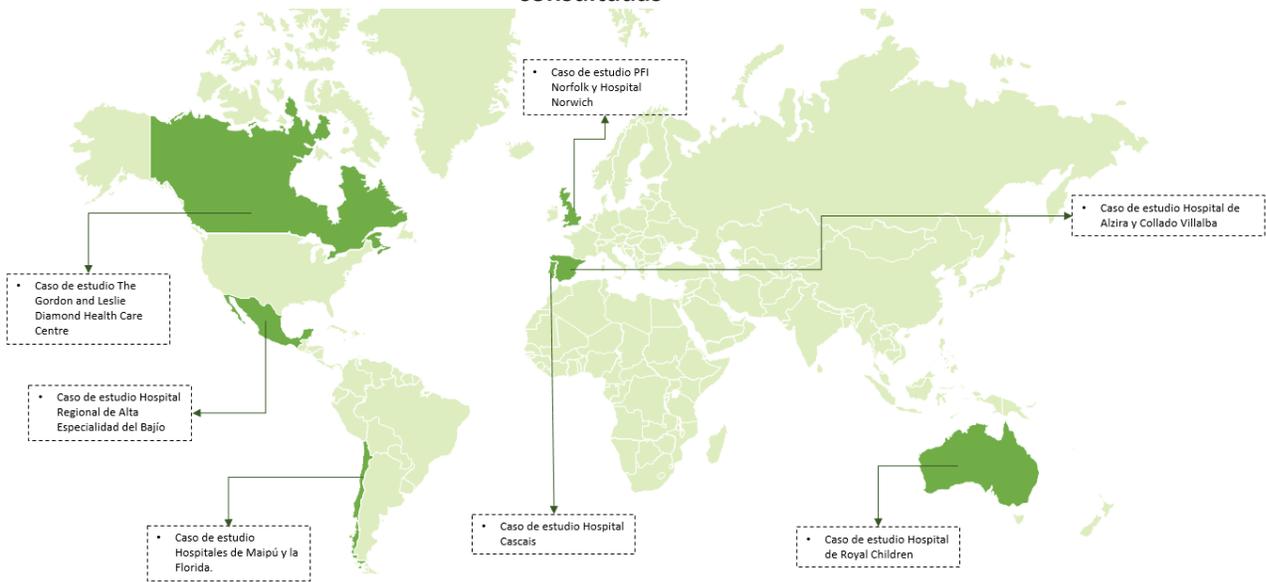
---

<sup>1</sup> Tomado de Términos y Condiciones – SEP 011 -14.

## 2. Análisis de las experiencias internacionales

Como primer paso en la consultoría, se efectuó un análisis comparativo sobre la aplicación de las APP en Colombia con siete experiencias internacionales de implementación de este mecanismo en el sector salud. Con lo anterior, se buscaba identificar i) características en la estructuración de APP a nivel global y ii) buenas prácticas para la implementación de APP en salud. Las principales características de estas experiencias pueden ser consultadas a continuación.

**Figura 1. Experiencias internacionales consultadas**



Fuente: realización propia

**Tabla 1. Características generales de las experiencias internacionales**

País	Normativa de APP	Unidad de APP	Programa de APP	Mecanismos de pago	Mecanismos de gestión
<b>España</b>	Ley en APP: Ley de Contratos del sector público y Ley de concesiones de obras públicas Ley en APP en salud: no	N/A. En España los Gobiernos Regionales actualmente ostentan las competencias en materia sanitaria. No hay unidades de APP regionales.	En 2005, España tenía 15 proyectos de APP en salud. Para el período 2004-11, el mercado APP español consistía en 20 hospitales, de los cuales 11 hospitales incluían servicios clínicos e infraestructura, y 9 incluían la infraestructura del centro de salud y servicios de apoyo solamente, y además algunos incluían equipos médicos.	Pagos per cápita o pagos por disponibilidad	La supervisión del día a día la realiza un delegado del Ministerio de Salud regional
<b>Portugal</b>	Ley en APP: si Ley en APP en salud: si	Denominada Parceiras de Saúde	Programa hospitalario integrado de cuatro hospitales en operación que incluyen la infraestructura y los servicios clínicos. La segunda fase de contratos sólo tiene en cuenta el componente de infraestructura.	Los servicios clínicos son remunerados por un "pago por servicio" por procedimiento médico. Los pagos de los pacientes fuera de la zona de captación se hacen y se reciben como 100% del pago por servicio, hasta un 10% de la producción contratada. Pago por disponibilidad para el componente de infraestructura. El déficit en la oferta está sujeto a deducciones y multas.	Poseen cerca de 160 indicadores clave de rendimiento
<b>México</b>	Ley en APP: si Ley en APP en salud: no	La Secretaria de Salud a nivel federal es la encargada de los proyectos de PPS en el sector salud.	A la fecha posee siete proyectos de APP, a través del modelo PPS, han sido licitados o se encuentran en proceso en México (cinco están en operación y dos se encuentran en fase de construcción).	Remuneración establecida en función de la disponibilidad, el nivel y la calidad de los servicios El socio privado no recibe pagos hasta el comienzo de la prestación de servicios. Se programan pagos mensuales. Los pagos de construcción y de operaciones están agrupados en uno solo.	México involucró equipos multidisciplinarios desde el inicio de sus proyectos. Se realizan revisiones periódicas referentes al desempeño de los servicios.

País	Normativa de APP	Unidad de APP	Programa de APP	Mecanismos de pago	Mecanismos de gestión
<b>Chile</b>	Ley en APP: si Ley en APP en salud: no	Denominada Unidad de Concesiones perteneciente al Ministerio de Obras Públicas	Llamado Programa de Concesiones de Infraestructura Hospitalaria	Pagos de construcción (inician cuando la construcción finaliza) y de operaciones separados. El equipo médico e inmobiliario clínico cuentan con un tratamiento separado a los pagos por construcción.	Utiliza una inspección fiscal de la explotación (verificando niveles de servicio).
<b>Reino Unido</b>	Ley en APP: no Ley en APP en salud: no	Denominada Unidad de PFI (forma parte de la división de contratación e inversión del Ministerio de Salud)	Actualmente cuenta con más de 130 proyectos PFI <sup>2</sup> en el sector de salud	Pagos anuales y pagos por cargos unitarios: comprenden un pago por disponibilidad (que cubre los costos de capital y de ciclo de vida del proyecto), y la cuota de administración por las instalaciones (que cubre los costos de los servicios)	La gestión de los contratos es realizada por los Trust <sup>3</sup> directamente.
<b>Canadá</b>	Ley en APP: si (legislación federal, provincial y territorial) Ley en APP en salud: si (legislación federal, provincial y territorial)	Posee un Fondo de Canadá de APP, a nivel nacional y una Agencia APP y/o unidad administrativa especializada, a nivel de jurisdicciones.	Posee 78 hospitales bajo APP (valorados en más de 21 mil millones de dólares canadienses).	Los servicios son pagados por la Provincia y/o la autoridad en salud. Con base a los resultados, el gobierno de las provincias ajusta el presupuesto anual para el hospital, para el siguiente periodo.	Emplea la contratación de un auditor imparcial

<sup>2</sup> Considera PFI y PF 2

<sup>3</sup> Fiducia pública con objeto específico para la gestión del hospital, manejo de recursos por 30 años y autonomía presupuestaria.

País	Normativa de APP	Unidad de APP	Programa de APP	Mecanismos de pago	Mecanismos de gestión
<b>Australia</b>	Ley en APP: los estados australianos tienen documentos normativos que regulan las APP. Ley en APP en salud: no	Posee una unidad de APP creada en el Departamento Federal de Finanzas y Administración Cada estado cuenta con una unidad de APP	A 2008, el gobierno federal había integrado la participación privada en más de 50 hospitales públicos.	Con base a los resultados, el gobierno de las provincias ajusta el presupuesto anual para el hospital, para el siguiente periodo.	Emplea un Independent Reviewer (interventor)

En la revisión anterior, fue posible identificar 4 modelos de APP en el sector salud, los cuales tienen como factor común el componente de infraestructura en el proyecto, donde el más simple incluye como objetivo único la infraestructura hospitalaria, y los modelos posteriores adicionan gradualmente equipamiento biomédico, servicios clínicos y no clínicos, hasta llegar a la prestación integral de los servicios.

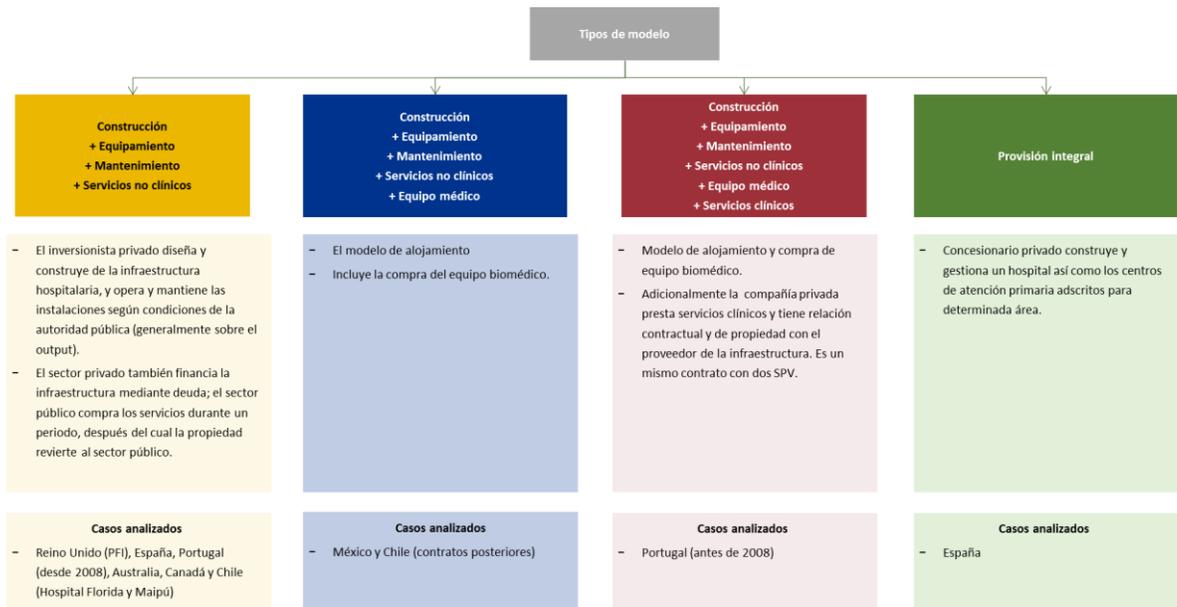
El primer modelo, propio de países como Reino Unido, España, Australia, Canadá, Chile y más recientemente Portugal, corresponde a un modelo de sólo alojamiento, que incluye infraestructura y la prestación de servicios no clínicos.

El segundo modelo adiciona al modelo anterior la compra de equipos biomédicos y es propio de países como México y Chile. Por otro lado, el tercer modelo, característico de Portugal, adiciona al segundo la prestación de algunos servicios clínicos, con la particularidad de contar con dos vehículos de inversión, uno para la infraestructura y uno para la prestación de servicios clínicos.

Por último, el cuarto modelo es el de Provisión Integral de servicios, donde el privado construye y gestiona el hospital de manera integral. Este modelo, al igual que el primero, es usado en España.

Un breve recuento de los modelos puede ser consultado en la figura 2.

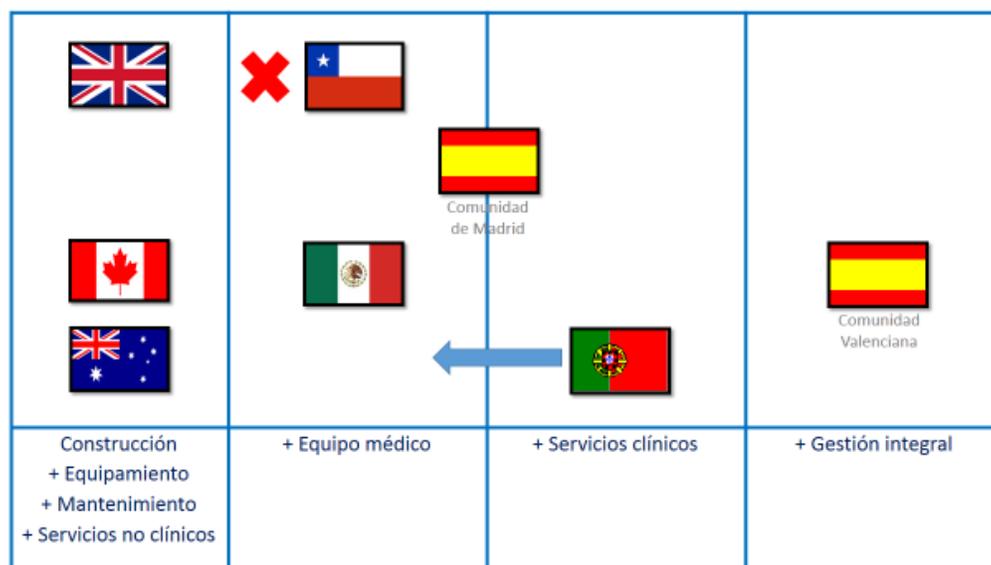
**Figura 2. Modelos de APP identificados en las experiencias internacionales**



Fuente: realización propia

En la siguiente gráfica se muestra la tendencia de los siete países analizados en APP en salud:

**Figura 3. Tendencias de APP en salud**



Fuente: realización propia

De la gráfica anterior, es de resaltar la tendencia de Chile cuyo modelo tiende a desaparecer dada la tendencia política del gobierno actual<sup>4</sup> y Portugal cuyo modelo tiende a ser menos complejo, dejando a un lado los servicios clínicos, dada una tendencia política<sup>5</sup>.

España por su parte, considera dos tipos de modelos principales: de la Comunidad de Madrid y de la Comunidad Valenciana, los cuales se han dado gracias a la descentralización de su sistema<sup>6</sup>.

Una vez se analizaron las experiencias internacionales y los posibles tipos de modelo que se emplean para el desarrollo de APP en salud a nivel internacional, se puede concluir lo siguiente:

<sup>4</sup> Del programa de 10 hospitales en concesión del gobierno anterior, los hospitales de Antofagasta, Salvador-Geriátrico y Santiago occidente seguirán adelante con el modelo de concesión. Sin embargo, por una decisión política, los centros asistenciales que no finalizaron su proceso administrativo, aunque ya estaban licitados, Sótero del Río, Red V, Red Sur y Red Maule serán ejecutados con fondos sectoriales y no serán concesionados.

<sup>5</sup> Un ambicioso programa de diez hospitales fue anunciado en 2002. El programa inicial contemplaba: i) una primera fase de construcción y/o mejoramiento de cinco nuevos hospitales bajo el esquema de APP hasta 2008; y ii) una segunda fase de 5 hospitales adicionales en los años posteriores. Sin embargo, solo 4 proyectos del programa fueron construidos bajo este esquema, Loures, Cascai, Braga y Vila Franca de Xira. En 2005, mientras los hospitales integrados estaban en contratación, y después de un período de evaluación estratégica, el nuevo Gobierno (socialista) por una decisión política decidió limitar el programa hospitalario integrado a los cuatro hospitales de la primera fase, y lanzar una segunda fase de contratos sólo con el componente de infraestructura.

<sup>6</sup> En España, las Comunidad Autónoma tiene sus propios planes y programas de actuación de infraestructura sanitaria. Las concesiones en este país cuentan con diferentes niveles de complejidad, no solamente considerando los niveles (modelos) mencionados, sino pasando por subniveles de complejidad.

## Figura 4. Conclusiones de las experiencias internacionales

<b>1. Contexto político</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>En varios países no hay un ambiente favorable, generando incertidumbre para los inversionistas o desarrolladores de proyectos.</li> </ul>
<b>2. Planeación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Determinar que es absolutamente imprescindible.</li> <li>Proyectar analizando la infraestructura existente y los impactos que la nueva pueda generar.</li> </ul>
<b>3. Definición del proyecto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Definir los tipos de servicio a incluir en el proyecto para alcanzar eficiencia.</li> </ul>
<b>4. Servicios a licitar Infraestructura</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>En los contratos de concesión de obra pública, los servicios deberían limitarse a los relacionados con la construcción, la financiación, el mantenimiento de los edificios y la provisión de suministros energéticos.</li> <li>Quien construye, si después ha de mantener lo construido y proveer los suministros energéticos, deberá ser responsable de las mejoras de la construcción.</li> </ul>
<b>5. Servicios clínicos a licitar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Al modelo APP integrado aprovecha las ventajas de: i) un mayor potencial para la innovación y las ganancias en eficiencia; y ii) la relación entre el privado y el público está enfocada en la calidad de los servicios finales prestados a los usuarios de un hospital.</li> <li>Debe existir una clara asignación de riesgos y la rentabilidad esperada del negocio.</li> </ul>
<b>6. Compartir y homogeneizar metodologías</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Varios países, especialmente los anglosajones, tienen una metodología común (aparte de la Ley de APP) y procedimientos estandarizados.</li> </ul>
<b>7. Unidades de APP</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Es necesario tener una institucionalidad fuerte. Gran parte de las fallas de las experiencias analizadas corresponden a una no correcta supervisión de los contratos.</li> </ul>
<b>8. Indicadores de desempeño y calidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La inclusión de indicadores de medición del desempeño es fundamental, así como realizar controles continuos del hospital.</li> </ul>
<b>9. Asegurar, con carácter previo, la adecuada transferencia de riesgos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se debe realizar una correcta definición de riesgos y emplear una metodología común de identificación, asignación y cálculo de los mismos.</li> <li>Una adecuada transferencia de riesgos derivará en buenos proyectos y en quien los puede manejar de forma eficiente.</li> <li>Se deberían implementar medidas, a través de los pertinentes organismos de control, para garantizar una ejecución adecuada del contrato.</li> </ul>
<b>10. Aspectos técnicos y administrativos detallados y claros</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los estudios previos de los proyectos deben ser suficientemente exhaustivos para que los potenciales inversionistas puedan valorar adecuadamente los proyectos de inversión, la financiación y la provisión de servicios.</li> <li>Se debe analizar la bancabilidad de los proyectos durante su estructuración.</li> </ul>
<b>11. Establecer una coordinación entre los proyectos y la política de salud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Es necesario introducir cláusulas que contemplen contingencias, derivadas de la evolución de las políticas de salud, bajo una adecuada asignación al sector público.</li> </ul>
<b>12. Contratos flexibles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A pesar del esfuerzo por desarrollar un contrato integral, es importante reconocer que es prácticamente imposible incluir en éste todas las posibles contingencias que puedan ocurrir en el futuro. Por tanto se deben diseñar mecanismos de revisión periódicos durante la vida del contrato.</li> </ul>
<b>13. Mecanismos de pago</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Del análisis de los proyectos, es posible concluir que todos requirieron de una suma fija a cargo del Estado para ser banqueables. Sin embargo, esto puede generar problemas en la prestación del servicio, lo que genera una necesidad que se pacte contractualmente una suma fija y una variable condicionada a los niveles de servicio.</li> <li>Aunque la mayoría de esquemas incluyen pagos por disponibilidad y deducciones por fallas en la prestación del servicio, es necesario que éstos incentiven la mejor prestación del servicio.</li> </ul>
<b>14. Financiación de los proyectos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las financiaciones de los proyectos fueron diversas, dependiendo de la madurez de cada uno de los mercados.</li> <li>Primeros contratos: los bancos locales fueron los que financiaron a los privados, mientras se generaba una confianza en el mercado.</li> <li>Países europeos y anglosajones, después de los proyectos piloto: la financiación se realizó a través de bonos y la participación de fondos de capital privado.</li> <li>La prestación de servicios clínicos no es fácil de aceptar por los financiadores.</li> </ul>
<b>15. Transparencia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Es preciso que haya más transparencia en la información que se dispone sobre los proyectos de APP.</li> </ul>

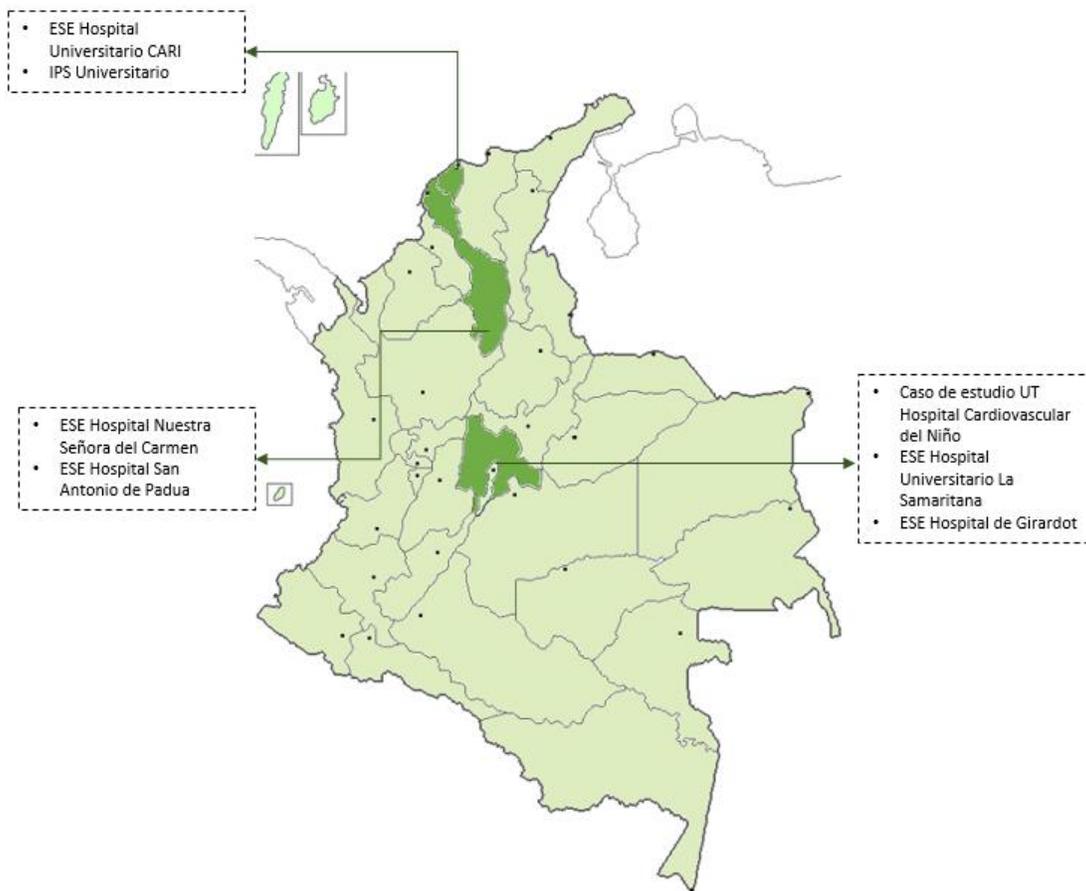
Fuente: realización propia

### 3. Análisis de las experiencias nacionales

Tras el análisis de las experiencias internacionales y como parte de la consultoría se realizó una investigación de los diferentes tipos de esquemas de participación privada en servicios de salud en Colombia y se seleccionaron como mínimo seis (6) proyectos concertados con el MSPS y el DNP. La selección de estos proyectos se basó en casos emblemáticos y otros no tan exitosos para extraer lecciones aprendidas de la prestación de los servicios que estén a cargo de un hospital, sea de temas clínicos o no clínicos.

Después de revisar 21 experiencias propuestas por el MSPS, en conjunto con el DNP, se seleccionaron las siguientes: UT Hospital Cardiovascular del Niño (Cundinamarca), ESE Hospital Universitario La Samaritana (Cundinamarca), ESE Hospital de Girardot (Cundinamarca), ESE Hospital Nuestra Señora del Carmen (Bolívar), ESE Hospital San Antonio de Padua (Bolívar), ESE Hospital Universitario CARI (Atlántico) e IPS Universitario (Barranquilla).

**Figura 5. Experiencias nacionales consultadas**



Fuente: realización propia

Un recuento de las principales características de los contratos revisados en las experiencias nacionales se puede consultar en el cuadro siguiente:

**Tabla 2. Características generales de los contratos de las experiencias nacionales**

Experiencia nacional	Partes		Objeto del contrato	Plazo	Mecanismos de pago	Manejo de riesgos	Supervisión del contrato
	Ente público	Ente privado					
U.T. Hospital Cardiovascular del Niño de Cundinamarca	Gobernación de Cundinamarca - Secretaría de Salud	U.T. Hospital Cardiovascular del Niño de Cundinamarca (IPS privada)	El objeto del contrato comprende la dotación, la operación y/o la administración del Hospital de Soacha (nivel III de complejidad).	30 años	Facturación directa del contratante a las EPS o a la secretaría de salud, según corresponda, por los servicios de salud prestados	El contratista asumió la totalidad de los riesgos en la dotación, la operación, y la administración del Hospital de Soacha de Nivel III	El contrato prevé una interventoría, sin embargo a la fecha del análisis de este estudio el Departamento no la había contratado.
ESE Hospital Universitario La Samaritana	ESE Hospital Universitario La Samaritana	Fundación Integral para la Salud y la Educación Comunitaria del Magisterio – FINSEMA.	El objeto contractual comprende la explotación, la ejecución, la dotación, el suministro total de medicamentos de la nueva Unidad de Cuidado Intensivo, y la ampliación del servicio, el suministro de medicamentos, y la dotación de equipo médico para los nuevos cubículos de la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal.	10 años	El contratista explotará la Unidad de Cuidado Intensivo (adultos y neonatal). El contratista facturará a las E.P.S. con quienes tenga convenio los servicios de salud prestados a sus afiliados	El contratista deberá asumir los siguientes riesgos: i) El contratista será responsable por el correcto funcionamiento de los equipos instalados para el en la U.C.I. ii) responder por las acciones judiciales o extrajudiciales que instauren los usuarios por la prestación del servicio de U.C.I. iii) será responsable por las obligaciones laborales contraídas con el personal necesario para la operación de la U.C.I.	El contrato no cuenta con una interventoría independiente, las funciones de supervisión del contrato están a cargo del Director científico de la ESE Hospital Universitario de La Samaritana.

Experiencia nacional	Partes		Objeto del contrato	Plazo	Mecanismos de pago	Manejo de riesgos	Supervisión del contrato
	Ente público	Ente privado					
Hospital de Girardot	ESE Hospital de Girardot	Por definir	El objeto del contrato será la operación y prestación de los servicios asistenciales de salud de alta, mediana y baja complejidad de la ESE Hospital del Girardot, así como la realización de todas las actividades administrativas, de apoyo, logísticas, financieras, de inversión, y asistenciales	25 años	El contratista será el encargado de facturar y cobrar directamente a las E.P.S. los servicios que fueron prestados a los afiliados. Posible remuneración por explotación comercial, tras aprobación por parte de la ESE	El contratista acepta la distribución de riesgos que se contempla en el ANEXO No. 6 de los términos de condiciones: riesgo comercial, infraestructura, de operación, financieros, regulatorios, políticos, por fuerza mayor asegurable	La vigilancia general del cumplimiento de las obligaciones derivadas del contrato de operación estará a cargo de una firma interventora especializada, con el apoyo del Gerente de la ESE Hospital de Girardot, la cual será seleccionada, contratada y pagada por la ESE
ESE Hospital Universitario CARI	ESE Hospital Universitario CARI	Radiólogos Unión Temporal	El montaje, la operación y el mantenimiento de la unidad de radiología e imágenes diagnósticas de tercer y cuarto nivel de complejidad dentro de las instalaciones de la ESE	10 años	El contratista deberá presentar a la ESE Hospital Universitario CARI la facturación correspondiente a la prestación de servicios de radiología e imágenes diagnósticas de tercer y cuarto nivel de complejidad. La ESE pagará al contratista los servicios prestados en un término de 15 días contados a partir de la fecha efectiva de pago por parte del asegurador.	De conformidad con lo estipulado por las partes en el contrato, el contratista asumió la totalidad de los riesgos derivados del montaje, la operación y el mantenimiento de la Unidad de Radiología e Imágenes Diagnósticas de III y IV nivel de complejidad.	No hay una interventoría independiente y especializada. La ESE Hospital Universitario CARI designará a un funcionario para ejercer las funciones de interventor del contrato.
ESE Hospital Universitario CARI	ESE Hospital Universitario CARI	Laboratorio Clínico FALAB Ltda.	La operación y puesta en marcha dentro de las instalaciones de la ESE el Laboratorio Clínico con el fin de prestar servicios especializados en apoyo diagnóstico.	5 años	El contratista debe realizar el cobro ante las entidades respectivas (EPS, Departamentos, Distrito, entre otros), una vez entregada la facturación por la prestación del servicio de laboratorio	De conformidad con lo estipulado por las partes en el contrato, el contratista asumió la totalidad de los riesgos derivados del montaje, la operación y el mantenimiento de los equipos del Laboratorio	No hay una interventoría independiente y especializada. La interventoría del contrato estará a cargo del Gerente de la ESE Hospital Universitario

Experiencia nacional	Partes		Objeto del contrato	Plazo	Mecanismos de pago	Manejo de riesgos	Supervisión del contrato
	Ente público	Ente privado					
					clínico de tercer y cuarto nivel de complejidad.	Clínico de III y IV nivel de complejidad.	CARI o a quien este designe.
Red de salud del Distrito de Barranquilla	El convenio se suscribió entre el Distrito Especial, Industrial, y Portuario de Barranquilla y la I.P.S. Universitaria.	N.A	Realizar la operación asistencial y logística de la red pública del Distrito Especial, Industrial, y Portuario de Barranquilla para la prestación de los servicios asistenciales de salud de primer, segundo, y tercer nivel de complejidad.	2 años y 9 meses	El contratista se financiará con los recursos que deban pagar las Entidades Responsables de Pago (ERP), entidades especiales, y el Fondo de Solidaridad y Garantías (FOSYGA) por concepto de prestación de servicios a su población afiliada. El contratista deberá facturar a los pagadores por la prestación de los servicios de salud.	El contratista aceptó la distribución del riesgo que elaboró el Distrito de Barranquilla. Éste asume los riesgos del área ordinaria del negocio, de las condiciones científicas, técnicas, financieras, del mercado, y en general, de todas las implicaciones de la clase de operaciones que debe ejecutar.	La interventoría del contrato será ejercida por un tercero contratado por el Distrito de Barranquilla.
ESE Hospital Nuestra Señora del Carmen	ESE Hospital Nuestra Señora del Carmen	Fundación SER	El contratista debe garantizar la prestación de los servicios de salud, que se encuentre en capacidad de prestar la ESE Hospital Nuestra Señora del Carmen, así como realizar las actividades administrativas, de apoyo, logísticas, financieras, de inversión, y asistenciales, con autonomía administrativa, financiera, técnica y operativa.	10 años	El contratista detallará los servicios de salud prestados mensualmente, y la ESE será la encargada de facturar y cobrar a las EPS (La ESE se reservó las funciones de dirección, entre ellas la de realizar el cobro de las facturas).	La ESE Hospital Nuestra Señora del Carmen identificó y asignó los posibles riesgos durante la etapa contractual y la forma de mitigarlos o superarlos, sin perjuicio de la distribución de riesgos que la ESE y los proponentes acuerden en la audiencia de asignación y distribución de riesgos.	La vigilancia y cumplimiento del contrato será ejercida por la ESE directamente o a través del supervisor designado de conformidad con las normas aplicables y el cual la representará ante el contratista.

Las experiencias nacionales se podrían agrupar en tres modelos:

Un primer **Modelo integral con un solo operador (ESE contratante)** donde la ESE es la responsable ante las entidades correspondientes, en cuanto al cumplimiento de las obligaciones del hospital, y al operador privado se le entrega la infraestructura, mantiene las instalaciones, existen algunas obligaciones de inversión por parte del mismo y presta todos los servicios clínicos

Un segundo **Modelo integral con varios operadores (ESE contratante)** donde la ESE tiene la obligación de coordinar la prestación de todos los servicios y es la responsable ante las entidades correspondientes, en cuanto al cumplimiento de las obligaciones del hospital. Los operadores privados prestan los servicios de apoyo clínico y/o servicios asistenciales, se les entrega la infraestructura y existen algunas obligaciones de inversión de los operadores, en especial en la dotación de los equipos médicos.

Finalmente, el tercer modelo, denominado **Modelo integral un solo operador (Sin ESE)** donde la contratación la realiza la entidad territorial. Por su parte, el operador privado mantiene las instalaciones y presta todos los servicios clínicos, se le entrega la infraestructura y adicionalmente, existen algunas obligaciones de inversión de los operadores.

**Figura 6. Modelos de las experiencias nacionales consultadas**



Fuente: realización propia

Una vez se analizaron los contratos de las experiencias nacionales y consideradas las entrevistas realizadas, se pudo concluir sobre una serie de aspectos en los contratos de vinculación de

participación privada en salud en Colombia. A continuación se mencionan las principales conclusiones de dichas experiencias nacionales:

**Figura 7. Conclusiones de las experiencias nacionales**

<b>1. Institucionalidad</b>	<p>Las principales fallas de las experiencias analizadas son, entre otros factores, una incorrecta supervisión y estructuración de los contratos. Las experiencias analizadas no contaban con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocimiento claro del contrato, especialmente de los mecanismos de sanciones y multas.</li> <li>• Recursos, un equipo suficiente y capacitado para planear, contratar y supervisar los contratos.</li> <li>• Equipo independiente de temas políticos.</li> </ul>
<b>2. Homogenizar metodologías</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De las experiencias analizadas, existen diferentes formas de contratar, tipos de contratos, mecanismos de seguimiento y control.</li> <li>• No se cuenta con una política nacional o departamental enfocada en este asunto.</li> </ul>
<b>3. Planeación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los proyectos no cuentan con los estudios que determinen la viabilidad de entregar los servicios a los privados</li> <li>• En general, no se encontró la utilización de estudios de oferta y demanda, proyección de ingresos, o análisis de costo beneficio que permitieran demostrar de forma objetiva las diferencias que existen si quien realiza el proyecto es el sector público o bien el privado, atendiendo a criterios de rentabilidad social y económica.</li> <li>• No se encontró que las entidades territoriales y ESE contarán con los soportes sobre los tipos de servicios a incluir en el proyecto para maximizar la eficiencia.</li> </ul>
<b>4. Transferencia de riesgos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No se tiene clara la identificación y cuantificación de los riesgos de los contratos.</li> <li>• No se encontró en los estudios previos de las licitaciones públicas o procesos de selección pertinentes la identificación, medición y asignación de riesgos de acuerdo a quién está en capacidad de asumirlo de una mejor manera.</li> <li>• No se cuenta con un seguimiento de los riesgos contractuales.</li> </ul>
<b>5. Indicadores de desempeño</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No hay metas, indicadores de seguimiento y supervisión de los contratos. Los contratos no incluyen entre las obligaciones de los contratistas la entrega de información pertinente.</li> <li>• Se realiza el seguimiento de la prestación de servicios con los indicadores establecidos en el Decreto 1011 de 2006. No obstante, no queda claro la relación entre indicadores, fuerza y obligatoriedad de imponer multas por incumplimientos o bajos índices de desempeño</li> </ul>
<b>6. Mecanismos de pago</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El mecanismo de pago está relacionado con el pago realizado por las EPS, departamentos y municipios por la venta de los servicios de salud.</li> <li>• Todos los contratos cuentan con contraprestaciones a la entidad contratante, provenientes de ingresos por venta de servicios clínicos.</li> <li>• Los contratos presentan una cartera considerable, exceptuando aquellos donde el privado tiene una relación accionaria con la EPS de mayor participación en los ingresos.</li> </ul>

Fuente: realización propia

## 4. Buenas prácticas para la vinculación de la participación privada en Colombia en el sector salud

De la revisión realizada a nivel internacional y nacional fue posible identificar una serie de buenas prácticas para el desarrollo de una APP, que deberán ser tenidas en cuenta a la hora de implementar una APP en el sector salud en Colombia.

**Figura 8. Buenas prácticas para la implementación de una APP en salud**

- 1 **Aspectos de política pública**
  - Debe trascender los plazos políticos
  - Coordinación entre los proyectos y la política de salud.
  - Articulación con el programa de inversiones en el sector salud y su red de hospitales
- 2 **Institucionalidad**
  - Unidad a nivel central que de lineamientos
  - La entidad contratante debe contar con los recursos, un equipo suficiente y capacitado que permita identificar los proyectos, realizar la contratación y supervisar los contratos.
- 3 **Homogenizar metodologías**
  - Desarrollar una metodología común y procedimientos estandarizados a nivel nacional.
  - Asegurar unos estándares mínimos para la formulación y el desarrollo de los proyectos.
- 4 **Identificación de los proyectos**
  - Tipos de servicio basados en las necesidades de la población objetivo y de la red de servicios de salud.
  - Análisis de mercado, estudios de oferta y demanda y estudios técnicos previos.
  - Condiciones geográficas.
  - Análisis previos de rentabilidad aplicables a los proyectos (análisis costo beneficio y costo-eficiencia, entre otros).
- 5 **Definición de la APP**
  - Análisis de riesgos: identificación, asignación y mitigación de los mismos.
  - Justificación de la modalidad de contratación
- 6 **Mecanismos de pago**
  - Certeza de las fuentes y del momento del pago.
  - Existencia de una variable condicionada a los niveles de servicios, desempeño e incentivos, como pagos por disponibilidad y deducciones por fallas en la prestación del sistema.
- 7 **Indicadores de desempeño y calidad**
  - Evaluar el servicio prestado de salud y las metas propuestas.
  - Herramienta para decisiones de política pública
- 8 **Controles y supervisión**
  - Correcta ejecución de los recursos públicos y privados.
  - Cumplimiento integral de las responsabilidades de cada una de las partes
  - Protección de las partes ante cambios inesperados en el entorno.
  - Protección de los usuarios del sistema.
- 9 **Concurrencia**
  - Contar con empresas especializadas del servicio de salud que estén interesados en proyectos de participación privada.
  - Empresas con experiencia en proyectos similares.
  - Empresas con capacidad financiera.
- 10 **Transparencia**
  - Comunicación con la sociedad
  - Publicación de los contratos.
  - Pruebas periódicas del mercado de los servicios.
  - Utilización de páginas web de las entidades.

Fuente: realización propia

## 5. Aspectos técnicos, financieros, legales e institucionales

### 5.1. Introducción

Con el fin de entender la estructura del sistema de salud colombiano con sus principales características, en esta introducción se revisan los conceptos principales, el papel de algunos de sus actores y algunas de sus particularidades.

En el sistema de salud colombiano, existen tres agentes principales que participan en el mercado, definiendo la oferta y la demanda del mismo, estos agentes son: pacientes – consumidores, aseguradores y prestadores de servicios de salud. A continuación se muestra su relación.

**Figura 9. Relación de los agentes en la oferta y demanda**



Fuente: elaboración propia.

Como se puede observar en la figura anterior, en el sistema colombiano, existen dos actores principales como demandantes de los servicios de salud: i) los usuarios directamente, cuando en calidad de pacientes acuden a las IPS a solicitar servicios de salud; y ii) los aseguradores, quienes son los principales compradores de servicios, organizando las redes de prestadores que atenderán su población. La demanda potencial debería ser estable para cada hospital, dependiendo de su capacidad resolutoria y posicionamiento. Lo que hace variar la demanda, está dado en función de la capacidad de los aseguradores que repercute en la contratación para venta de servicios que se tenga.

De acuerdo con el Sistema Integral de Información de la Protección Social – SISPRO, a diciembre de 2014, 22,9 millones de colombianos hacían parte del régimen subsidiado, 22,8 del régimen contributivo y 1,8 de regímenes de excepción.

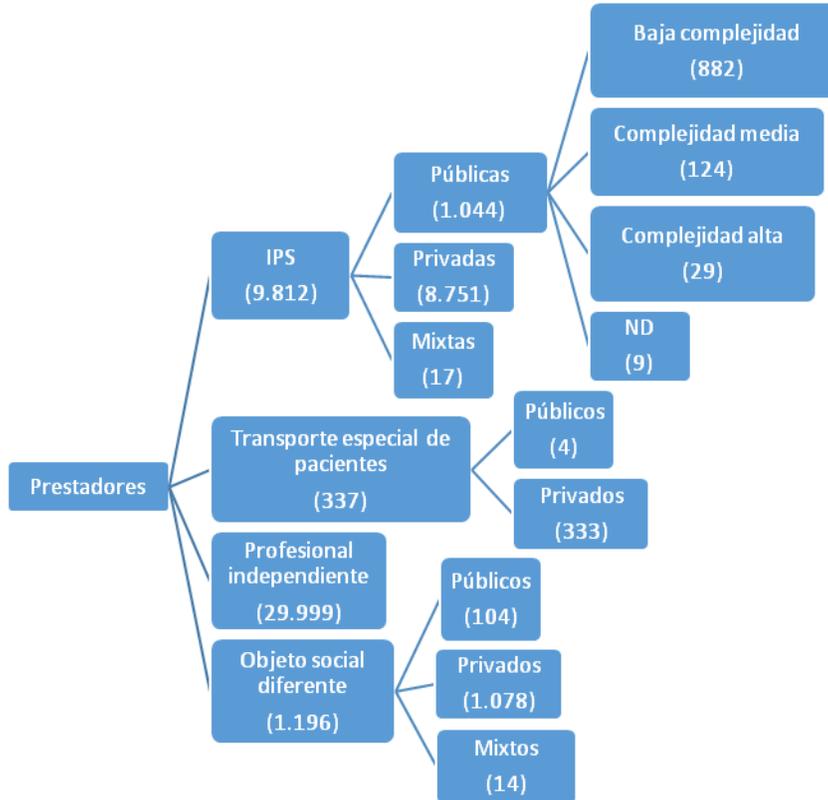
Según información del MSPS de marzo de 2015, el 96,6% de la población está cubierta, pero aún existen 1,6 millones de colombianos no afiliados al SGSSS. Así mismo, de acuerdo con la Ley 1438

de 2011, **cuando una persona que no esté afiliada** y requiera atención en salud, existen dos opciones:

- Si la persona tiene capacidad de pago, deberá cancelar el servicio y se le establecerá contacto con la EPS del régimen contributivo de su preferencia.
- Si la persona manifiesta no tener capacidad de pago, esta será atendida obligatoriamente y su afiliación inicial se hará a la EPS del régimen subsidiado. Una vez se realice la afiliación, la EPS, verificará en un plazo máximo de ocho días hábiles si la persona es elegible para el subsidio en salud. En caso de no serlo, se cancelará la afiliación y la EPS deberá realizar el cobro de los servicios prestados. En todo caso el pago de los servicios de salud prestados será cancelado por la EPS si efectivamente se afilió a ella; si no se afilió se pagarán con recursos de oferta a la institución prestadora de los servicios de salud.

Actualmente existen 52 entidades aseguradoras en Colombia, de las cuales 17 son de régimen contributivo y 35 son de régimen subsidiado.

**Figura 10. Prestadores del SGSSS en Colombia en 2015**



Fuente: Elaboración propia basada en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS, abril de 2015

La red pública está compuesta por Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) donde estas se conforman por hospitales, laboratorios, consultorios y profesionales independientes que prestan el servicio de salud, y estas están clasificadas por niveles de complejidad:

- **Baja complejidad (Nivel 1):** Son aquellas instituciones que habilitan y acreditan en su mayoría servicios considerados de baja complejidad y se dedican a realizar intervenciones y actividades de promoción de

la salud y prevención de la enfermedad, consulta médica y odontológica, internación, atención de urgencias, partos de baja complejidad y servicios de ayuda diagnóstica básicos.

- Mediana complejidad (Nivel 2): Son instituciones que cuentan con atención de las especialidades básicas como lo son pediatría, cirugía general, medicina interna, ortopedia y gineco-obstetricia con disponibilidad las 24 horas en internación y valoración de urgencias, además ofrecen servicios de consulta externa por especialista y laboratorios de mayor complejidad.
- Alta complejidad (Nivel 3): Cuentan con servicios de alta complejidad que incluyen especialidades tales como neurocirugía, cirugía vascular, neumología, nefrología, dermatología, etc. con atención por especialista las 24 horas, consulta, servicio de urgencias, radiología intervencionista, medicina nuclear, unidades especiales como cuidados intensivos y unidad renal. Estas Instituciones con servicios de alta complejidad incluyen casos y eventos o tratamientos considerados como de alto costo en el POS (Plan Obligatorio de Salud).

Adicional a lo anterior, para comprender el funcionamiento del sistema de salud colombiano, es necesario entender el concepto de **descentralización**, considerado en la Ley 100 de 1993, bajo el cual se incluyeron políticas para la descentralización institucional del MSPS en lo que se refiere a la definición de la naturaleza jurídica de las entidades, la autonomía hospitalaria y la contratación de servicios por parte de los hospitales públicos y de las direcciones del MSPS, relacionadas con los recursos humanos, suministros, planillas etc.

A continuación se revisan los principales aspectos técnicos, financieros, legales e institucionales considerados en la consultoría.

## 5.2. Aspectos técnicos

### *Oferta y demanda en el contexto de las APP*

En algunos países la realización de óptimos estudios de prefactibilidad de calidad antes de iniciar el desarrollo de los proyectos ha asegurado en gran medida el desarrollo exitoso de los mismos, en otros la falta de calidad de los estudios o la falta de asesoría por parte de los gobiernos, ha generado inconvenientes.

#### **Demanda de servicios de salud en el contexto de APP**

La definición de la demanda es uno de los primeros pasos en cuanto a la caracterización del proyecto, para esto se deberá, en primera medida, definir la población que podría tener o generar una necesidad, para lo cual se deberá tener en cuenta:

- El número de habitantes de la zona a atender
- El perfil epidemiológico de los mismos, enfermedades emergentes y reemergentes en la zona

Con base en la información anterior, se podrá determinar si verdaderamente hay una demanda desatendida en la zona geográfica en cuestión. Posteriormente, será necesario revisar las condiciones particulares de la prestación de servicios, las características geográficas y la oferta preexistente, con el fin de determinar si es pertinente la entrada de un prestador de servicios nuevo o si se requiere reforzar la oferta actual.

La adecuada definición de la demanda ayudará en la determinación de las características y recursos con los cuales deberá contar el operador privado para la prestación de servicios en cada zona en particular. Así mismo, es importante considerar que la demanda puede variar con respecto a las enfermedades emergentes y reemergentes.

En general para el desarrollo de APP, es necesario que los contratos tengan la suficiente flexibilidad ante los cambios en las condiciones de la demanda, teniendo en cuenta las posibles variaciones de los factores mencionados anteriormente

Los hospitales y, por tanto, los operadores vinculados deberán contar con los recursos necesarios para hacer frente a determinados cambios de la demanda, adicionalmente debería ser responsabilidad del operador contar con un margen de maniobra de los recursos que le permita atender dichas variaciones y no solicitar una revisión del contrato cada vez que haya un cambio. Es decir, es recomendable que el operador privado asuma riesgos de variaciones de la demanda pero hasta cierto punto (tema que se amplía más adelante para cada uno de los modelos propuestos).

### **Oferta privada y pública en salud en el contexto de APP**

En primera medida, es básico considerar que cualquier APP entraría a competir con la oferta existente tanto pública como privada. Es primordial realizar una evaluación de la oferta preexistente con respecto a la demanda con el fin de definir la pertinencia de la inclusión de nuevos hospitales y/o servicios en un área determinada y de la participación de privados. Se podría dar el caso de zonas en las cuales hay una alta demanda y la oferta está compuesta de una competencia eficiente, en las que sin embargo podría ser pertinente una APP, por tres razones principales:

- Las utilidades obtenidas por el ente público pueden ser reinvertidas
- Podrían haber ciertos servicios, no muy rentables, los cuales el privado no estuviese dispuesto a prestar, a pesar de los altos niveles de demanda, razón por la cual una APP podría estimular al privado a involucrarse.
- A pesar de que puede que haya una gran oferta, la capacidad con respecto al tamaño de la población podría no ser suficiente.

Una vez se determine que existe una necesidad de la participación de privados, con el fin de reforzar la oferta en el nivel de complejidad que se requiera, es indispensable revisar la fuente de recursos que será utilizada para su remuneración, siempre y cuando presten sus servicios en condiciones mínimas de calidad preestablecidas.

Al momento de establecer una APP, es indispensable revisar las redes de servicio actuales y el aporte que este nuevo operador privado pueda darles. En este sentido, se deberán considerar los planes departamentales de salud, con el fin de buscar proyectos que pretendan repotencializar y complementar las redes existentes, en búsqueda de la eficiencia. En primera medida, al definir los servicios que se irían a prestar, es importante revisar la oferta actual de la red de servicios, con el fin de definir la estrategia a implementar:

- Si se está considerando una zona geográfica con alta demanda: se recomienda considerar la opción de entrar a hacer parte de la red pública existente, haciendo frente a la demanda desatendida (en cuestión de población o de servicios).

- Si se está considerando una zona alejada, dispersa o de difícil acceso: lo más conveniente es entrar a hacer parte de la red pública existente o proponer la creación de la misma, en caso de que no existiese, con el fin de hacer un uso más eficiente de los recursos en una zona que en general no es muy atractiva para los privados. Lo ideal sería que el nuevo hospital o los nuevos servicios que este fuese a prestar se complementen con la red y hagan más eficiente el uso de los recursos, y por el contrario, no entorpezcan el desarrollo de las actividades asignadas a ciertos hospitales.

En cualquiera de los dos casos, si solo existiese una red privada, se deberá evaluar si esta cubre efectivamente la demanda o si hay vacíos, y así definir las necesidades de la demanda desatendida. Este tema debe ser definido desde los estudios previos y fijado en el contrato, de tal forma que el privado no solo se interese por incluir en el portafolio servicios que generen margen de rentabilidad, sino que cuide que el portafolio conserve la interdependencia de servicios adecuada para el nivel de complejidad.

### *Características geográficas para la prestación del servicio y modelos de atención*

Las instituciones de salud y sus operadores deben de estar en capacidad de enfrentar las características biofísicas, ambientales, sociodemográficas y socioeconómicas que se presentan en el día a día de la prestación del servicio y que van evolucionando con el tiempo. En términos de las APP, se deberá revisar desde un principio la capacidad y la disposición de recursos que tiene el operador para la prestación de sus servicios en un territorio específico. Hay territorios en los que la escasez de recursos físicos (como por ejemplo medicamentos) y humanos así como la falta de infraestructura relacionada principalmente con las vías de acceso, pueden encarecer la prestación de servicios.

Entre los aspectos técnicos identificados, es importante recalcar que en el sector salud se considera relevante dar un tratamiento diferente a las ESE o entidades territoriales que requieren subsidio a la oferta y a las que no, estas últimas, generalmente ubicada en zonas de oferta preexistente.

Para el otorgamiento del subsidio a la oferta se requiere que las ESE o entidades territoriales estén en zonas dispersas<sup>7</sup> y/o sean un monopolio público en la prestación de los servicios de salud. Por otro lado, las zonas de oferta preexistente presentan una oferta de servicios de salud suficiente, sin embargo a pesar de contar con buena resolutividad para los servicios primarios, no necesariamente pueden resolver casos de alta complejidad, por lo cual se deben incluir redes de servicios complementarios<sup>8</sup>.

En términos generales, los esquemas mencionados anteriormente difieren en los siguientes aspectos:

---

<sup>7</sup> Las zonas dispersas fueron definidas en la consultoría como aquellas de baja densidad poblacional, es decir, en las que la densidad poblacional corresponderá al primer quintil y con movilidad limitada. Estas zonas, por sus características, usualmente corresponden a zonas con subsidio a la oferta a diferencia del resto del país.

<sup>8</sup> Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, VERSIÓN PRELIMINAR PARA DISCUSIÓN DEL CONSEJO NACIONAL DE PLANEACIÓN, DNP

**Figura 11. Modelo de atención según necesidad de subsidio a la oferta**

	Entidades que requieren subsidio a la oferta	Entidades que no requieren subsidio a la oferta
<p><b>Modelo de atención</b></p>	<p>Para estos proyectos se deberá tener en cuenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La integración interadministrativa y técnica de la red de servicios existente y su complementariedad con redes externas de tercer y cuarto nivel.</li> <li>• La definición de esquemas de contratación que incluya la totalidad de los prestadores que hagan parte de la red, asociados a la atención integral de la población y a su condición étnica y cultural diversa.</li> <li>• La participación comunitaria, principalmente en aspectos relacionados con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.</li> <li>• Estrategia de APS: aproximación de conocimientos y tecnologías a las necesidades de la población, considerando un enfoque preventivo y con recurso humano idóneo, competente, comprometido y que conozca la cultura de la comunidad.</li> <li>• Utilización de telemedicina: Es la modalidad de prestación de servicios de salud, realizados a distancia, en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación, que les permiten intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso y la oportunidad en la prestación de servicios de salud a la población que presenta limitaciones de oferta, de acceso a los servicios o de ambos en su área geográfica.</li> </ul>	<p>Para estos proyectos se deberá tener en cuenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Definición de la cartera de servicios por la redes de servicios departamentales y de privados, y por la demanda de los usuarios.</li> <li>• Definición de los servicios a prestar basados en las necesidades de las EPS.</li> <li>• La prestación de los servicios y por tanto la infraestructura podrá considerar: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La modalidad intramural, es la atención ambulatoria y hospitalaria que se realiza en una misma estructura de salud. intramurales (Ambulatorios, Hospitalarios y Brigadas o jornadas de salud intramural).</li> <li>✓ La modalidad extramural. Son aquellos servicios que se ofrecen a la población en espacios no destinados a salud o espacios de salud de áreas de difícil acceso que no cuentan con servicios quirúrgicos habilitados (Atención en unidad móvil acuática y atención domiciliaria).</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Infraestructura</b></p>	<p>Mejoramiento, construcción y dotación: Modelo de prestación de servicios basado en el fortalecimiento de la infraestructura de puestos de salud, de centros de salud y hospitales pertenecientes a la red, que considere una geoproyección basada en equipos de salud de carácter extramural, complementados con profesionales, técnicos y auxiliares.</p>	<p>Infraestructura basada en la definición de servicios a prestar.</p>
<p><b>Aseguramiento</b></p>	<p>Se deberá buscar el fortalecimiento del aseguramiento.</p>	<p>Diferentes aseguradores especialmente del régimen subsidiado. Los cuales firman diferentes tipos de contratos para la prestación del servicio.</p>
<p><b>Financieros</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los mecanismos de pago deberán asegurar el flujo eficiente y oportuno de los recursos a los prestadores de salud, los cuales deberán tener en cuenta que el pago se condicionará al desempeño y resultados en salud.</li> <li>• Se debe reconocer, que en este tipo de zonas, los hospitales probablemente no son autosostenibles por la vía de la venta de servicios y se requerirá de recursos adicionales para garantizar la disponibilidad del servicio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las IPS públicas deben garantizar la sostenibilidad financiera, principalmente, por la vía de la venta de servicios de salud.</li> <li>• Los proyectos deben plantearse de modo que la venta de servicios de salud constituya los ingresos necesarios para solventar los costos incurridos para realizar la APP (para el pago de los privados que intervengan en el desarrollo, mantenimiento y operación de la infraestructura y en la prestación del servicio clínico). Se podría dar el caso, en zonas de demanda media, que la venta de servicios de salud cubra la prestación de los mismos, mas no el desarrollo de infraestructura en su totalidad, para lo cual se requerirían recursos públicos.</li> <li>• El funcionamiento se basa en el estándar del sistema general de seguridad social en salud, el cual fue expuesto anteriormente, en el sentido que se generan relaciones contractuales entre las EPS y las IPS y en donde las ESE necesariamente tienen que poder desarrollar su actividad exclusivamente con los recursos que reciben principalmente de las EPS.</li> </ul>

Fuente: realización propia

En términos generales, para ambos tipos de esquemas se debe tener en cuenta que el operador tiene la posibilidad de asumir actividades operativas médicas, administrativas y de apoyo logístico. Se debe definir las que éste efectivamente debería asumir, de acuerdo con la conveniencia para los usuarios finales, el equilibrio económico de las partes del contrato y la no pérdida del control del ente público, lo cual se definirá de acuerdo con las características de cada proyecto. La asignación de funciones, en medio de la asignación de servicios, debe garantizar que no se pierda el control, esto es, que no se fraccione la prestación de servicios, que por interdependencia, deben estar bien coordinados y bajo el mismo prestador. En general no se recomienda fragmentar la operación de los servicios de bata blanca<sup>9</sup> y verde<sup>10</sup>, sin embargo, se podría considerar tercerizar los servicios de bata gris<sup>11</sup>, los cuales no se encuentran íntimamente relacionados con lo misional.

### *Requerimientos técnicos*

A continuación se hace un recuento de los requisitos técnicos del sistema de salud pública en Colombia, incluyendo aquellas de carácter obligatorio y aquellas de carácter opcional (y/o deseable), así como las medidas de monitoreo y auditoría de estos requerimientos técnicos y las sanciones y medidas de seguridad en salud a las que están sujetas las entidades por el incumplimiento de alguno de estos requerimientos.

### **Requerimientos técnicos conforme al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad**

El Sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud – SOGCS es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país. Este sistema se estableció por medio del Decreto 1011 de 2006 y sus disposiciones aplican para los prestadores de servicios de salud, las EPS, las empresas de medicina prepagada y a las entidades territoriales de salud.

Las acciones que desarrolla el SOGCS están orientadas a mejorar los resultados de atención en salud. Este sistema establece una serie de requerimientos de carácter técnico que serán descritos más adelante.

El SOGCS está compuesto por el Sistema de Información para la Calidad, el Sistema Único de Habilitación, el Sistema Único de Acreditación y la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.

---

<sup>9</sup> Prestación de servicios clínicos (bata blanca): De acuerdo con la Resolución 2003 de 2014 “se entiende por servicios de salud el conjunto de recursos, insumos, procesos y procedimientos organizados y autorizados con el objeto de prevenir las enfermedades, promover, mantener, recuperar y/o rehabilitar la salud de las personas”.

<sup>10</sup> Prestación de servicios de apoyo clínico (bata verde): Son aquellas con una gran capacidad instalada que requieren tecnología avanzada o de punta, las cuales por lo general generan altos costos en su adquisición, actualización y mantenimiento como: unidades de cuidado intensivo neonatal, pediátrico y adulto; servicios integrales de imagenología, laboratorio clínico, servicios de hemodinámica; cardiovascular y unidad renal principalmente.

<sup>11</sup> Actividades Administrativas (bata gris): se concentran fundamentalmente en los servicios de facturación, servicios de Call Center, manejo de desechos patógenos y suministros de medicamentos. Actividades de Apoyo Logísticos (bata gris): incluyen principalmente los servicios de aseo, cafetería, vigilancia, transporte y lavandería.

De acuerdo con el Decreto 1011 de 2006, el MSPS deberá ajustar periódicamente los estándares que hacen parte del SOGCS, considerando el desarrollo del país, los avances del sector y los resultados de las evaluaciones adelantadas por las entidades territoriales y la Superintendencia Nacional de Salud.

**Tabla 3. Sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud – SOGCS**

Sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud – SOGCS	<b>Sistema de Información para la Calidad</b>	<p>Este sistema busca estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector, orientando a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud y de las EAPB.</p> <p>Este sistema revisa indicadores de las IPS referentes a: accesibilidad y oportunidad, calidad técnica, gerencia del riesgo y satisfacción y lealtad.</p> <p>Las EAPB, las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud y los Prestadores de Servicios de Salud, están obligados a generar y suministrar los datos requeridos para el funcionamiento del SOGCS, de conformidad con las directrices que imparta el Ministerio de la Protección Social”.</p>
	<b>Sistema Único de Habilitación</b>	<p>Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las <b>condiciones básicas</b> de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, requerimientos básicos para entrar y permanecer en el sistema.</p> <p>La habilitación de prestadores de servicios de salud debe cumplir con i) condiciones de capacidad tecnológica y científica (talento humano, infraestructura, dotación, medicamentos, dispositivos médicos e insumos, procesos prioritarios, historia clínica y registros e interdependencia), ii) condiciones de suficiencia patrimonial y financiera y iii) condiciones de capacidad técnico administrativa.</p>
	<b>Sistema Único de Acreditación</b>	<p>El Sistema Único de Acreditación hace referencia a las entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, que tienen como objeto demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de <b>niveles superiores de calidad</b> por parte de las IPS, las EAPB y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.</p> <p>Sus estándares están distribuidos en los siguientes grupos: del proceso de atención al cliente asistencial, de direccionamiento, de gerencia, del talento humano, del ambiente físico, de tecnología, de gerencia de la información y de mejoramiento de la calidad.</p>
	<b>Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud</b>	<p>Los programas de auditoría deberán concordar con los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación. Estas auditorías para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud deberán ser realizadas en los siguientes niveles: autocontrol, auditoría interna y auditoría externa.</p> <p>Los procesos de auditoría serán obligatorios para las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las IPS y las EAPB.</p> <p>La auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud considera: actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios; una comparación entre la calidad observada y la calidad esperada; y la adopción de medidas para la corrección de desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.</p>
	<b>Medidas de Seguridad y Sanciones</b>	<p>El incumplimiento de las condiciones de habilitación se evaluará tras una visita de verificación realizada por las direcciones departamentales y distritales de salud. En ella se determinará si la entidad ha incumplido o no las condiciones de habilitación y si resulta necesario el cierre total o parcial del servicio. Estos resultados deben ser reportados al sistema de información. El grupo de verificación incorporará en el sistema de información las conductas objeto de sanción para efectos de aplicar las que haya lugar.</p>

Fuente: realización propia, basado en el Decreto 1011 de 2006

Adicional a los requerimientos de habilitación mencionados anteriormente, se deberán tener en cuenta las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares (Resolución 4445 de 1996).

### Condiciones de eficiencia

El privado deberá contar o construir, según sea el caso, una infraestructura en la que sus espacios permitan una prestación del servicio eficiente y un sistema informático que permita acelerar procesos administrativos y la prestación de los servicios a través del manejo de la historia clínica, entre otros. La infraestructura debe cumplir requisitos de habilitación y debe contar con el soporte de sistemas informáticos, tanto de software como de hardware, elementos que deben ser tan

robustos como lo requiera el proyecto y de uso obligatorio bajo un modelo moderno y eficiente de operación hospitalaria.

Adicional a lo anterior, con el fin de mejorar la eficiencia al interior del hospital, es necesario que el privado considere el tema de la logística hospitalaria como un punto clave para las APP. Para el desarrollo de la misma, es necesario tener en cuenta que el contratante y el contratista deben estar totalmente integrados en cuanto a coordinación, para que en verdad la APP sea una herramienta para la prestación de los servicios más eficaz y más eficiente y no, por el contrario, un obstáculo que resulte en la prestación de servicios ineficiente, de mala calidad o incluso en la imposibilidad de prestarlos. Considerando lo anterior, contractualmente se debe dejar claro no solo los servicios a prestar, sino el lugar y la forma, puntos que se deberían determinar de la mano con el operador, quien, de esta forma, podrá aportar desde su experiencia las dificultades que se podrían presentar o proponer una mejor forma de hacer las cosas, de tal manera que las responsabilidades de cada una de las partes tengan una verdadera integración.

Para el desarrollo de la logística hospitalaria es indispensable considerar el tema tecnológico, por lo que, dependiendo de las actividades asignadas al privado y de la caracterización del proyecto, se deberán determinar las exigencias y los estándares con respecto a este tema para el privado.

En general, es indispensable que exista una integración y complementariedad entre los servicios que ofrecen tanto el ente privado como los que retiene el público, teniendo en mente que la asignación de funciones y actividades será resultado del diseño propio de APP. Para esto, se deberán incluir en el contrato estándares claros de prestación de servicios, de gestión hospitalaria, de dotación y de construcción de la infraestructura (según aplique).

Finalmente, con el fin de enfrentar la baja capacidad resolutive se deberá asegurar que el privado cuente con:

- un recurso humano capacitado.
- una infraestructura que le permita prestar los servicios establecidos y contar con la tecnología requerida para los mismos.

Estos puntos se deberán revisar durante el proceso de selección del contratista y posteriormente, se deberá asegurar contractualmente que este cuente durante la vida del proyecto con los recursos mencionados. Es necesario tener en cuenta que los requisitos mencionados no son ajenos a los requisitos técnicos mínimos con los que debe contar el operador para prestar el servicio, ya que entre los requisitos habilitantes se encuentra contar con personal capacitado para proveer el servicio habilitado, así como unas condiciones mínimas de infraestructura y tecnología (entendida como equipamiento) para proveer dicho servicio.

Adicionalmente, no es recomendable entregar la operación de los servicios hospitalarios netamente misionales y clínicos relacionados (como imágenes, laboratorio, consulta externa) de manera fragmentada. Esto es, entregar los servicios misionales de manera separada a diferentes contratistas, ya que en términos de eficiencia, resulta mejor que una única entidad preste la totalidad de los servicios a un conjunto de entidades que presten servicios diferentes que, en algunos casos, pueden resultar siendo servicios complementarios. Esto teniendo en cuenta la alta interdependencia la cual no hace fácil la coordinación entre dos o más entidades independientes. Por tanto, se recomienda que si se decide transferir la operación de estos servicios a un privado,

se haga de manera conjunta, agrupando los servicios misionales y clínicos relacionados en un único paquete de servicios.

### *Condiciones especiales en el contexto de las APP*

A continuación se realiza una evaluación de los factores que se deben tener en cuenta para el desarrollo de APP en el sector salud en Colombia con respecto a las condiciones especiales de operación de los servicios de salud, tales como:

- Recursos humanos en salud,
- Condiciones de infraestructura e
- Insumos, dispositivos, desarrollo tecnológico, dotación, aplicación y desarrollo de tecnologías de información y comunicaciones.

### **Recursos humanos en salud:**

En términos generales, las características y requerimientos del recurso humano en una APP dependerán del tipo de servicios prestados y la naturaleza de las actividades a desarrollar al interior del proyecto (ya bien sean actividades de construcción, mantenimiento, prestación de servicios clínicos misionales o complementarios, administrativas, etc.). La contratación y administración del recurso humano sería responsabilidad del contratista y por lo tanto deberá ser su responsabilidad tener personal capacitado para desarrollar las actividades asignadas en el contrato de APP.

En el caso de prestación de servicios, el contratista deberá contratar el personal idóneo de acuerdo con la complejidad de los servicios para los cuales se encuentra habilitado. Como mínimo se debe requerir el cumplimiento de los lineamientos técnicos existentes y exigibles por parte de la regulación colombiana, con los cuales debe cumplir el prestador para proveer el servicio para el cual se encuentra habilitado. Además de lo anterior, el contratista deberá tener en cuenta las formas de contratación del personal de Colombia que se encuentren acordes con los lineamientos en materia legal – laboral.

De igual forma el privado deberá tener presente los riesgos asociados a las relaciones colectivas de trabajo (sindicatos gremiales, huelgas, negociaciones, etc.) en el sector salud que pueden llegar a afectar la operación normal del proyecto de APP.

Para el caso de zonas dispersas, zonas apartadas o de difícil acceso, los médicos deberán ser de orden familiar con el fin de ampliar la capacidad resolutoria y de la organización. Adicionalmente, deberán tener conocimiento de la cultura local y de las metodologías en medicina utilizadas tradicionalmente por las comunidades indígenas (en los casos que aplique).

Dada la disponibilidad limitada de los especialistas en ciudades intermedias y zonas de mediano desarrollo, donde a los hospitales se les dificulta la consecución del recurso humano especializado, haciéndose altamente costoso, se puede plantear un esquema de contratación similar al del de los hospitales de San Andrés y Providencia (sin incluir las restricciones regionales del sistema de contratación), el cual permite generar un subsidio de operación entre diferentes hospitales.

En los casos en que el ente contratante de la APP sea una ESE y en los cuales se debieran hacer transiciones de la fuerza laboral del régimen público al privado, es necesario revisar el caso particular desde una perspectiva legal-laboral, de tal manera que no se genere una inconformidad masiva por parte de los empleados, que se termine convirtiendo en trabas para el desarrollo de la APP. En ese sentido, se deberá tener en cuenta la modalidad de contratación de los empleados del ente público (empleado público, trabajador público u otros esquemas de contratación) y evaluar las posibles soluciones que le permitan al privado prestar el servicio de la manera más adecuada.

En términos generales, en un esquema de APP el privado buscaría inicialmente vincular personal bajo el régimen privado, lo cual no es contrario a la ley. En estos casos se debe estudiar cuidadosamente las relaciones contractuales que tenga el ente público y las relaciones colectivas de trabajo del mismo, para lo cual se sugiere incorporar mesas de conversación con profesionales legales del área de derecho laboral y representantes del personal médico de régimen público, para establecer medidas o soluciones a posibles problemas que puedan devenir de la transición.

Con base a la caracterización del proyecto, los proponentes deberán estimar el recurso humano requerido para la prestación de servicios y las características del mismo en cuanto a perfiles.

Adicionalmente, resultará necesario incorporar medidas de calidad del personal en el caso de la prestación de servicios médicos. En ese sentido, los indicadores de calidad podrán funcionar como variables de resultado para medir la calidad de la mano de obra (recurso humano) de prestación de servicios.

#### **Condiciones de infraestructura:**

Al momento de seleccionar los servicios a ser prestados por el privado, se deberán considerar aquellos en los que se pueda aprovechar mejor su experiencia, capacidad de gestión y financiación, como por ejemplo: el diseño, la construcción y el mantenimiento de la infraestructura.

Como ha sido común para todos los demás temas, en primera medida es indispensable asegurarse de que el ente que realice estas funciones tenga las capacidades y los recursos para gestionar estas tareas de acuerdo con los estándares requeridos. Una vez se haya realizado la formulación del proyecto y se hayan determinado las tareas asignadas al posible contratista se podrá determinar el musculo financiero requerido para el diseño y/o la construcción (según aplique), de acuerdo con esto, se deberán revisar los estados financieros de los candidatos, en el proceso de selección.

Más allá de eso, es recomendable que siempre estas funciones sean realizadas por privados, ya que son los que cuentan con la experiencia técnica en la materia y adicionalmente tienen el musculo financiero que se requiere, dada la inversión inicial tan alta.

Lo anterior, contando con la compañía permanente del que sería el posterior operador, en caso de que no fuese el mismo ente, con el fin de que la infraestructura verdaderamente se acomode a los servicios que se prestarán en el hospital. En este caso, el operador no constructor ayudará a que la infraestructura sea organizada de tal manera que los espacios físicos se aprovechen al máximo y que al mismo tiempo sean flexibles ante la necesidad de posibles cambios. La entidad pública

deberá entregar requerimientos mínimos sobre el diseño, como por ejemplo identificación de la ubicación de las salas (como por ejemplo: emergencias en el primer piso cerca al área de recepción).

Adicional a lo anterior, se debe considerar el mantenimiento de la infraestructura en los contratos de APP, ya que los estándares de habilitación se encuentran en cambio constante, haciendo dispendiosa la tarea para el que no tiene conocimiento de temas de infraestructura. En ese sentido, si el contratista es responsable por el mantenimiento de la infraestructura y/o la dotación, deberá realizar un plan de mantenimiento anual que contenga los requerimientos mínimos.

Las actividades de monitoreo de indicadores, estándares mínimos y cumplimiento de objetivos del contrato deben encontrarse a cargo de la interventoría del contrato.

Así mismo, es de considerar que los cambios en la tecnología también pueden acarrear necesidades en modificación de la infraestructura. Internacionalmente se han empleado niveles de servicio mínimo esperado y requerimientos técnicos mínimos como incentivo para incorporar algunos cambios tecnológicos al sistema de APP. Aunque existe cierta “libertad” asociada con el diseño y construcción de la infraestructura por parte del contratista, resulta necesario señalar que las instalaciones deben contar con la no objeción de los entes regulatorios y deben converger con los requisitos establecidos por el sector público. En este sentido, los niveles de servicio que funcionan como variables de resultado, podrían llevar al contratante a realizar tareas específicas que involucren mejoras en las instalaciones o en plataformas tecnológicas, para brindar un mejor servicio.

### **Insumos, dispositivos, desarrollo tecnológico, dotación, aplicación y desarrollo de tecnologías de información y comunicaciones:**

Al momento de seleccionar los servicios a ser prestados por el privado, se deberán considerar aquellos en los que se pueda aprovechar mejor su experiencia, capacidad de gestión y financiación, como por ejemplo:

- Mantenimiento y reposición de equipos y mobiliario relacionados con el inmueble
- Soporte técnico, mantenimiento y reposición de equipos y mobiliarios y/o elementos asociados específicos como equipo médico, mobiliario clínico instrumental y equipo informático
- Administración y suministro de insumos generales y específicos

Teniendo en cuenta que tanto los medicamentos como los dispositivos médicos viven en constante transformación es indispensable que el contrato de APP considere dichos posibles cambios al igual que evaluar la necesidad de que los equipos médicos sean provistos por el privado.

A continuación se mencionan los principales tipos de insumos hospitalarios y se hace referencia a la conveniencia de que estos sean provistos o no por privados, no obstante los análisis deben efectuarse bajo las particularidades de cada proyecto:

**Tabla 4. Principales tipos de insumos hospitalarios**

Conveniencia de que estos sean provistos por privados	Sangre y componentes sanguíneos	Bancos de tejidos, de médula ósea y trasplantes de órganos	Medicamentos, insumos y dispositivos médicos
	Bajo la perspectiva moderna, solo los grandes hospitales tienen sus propios bancos de sangre. Aquellos que requieran tener una operación más liviana, pueden perfectamente apoyarse en el privado que suministre estos insumos, de manera segura, confiable y oportuna, en la media de la disponibilidad del mismo.	Los hospitales que tienen habilitado este servicio de trasplantes de órganos, se apoyan para la consecución de los mismos en bancos externos. Se considera que esta actividad se le podría asignar al privado, siempre y cuando cumpla con los estándares que lo habiliten. Esta actividad podría llamar la atención de los privados teniendo en cuenta que podrían proveer no solo al hospital en cuestión, sino a otros.	Los hospitales trabajan con los proveedores en general, quienes son los aliados en el suministro de estos tres ítems, por lo cual se podría considerar que si se le puede pasar esta función al operador privado. Se recomienda que el operador sea quien gerencia la compra, disposición y dispensación de los mismos, por cuanto se tiene el control sobre el proceso que es muy importante dentro del componente de calidad en la prestación del servicio.

Fuente: elaboración propia

Sí el privado va a encargarse de la operación integral del hospital, es apenas razonable y casi necesario que de igual manera gestione todo el componente de insumos ya que allí se puede ganar en eficiencia. En ese sentido, el privado deberá encaminar sus esfuerzos para incorporar dentro de su gestión acciones que estén en línea con la política farmacéutica de la nación.

Uno de los aspectos que debería incorporar el privado en caso de encargarse de la operación integral del hospital, es la adecuación de la oferta farmacéutica a las necesidades particulares de los usuarios. Para ello y como medida inicial, se podría formular una lista medicamentos estratégicos, denominados esenciales. Estos medicamentos esenciales son definidos por la OMS como “aquellos que satisfacen las necesidades de la mayor parte de la población y que por lo tanto deben estar disponibles en todo momento, en cantidades adecuadas, en formas de dosificación apropiadas y a un precio que esté al alcance del individuo y de la comunidad”. Para ello, la OMS posee una lista de medicamentos esenciales que es actualizada cada dos años por un comité de expertos en Uso de Medicamentos Esenciales, que puede ser empleada como punto de referencia.

De igual forma, el privado deberá preocuparse por el desarrollo de las competencias del recurso humano a prestar de manera más eficaz y eficiente el servicio farmacéutico, buscando la actualización continua de conocimientos por parte del personal empleado para la entrega de medicamentos, alineándose con los lineamientos de la política farmacéutica.

Además, el privado deberá disponer de herramientas (sistemas de información) que permitan el fácil control y vigilancia de los medicamentos (inventario, precios de adquisición, etc.). Estos sistemas de información relacionados con los insumos hospitalarios deben encontrarse articulados con los demás sistemas de información que posea el privado para la operación y prestación de servicios.

Un tema adicional a tener en cuenta, que resulta recomendable a la luz de un esquema de APP, es la constitución de una red de suministro de medicamentos por parte del privado. Particularmente se recomienda que el privado gestione su red de suministro de medicamentos a través de algunos de los sistemas de redes de suministro, que pueden ser de entrega directa o sistemas de distribuidor primario. En el primero, los precios de los medicamentos son establecidos mediante una licitación, suministrados directamente a los centros por parte del licitante. En el segundo,

sistema de distribuidor primario, los contratos se negocian directamente con un único vendedor que suministra y distribuye directamente.

Con respecto a la tecnología, resultaría beneficioso incorporar de manera gradual en los contratos APPs condicionamientos asociados con Tecnologías de Información de Salud. Particularmente, deberá ser incorporado Sistemas de Información Hospitalaria (HIS) que deben estar dirigidos a apoyar la toma decisiones del equipo médico y deben permitir traducir la información allí contenida en informes sencillos y compresibles con datos relevantes de práctica. Se sugiere una incorporación gradual ya que la entrada de nuevas tecnologías resulta ser un trabajo complejo, costoso y que toma un tiempo considerable tanto para la instalación y adecuación de las instalaciones, como para la curva de aprendizaje del personal médico.

La inclusión de tecnologías de información de salud adicionales como recetas médicas electrónicas o citas médicas remotas dependerá directamente de las condiciones particulares del contrato, del nivel de complejidad de la demanda a ser atendida y de las necesidades que quieran ser atendidas en dicho contrato de APP. Sin embargo, en cualquier caso se debe contar con unos estándares mínimos para permitir la interoperabilidad entre las diferentes tecnologías de información que fuesen a ser usadas. Estos estándares mínimos de interoperabilidad deberán permitir la alineación de las TIS con los sistemas de información (de gestión, administrativos) de la operación del centro hospitalario, que han sido establecidos por el gobierno de Estados Unidos a través del Healthcare Information Technology Standards Panel (HITSP). Adicional a los estándares mínimos de operatividad, se le debe exigir al privado garantizar la seguridad de los datos de los pacientes, estableciendo herramientas para proteger la información de carácter confidencial. Esas herramientas de protección deben permitir la disponibilidad de la información en el momento que sea necesario, requerir autorizaciones de acuerdo con el profesional que necesite acceder a la misma, garantizar la integridad de la información (que esta no se haya transformado durante su almacenamiento) y debe permitir la auditoría y trazabilidad de la información contenida en dicho sistema.

El Sistema Integral de Gestión Hospitalaria deberá proveer la información que será utilizada por la interventoría para supervisar la ejecución del contrato. Los sistemas de información deberán encontrarse estrechamente relacionados con las tecnologías de información y ser alimentados de la información allí contenida. En otras palabras, será responsabilidad del proveedor de servicios de alimentar los sistemas de información propios con información oportuna, fiable y actualizada para la gestión administrativa, financiera, logística y clínica.

Adicionalmente, el prestador del servicio se verá en la obligación de proveer toda aquella información periódica que requiera el gobierno nacional.

### 5.3. Aspectos financieros

Las entidades contratantes deben ser conscientes de que su capacidad de pago es un aspecto clave para el establecimiento de un mercado estable para las APP en Salud. Por tanto, a continuación se tratan los aspectos relacionados principalmente con las fuentes de recursos, de financiación y las herramientas a ser utilizadas en un contrato bajo la modalidad de APP.

## Fuentes de recursos

En cuanto a los aspectos financieros, resulta importante mencionar las fuentes de recursos en salud para el desarrollo de una APP, dependiendo de la actividad que se realice: infraestructura para la prestación de servicios o prestación de servicios integral considerando la operación clínica<sup>12</sup>. Entre las fuentes de recursos para infraestructura se encuentran i) los recursos propios de las entidades territoriales, ii) otros recursos de las entidades territoriales<sup>13</sup>, iii) las regalías y iv) el Presupuesto General de la Nación (“PGN”). Entre las fuentes para la prestación de servicios se encuentran i) la venta de servicios de salud y ii) los subsidios a la oferta.

**Tabla 5. Fuentes de recursos para el desarrollo de una APP en salud**

Fuentes de Infraestructura	Recursos propios de las entidades territoriales (Constitución Política de 1993, Ley 1483 de 2011)	Regalías (Ley 1530 de 2012)	Presupuesto General de la Nación (Resolución 829 de 2015)
	Estos recursos pueden ser utilizados para la construcción y mantenimiento de la infraestructura pública hospitalaria. Utilizar fuentes de recursos propios que pueden ser obtenidos vía financiación de la Entidad territorial o vía impuestos. Se debe tener en cuenta: i) Cumplir con los indicadores de desempeño fiscal. ii) Declarar los proyectos de importancia estratégica. Si la entidad contratante es una ESE, ésta deberá suscribir un convenio interadministrativo con la Entidad Territorial para garantizar la disponibilidad de los recursos.	Estos recursos podrán ser utilizados para la construcción y mejoramiento de la infraestructura y dotación hospitalaria en los proyectos de APP. Los proyectos deben guardar concordancia con el Plan Nacional de Desarrollo y con los planes de desarrollo de las entidades territoriales Se deberá tener en cuenta la restricción del plazo de vigencias futuras (8 años) para la estructuración financiera del proyecto.	En caso de requerirse y por prioridad del gobierno nacional. Estos recursos podrán ser utilizados para construcción, ampliación, remodelación, reforzamiento estructural o reposición de la infraestructura física o equipamiento en los proyectos de APP. Únicamente para proyectos de cofinanciación (Máximo 70% cofinanciación por el gobierno nacional) Depende de la apropiación de recursos del MSPS. El MSPS deberá priorizar los recursos para los proyectos de APP. La entidad contratante debe suscribir un convenio interadministrativo con el MSPS para poder garantizar la disponibilidad de los recursos provenientes del PGN
	Fuentes de servicios de salud	Venta de servicios de salud (Ley 1122 de 2007)	
Es la fuente de recursos para cubrir los servicios de salud. Se pueden presentar retrasos en los pagos provenientes de los aseguradores. Se recomienda: i) Establecimiento de obligaciones para que las IPS realicen un cobro oportuno y eficaz, utilizando los mecanismos de cobro que permite la ley ii) Analizar la periodicidad en los pagos en el contrato APP iii) Revisión de mecanismos de mitigación como el fondo de pasivos contingentes.			

Fuente: realización propia

<sup>12</sup> De aquí en adelante la referencia “prestación de servicios” se refiere al modelo con operación clínica.

<sup>13</sup> Recursos como las rentas cedidas, los excedentes y saldos de las cuentas maestras del régimen subsidiado de salud y Lotto en línea.

Aparte de las anteriores, existen otras fuentes alternativas<sup>14</sup> de recursos:

**Tabla 6. Fuentes alternativas para el desarrollo de una APP en salud**

Fuentes de Infraestructura	Otros recursos de las entidades territoriales (Ley 1393 de 2010, Ley 1608 de 2013 y Decreto 728 de 2013)	Subsidios a la Oferta (Ley 1122 de 2007 Ley 1438 de 2011)	Explotación comercial
	<p>Estos recursos podrían ser utilizados para la construcción y mantenimiento de la infraestructura hospitalaria en los proyectos de APP.</p> <p>Dada las condicionalidades de los excedentes cuentas maestras y lotto en línea, a priori no es recomendable utilizar estos recursos.</p> <p>Dependerá del proyecto en particular y la entidad territorial relacionada.</p> <p>Si la entidad contratante es una ESE, ésta deberá suscribir un convenio interadministrativo con la Entidad Territorial para garantizar la disponibilidad de los recursos.</p>	<p>Sólo podrán utilizar cuando los servicios del prestador que se identifiquen sean insostenibles y solo se entregan a la Entidad territorial en las condiciones que defina la ley.</p> <p>Estos recursos podrán destinarse a financiar prioritariamente la prestación de servicios en aquellos lugares donde solo el Estado está en capacidad de prestar el servicio de salud en condiciones de eficiencia, es decir que podrían utilizarse en proyectos de APP, siempre y cuando la venta de servicios de salud no cubra la totalidad de los recursos requeridos. Sin embargo, es de considerar que estos recursos no necesariamente son suficientes para cubrir las necesidades.</p> <p>Se recomienda revisar la aplicación del giro de recursos en los casos de necesidad de subsidios a la oferta.</p>	<p>Aprovechamiento comercial de determinadas zonas complementarias del Hospital. Explotación de: locales comerciales, servicio de cafetería y comedor, servicio de parqueaderos, servicios multimedia y otros servicios.</p>

A continuación se presentan las principales conclusiones y recomendaciones respecto a las fuentes de recursos:

1. Frente a los recursos para el componente de la prestación del servicio de salud

De conformidad con lo señalado en el artículo primero de la Ley 1508 de 2012, los mecanismos de pago de las APP deberán estar relacionados con la disponibilidad y el nivel de servicio de la infraestructura y/o servicio, sin embargo, para realizar un contrato de APP en salud se debe tener en cuenta el marco regulatorio del mercado en el cual opera.

En términos generales, debe advertirse que el servicio público de salud funciona mediante un sistema de aseguramiento, en el cual el garante o asegurador es la EPS, ente que afilia a los

<sup>14</sup> Estas fuentes se consideran “alternativas” teniendo en cuenta que las mismas no representan fuentes de recursos fijas, podrían estar o no disponibles y por tanto son consideradas opcionales.

usuarios del sistema y paga a las IPS la remuneración correspondiente a los servicios de salud suministrados.

Los niveles de ingresos provenientes de la demanda en todas las regiones no son los mismos. Es indispensable considerar que existen dos escenarios posibles principales:

- a. Zonas con oferta preexistente: donde los ingresos por venta de servicios en teoría debería alcanzar a cubrir los costos y gastos de operación y permitir que los inversionistas obtengan el retorno esperado.

En estas zonas la principal fuente de ingresos de las IPS y/o ESEs proviene de las EPS por la venta de servicios, el desempeño financiero de las primeras depende en gran medida del flujo de pagos proveniente de los aseguradores.

Frecuentemente se han encontrado algunas EPS que limitan el flujo de recursos, ya que se encuentran en mora con respecto al pago de facturación a las IPS, por lo cual se deberán crear mecanismos contractuales que permitan mitigar este riesgo considerando la periodicidad de los pagos y, en última instancia, fondos de pasivos contingentes, una vez agotados procesos de cobro y los excedentes del proyecto.

Adicionalmente, para un contrato de APP sería necesario que el privado cuente con fuerte capacidad financiera y una eficiente gestión de cobro y recuperación de cartera.

- b. Zonas dispersas y monopolio público: donde los ingresos provenientes de la demanda para algunos servicios pueden ser bajos, sumado a que los costos son más altos dadas las condiciones de infraestructura, geográficas y demográficas, y de monopolio, situaciones en las que muy probablemente los ingresos correspondientes a la operación menos los costos darían pérdida, resultando en una mínima posibilidad de obtener utilidad. Por esta razón se ha establecido la posibilidad de contar con subsidios a la oferta.

En relación con estas zonas no es requisito indispensable la autosostenibilidad de todos los servicios que preste una IPS sino que el Estado podrá proporcionar recursos adicionales para permitir mantener los servicios disponibles. Para este caso, la estructuración financiera de este tipo de APP contemplará necesariamente un componente de ingresos derivados de la venta de servicios y otro componente de aportes estatales para el sostenimiento de ser necesario.

## 2. Frente a los recursos para infraestructura y dotación

La cofinanciación, instrumento que posee la Nación para fomentar la inversión de las entidades territoriales en orden a garantizar sus políticas prioritarias, puede ser utilizada tanto en zonas con oferta preexistente como en zonas dispersas.

Los recursos con destinación específica provienen de la Nación, como es el caso de regalías y los recursos del MSPS.

Para una financiación o una cofinanciación de recursos con la Nación, la entidad territorial puede utilizar los recursos disponibles lo cual deberá estar consignado en sus presupuestos y acorde al Plan Bienal de Inversiones en Salud respectivo.

Así mismo, al desarrollar los proyectos de APP para el desarrollo de la infraestructura pública hospitalaria, no se tendrá la restricción de las vigencias anuales o bianuales, según sea la fuente, para comprometerse vigencias futuras tanto sobre las rentas nacionales como territoriales. Sin embargo, se deberán cumplir las normas específicas de cada fuente de recursos.

Otras recomendaciones generales:

- Es importante mencionar que al igual que los Contratos-Plan, todos los recursos tanto nacionales como de las entidades territoriales pueden gestionarse y consolidarse en el desarrollo de un proyecto de APP en salud, y para tal es importante la utilización de la figura del Patrimonio Autónomo.
- Para zonas dispersas es necesario que se reglamente el mecanismo de asignación de los recursos cuando sea necesario un subsidio a la oferta.
- Se deberá tener en cuenta la restricción del plazo de vigencias futuras para la estructuración financiera del proyecto.

### *Financiación*

Por otro lado, tanto para la financiación de infraestructura, dotación de equipos médicos o la operación de un servicio clínico es necesario considerar fuentes recursos que sean garantizados.

Los contratos de APP que solo incluyen infraestructura suelen financiarse como regularmente se financia un proyecto estándar. Este préstamo garantizado el cual se basa en los flujos de caja netos del proyecto se considera de bajo riesgo, en la medida en que el riesgo operativo sea bajo después de que la construcción se haya completado y que el riesgo de los ingresos consista principalmente en el riesgo de liquidez lo cual esta mitigado vía vigencias futuras. Aun así, algunos acreedores a menudo requieren garantías de pago de una tercera parte con el fin de evitar los riesgos del proyecto en estos contratos simplificados.

En los casos donde sea necesario financiar infraestructura o dotación de equipos médicos y la única fuente de recursos sea la venta de servicios clínicos, es importante resaltar que a nivel de financiación también existen algunos riesgos asociados, tales como: la escasez de fondos y el riesgo de crédito del pagador.

Para el caso de infraestructura en Colombia, las entidades pueden acceder a recursos financieros reembolsables destinados a la financiación de proyectos dentro de las líneas de crédito discrecionalmente abiertas por la Nación en orden a viabilizar sus políticas prioritarias pero que exigen además de parte de las entidades territoriales capacidad de endeudamiento y de pago, lo cual debe ser un requisito para la selección de proyectos. Los recursos para las inversiones en infraestructura pueden ser suministrados por fuentes de financiación tradicionales y de instituciones públicas.

**Tabla 7. Fuentes de financiación tradicionales**

		Roles	Desventajas	Oportunidades
Fuentes de Financiación Tradicionales	Bancos privados locales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Financiamiento inicial de los proyectos con posibilidad de salida luego de la construcción</li> <li>- Compromisos de compra de títulos senior no colocados / creadores de mercado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacidad limitada por la cantidad de proyectos de infraestructura</li> <li>- No desean ser refinanciados</li> <li>- Percepción de altos riesgos</li> <li>- No familiarizados con el sector</li> <li>- Plazos cortos, tasas de interés altas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estandarización Project Finance</li> <li>- Ampliaciones de cupos</li> <li>- Desarrollo de nuevos productos</li> <li>- Trámites más expeditos</li> <li>- Asumen riesgo construcción</li> </ul>
	Inversionistas private equity	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aportes de capital de riesgo (equity)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Experiencia internacional en este tipo de proyectos (solo infraestructura)</li> <li>- Limitado apetito por riesgo</li> <li>- Proceso demorado y costoso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Transacciones piloto</li> <li>- Creación asset class</li> <li>- Productos estandarizados/fungibles</li> <li>- Garantías contra riesgos (Demanda)</li> </ul>
	Multilaterales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Financiamiento de los proyectos a largo plazo con posibilidad de sustitución de los créditos al final del periodo de construcción</li> <li>- Garantías de crédito o compromiso de compra de los títulos junior (subordinados)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participación pequeña dólares</li> <li>- Tiempos de aprobación largos</li> <li>- Disponibilidad de recursos para proyectos en Colombia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intercambio información temprana</li> <li>- Desarrollo productos conjuntos</li> <li>- Tasas de interés bajas</li> </ul>
	Internacionales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aportes de capital de riesgo (equity) y/o tenedores de bonos de deuda en el periodo de operación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desconocimiento parcial del mercado nacional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acercamientos y divulgación</li> <li>- Estructuras en pesos pero cross-border (bono 144 A)</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia

Así mismo, las instituciones financieras del orden público también ofrecen líneas de créditos para proyectos de infraestructura, como es el caso de Findeter.

**Tabla 8. Fuentes de financiación de instituciones públicas**

Fuentes de Financiación de Instituciones Públicas	FINDETER
	<p>En relación con financiamiento con entidades a nivel nacional, la Resolución 327 de 2015 establece los procedimientos, requisitos de viabilidad y el seguimiento de los proyectos de la línea de redescuento con tasa compensada del FINDETER en el Desarrollo Sostenible de las Regiones para el Sector Salud.</p> <p>Podrán ser beneficiados con el redescuento de la tasa compensada: Entidades Territoriales, Instituciones Públicas Prestadoras del Servicio de Salud, Entidades descentralizadas del orden nacional y territorial, Entidades de derecho privado e IPS cuyo proyecto este destinado a financiar o fortalecer los servicios para la inversión con cargo a la línea de redescuento con tasa compensada.</p> <p>La Resolución 327 dicta que quienes presenten los proyectos, estos deben tener como objetivo el mejoramientos de a integralidad, continuidad, oportunidad y resolutiveidad en la atención y, que genere impacto en el mejoramiento de los servicios de salud a la comunidad. Estos deben ser presentados a la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria y, radicarlos en las oficinas del MSPS.</p>

Fuente: Elaboración propia

La conveniencia del uso de las fuentes de financiación dependerá de las particularidades de cada proyecto, de la destinación de los recursos a financiar, de la cantidad de recursos, de los tiempos del proyecto, de la oferta del mercado financiero en su momento y en general del modelo financiero.

## 5.4. Aspectos institucionales

El compromiso institucional de las entidades involucradas es un factor vital para el desarrollo de las APP. Lo anterior supone voluntad política e inversión en recursos humanos capacitados (Juliano, 2005: 10) para lo cual se necesita, a su vez, la aplicación de dos políticas:

- Incrementar las capacidades del sector público para la evaluación y selección de proyectos de inversión pública a ser ejecutados con participación privada.
- Optimizar el proceso de decisión para alcanzar el conocimiento de los beneficios esperables, debido a las limitaciones presupuestarias.

### Competencias de las Entidades del Sector Salud para un APP

A continuación se realiza una definición de competencias de las instituciones acorde a las diferentes etapas de un proyecto de APP:

**Tabla 9. Competencias en el desarrollo de proyectos APP**

	Etapa	Descripción	Cuestiones relevantes	Responsables	Asignación de responsabilidades	
Competencias en el desarrollo de proyectos APP	Identificación del proyecto	Se identifica una brecha entre oferta y demanda de un servicio público (infraestructura y/o la prestación del servicio de salud) y se construye y procesa la idea que sustenta el proyecto	Nivel de servicio a desarrollar	Grupo departamental	Originador del proyecto. Al manejar la rectoría del sistema a nivel regional y manejar el tema de redes de salud, debe validar las necesidades y la priorización.	
			Costo del proyecto Ingresos del proyecto		Realizar estudio de prefactibilidad relacionados con inversión del proyecto, costos asociados para la operación y mantenimiento, estudios de mercado y demanda.	
			Viabilidad económica y social		Realizar el análisis Costo Beneficio del proyecto	
			Apoyo		Cuerpo colegiado a nivel nacional con el apoyo del equipo técnico	En los primeros proyectos a realizar (proyectos piloto), apoyará en la identificación de proyectos
	Evaluación del proyecto	Análisis de riesgos y aplicación de metodología CPP para determinar si el proyecto se debe realizar por APP o por otro modelo de contratación	¿El proyecto debe desarrollarse como APP?	Grupo departamental	Análisis de riesgos	Aplicación de metodología de APP
					Cuerpo colegiado a nivel nacional con el apoyo del equipo técnico	En los primeros proyectos a realizar (proyectos piloto), apoyará en la definición de guías y procedimiento para la selección de proyectos APP.
	Aprobación previa	Aprobación y validación del APP. Se examina la posibilidad presupuestaria de realizar el proyecto bajo modalidad APP	Validación de la APP y aprobación del proyecto	DNP	Aprobación del CPP que justifica la modalidad de contratación	
				Entidades territoriales	Si se cuenta con recursos de las entidades territoriales, validación preliminar del proyecto	
				MSPS	Si es con recursos de cofinanciación, validación preliminar del proyecto	

	Etapa	Descripción	Cuestiones relevantes	Responsables	Asignación de responsabilidades
Competencias en el desarrollo de proyectos APP	Diseño y estructuración	En caso de que proceda la validación presupuestaria, debe diseñarse la concesión en aspectos de legales, técnicos y financieros	Análisis de condiciones tecnológicas, económicas, financieras, legales y regulatorias que debe desarrollarse en un contrato APP	Grupo departamental	Será el líder y gerente del proyecto de estructuración. Deberá contar con un equipo especializado para el proyecto.
				Entidad Contratante	Será parte del comité de estructuración para coordinar la posterior licitación, adjudicación y supervisión del proyecto.
				Cuerpo colegiado a nivel nacional con el apoyo del equipo técnico	En los primeros proyectos a realizar (proyectos piloto), será parte del Comité de Seguimiento del proyecto en estructuración. Apoyo en el desarrollo de contratos estándar.
				MSPS	Si hay recursos de cofinanciación, participará en el comité de seguimiento del proyecto en estructuración.
Competencias en el desarrollo de proyectos APP	Aprobación final	Aprobación y validación del APP. Se examina la posibilidad presupuestaria de realizar el proyecto bajo modalidad APP	Validación de la APP y aprobación del proyecto	Entidades territoriales	Aprobación de recursos Registro en el RUAPP.
				MSPS	Aprobación de recursos
				MHCP	Aprobación del plan de aportes al fondo de contingencias contractuales.
Competencias en el desarrollo de proyectos APP	Licitación y adjudicación	Una vez completado el diseño, procede la licitación y promoción del APP en el mercado nacional e internacional	Proceso de licitación Definición de tipo de operadores y/o desarrolladores	Entidad Contratante	Licitación, promoción y adjudicación del proyecto.
				Cuerpo colegiado a nivel nacional con el apoyo del equipo técnico	Apoyo a la promoción del proyecto
	Seguimiento por parte del MSPS	Realizar seguimiento a los indicadores de servicio con los que se puedan realizar comparaciones entre hospitales de tipo tradicional con hospitales APP. En caso de cofinanciación, hacer seguimiento a metas propuestas en el contrato.	¿Cómo debe regularse el APP, en términos de nivel de servicio, para lograr el mayor valor del mismo para el usuario final de los servicios del proyecto?	Entidad Contratante	Realizar las funciones de supervisión del proyecto. Mantener informado al MSPS y al grupo departamental del cumplimiento de indicadores de la APP. Mantener al DNP al tanto de la información del proyecto y de las modificaciones realizadas.
Cuerpo colegiado a nivel nacional con el apoyo del equipo técnico				Mantener actualizada una base de datos con la información del proyecto, incluyendo fichas del proyecto, los contratos firmados, modificaciones. Esta base de datos debe ser pública para garantizar la transparencia.	

Fuente: Elaboración propia

## 5.5. Aspectos legales y regulatorios que deben ser tenidos en cuenta para el desarrollo de una APP en el sector salud

El objeto de la asesoría no fue el de realizar un estudio de todos los componentes del SGSSS sino solo de aquellos que eran relevantes para estructurar una APP, según los criterios definidos en la Ley 1508 de 2012. Así, de conformidad con lo establecido en el estatuto legal mencionado, para que exista una Asociación Público Privada es necesario que:

1. La vinculación de capital privado debe ser superior a 6.000 SMMLV para la provisión de bienes públicos y de sus servicios relacionados;
2. La APP debe materializarse mediante la suscripción de un contrato entre una entidad estatal y una persona natural o jurídica de derecho privado;
3. La actividad del contratista se retribuya con el derecho a: (i) explotar económicamente esa infraestructura y/o la prestación del servicio, o (ii) con aportes del Estado cuando la naturaleza del proyecto lo requiera;
4. Los mecanismos de pago están sujetos a la disponibilidad y niveles de servicio de la infraestructura, e indicadores de calidad de la prestación del servicio público encargada;
5. Los recursos deben administrarse a través de un patrimonio autónomo;
6. Las partes realicen una asignación de los riesgos de acuerdo con la capacidad que cada una de ellas tiene para mitigarlos y controlar su concreción;
7. La interventoría del contrato esté a cargo de un tercero independiente;
8. La etapa precontractual y contractual se rija por lo establecido en el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública.

Así, teniendo en cuenta los criterios señalados en precedencia, es dable concluir lo siguiente:

- (i) Hay al menos tres (3) formas en las que el privado puede realizar inversiones en el sector salud mediante un esquema de APP, a saber: (i) a través del diseño y construcción o construcción de una nueva infraestructura hospitalaria, (ii) a través de la reparación o mejoramiento o equipamiento de la infraestructura hospitalaria existente, o (iii) a través de la combinación de alguna de las anteriores alternativas con la prestación del servicio público de salud. En todo caso, en los modelos señalados siempre debe existir la obligación de operar y mantener la infraestructura.

Lo anterior se deriva de lo establecido por el artículo 3 de la Ley 1508 de 2012, según el cual: “[l]a presente ley es aplicable a todos aquellos contratos en los cuales las entidades estatales encarguen a un inversionista privado el diseño y construcción de una infraestructura y sus servicios asociados, o su construcción, reparación, mejoramiento o equipamiento, actividades todas estas que deberán involucrar la operación y mantenimiento de dicha infraestructura. También podrán versar sobre infraestructura para la prestación de servicios públicos.”

- (ii) Por otro lado, tal como se expuso en precedencia, para la realización de una APP es necesario que las partes que concurren a la celebración de los instrumentos contractuales detentan la naturaleza jurídica de ser: (i) un ente público como contratante, y (ii) una persona natural o jurídica de derecho privado como contratista. Por tal razón, a efectos de desarrollar una APP en el sector salud, se han identificado los siguientes actores:

#### **1. Parte Pública:**

Las entidades que detentan la capacidad para ser contratantes en los modelos de APP del sector salud son las siguientes, a saber:

- a. Las ESE podrán ser parte pública de una APP por expresa disposición del artículo 28 de la Ley 1508 de 2012. Así, de conformidad con lo establecido por el inciso tercero

del artículo 3 de la Ley 1508 de 2012, cuando ello ocurra las ESE deberán regirse por las disposiciones contenidas en la Ley 1508 de 2012, la Ley 80 de 1993, la Ley 1150 de 2007, y todas las normas imperativas de contratación estatal.

Igualmente, se debe tener en cuenta que cuando las ESE sean la parte pública de una APP y esta incluya la prestación de servicios de salud, dichas entidades:

- No podrán tener más personal relacionado con la prestación de servicios de salud otorgados en la APP, fuera del requerido para dirigir la entidad y supervisar el cumplimiento del contrato, pues de lo contrario no se podría encargar la prestación del servicio público de salud, lo cual se deduce del artículo 59 de la Ley 1438 de 2011 y de la interpretación que la Corte Constitucional hizo de dicha norma en la sentencia C-171 de 2012.
  - Deberán habilitar los servicios de salud.
  - Deben evitar la intermediación laboral.
- b. Las entidades territoriales podrán ser parte pública de una APP. Aun cuando las entidades territoriales no pueden prestar el servicio público de salud de manera directa, éstas podrán establecer en los instrumentos contractuales derivados de APP que tengan como objeto desarrollar las labores contenidas en los modelos DBOMT o “X”OMT, que la infraestructura será entregada al contratista para que éste preste los servicios de salud, para lo cual podrán incluso exigir el cumplimiento de niveles de servicio.

Para esta consultoría es jurídicamente viable que los Entes Territoriales suscriban contratos derivados de esquemas de APP que tengan por objeto el desarrollo de un modelo integral por las siguientes razones:

- Los Entes Territoriales pueden estipular que el inversionista privado a quien se le entregue la infraestructura hospitalaria sea quien la explote para la prestación de los servicios de salud.
- Las entidades territoriales con fundamento en la autonomía de la voluntad pueden pactar que el inversionista privado preste los servicios de salud en los contratos que se deriven de esquemas de APP.
- El artículo 31 de la Ley 1122 de 2007 no prohíbe que el inversionista privado sea quien preste los servicios de salud en los contratos derivados de un modelo integral de APP.

Por tal motivo, cuando un Ente Territorial suscriba contratos bajo esquemas de APP que tengan como objeto el desarrollo de un modelo integral, el inversionista tendrá la naturaleza de ser un Prestador de Servicios de Salud de carácter privado o mixto y, por ende, éste es quien debe habilitar los servicios y cumplir con las disposiciones del SOGCS.

## 2. Parte privada:

Sólo las personas naturales o jurídicas de derecho privado (lo que excluye los consorcios y las uniones temporales) tienen la capacidad para suscribir, en calidad de contratista, los acuerdos de voluntades que se deriven de modelos de APP.

Las características y capacidades de esas personas naturales o jurídicas que suscriban los contratos que deriven de esquemas de APP dependerán en cada caso del modelo seleccionado. Así, es posible identificar al menos tres tipos de contratistas con los cuales se podría suscribir un contrato que se derive de una APP, a saber:

**Tabla 10. Tipos de contratistas**

Un desarrollador de la infraestructura hospitalaria	En los contratos cuyo objeto sea adelantar únicamente las labores contenidas en los modelos DBOMT o "X"OMT, el inversionista podrá ser una persona natural o jurídica de derecho privado que cumpla con requisitos de experiencia técnica y profesional en el diseño, construcción, rehabilitación, mantenimiento y operación de infraestructura, así como la capacidad técnica, organizacional y financiera para el adecuado desarrollo del proyecto.  Este contratista puede ser contratado en proyectos de APP que sean estructurados tanto por las ESE como por las Entidades Territoriales.
Un operador del servicio de salud	Es posible suscribir el contrato con un Prestador de Servicios de Salud que cumpla con requisitos de experiencia técnica y profesional, así como la capacidad técnica, organizacional y financiera para la adecuada prestación de los servicios. En todo caso, dado que el contrato siempre deberá entregar la infraestructura, el prestador del servicio de salud deberá estar en capacidad para construir, reparar o rehabilitar dicha infraestructura, ya sea directamente o través de la subcontratación de dichas labores por medio de un contrato de "Engineering, Procurement and Construction" (EPC) en los términos anteriormente señalados.  Esta forma de vinculación funciona tanto para las ESE como para las Entidades Territoriales. Sin embargo, se debe tener en cuenta que, tal como se expuso en precedencia, en el caso de las ESE el contratista privado no estará habilitado. A contrario sensu, en el evento en que el contratante sea un Ente Territorial será el contratista quien habilite los servicios
Un desarrollador de modelo integral	En aquellos contratos que tengan como objeto las labores resultantes de una combinación entre el modelo DBOMT o el modelo "X"OMT y la prestación de los servicios de salud, la persona de derecho privado podrá ser una sociedad que se constituya exclusivamente para el desarrollo del proyecto. Dicha sociedad será la encargada de contratar al prestador de servicios de salud (IPS privada o mixta que deberá habilitarse) y/o al constructor, de acuerdo con el objeto contratado bajo el esquema de APP.  En todo caso es preciso señalar que esta forma de vinculación de la parte privada solo es viable cuando las Entidades Territoriales actúen como la parte contratante. Las ESE, en principio, no podrían permitir que su contratista subcontrate a un tercero por cuanto la intermediación que existiría entre la sociedad contratista y el tercero que preste los servicios está catalogada por la Superintendencia Nacional de Salud en la Circular 66 de 2010 como una práctica insegura no autorizada.

Fuente: Elaboración propia

- (iii) La retribución al contratista podrá realizarse mediante la explotación del servicio de salud por medio de la venta de servicios médicos, y/o mediante la explotación comercial de la infraestructura (parqueaderos, cafetería, etc.) cuando las condiciones de mercado lo permitan.

Por otro lado, en relación con las actividades de desarrollo y rehabilitación de infraestructura, o en la prestación de servicios en zonas de subsidio a la oferta, se podrá realizar mediante recursos de vigencias futuras de fuentes nacionales y territoriales.

Por último, la retribución recibida por el contratista para remunerar las actividades de infraestructura y de prestación de servicios de salud, podrá ser variable dependiendo del cumplimiento de la disponibilidad de la infraestructura y del cumplimiento de niveles de servicio.

**Figura 11. Retribución – Términos generales**

**Términos generales de la retribución**

La retribución al contratista podrá realizarse mediante la explotación del servicio de salud por medio de la venta de servicios médicos, y/o mediante la explotación comercial de la infraestructura (parqueaderos, cafetería, etc.) cuando las condiciones de mercado lo permitan.

La retribución al contratista en relación con las actividades de desarrollo y rehabilitación de infraestructura, o en la prestación de servicios en zonas de subsidio a la oferta, se podrá realizar mediante recursos de vigencias futuras de fuentes nacionales y territoriales.

Las Leyes 819 de 2003 (ordinarias) y 1483 de 2011 (extraordinarias) autorizaron a las entidades territoriales la asunción de obligaciones que afecten presupuestos de vigencias futuras para la ejecución de proyectos de salud, permitiendo así el desarrollo de contratos con mayores dimensiones técnicas que podrán desarrollarse con cargo a obligaciones crediticias con un horizonte temporal mayor. Para el desarrollo de contratos bajo el esquema de APP, se considera que, por ser estos de carácter estratégico, las vigencias futuras a comprometer muy probablemente serán extraordinarias.

Debe aclararse que el gobierno del ente territorial sólo podrá comprometer vigencias futuras más allá de su período de duración, cuandoquiera que el proyecto al cual se destinen dichos recursos sea declarado de importancia estratégica. Igualmente sólo podrán aprobarse vigencias futuras en el último año del gobernador o alcalde cuando haya cofinanciación total o mayoritaria de la Nación, o cuando se emplee la última doceava del Sistema General de Participaciones.

En todo caso, el artículo 27 de la Ley 1508 de 2012, estableció unos requisitos adicionales frente a los comprendidos en la Ley 1483 de 2011 para aquellos contratos que requieran vigencias futuras suscritas en el marco de esquemas de APP.

- La entidad debe cumplir con los límites de gasto y deuda, así como la aprobación de riesgos y pasivos contingentes.
- Deberá siempre identificarse la fuente de financiación del contrato sobre la cual se aprobarán vigencias futuras.
- Los proyectos deben estar en consonancia con los planes de desarrollo territorial.
- Cuando se comprometan vigencias futuras territoriales, no se podrá celebrar el contrato durante el último año de gobierno del gobernador y alcalde.
- Los contratos deberán registrarse ante el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, y reportarse en Formulario Único Territorial y en el Registro Único de Asociación Público Privada.

En virtud del artículo 94 de la Ley 1530 de 2012, en materia de regalías los compromisos de vigencias futuras "[n]o podrán expedirse para periodos superiores a 4 bianualidades que deberá corresponder al plazo máximo de ejecución de los proyectos de inversión", razón por la cual los recursos que tengan este origen no podrán comprometerse por un período superior y cuando se utilicen los proyectos no podrán tener un plazo mayor a ocho (8) años.

La retribución recibida por el contratista para remunerar las actividades de infraestructura y de prestación de servicios de salud, podrá ser variable dependiendo del cumplimiento de la disponibilidad de la infraestructura y del cumplimiento de niveles de servicio.

Fuente: elaboración propia

- (iv) Tal como lo señala el artículo 3 de la Ley 1508 de 2012 el régimen jurídico del contrato suscrito bajo modalidad de APP, independientemente de la entidad contratante, será el previsto en la Ley 1508 de 2012, la Ley 80 de 1993, la Ley 1150 de 2007, y su normativa reglamentaria.
- (v) Aunado a lo expuesto en precedencia, se deberá tener en cuenta los siguientes requisitos al momento de estructurar una APP en el sector salud, veamos:

**Figura 12. Retribución – Herramientas**

### Herramientas utilizadas en los contratos APP

- La selección del contratista se realizará mediante licitación pública cuando el proyecto sea de iniciativa pública (artículo 9 de la Ley 1508 de 2012), o el proyecto sea de iniciativa privada y requiera el desembolso de recursos públicos (artículo 17 de la Ley 1508 de 2012).
- La selección del contratista se realizará mediante contratación directa si el proyecto de iniciativa privada no requiere desembolso de recursos públicos y no hay más interesados distintos del originador (artículo 19 de la Ley 1508 de 2012). Si en un proyecto de iniciativa privada que no requiere desembolso de recursos públicos, hay más interesados distintos al originador, el contratista se seleccionará mediante selección abreviada con precalificación.
- El contrato suscrito bajo esquema de APP deberá incluir cláusulas excepcionales al derecho común (artículo 22 de la Ley 1508 de 2012).
- De conformidad con lo señalado en el artículo 24 de la Ley 1508 de 2012, los recursos se deberán administrar y canalizar a través de un patrimonio autónomo. En el patrimonio autónomo debe constituirse, como mínimo, una subcuenta donde serán administrados los recursos con los que se remunerará al contratista por el cumplimiento de sus obligaciones relacionadas con la infraestructura hospitalaria. En caso de tratarse de un contrato que conlleve, dentro de sus obligaciones, la prestación de servicios de salud, deberá constituirse una segunda subcuenta en el patrimonio autónomo para la administración de los recursos destinados a la remuneración de la prestación de servicios clínicos.
- De conformidad con lo señalado en el artículo 1 de la Ley 1508 de 2012, los mecanismos de pago de las APP deberán estar relacionados con la disponibilidad y el nivel de servicio de la infraestructura y/o de la prestación del servicio.
- De conformidad con el artículo 4 de la Ley 1508 de 2012, el contrato deberá incluir una debida asignación y distribución de riesgos, para lo cual la entidad contratante (independientemente de si es una ESE o un ente territorial), deberá aprovisionar recursos en el Fondo de Pasivos Contingentes en caso que se estipulen los mismos contractualmente o establecer subcuentas en el patrimonio autónomo para el pago de imprevistos.

El parágrafo único del artículo 37 del Decreto 1467 de 2012, el cual reglamentó la Ley 1508 de 2012, habilitó a las entidades estatales, incluyendo las ESE, para que al momento de estructurar proyectos de APP realicen la valoración de pasivos contingentes de los que trata la Ley 448 de 1998. En este sentido, las Entidades Territoriales o las ESE se encuentran facultadas por el artículo 37 anteriormente señalado para realizar aportes al Fondo de Contingencias Contractuales cuando suscriban contratos derivados de esquemas de APP que incorporen obligaciones contingentes a cargo de las entidades estatales.

- De conformidad con lo señalado en el artículo 33 de la Ley 1508, el contrato bajo modalidad de APP deberá tener una interventoría independiente técnica, jurídica y financiera encargada de verificar la observancia de las obligaciones contractuales por parte del contratista. Los recursos para el pago de la interventoría, contratada por la entidad estatal para realizar el seguimiento del contrato bajo modalidad de APP, podrán ser aportados por el contratista, y deberán ser depositados en una subcuenta independiente del patrimonio autónomo con destinación específica.

Fuente: elaboración propia

## 6. Actividades a ser desarrolladas por parte del privado y del público bajo una APP y los modelos propuestos

Teniendo en cuenta los aspectos mencionados en la sección de aspectos técnicos, financieros, legales e institucionales, se proponen una serie de actividades para realizar una Iniciativa Pública y podrían ser implementados directamente por las entidades contratantes (ya bien sean entes territoriales o las ESE) y los contratistas<sup>15</sup>, a efectos de que el Estado garantice el cumplimiento de sus objetivos estatales a través de una adecuada infraestructura hospitalaria como de una oferta eficiente de servicios públicos en salud.

Estas actividades propuestas son de carácter precontractual y contractual y deberán ser realizadas o por la entidad contratante o por el contratista seleccionado para el desarrollo del proyecto.



Fuente: realización propia

### 6.1. Actividades precontractuales

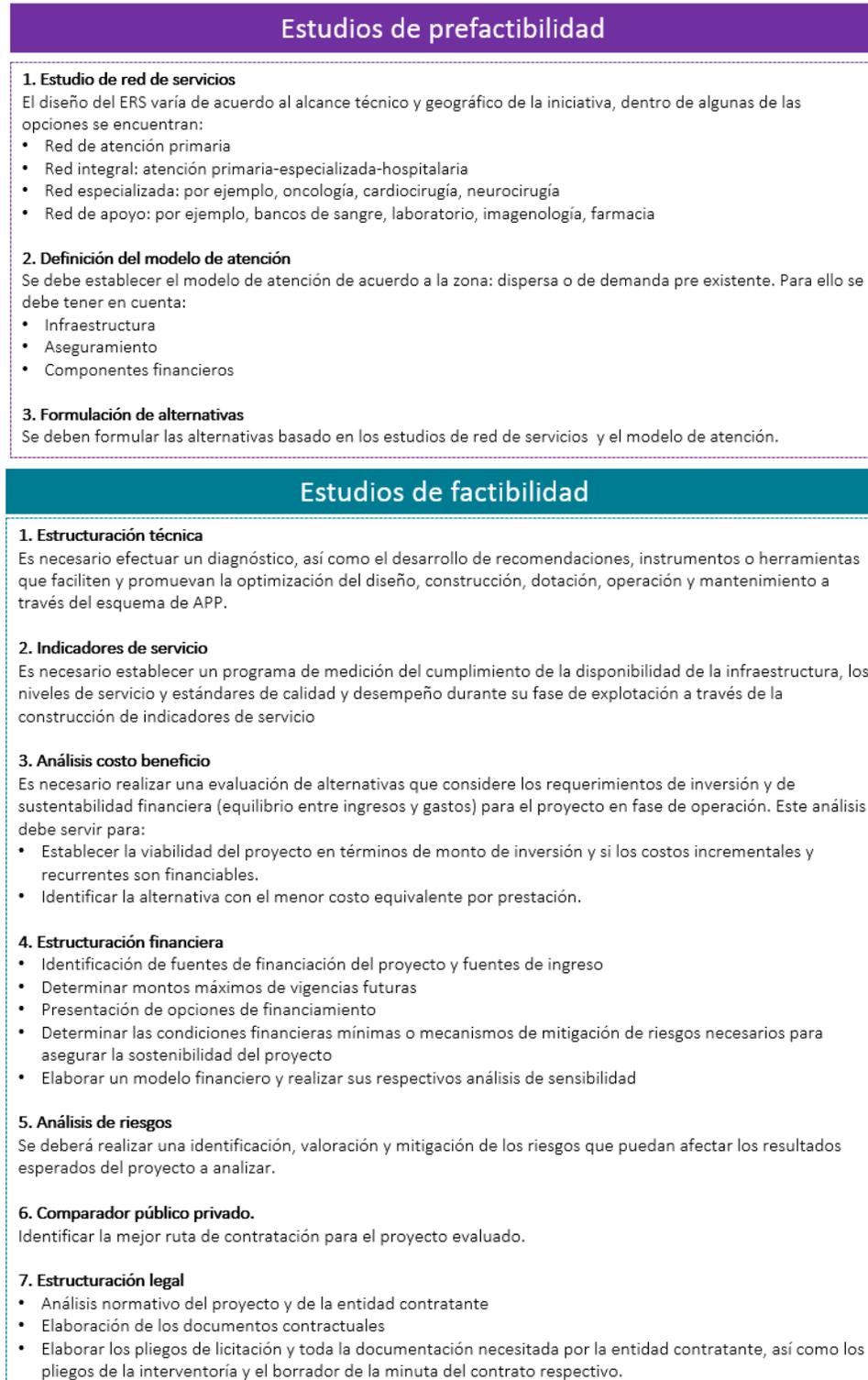
A continuación se relacionan las principales actividades que debería asumir la entidad contratante en la etapa de preparación del proyecto a desarrollar:

- Estudio de prefactibilidad
- Estudio de factibilidad

Es de considerar que las actividades que se mencionan a continuación se basan en la Guía para la contratación de proyectos de inversión en hospitales, de la División de Protección Social y Salud del Banco Interamericano de Desarrollo y a la experiencia en proyectos de APP en salud a nivel internacional, mas no se limitan estrictamente a ellas, siempre contando con el aporte propio de la presente consultoría.

<sup>15</sup> Las actividades a realizar por parte del contratista inician en la etapa contractual de la APP.

**Figura 15. Actividades a desarrollar por el público en la etapa precontractual de una APP**

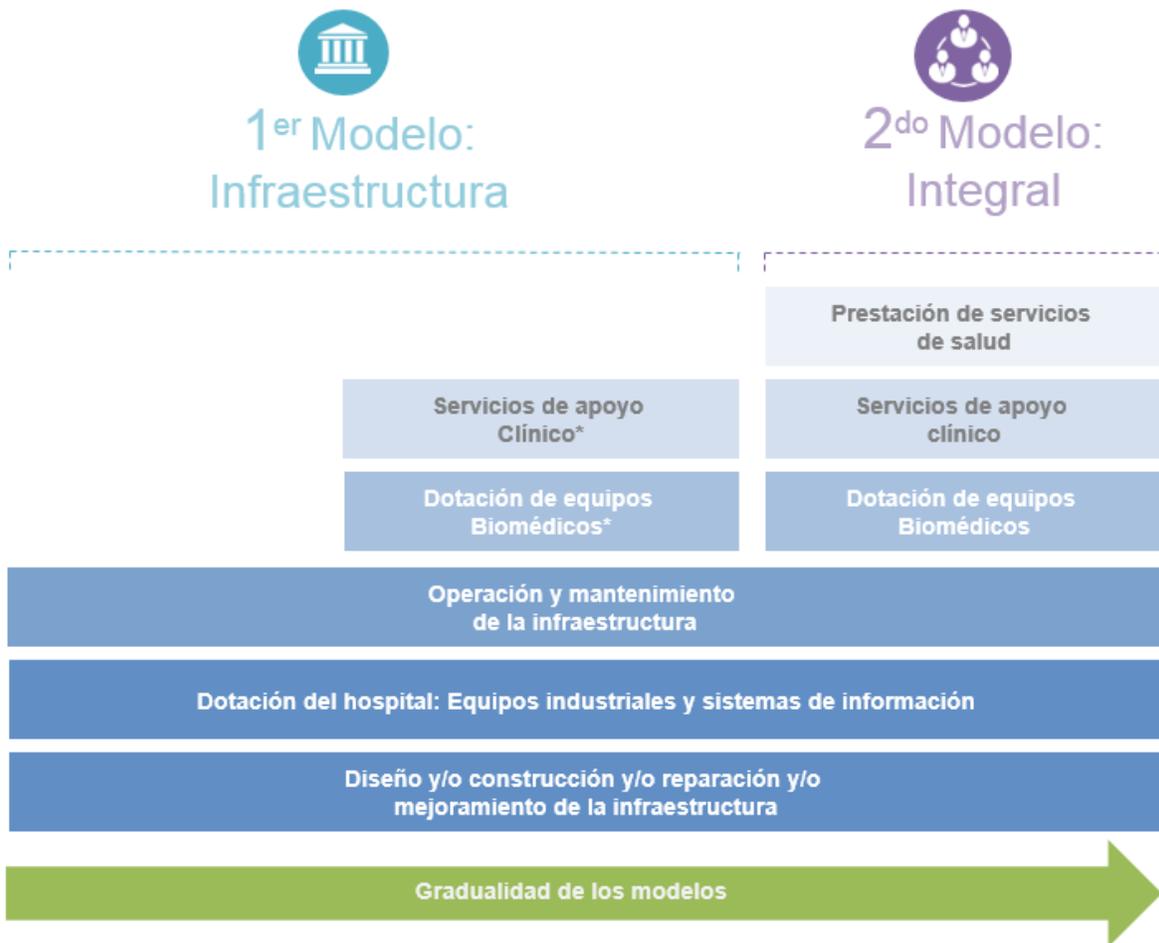


Fuente: realización propia

## 6.2. Modelos de APP propuestos

Como resultado de las actividades precontractuales, se pueden generar proyectos de diferentes niveles de complejidad a ser desarrollados bajo APP. Dadas las diferentes combinaciones de alternativas, es de aclarar que la presente sección no pretende limitar los tipos de proyectos, más allá de lo establecido en la ley; sin embargo, para efectos de este estudio y con el fin de simplificar su análisis, se establecen dos modelos principales (de Infraestructura e Integral).

**Figura 16. Gradualidad de los modelos**



\* Estos servicios adicionales dependerán de la estructuración de cada proyecto y sus particularidades

Fuente: elaboración propia

## 6.2.1. Modelo 1 - Infraestructura

### 1. Esquema del modelo de APP

El modelo de APP en infraestructura plantea un contrato de concesión DBOMT (por las iniciales en inglés de Diseño, Construcción, Operación, Mantenimiento y Transferencia), en el cual el Inversionista Privado es responsable de:

- El diseño, la construcción y/o mejoramiento y/o reparación de la infraestructura y su operación y mantenimiento durante el periodo del Contrato bajo la modalidad de APP.
- La dotación hospitalaria y su mantenimiento durante el periodo del Contrato bajo la modalidad de APP.

Dependiendo del proyecto específico se podrá incluir:

- La operación de servicios de apoyo no clínico y explotación de áreas comerciales durante el periodo del Contrato bajo la modalidad de APP.
- Adquisición inicial del equipo biomédico básico para la provisión de los servicios de salud

Las actividades mínimas a realizar una vez se haya adjudicado el proyecto, se encuentran divididas en dos fases: fase preoperativa y fase de operación y mantenimiento.

**Figura 17. Tipos de actividades a realizar en el Modelo 1.**

Fase preoperativa	Fase de operación y mantenimiento
<p>Se deben realizar actividades asociadas a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudios técnicos.</li> <li>• Construcción y/o mejoramiento (modernización, ampliación, reconstrucción) y/o reparación de la infraestructura.</li> <li>• Dotación de equipos industriales y biomédicos</li> <li>• Marcha blanca.</li> </ul>	<p>Se deben realizar actividades asociadas a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantenimiento de la infraestructura, equipos industriales y equipos biomédicos.</li> <li>• Operación de la infraestructura.</li> <li>• Explotación de áreas comerciales</li> </ul>

Fuente: realización propia

## 2. Actores

De manera general los actores involucrados en el modelo de APP son:

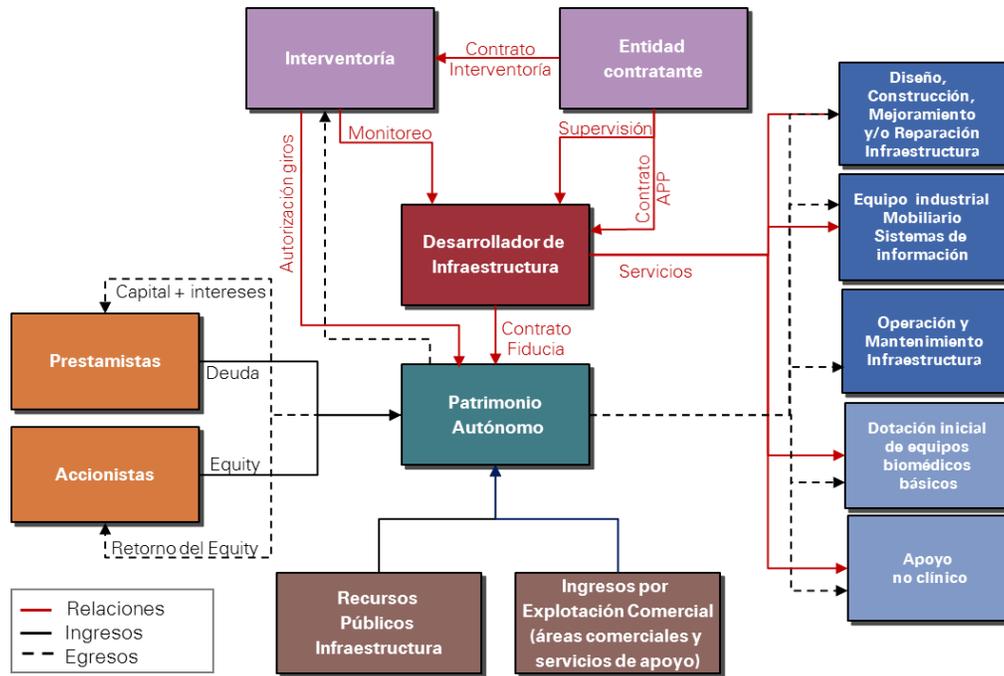
**Tabla 13. Actores Modelo APP Infraestructura**

Actor	Función
<b>Entidad contratante</b>	Suscribe el contrato de APP y el contrato de Interventoría. Tiene a su cargo realizar la supervisión del contrato de APP. Realizar todos los actos administrativos para garantizar que la infraestructura y sus servicios conexos estén coordinados y sean utilizados de buena manera con los servicios para la prestación del servicio de salud.
<b>Interventor</b>	Suscribe un contrato con la entidad contratante. Tiene a su cargo realizar el seguimiento y monitoreo del contrato de APP. Aprueba los giros de los recursos y realiza si es del caso las deducciones por fallas en la prestación del servicio.
<b>Inversionista privado</b>	Suscribe el contrato de APP con la entidad contratante. Persona jurídica que tendrá a cargo el desarrollo del contrato APP, tendrá a su cargo la conformación de una Sociedad de Propósito Especifico (SPV por sus siglas en inglés) para el proyecto. El SPV podrá desarrollar el cumplimiento de sus obligaciones contractuales de manera directa o a través de terceros, para lo cual podrá realizar subcontratos los cuales deberán ser informados a la entidad contratante.
<b>Accionistas</b>	Son los accionistas del SPV. Tienen a su cargo entregar los recursos de equity para el proyecto acorde con el contrato de APP y los que fueran necesarios para cumplir con las obligaciones contractuales.
<b>Prestamistas</b>	Son los prestamistas del proyecto. Tienen a su cargo entregar los recursos de deuda que fueran necesarios para cumplir con las obligaciones contractuales.
<b>Entidad territorial</b>	La entidad territorial tiene a su cargo conseguir los recursos para el proyecto de infraestructura a través de sus fuentes de recursos y gestionando, si fuera del caso, la cofinanciación con el MSPS.
<b>Patrimonio autónomo</b>	Administra todos los recursos y aportes que ingresan durante el contrato. El patrimonio Autónomo es manejado a través de una fiduciaria que es seleccionada por el Inversionista privado.

Fuente: Elaboración propia

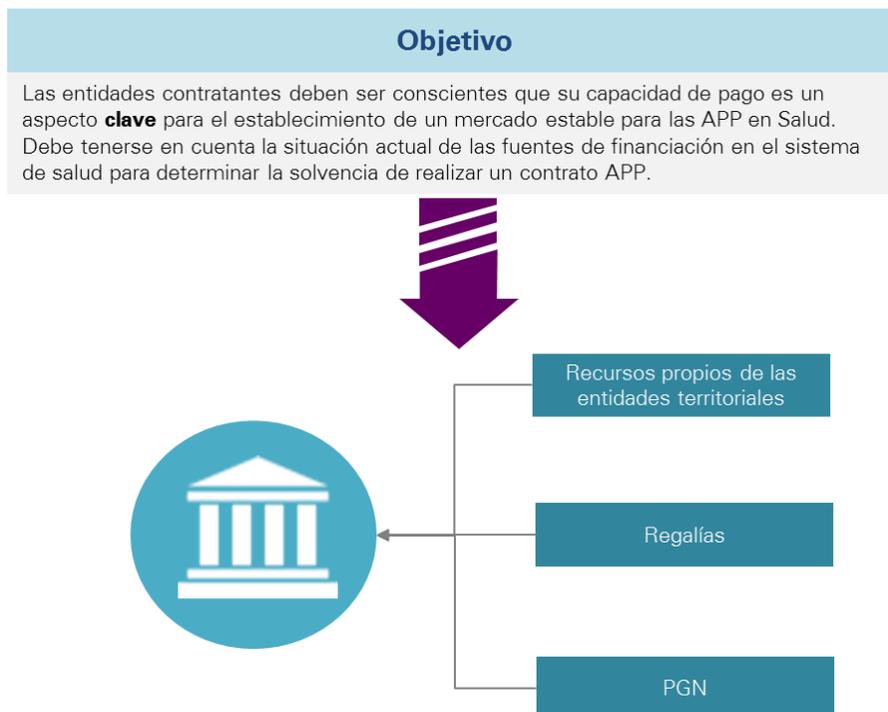
### 3. Descripción gráfica del esquema

Figura 18. Modelo APP Infraestructura



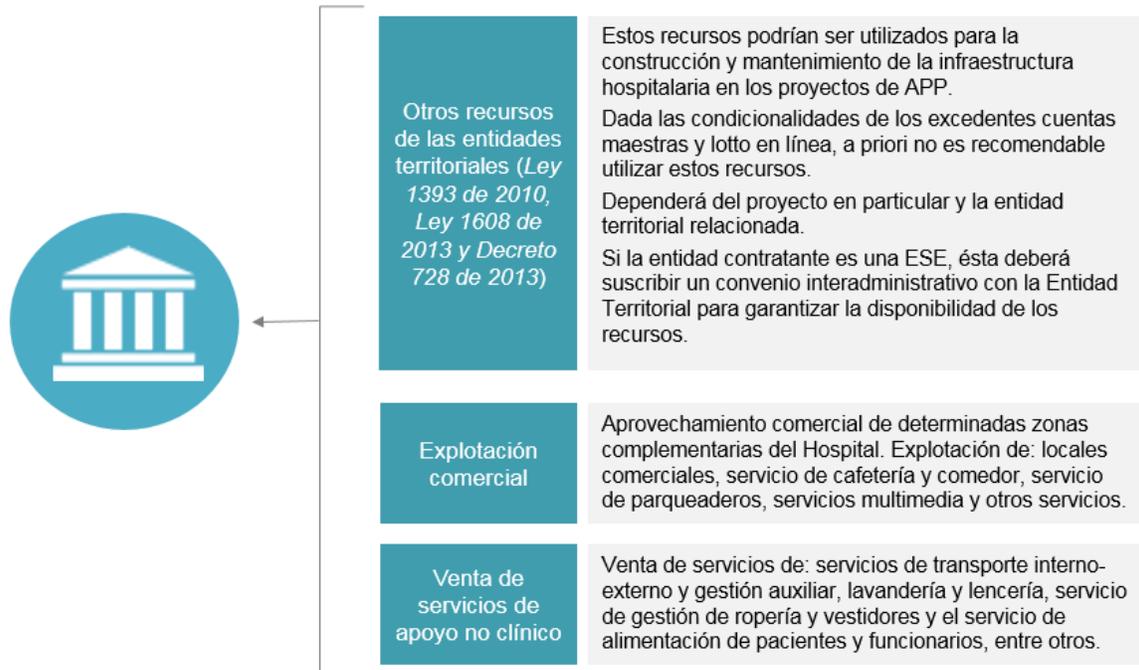
Fuente: Elaboración propia

### 4. Fuentes de recursos



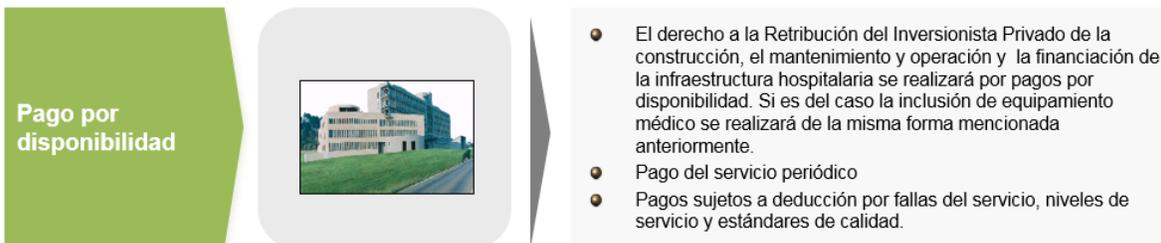
Fuente: Elaboración propia

Fuentes alternativas:



Fuente: Elaboración propia

5. Mecanismos de pago



$$PNR_i = PR_i - DFS_i$$

$PNR_i$  = Pago neto por retribución del inversionista en el periodo  $i$   
 $PR_i$  = Pago por retribución al inversionista en el periodo  $i$   
 $DFS_i$  = Monto total de deducciones generadas por Fallas de Servicios en el periodo  $i$

Para definir los tipos de indicadores específicos para realizar las deducciones, esto dependerá de cada proyecto a realizar y de la estructuración que se lleve a cabo. Para lo anterior, se deberá tener en cuenta la guía del DNP<sup>16</sup> adaptadas a las condiciones vigentes al momento de realizar la estructuración del proyecto.

<sup>16</sup> Guía para la aplicación de los lineamientos de medición de los niveles de servicio y estándares de calidad para los proyectos de infraestructura de salud que se desarrollen bajo el esquema de Asociación Público Privada del DNP.

## 6. Uso del Patrimonio Autónomo

El Patrimonio Autónomo será el centro de imputación contable del Proyecto y por lo tanto todos los hechos económicos del Proyecto serán contabilizados en dicho Patrimonio. El Patrimonio Autónomo deberá tener al menos las siguientes cuentas principales:

1. Cuenta Proyecto: Cuenta para el manejo de los recursos que sean necesarios para cumplir con las obligaciones contractuales y para el correcto funcionamiento. Desde esta cuenta se realizan, entre otros, los pagos a subcontratistas, pagos administrativos y funcionamiento, pagos para interventoría y supervisión, pagos tributarios, retribución a los financiadores, y la retribución a los accionistas.
2. Cuenta Entidad Contratante: Cuenta de manejo de recursos la entidad contratante exclusivos para el proyecto y donde el privado no tiene injerencia. En esta cuenta se deberán manejar las siguientes subcuentas:

**Tabla 14. Subcuentas Cuenta Entidad Contratante**

Subcuenta	Descripción
<b>Aportes Infraestructura</b>	<p>La Subcuenta de Aportes Infraestructura de la Cuenta Entidad Contratante se fondeará con las fuentes recursos públicos (principalmente de recursos propios de las entidades territoriales y recursos de regalías), los cuales serán determinados en la estructuración financiera del proyecto.</p> <p>El Interventor realiza las verificaciones respectivas y autoriza el giro de los recursos a la cuenta proyecto por la retribución al inversionista y/o realiza las deducciones a que haya lugar. En el caso de presentarse deducciones el valor correspondiente deberá ser trasladado por la Fiduciaria –de la Subcuenta Aportes Infraestructura a la Subcuenta Excedentes Entidad Contratante, en el mismo momento en que se haga el traslado de la Retribución respectiva.</p>
<b>Explotación Comercial</b>	<p>La Subcuenta de Explotación Comercial de la Cuenta Entidad Contratante se fondeará con el producto del recaudo efectivo de los Ingresos por Explotación Comercial, entendida por ingresos percibidos de áreas comerciales y venta de servicios de apoyo no clínico.</p> <p>Para la retribución al Inversionista este se realizará de manera periódica y deberá contar con la aprobación del Interventor. En el caso de presentarse deducciones, el valor correspondiente deberá ser trasladado por la Fiduciaria de la Subcuenta Ingresos por Explotación Comercial a la Subcuenta Excedentes Entidad Contratante, en el mismo momento en que se haga el traslado de la Retribución respectiva.</p>
<b>Interventoría y Supervisión</b>	<p>La Subcuenta Interventoría y Supervisión de la Cuenta Entidad Contratante se fondeará con los recursos de la Cuenta Proyecto en los montos dispuestos.</p> <p>Los recursos disponibles en la Subcuenta Interventoría y Supervisión se destinarán a la atención de los pagos al Interventor y a la Supervisión del Contrato. Para que la Fiduciaria efectúe cada pago, se requerirá siempre de la correspondiente notificación por parte de la Entidad Contratante.</p>
<b>Excedentes Entidad Contratante</b>	<p>Cuenta para el manejo de excedentes provenientes de las deducciones en los pagos. Los recursos disponibles se destinarán para atender los riesgos que se encuentran a cargo de la Entidad Contratante, y si no fuera así para realizar mejoras de infraestructura que estén por fuera de las obligaciones del contrato.</p>

Fuente: Elaboración propia

El manejo de los recursos, dependiendo de la fase, se presenta a continuación:

Fase pre-operativa

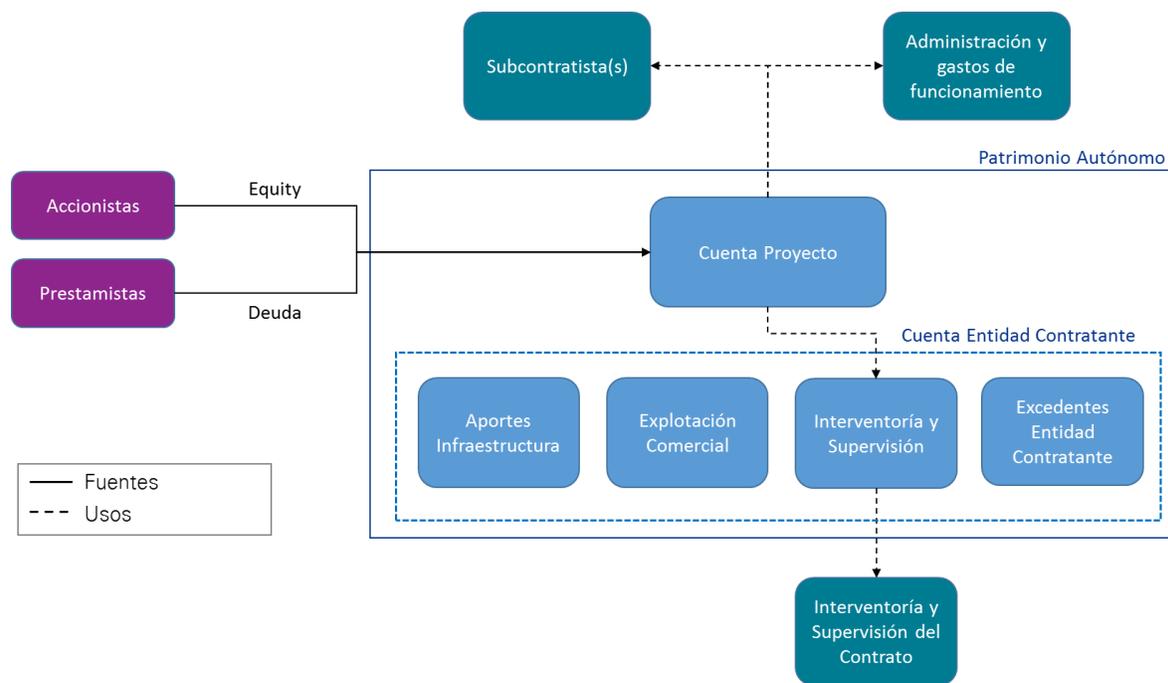
En la etapa pre-operativa, la Cuenta Proyecto se fondeará inicialmente con los Giros de Equity y con los demás aportes que el Inversionista Privado considere necesario hacer. A esta cuenta deberán ingresar también los recursos de deuda obtenida de los Prestamistas.

Los recursos disponibles en la Cuenta Proyecto se destinarán única y exclusivamente a la atención de todos los pagos, costos y gastos a cargo del Inversionista Privado que se deriven de la ejecución del Contrato a:

- Pagos a los subcontratistas que ejecuten cualquiera de las actividades previstas en este Contrato, en especial los pagos por el contrato EPC.
- Pagos de administración y funcionamiento.
- Fondear la Subcuenta Interventoría y Supervisión.
- Atender los gastos del Patrimonio Autónomo tales como los impuestos que se causen con ocasión de la suscripción y ejecución del Contrato de Fiducia Mercantil y la Comisión Fiduciaria.

A continuación se realiza un resumen esquemático del manejo de las subcuentas del Patrimonio Autónomo en la fase pre-operativa del proyecto:

**Figura 19. Patrimonio Autónomo en la fase pre-operativa**



Fuente: Elaboración propia

### Fase operativa

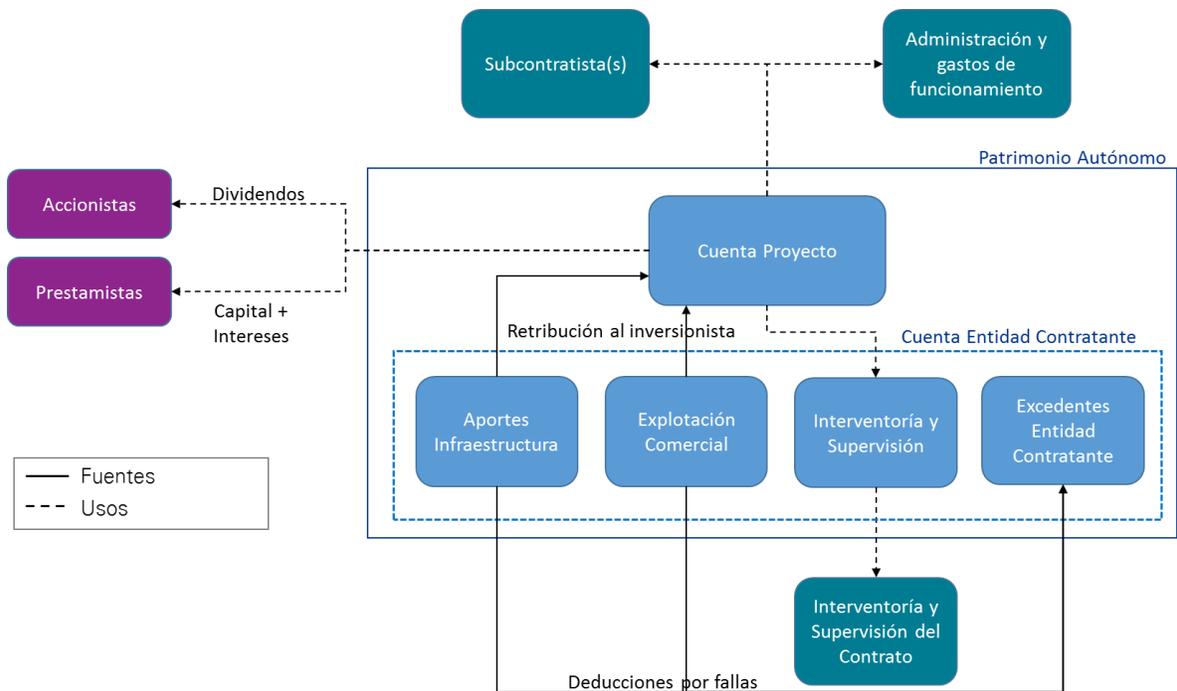
En la etapa operativa, la Cuenta Proyecto se fondeará principalmente con giro de recursos que deba hacerse desde la Subcuenta Aportes Infraestructura y la Subcuenta Ingresos por Explotación Comercial de la Cuenta Entidad Contratante como pago por la Retribución del Inversionista.

Los recursos disponibles en esta Cuenta Proyecto se destinarán única y exclusivamente a la atención de todos los pagos, costos y gastos a cargo del Inversionista Privado que se deriven de la ejecución del Contrato a:

- Retribuir a los Contratistas y cualquier otro subcontratista que ejecute cualquiera de las actividades previstas en este Contrato.
- Pagar todos los costos y gastos administrativos del Inversionista Privado.
- Pagar los intereses y el capital de los recursos de deuda, así como proveer la remuneración y retorno de los Giros de equity del Inversionista Privado.
- Fondear la Subcuenta Interventoría y Supervisión.
- Atender los gastos del Patrimonio Autónomo tales como los impuestos que se causen con ocasión de la suscripción y ejecución del Contrato de Fiducia Mercantil y la Comisión Fiduciaria

A continuación se realiza un resumen esquemático del manejo de las subcuentas del Patrimonio Autónomo en la fase operativa del proyecto:

**Figura 20. Patrimonio Autónomo en la fase operativa**



Fuente: Elaboración propia

## 7. Identificación y asignación de riesgos:

**Tabla 15. Asignación de riesgos Modelo Infraestructura**

Riesgo	Responsables		Justificación
	Público	Privado	
Diseño		✓	El inversionista privado realiza el diseño acorde a las necesidades del Hospital y los servicios a prestar. Sin embargo, la entidad contratante debe realizar la no objeción del diseño.
Compra de predios	✓	✓	Dada el historial de la compra de predios en proyectos de concesión en Colombia, se considera una buena práctica que el riesgo sea compartido. Por lo anterior, los estudios técnicos y este análisis de riesgos determinarán el porcentaje de riesgo a compartir.
Gestión predial		✓	La gestión es del privado para la negociación, primer interesado en tener los predios disponibles.
Permisos y licencias		✓	La gestión es del privado. Se puede mitigar con una buena coordinación con las autoridades pertinentes y contando con buenos diseños.
Construcción, mejoramiento o reparación		✓	El privado asume los costos ya que es el responsable de los diseños.
Mantenimiento de la infraestructura		✓	El privado asume los costos ya que es el responsable de la construcción, mejoramiento o reparación.
Dotación hospitalaria		✓	El privado asume los costos ya que es el responsable del diseño y la construcción, mejoramiento o reparación.
Adquisición e instalación de equipos biomédicos		✓	Solo se realiza por una única vez y el sector público recibirá estos equipos para su operación y mantenimiento (a través de la ESE o del prestador de servicios médicos privado o mixto).
Operación de la infraestructura		✓	El privado es responsable de estimar todos los requerimientos del contrato.
Infeción de pacientes causada por manejo deficiente de las instalaciones		✓	El privado está a cargo del cumplimiento del modelo de gestión y programa de mantenimiento y calidad.
Recurso humano		✓	El privado responde de acuerdo al mecanismo de pagos.
Disponibilidad de pagos por servicios de infraestructura	✓		Pagos periódicos garantizados por vigencias futuras.
Explotación comercial		✓	Estudios de demanda establecidos previamente. Para cada proyecto se definirá la capacidad del privado de asumir este riesgo.
Financiero		✓	Estudios previos de bancabilidad del proyecto.
Cambios en materia legislativa o normativo		✓	El privado está en condiciones de manejar y conseguir herramientas de mitigación.
Fuerza mayor no asegurables)	✓		Los eventos fortuitos que por su naturaleza no pueden ser controlados el privado, deberán ser asumidos por el público.
Fuerza mayor asegurables		✓	Normalmente este tipo de riesgos de fuerza mayor son asegurables, por lo tanto este riesgo estará a cargo del inversionista privado.

Fuente: Elaboración propia

Nota: El mantenimiento y reposición de los equipos biomédicos básicos y la compra de equipos biomédicos adicionales estarán a cargo de la entidad prestadora de los servicios clínicos y de

apoyo clínico, según sea el caso. Para lo anterior, la compra se deberá realizar por fuera del contrato.

No obstante, durante la ejecución del contrato de APP, la entidad contratante y el prestador de los servicios clínicos y de apoyo clínico deberán realizar revisiones periódicas a través de la conformación de un comité técnico para determinar el posible cambio tecnológico necesario, como se realizará su instalación y si por el cambio es necesario realizar modificaciones a la infraestructura existente. Este riesgo estará a cargo de la entidad contratante.

## 8. Conclusiones

Del modelo de infraestructura a continuación se presentan las principales conclusiones:

Actividades:

- (i) En el modelo de infraestructura, el inversionista privado tendrá como mínimo las actividades de construcción y/o reparación y/o mejoramiento de la infraestructura y la dotación del hospital de temas no clínicos (equipamiento industrial, el mobiliario y los sistemas de información).
- (ii) Todos los modelos deben incluir la operación y mantenimiento de las actividades mencionadas en numeral anterior.
- (iii) Se recomienda que en todo caso los estudios previos y diseños sean incluidos en las actividades a realizar por el inversionista independiente de si la entidad contratante cuenta con ellos, ya que en ese caso es necesario que el privado asuma la responsabilidad de la obra a realizar para evitar reclamaciones.
- (iv) El Inversionista Privado deberá cumplir con los términos y exigencias que establezcan las normas hospitalarias vigentes referidas a infraestructura y dotación, en especial en el Sistema Único de Habilitación establecido en la Resolución 2003 de 2014 o la norma que la sustituya o modifique.
- (v) Para los proyectos en zonas de oferta preexistente se recomienda que la infraestructura y la dotación cumplan con la norma de acreditación.
- (vi) Se recomienda, que en lo posible, se cuente con disponibilidad de los predios para realizar las obras de infraestructura, lo cual deberá contar con la escritura pública, el certificado de libertad y tradición y sin restricción alguna.
- (vii) Dependiendo del proyecto se podrán incluir actividades adicionales como la adquisición inicial del equipo biomédico.
- (viii) La adquisición del equipo biomédico será por una sola vez y deberá ser el básico para poder iniciar con la prestación del servicio de salud determinado en el contrato de APP. Posterior a lo anterior, los equipos deberán ser revertidos a la entidad contratante o al prestador del servicio según sea el caso. La entrega de los equipos deberá contar con todas garantías de los equipos y los documentos necesarios para que se puedan realizar las reclamaciones respectivas. Desde ese momento, la responsabilidad de mantenimiento y actualización corresponderá a la entidad contratante o de quien este determine.
- (ix) Dependiendo del proyecto en particular, se deberán incluir las áreas para explotación comercial, lo cual deberá estar justificado por los estudios previos necesarios para determinar su viabilidad (estudios de mercado).

- (x) Como parte del término de la obra, será necesario realizar la marcha blanca, lo cual permitirá verificar el correcto y adecuado funcionamiento de la infraestructura del hospital y la correcta instalación del equipamiento industrial, sistemas de información y equipo biomédico básico.
- (xi) Dependiendo del proyecto se podrán incluir actividades adicionales como la prestación de servicios de apoyo no clínico. Las actividades de apoyo no clínico (logísticas) podrán incluirse en este modelo total o parcialmente.
- (xii) Dependiendo del proyecto específico, algunas actividades de apoyo no clínico (servicios de transporte interno-externo y gestión auxiliar, lavandería y lencería, servicio de gestión de ropería y vestidores y el servicio de alimentación de pacientes y funcionarios, entre otros) podrán catalogarse como explotación comercial y deberán ser retribuidos por el prestador de los servicios de salud.

Partes del contrato:

- (i) Las ESE o las entidades territoriales podrán ser la parte pública de una APP, y cuando ello ocurra, deberán regirse por el artículo 29 de la Ley 1508 de 2012, Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007, y todas las normas imperativas de contratación estatal, pese a que las ESE para el resto de sus contratos pueda seguir aplicando su régimen jurídico de derecho privado.
- (ii) Dependiendo de quién sea la entidad contratante, las ESE o las entidades territoriales tienen las siguientes características:

**Tabla 16. Diferencias ente entidad contratante: ESE y entidad territorial**

Criterio	Entidades territoriales	ESE
<b>Situación actual</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuentan con la función de organizar la prestación de servicios de salud a través de la consolidación de redes de servicio que permitan la articulación de las unidades prestadoras de servicios de salud, la utilización adecuada de la oferta en salud y la racionalización del costo de las atenciones en beneficio de la población, así como la optimización de la infraestructura que la soporta.</li> <li>• Elaboran los Planes Bienales de Inversión Pública en salud, dentro de los cuales se programa la destinación de los recursos para la infraestructura y la dotación de equipos médicos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La realización de una APP de infraestructura hospitalaria se encuentra en consonancia con las funciones legales que le fueron encomendadas y con la prestación óptima de los servicios de salud a su cargo.</li> </ul>
<b>Capacidad financiera</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuentan con recursos adicionales para realizar proyectos de construcción, mejoramiento y/o reparación de infraestructura.</li> <li>• Capacidad de obtener recursos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuentan con la posibilidad de invertir el 5% del presupuesto total para mantenimiento y de los recursos disponibles como excedentes de sus recursos propios.</li> </ul>

Criterio	Entidades territoriales	ESE
	propios (estampillas, impuestos) y obtener recursos de regalías. • Facilidad de aplicar vigencias futuras.	• Para grandes obras, dependen de los recursos que le asignen las entidades territoriales y la Nación y se necesitan Convenios Interadministrativos para los recursos.
<b>Capacidad Institucional</b>	• Capacidad de realizar la identificación de proyectos de manera integral con la red pública y privada. • Es necesario crear un equipo exclusivo para el proyecto que cuente con los conocimientos de APP para realizar la selección, adjudicación seguimiento y monitoreo.	• Conocimiento del hospital y los servicios a realizar ya que la ESE asumiría la prestación del servicio de salud. • Es necesario que los funcionarios cuenten con los conocimientos de APP para realizar la selección, adjudicación seguimiento y monitoreo.
<b>Interrelación prestación del servicio de salud y su habilitación</b>	• Es necesario realizar convenios interadministrativos con la ESE o el privado que preste servicios para la coordinación entre los servicios de infraestructura y salud.	• Al ser una misma entidad se facilita el dialogo entre la prestación de servicio de salud y los servicios de infraestructura.
<b>Interrelación con inversionistas del mercado de APP</b>	• Se facilita la conversación por la capacidad institucional de la entidad.	• Se dificulta por su tamaño. Es necesario contar con el apoyo del grupo departamental y de la Nación.

Fuente: Elaboración propia

- (iii) Sólo las personas naturales o jurídicas de derecho privado (lo que excluye los consorcios y las uniones temporales) tienen la capacidad para suscribir, en calidad de contratista, los acuerdos de voluntades que se deriven de modelos de APP.
- (iv) El contratista deberá ser una persona natural o jurídica con experiencia en la financiación y, dependiendo del alcance del contrato, en la construcción y/o reparación y/o mejoramiento de infraestructura.
- (v) El contratista podrá demostrar la experiencia en la construcción y/o reparación y/o mejoramiento de infraestructura a través de un contrato EPC el cual debe acompañar al contratista en la oferta.
- (vi) El contratista debe demostrar solidez financiera a través de indicadores de patrimonio, niveles de endeudamiento y liquidez.

#### Retribución y manejo de los recursos de la APP:

- (i) La retribución al contratista se realizará principalmente mediante el aporte de recursos públicos y de ser viable de la explotación comercial de la infraestructura (parqueaderos, cafetería, etc.) y de servicios de apoyo no clínico.
- (ii) La retribución recibida por el contratista para remunerar las actividades de infraestructura podrá ser variable dependiendo del cumplimiento de la disponibilidad de la infraestructura y del cumplimiento de niveles de servicio y estándares de calidad.

- (iii) Los recursos se deberán administrar y canalizar a través de un patrimonio autónomo. En el patrimonio autónomo debe constituirse, como mínimo la cuenta proyecto y la cuenta entidad contratante.
- (iv) En la Cuenta Entidad Contratante se recomienda manejar las subcuentas de Aportes Infraestructura, Explotación Comercial, Interventoría y Supervisión, y Excedentes.
- (v) La Cuenta Interventoría y Supervisión será fondeada por los recursos de proyecto, pero la entidad contratante tendrá autonomía en la contratación.
- (vi) La Cuenta Excedentes se fondeará principalmente de los recursos percibidos por fallas en el servicio y servirá como fuente para mitigar los riesgos del contrato.
- (vii) El contrato deberá incluir una debida asignación y distribución de riesgos, para el cual la entidad contratante (independientemente de si es una ESE o un ente territorial), deberá aprovisionar recursos en el Fondo de Pasivos Contingentes en caso que se estipulen los mismos contractualmente o establecer subcuentas en el patrimonio autónomo para el pago de imprevistos.
- (viii) El contrato bajo modalidad de APP deberá tener una interventoría independiente técnica, jurídica y financiera encargada de verificar la observancia de las obligaciones contractuales por parte del contratista.
- (ix) Aunque exista una interventoría, la entidad contratante deberá realizar la función de supervisión, para lo cual deberá contar con un equipo idóneo durante todas las fases del proyecto.

## 6.2.2. Modelo 2 – Integral

### 1. Esquema del modelo de APP

Este modelo entrega a un inversionista privado:

- El diseño, la construcción y/o mejoramiento y/o reparación de la infraestructura y su operación y mantenimiento durante el periodo del Contrato bajo la modalidad de APP.
- La dotación hospitalaria y su mantenimiento durante el periodo del Contrato bajo la modalidad de APP.
- La dotación del equipo biomédico para la provisión de los servicios de salud y su mantenimiento durante el periodo del Contrato bajo la modalidad de APP.
- La operación de servicios de apoyo no clínico y la explotación de áreas comerciales durante el periodo del Contrato bajo la modalidad de APP.
- La prestación de los servicios clínicos y de apoyo clínico durante el periodo del Contrato bajo la modalidad de APP.

Estas actividades están divididas en dos fases: etapa pre-operativa (que a la vez se subdivide en fase de pre-construcción y fase de construcción), y la fase de operación y mantenimiento.

**Figura 21. Tipos de actividades a realizar en el Modelo 2.**

	Fase preoperativa	Fase de operación y mantenimiento
Infraestructura	Se deben realizar actividades asociadas a: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diseños</li> <li>• Permisos y licencias</li> <li>• Construcción y/o mejoramiento (modernización, ampliación, reconstrucción) y/o reparación de la infraestructura.</li> <li>• Dotación de equipos industriales y biomédicos</li> <li>• Marcha blanca.</li> </ul>	Se deben realizar actividades asociadas a: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantenimiento de la infraestructura, equipos industriales y equipos biomédicos.</li> <li>• Operación de la infraestructura.</li> <li>• Explotación de áreas comerciales</li> </ul>
Gestión hospitalaria	Se deben realizar actividades asociadas a: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudio de Red de Servicios</li> <li>• Establecer el modelo de atención de acuerdo a la zona en cuestión</li> <li>• Realizar una formulación inicial de alternativas basada en el estudio de red de servicios y en el modelo de atención</li> </ul>	Se deben realizar actividades asociadas a: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestación de servicios médicos</li> <li>• Aspectos administrativos y financieros</li> <li>• Manejo de personal</li> <li>• Manejo de sistemas de información</li> </ul>

## 2. Actores

De manera general los actores involucrados en el modelo de APP son:

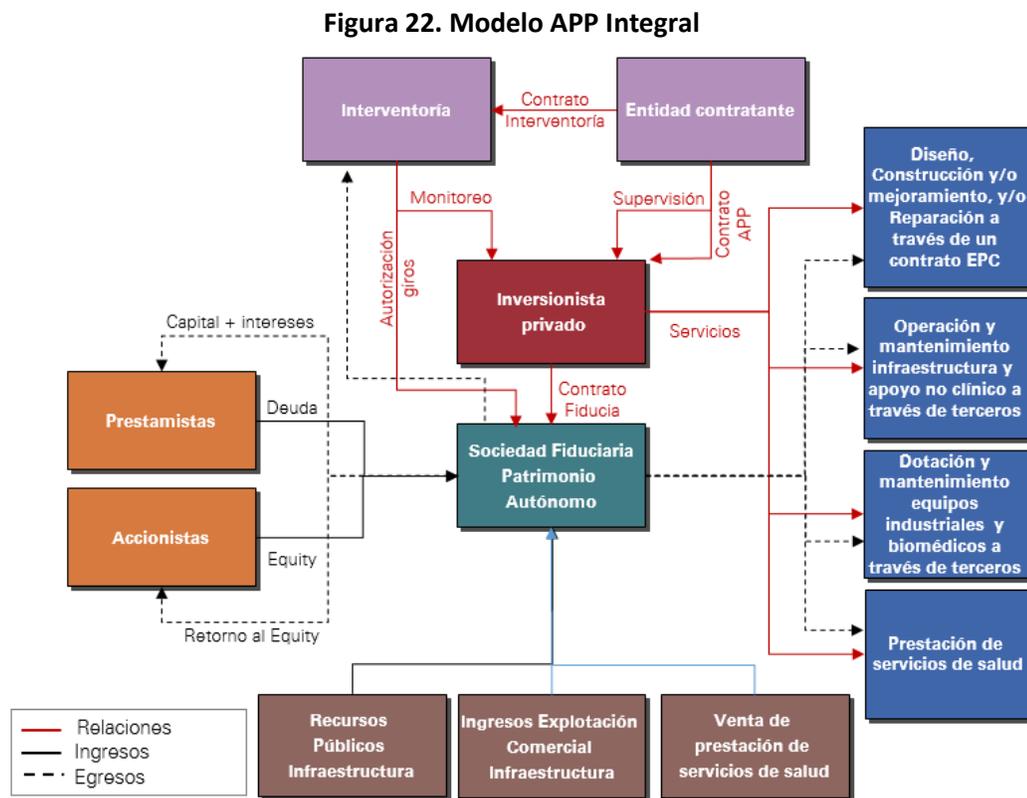
**Tabla 17. Actores Modelo APP Integral**

Actor	Función
<b>Entidad contratante</b>	Suscribe el contrato de APP y el contrato de Interventoría. Tiene a su cargo realizar la supervisión del contrato de APP.
<b>Interventor</b>	Suscribe un contrato con la entidad contratante. Tiene a su cargo realizar el seguimiento y monitoreo del contrato de APP. Aprueba los giros de los recursos y realiza si es del caso las deducciones por fallas en la prestación del servicio.
<b>Inversionista Privado</b>	Suscribe el contrato de APP. Persona jurídica que tendrá a cargo el desarrollo del contrato APP. Podrá ser un Desarrollador del Modelo Integral o un Operador del Servicios de Salud, según sea el caso <sup>17</sup> .
<b>Accionistas</b>	Son los accionistas del SPV. Tienen a su cargo entregar los recursos de equity para el proyecto acorde con el contrato de APP y los que fueran necesarios para cumplir con sus obligaciones.

<sup>17</sup> La descripción de cada una de estas categorías se encuentra en la tabla 10 del presente documento.

Actor	Función
<b>Prestamistas</b>	Son los prestamistas del proyecto. Tienen a su cargo entregar los recursos de deuda que fueran necesarios para cumplir con las obligaciones contractuales.
<b>Entidad territorial</b>	La entidad territorial tiene a su cargo conseguir los recursos para el proyecto de infraestructura a través de sus fuentes de recursos y gestionando, si fuera del caso, mecanismos de cofinanciación.
<b>Entidades Responsables del Pago de Servicios de Salud (ERP)</b>	Son aquellas que realizarán los pagos por la prestación de servicio de salud. De acuerdo con el Decreto 4747 de 2007, se consideran como tales las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las administradoras de riesgos profesionales.
<b>Patrimonio autónomo</b>	Administra todos los recursos y aportes que ingresan durante el contrato. El patrimonio Autónomo es manejado a través de una fiduciaria que es seleccionada por el Inversionista Privado.

### 3. Descripción gráfica del esquema:



Fuente: Elaboración propia

En el caso del modelo integral, la entidad contratante puede ser una ESE o una entidad territorial. En cada uno de los casos anteriores, el inversionista privado podrá ser al menos tres tipos de

contratista y, en función del contratista, la prestación de servicios tendrá una serie de obligaciones o responsabilidades diferentes:

**Tabla 18. Alternativas del modelo integral**

Entidad Contratante	Inversionista privado	Responsabilidad de prestación de servicios de salud
ESE	Operador de servicio de salud	El operador del servicio de salud deberá: cumplir con los requisitos de habilitación, facturar y recaudar los servicios de salud a nombre de la ESE
Entidad territorial	Operador de servicio de salud	El operador del servicio de salud deberá: habilitarse, facturar y recaudar los servicios de salud.
	Desarrollador del modelo integral	El desarrollador del modelo integral deberá prestar los servicios de salud a través de un operador del servicio de salud. Este último será el responsable de habilitar los servicios a prestar

Fuente: Elaboración propia

#### 4. Fuentes de recursos

Las fuentes para el pago de la Retribución del Inversionista Privado serán las siguientes:



Fuente: Elaboración propia

Fuentes alternativas:



<p>Otros recursos de las entidades territoriales (<i>Ley 1393 de 2010, Ley 1608 de 2013 y Decreto 728 de 2013</i>)</p>	<p>Estos recursos podrían ser utilizados para la construcción y mantenimiento de la infraestructura hospitalaria en los proyectos de APP.</p> <p>Dada las condicionalidades de los excedentes cuentas maestras y lotto en línea, a priori no es recomendable utilizar estos recursos.</p> <p>Dependerá del proyecto en particular y la entidad territorial relacionada.</p> <p>Si la entidad contratante es una ESE, ésta deberá suscribir un convenio interadministrativo con la Entidad Territorial para garantizar la disponibilidad de los recursos.</p>
<p>Subsidios a la Oferta (<i>Ley 1122 de 2007 Ley 1438 de 2011</i>)</p>	<p>Sólo podrán utilizar cuando los servicios del prestador que se identifiquen sean insostenibles y solo se entregan a la Entidad territorial en las condiciones que defina la ley.</p> <p>Estos recursos podrán destinarse a financiar prioritariamente la prestación de servicios en aquellos lugares donde solo el Estado está en capacidad de prestar el servicio de salud en condiciones de eficiencia, es decir que podrían utilizarse en proyectos de APP, siempre y cuando la venta de servicios de salud no cubra la totalidad de los recursos requeridos. Sin embargo, es de considerar que estos recursos no necesariamente son suficientes para cubrir las necesidades.</p> <p>La asignación de esto recursos dependerá de la disponibilidad presupuestal.</p>
<p>Explotación comercial</p>	<p>Aprovechamiento comercial de determinadas zonas complementarias del Hospital. Explotación de: locales comerciales, servicio de cafetería y comedor, servicio de parqueaderos, servicios multimedia y otros servicios.</p>

Fuente: Elaboración propia

## 5. Mecanismos de Pago



Fuente: Elaboración propia

Para un control de los objetivos en la prestación de los servicios de salud, la entidad contratante podrá realizar revisiones periódicas sobre indicadores para la prestación de servicios clínicos que

deberán girar principalmente alrededor de la calidad de los servicios y de la prestación oportuna. De manera general se mencionan a continuación algunos indicadores.

**Tabla 19. Indicadores de salud APP**

Calidad	Desempeño organizacional / clínico	Desempeño de la fuerza laboral y la administración
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tasa de mortalidad neonatal</li> <li>• Tasa ajustada de mortalidad postoperatoria</li> <li>• Tasa ajustada de mortalidad durante cirugía</li> <li>• Tasa de mortalidad materna</li> <li>• Tasa de mortalidad perinatal</li> <li>• Tasa de partos y cesáreas</li> <li>• Tasa de infecciones</li> <li>• Tasa de implementación de informes operatorios sobre el total de intervenciones quirúrgicas</li> <li>• Tasa de ocurrencia</li> <li>• Tasa de episodios</li> <li>• Tasa de infecciones</li> <li>• Indicadores de satisfacción de los pacientes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tasa de realización de primeras consultas</li> <li>• Tasa de cancelación de consultas externas</li> <li>• Tasa diaria de cancelación de citas</li> <li>• Tasa de cancelación de intervenciones quirúrgicas</li> <li>• Tasa máxima errores permisibles codificados</li> <li>• Tiempo promedio de estancia</li> <li>• Tiempo promedio de espera</li> <li>• Tasa de rehospitalización</li> <li>• Tasa de readmisión</li> <li>• Tasa de admisiones no programadas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ratio de personal acreditado</li> <li>• Facturación adecuada (servicios no facturados o con errores)</li> <li>• Facturación a tiempo (número de días)</li> <li>• Recaudo (número de días y acciones legales interpuestas)</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia

La definición de los indicadores, los mecanismos de medición, periodicidad, etc., deberán ser establecidos de acuerdo con las características propias y particulares de cada proyecto de salud que se llegue a desarrollar.

## 6. Uso del Patrimonio Autónomo

Para el manejo y transparencia de los recursos, se recomienda tener cuentas separadas. Estas cuentas se utilizan para el manejo de los recursos y el poder tener control sobre los giros de los recursos al proyecto.

El Patrimonio Autónomo deberá tener al menos las siguientes cuentas principales:

1. Cuenta Proyecto: Cuenta para el manejo de los recursos que sean necesarios para cumplir con las obligaciones contractuales y para el correcto funcionamiento. Desde esta cuenta se realizan, entre otros, los pagos a subcontratistas, pagos administrativos y funcionamiento, pagos para interventoría y supervisión, pagos tributarios, retribución a los financiadores, y la retribución a los accionistas.
2. Cuenta Entidad Contratante: Cuenta de manejo de recursos la entidad contratante exclusivos para el proyecto y donde el privado no tiene injerencia. En esta cuenta se deberán manejar las siguientes subcuentas:

**Tabla 20. Subcuentas Cuenta Entidad Contratante**

Subcuenta	Descripción
<b>Aportes Infraestructura</b>	<p>La Subcuenta de Aportes Infraestructura de la Cuenta Entidad Contratante se fundeará con las fuentes recursos públicos (principalmente de recursos propios de las entidades territoriales y recursos de regalías), los cuales serán determinados en la estructuración financiera del proyecto.</p> <p>El Interventor realiza las verificaciones respectivas y autoriza el giro de los recursos a la cuenta proyecto por la retribución al inversionista y/o realiza las deducciones a que haya lugar. En el caso de presentarse deducciones, el valor correspondiente deberá ser trasladado por la Fiduciaria –de la Subcuenta Aportes Infraestructura a la Subcuenta Excedentes Entidad Contratante, en el mismo momento en que se haga el traslado de la Retribución respectiva.</p>
<b>Venta servicios de salud</b>	<p>La Subcuenta Venta de Servicios de salud se fundeará con el Recaudo por la venta de servicios de salud realizados ante las entidades Responsables del Pago de Servicios de Salud (ERP), y si es del caso con subsidios a la oferta.</p> <p>Para la retribución al Inversionista se realizará acorde a los contratos con las Entidades Responsables del Pago de Servicios de Salud (ERP) y se desembolsará periódicamente contando con la aprobación del Interventor. En el caso de deducciones o multas, y tal como se determine, deberá ser trasladado por la Fiduciaria a la Subcuenta Excedentes Entidad Contratante, en el mes siguiente al pago o de manera periódica de acuerdo con los que se determine en el Contrato APP.</p>
<b>Explotación Comercial Infraestructura</b>	<p>La Subcuenta de Ingresos por Explotación Comercial de la Cuenta Entidad Contratante se fundeará con el producto del recaudo efectivo de los Ingresos por Explotación Comercial, entendida por ingresos percibidos de áreas comerciales y venta de servicios de apoyo no clínico.</p> <p>Para la retribución al Inversionista este se realizará de manera periódica y deberá contar con la aprobación del Interventor. En el caso de presentarse deducciones, el valor correspondiente deberá ser trasladado por la Fiduciaria de la Subcuenta Ingresos por Explotación Comercial a la Subcuenta Excedentes Entidad Contratante, en el mismo momento en que se haga el traslado de la Retribución respectiva.</p>
<b>Interventoría y Supervisión</b>	<p>La Subcuenta Interventoría y Supervisión de la Cuenta Entidad Contratante se fundeará con los recursos de la Cuenta Proyecto en los montos dispuestos.</p> <p>Los recursos disponibles en la Subcuenta Interventoría y Supervisión se destinarán a la atención de los pagos al Interventor y a la Supervisión del Contrato. Para que la Fiduciaria efectúe cada pago, se requerirá siempre de la correspondiente notificación por parte de la entidad contratante.</p>
<b>Excedentes Entidad Contratante</b>	<p>Cuenta para el manejo de excedentes provenientes de las deducciones en los pagos. Los recursos disponibles se destinarán para atender los riesgos que se encuentran a cargo de la entidad contratante.</p>

Fuente: Elaboración propia

El Manejo de los recursos se presenta a continuación:

#### Fase pre-operativa

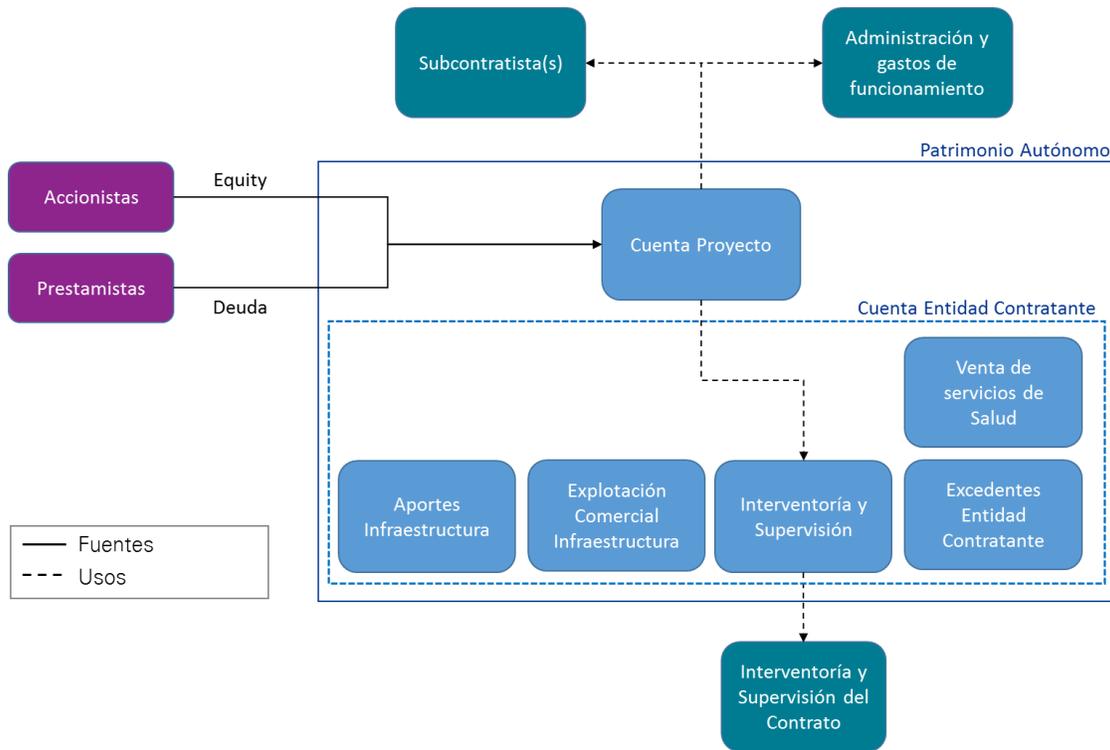
En la etapa pre-operativa, la Cuenta Proyecto se fundeará inicialmente con los Giros de Equity y con los demás aportes que el Inversionista Privado considere necesario hacer. A esta Cuenta

deberán ingresar también los Recursos de Deuda obtenida de los Prestamistas. A continuación se realiza un resumen esquemático del manejo de las subcuentas del Patrimonio Autónomo en la fase pre-operativa del proyecto:

Los recursos disponibles en esta Cuenta Proyecto se destinarán única y exclusivamente a la atención de todos los pagos, costos y gastos a cargo del Inversionista Privado que se deriven de la ejecución del Contrato a:

- Pagos a los subcontratista que ejecute cualquiera de las actividades previstas en este Contrato, en especial los pagos por el contrato EPC.
- Pagos de administración y funcionamiento.
- Fondear la Subcuenta Interventoría y Supervisión.
- Atender los gastos del Patrimonio Autónomo tales como los impuestos que se causen con ocasión de la suscripción y ejecución del Contrato de Fiducia Mercantil y la Comisión Fiduciaria.

**Figura 23. Patrimonio Autónomo en la fase pre-operativa**



Fuente: Elaboración propia

### Fase operativa

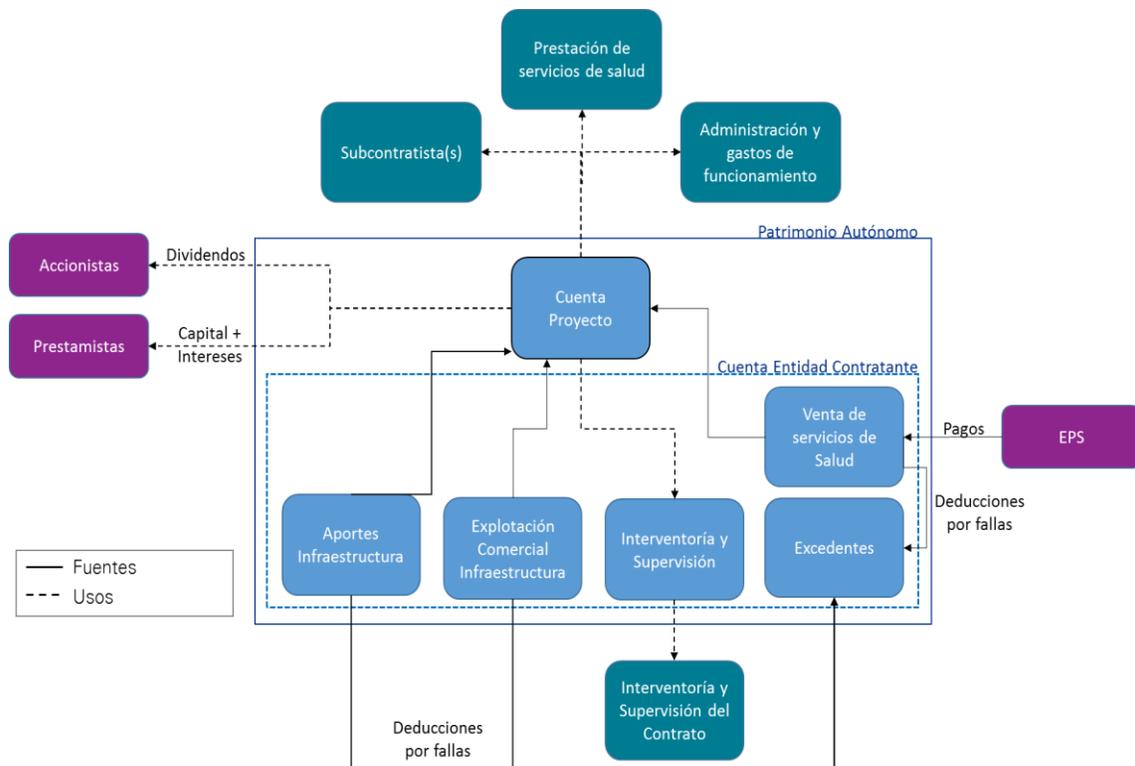
En la etapa operativa, la Cuenta Proyecto se fondeará principalmente con giro de recursos que deba hacerse desde la Subcuenta Aportes Infraestructura, la Subcuenta Ingresos por Explotación Comercial de la Cuenta Entidad Contratante y la Subcuenta Venta de Servicios de salud como pago

por la Retribución del Inversionista. A continuación se realiza un resumen esquemático del manejo de las subcuentas del Patrimonio Autónomo en la fase operativa del proyecto:

Los recursos disponibles en esta Cuenta Proyecto se destinarán única y exclusivamente a la atención de todos los pagos, costos y gastos a cargo del Inversionista Privado que se deriven de la ejecución del Contrato a:

- Retribuir a los contratistas y a cualquier otro subcontratista que ejecute cualquiera de las actividades previstas en este Contrato.
- Pagar todos los costos y gastos administrativos del Inversionista Privado.
- Pagar los intereses y el capital de los Recursos de Deuda, así como proveer la remuneración y retorno de los Giros de Equity del Inversionista Privado.
- Fondear la Subcuenta Interventoría y Supervisión.
- Atender los gastos del Patrimonio Autónomo tales como los impuestos que se causen con ocasión de la suscripción y ejecución del Contrato de Fiducia Mercantil y la Comisión Fiduciaria.

**Figura 24. Patrimonio Autónomo en la fase operativa**



Fuente: Elaboración propia

## 7. Identificación de riesgos:

**Tabla 21. Asignación de riesgos Modelo integral**

Riesgo	Responsables		Justificación
	Público	Privado	
Diseño		✓	El inversionista privado realiza el diseño acorde a las necesidades del Hospital y los servicios a prestar. Sin embargo, la entidad contratante debe realizar la no objeción del diseño.
Compra de predios	✓	✓	El valor adicional es responsabilidad del privado hasta un porcentaje (el cual deberá ser determinado para cada proyecto en particular) y posteriormente será compartido.
Gestión predial		✓	La gestión es del privado para la negociación, primer interesado en tener los predios disponibles
Permisos y licencias		✓	La gestión es del privado. Se puede mitigar con una buena coordinación con las autoridades pertinentes y contando con buenos diseños.
Construcción, mejoramiento o reparación		✓	El privado asume los costos ya que es el responsable de los diseños.
Mantenimiento de la infraestructura		✓	El privado asume los costos ya que es el responsable de la construcción, mejoramiento o reparación.
Dotación del equipamiento industrial		✓	El privado asume los costos ya que es el responsable del diseño y la construcción, mejoramiento o reparación.
Operación de la infraestructura		✓	El privado es responsable de estimar todos los requerimientos del contrato.
Infección de pacientes causada por manejo deficiente de las instalaciones		✓	El privado está a cargo del cumplimiento del modelo de gestión y programa de mantenimiento y calidad.
Dotación hospitalaria		✓	El privado asume los costos ya que es el responsable del diseño y la construcción, mejoramiento o reparación.
Dotación e instalación de equipos biomédicos		✓	El privado asume los sobrecostos y su instalación ya que será el responsable de la prestación del servicio de salud.
Actualización de equipos biomédicos y su instalación		✓	El privado asume los sobrecostos y su instalación ya que será el responsable de la prestación del servicio de salud.
Operación y mantenimiento de sistemas de información.		✓	El privado responde de acuerdo al mecanismo de pagos.
Operación de los servicios clínicos		✓	El privado responde de acuerdo al mecanismo de pagos.
Habilitación.		✓	El operador privado debe estar en la capacidad de mantener en constante mejoramiento los estándares de habilitación,
Recurso humano		✓	El privado responde de acuerdo al mecanismo de pagos.
Disponibilidad de pagos por infraestructura	✓		Patrimonio autónomo. Pagos periódicos garantizados por vigencias futuras.
Servicios de explotación comercial		✓	Estudios de demanda establecidos previamente. Para cada proyecto se definirá la capacidad del privado de asumir este riesgo. El privado asume el riesgo y paga a la entidad contratante un porcentaje de los ingresos percibidos.

Riesgo	Responsables		Justificación
	Público	Privado	
Venta de Servicios de Salud		✓	El privado directamente o por mandato legal con representación legal es quien presta los servicios, negocia y suscribe los contratos con las EPS. Por tan-to lo anterior, deberá asumir las tarifas y cantidades por la venta de servicios.
Fallas en la facturación de los servicios de salud		✓	El privado es quien presta los servicios de salud y conoce que se debe facturar. Es responsabilidad del privado realizar la facturación ágil y eficiente de todos los servicios prestados.
Demoras en el pago de los servicios de salud	✓	✓	El privado deberá realizar una gestión efectiva del recaudo, acudiendo a las posibilidades que le permite la ley para hacer el cobro. Si después de un tiempo determinado en cada proyecto, no es posible el recaudo, el inversionista privado, bajo su responsabilidad, deberá revisar el uso y aplicación de opciones dispuestas en el sistema de salud para el mejoramiento de flujo de recursos (compra de cartera). Durante los días de cartera permisibles, el inversionista privado asumirá los costos financieros de esa demora. Para lo cual deberá garantizar la liquidez para afrontar este evento. Después de lo anterior y de agotar todas las instancias, la entidad contratante cubrirá los recursos siguiendo las siguientes alternativas: i) Con la subcuenta de excedentes del patrimonio autónomo; y ii) en última instancia por el Fondo de Contingencias, de acuerdo como se conforme.
Financiero		✓	Estudios previos de bancabilidad del proyecto.
Cambios en materia legislativa o normativa en general		✓	El privado está en condiciones de manejar y conseguir herramientas de mitigación.
Cambios en materia legislativa o normativa del servicio de salud		✓	El privado es responsable a todo riesgo por la prestación del servicio. Se recomienda contratos no mayores a 15 años para mitigar este riesgo al privado.
Fuerza mayor no asegurables)	✓		Especificaciones en el contrato.
Fuerza mayor asegurables		✓	Normalmente este tipo de riesgos de fuerza mayor son asegurables, por lo tanto este riesgo estará a cargo del inversionista privado.

Fuente: realización propia

## 8. Conclusiones

A continuación se presentan las principales conclusiones del Modelo Integral:

A nivel de actividades:

- (i) En el modelo Integral, el inversionista privado tendrá como responsabilidad la operación integral del hospital incluyendo las actividades de infraestructura y de prestación de servicios clínicos y de apoyo clínico.
- (ii) Se recomienda que los estudios previos y diseños sean incluido en las actividades a realizar por el inversionista independiente. Si la entidad contratante cuenta con ellos, será

- necesario que el privado asuma la responsabilidad de la obra a realizar y los servicios a realizar.
- (iii) El Inversionista Privado deberá cumplir con los términos y exigencias que establezcan las normas hospitalarias vigentes, en especial en el Sistema Único de Habilitación establecido en la Resolución 2003 de 2014 o la norma que la sustituya o modifique.
  - (iv) Para los proyectos en zonas de oferta preexistente, se recomienda que el hospital obtenga la acreditación, para lo cual desde la fase pre-operativa se debe diseñar la infraestructura para tal objetivo.
  - (v) Se recomienda que en lo posible, se cuente con disponibilidad de los predios para realizar las obras de infraestructura, lo cual deberá contar la escritura pública, el certificado de libertad y tradición y sin restricción alguna.
  - (vi) Se deberá incluir dentro del contrato de APP la adquisición de equipo biomédico básico, los demás equipos biomédicos que considere el Inversionista privado serán responsabilidad de éste. Estos equipos podrán ser dotados a través de diferentes mecanismos como leasing, alquiler o comodato, entre otras.
  - (vii) Dependiendo del proyecto en particular, se deberán incluir las áreas para explotación comercial, lo cual deberá estar justificado por los estudios previos necesarios para determinar su viabilidad (estudios de mercado).
  - (viii) Como parte del término de la obra, será necesario realizar la marcha blanca, lo cual permitirá verificar el correcto y adecuado funcionamiento de la infraestructura del hospital y la correcta instalación del equipamiento industrial, sistemas de información y equipo biomédico básico.

#### Partes del contrato:

- (i) Las ESE podrán ser parte pública de una APP, y cuando ello ocurra deberán regirse por la Ley 1508 de 2012, Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007, y todas las normas imperativas de contratación estatal, pese a que para el resto de sus contratos pueda seguir aplicando su régimen jurídico de derecho privado. Cuando las ESE sean la parte pública de una APP y esta incluya la prestación de servicios de salud, dichas entidades no podrán tener más personal relacionado con la prestación de servicios de salud otorgados en la APP, fuera del requerido para dirigir la entidad y supervisar el cumplimiento del contrato.
- (ii) Las entidades territoriales podrán ser parte pública de una APP. Aun cuando las entidades territoriales no pueden prestar el servicio público de salud de manera directa, éstas podrán establecer, en los instrumentos contractuales derivados de APP que tengan como objeto desarrollar las labores contenidas en los modelos DBOMT o "X"OMT, que la infraestructura será entregada al contratista para que éste preste los servicios de salud, e imponer niveles de servicio cuyo incumplimiento podrá conducir a que la contraprestación sea variable.

(iii) Dependiendo de quién sea la entidad contratante, las ESE o las entidades territoriales tienen las siguientes características:

**Tabla 22. Argumentos de la entidad contratante**

criterio	Entidades territoriales	ESE
<b>Situación actual</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las entidades territoriales pueden suscribir contratos derivados de APP donde entregan la infraestructura y mediante una IPS privada o mixta se ofrezca la prestación de los servicios de salud como actividad asociada a la infraestructura.</li> <li>Existen experiencias en proyectos de servicios de salud, como los casos del Distrito de Barranquilla y el Departamento de Cundinamarca, donde se entrega una infraestructura para el usufructo a cambio de una contraprestación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las ESE, por expresa disposición legal, tienen como función principal la prestación del servicio público de salud y para ello podrán hacerlo directamente o a través de la contratación de particulares que coadyuven a la prestación del servicio encomendado.</li> </ul>
<b>Capacidad financiera</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La responsabilidad de la prestación del servicio es del Inversionista Privado y por tanto será el encargado de la habilitación, la facturación y el recaudo.</li> <li>Es importante que el prestador del servicio tenga la capacidad financiera para cubrir ciertas demoras en los pagos de las EPS y experiencia en recaudo.</li> <li>La entidad territorial deberá realizar sus mejores esfuerzos para apoyar el recaudo y podrá incluir mecanismos de deducción de pago por ineficiencia en el cobro y recaudo.</li> <li>En últimos casos y después de un periodo largo de cartera, es necesario que se utilicen esquemas como el Fondo de Pasivos contingentes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La responsabilidad de la habilitación es de la ESE, sin embargo, por mandato legal el Inversionista Privado será el encargado de la facturación y el recaudo.</li> <li>Es importante que el prestador del servicio tenga la capacidad financiera para cubrir ciertas demoras en los pagos de las EPS y experiencia en recaudo.</li> <li>Las ESE deberán realizar sus mejores esfuerzos para apoyar el recaudo y podrá incluir mecanismos de deducción de pago por ineficiencia en el cobro y recaudo.</li> <li>En últimos casos y después de una periodo largo de cartera, es necesario que se utilicen esquemas como el Fondo de Pasivos contingentes.</li> </ul>
<b>Capacidad Institucional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Capacidad de realizar la identificación de proyectos de manera integral con la red pública y privada.</li> <li>Es necesario crear un equipo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conocimiento del hospital y los servicios a realizar, ya que la ESE asumirá la prestación del servicio de salud.</li> <li>Es necesario que los funcionarios</li> </ul>

criterio	Entidades territoriales	ESE
	exclusivo para el proyecto que cuente con los conocimientos de APP para realizar la selección y adjudicación de los contratos y posteriormente el seguimiento y monitoreo.	adquieran los conocimientos de APP para realizar la selección y adjudicación de los contratos y posteriormente el seguimiento y monitoreo.
<b>Interrelación con la prestación del servicio de salud y su habilitación</b>	El privado es quien se habilita, es necesario que contractualmente se adhiera a la red pública. (Entidad adscrita).	La ESE es la que se habilita y es la responsable por cumplir con los criterios de habilitación y su pertenencia de la red pública. Sin embargo, el Inversionista Privado estará obligado a cumplir con las condiciones de habilitación que contribuyan a la habilitación por parte de la ESE.
<b>Interrelación con inversionistas y agentes del mercado de APP</b>	Se facilita la conversación por la capacidad institucional de la entidad.	Se dificulta por su tamaño. Es necesario contar con el apoyo del grupo departamental y de la Nación.

Fuente: Elaboración propia

- (iv) Sólo las personas naturales o jurídicas de derecho privado (lo que excluye los consorcios y las uniones temporales) tienen la capacidad para suscribir, en calidad de contratista, los acuerdos de voluntades que se deriven de modelos de APP.
- (v) Cuando el modelo sea integral (infraestructura y prestación de servicios) y el contratante sea un ente territorial, el privado podrá ser i) una sociedad con propósito específico para el desarrollo integral que a su vez suscriba los correspondientes subcontratos para el desarrollo de las actividades contractuales o ii) un Prestador de servicios de Salud de carácter privado o mixto.
- (vi) Cuando el modelo sea integral (infraestructura y prestación de servicios) y el contratante sea una ESE, el privado deberá ser quien directamente preste el servicio para no incurrir en prácticas que la Superintendencia Nacional de Salud ha calificado como no autorizadas.
- (vii) El contratista deberá ser una persona natural o jurídica con experiencia en la financiación y, dependiendo del alcance del contrato, en la construcción y/o reparación y/o mejoramiento de infraestructura y la prestación del servicio de salud.
- (viii) El contratista debe demostrar solidez financiera a través de indicadores de patrimonio, niveles de endeudamiento y liquidez.

#### Retribución y manejo de los recursos de la APP:

- (i) La retribución al contratista se realizará principalmente mediante el aporte de recursos públicos y la explotación del servicio de salud por medio de la venta de servicios médicos. De ser viable, se incluirá la explotación comercial de la infraestructura (parqueaderos, cafetería, etc.).
- (ii) La retribución recibida por el contratista para remunerar las actividades de infraestructura y servicios médicos podrá ser variable dependiendo del cumplimiento de la disponibilidad de la infraestructura y del cumplimiento de niveles de servicio y estándares de calidad.

- (iii) Los recursos se deberán administrar y canalizar a través de un patrimonio autónomo. En el patrimonio autónomo debe constituirse, como mínimo, la Cuenta Proyecto y la Cuenta Entidad Contratante.
- (iv) En la Cuenta Entidad Contratante se recomienda manejar las subcuentas de aportes públicos, venta de servicios médicos, explotación comercial, interventoría y supervisión, y excedentes.
- (v) La Cuenta Interventoría y Supervisión será fondeada por los recursos de proyecto, pero la entidad contratante tendrá autonomía en la contratación.
- (vi) La Cuenta Excedentes se fondeará principalmente de los recursos percibidos por fallas en el servicio y servirá como fuente para mitigar los riesgos del contrato.
- (vii) El contrato deberá incluir una debida asignación y distribución de riesgos, para lo cual la entidad contratante (independientemente de si es una ESE o un entidad territorial), deberá aprovisionar recursos en el Fondo de Pasivos Contingentes en caso que se estipulen los mismos contractualmente o establecer subcuentas en el patrimonio autónomo para el pago de imprevistos.
- (viii) El contrato bajo modalidad de APP deberá tener una interventoría independiente técnica, jurídica y financiera encargada de verificar la observancia de las obligaciones contractuales por parte del contratista.
- (ix) Aunque exista una interventoría, la entidad contratante deberá realizar la función de Supervisión y para lo cual deberá contar con un equipo idóneo durante todas las fases del proyecto.

## 7. Metodología de priorización de proyectos piloto y resultados

En la consultoría se desarrolló una metodología que permita pre-seleccionar y priorizar la puesta en marcha de proyectos pilotos APP en el sector salud en Colombia en etapas tempranas.

La importancia de la identificación de posibles proyectos pilotos por parte del gobierno radica en que éstos son considerados como un elemento crucial para el desarrollo de un buen estudio o puesta en marcha de un proyecto, ya que busca probar si el modelo teórico propuesto funciona de manera adecuada en la práctica. Si bien la realización de proyectos pilotos no garantiza el éxito de implementar un proyecto a mayor escala, su uso aumenta la posibilidad de un término exitoso<sup>18</sup>. Entre las razones citadas en la literatura<sup>19</sup> para desarrollar un proyecto piloto se encuentran:

- La posibilidad de recibir retroalimentación temprana por parte de los actores que se ven involucrados en un proyecto.
- Evaluar la factibilidad del desarrollo de los proyectos a una mayor escala.
- Establecer la efectividad de las propuestas realizadas.
- Identificar los problemas logísticos asociados con el desarrollo de la propuesta.
- Recolectar información preliminar del desarrollo de proyectos.
- Entrenar al equipo encargado del desarrollo del proyecto en diferentes elementos, conocimientos y competencias necesarias para llevar a cabo los proyectos.
- La transferencia de conocimiento a un equipo o grupo de personas de manera continua y automática.
- Convencer a los inversionistas en que la inversión a realizar vale la pena.
- Probar el modelo de APP y su atractivo para inversionistas privados, evaluando la respuesta del mercado.
- Evaluar el VpD y concluir si los modelos propuestos de APP pueden ser usados de manera más extensa en el sector.
- Aprender de posibles errores, demoras, cuellos de botellas en el proceso y procurar la realización de mejores proyectos en un futuro.

En términos generales, la metodología propuesta por la consultoría, tal como se muestra a continuación:

---

<sup>18</sup> The importance of pilot projects, E. Van Teijlingen, V. Hundley (2002)

<sup>19</sup> Ver: Why we need pilot projects to transfer knowledge from research to practice? J. Rantala, P. Harstela (2008), The importance of pilot projects, E. Van Teijlingen, V. Hundley (2002), Using pilot projects for analytic solutions, S.A. Philips (2014)

**Figura 25. Pasos de la metodología de priorización**

## 1 IDENTIFICACIÓN, DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LOS PROYECTOS

Como proceso inicial es necesario identificar claramente el portafolio de proyectos, respondiendo idealmente a preguntas como qué, dónde, quiénes, cuánto, porqué y el estado del proyecto. Es decir, el proyecto debe ser fácilmente definible e identificable. Se debe conocer qué se espera realizar, quienes son los actores, cuánto (inversión), porqué (objetivo) y el estado del proyecto.

De igual forma se debe definir si el proyecto pertenece a una zona dispersa y/o de monopolio público o una zona de alta demanda.

## 2 DEPURACIÓN DEL PORTAFOLIO DE PROYECTOS CON CRITERIOS DE PRE-SELECCIÓN

El segundo paso consiste en depurar la lista de posibles proyectos teniendo en cuenta condiciones mínimas que deben cumplir:

1. Deben estar alineados con los objetivos en salud del gobierno central y del gobierno regional, respondiendo a necesidades precisas e insatisfechas de los usuarios. Para ello se verificará que los proyectos se encuentren en los planes bienales de inversión.
2. Estos deben cumplir con el monto de inversión mínimo para desarrollar un proyecto bajo esquema APP en Colombia, que corresponde a 6.000 smmlv .
3. Adicionalmente, para buscar la sostenibilidad y solvencia de los proyectos, es necesario establecer si el ente territorial cuenta con las competencias fiscales y financieras para hacerse cargo del mismo

## 3 EVALUACIÓN DE LOS PROYECTOS DE ACUERDO CON LOS FACTORES DE PRIORIZACIÓN

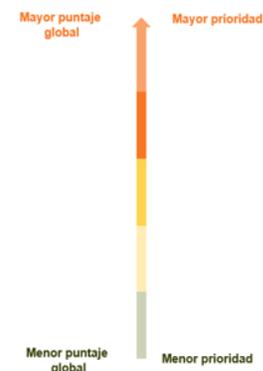
Una vez se tenga el grupo de proyectos pre-calificados, se debe realiza el cálculo del índice de priorización, al que se llamará puntaje global.

- Este puntaje global se calcula a partir de unos puntajes asignados a unos factores de priorización, que son los siguientes:
1. Nivel de cobertura
  2. Progreso de los servicios prestados
  3. Eficiencia del servicio
  4. Potencial impacto social del proyecto
  5. Proyecto nuevo en la región
  6. Número de servicios trazadores
  7. Capacidad institucional
  8. Redes prestadoras de servicio
  9. Pertenencia a contratos plan
  10. Disponibilidad de recursos públicos aprobados para el proyecto
  11. Nivel de inversión
  12. Impacto económico regional

Adicionalmente se calculan unos puntajes parciales, correspondientes a la categoría de los factores: Importancia social, institucionalidad y atractivo para el inversionista.

## 4 ELABORACIÓN DEL RANKING DE ACUERDO AL PUNTAJE GLOBAL

Como parte del ejercicio, se mostrarán 4 tipos de rankings: uno por cada categoría de los factores de priorización y un ranking final teniendo en cuenta el puntaje global obtenido en cada subgrupo. Para ello, se organizarán los proyectos de mayor puntaje parcial o global a menor puntaje. Una vez se obtiene el puntaje global para cada alternativa, se procede a jerarquizar los proyectos de mayor a menor puntaje global.



Fuente: Elaboración propia

## 8. Recomendaciones

**Tabla 23. Instrumento ejecutivo de las recomendaciones a nivel técnico**

Recomendación	Responsable	Involucrados
<b>Socialización de la consultoría con los actores</b>	DNP	MSPS, Gobernaciones de las Entidades Territoriales, gerentes de ESE, MHCP y Secretarías de Salud
<b>Se deberá establecer una batería de indicadores para la prestación de servicios clínicos, la cual deberá girar principalmente alrededor de la calidad de los servicios y de la oportunidad al momento de prestarlos, que básicamente evalúe los resultados finales.</b>	Cuerpo colegiado integrado por el DNP y el MSPS	Entidad contratante
<b>La relación contractual del esquema de APP en términos de infraestructura deberá estar regida por la guía establecida por el DNP (solamente se considerarán dentro del contrato aquellos indicadores que correspondan según las obligaciones del contratista)</b>	DNP	Entidad contratante
<b>A partir del desarrollo y desempeño del piloto, se deberá adaptar el modelo establecido inicialmente para zonas dispersas a las necesidades y características de los proyectos siguientes.</b>	MSPS	Entidad contratante, Gobernaciones departamentales y Cuerpo colegiado
<b>Zonas de alta demanda: Los modelos de atención de los departamentos, deberán ser tenidos en cuenta para el desarrollo de proyectos en dichas zonas con el fin de aportar verdaderamente en la disminución de la brecha entre la oferta y la demanda y/o aumentar la eficiencia y/o la calidad.</b>	Gobernaciones departamentales	Entidad contratante, Gobernaciones departamentales y Cuerpo colegiado

Fuente: elaboración propia, basado en los productos 2 y 3 de la consultoría.

**Tabla 24. Instrumento ejecutivo de las recomendaciones a nivel financiero**

Recomendación	Responsable	Involucrados
<b>PGN: Priorizar por parte del MSPS los recursos a los proyectos de APP.</b> Se recomienda seguir con la política de contar con recursos de las entidades territoriales (30%), lo cual genera un mayor sentido de pertenencia y esfuerzo a las entidades territoriales, sin embargo, en casos como las zonas dispersas esta restricción puede ser eliminada o diferente.	MSPS, Cuerpo colegiado y MHCP	Entes territoriales y entidad contratante
<b>Regalías: Se deberá tener en cuenta la restricción del plazo de vigencias futuras para la estructuración financiera del proyecto.</b>	Gobernaciones departamentales	MHCP y Secretaría de salud del departamento (Grupo a nivel departamental)
<b>Recursos propios de las entidades territoriales: Utilizar fuentes de recursos propios que pueden ser obtenidos vía financiación de la Entidad territorial o vía impuestos o tasas.</b> <b>Se debe contar con Entidades Territoriales que cumplan</b>	Entidad territorial y MSPS	MHCP y Secretaría de salud del departamento (Grupo a nivel departamental)

Recomendación	Responsable	Involucrados
con los indicadores de desempeño fiscal. <b>Declarar los proyectos de importancia estratégica.</b>		
<b>Otros recursos de las entidades territoriales (Fuentes como las rentas cedidas, los excedentes y saldos de las cuentas maestras del régimen subsidiado de salud y Lotto en línea): Dada las condicionalidades no es recomendable utilizar estos recursos, ya que las Entidades Territoriales no podrían estimar fácilmente las condiciones del sistema de salud y los excedentes que se generarían.</b>	Gobernaciones departamentales	DNP y MHCP
<b>Venta de servicios de salud: Establecimiento de obligaciones para que las IPS realicen un cobro oportuno y eficaz. Utilizando los mecanismos de cobro que permite la ley, tales como: cobro persuasivo<sup>20</sup>, cobro prejudicado<sup>21</sup>, cobro jurídico<sup>22</sup>, demanda y venta de cartera<sup>23</sup>. <b>Analizar la periodicidad en los pagos en el contrato APP. Revisión de mecanismos de mitigación como la del fondo de pasivos contingentes.</b></b>	Entidad contratante	MHCP
<b>Subsidios a la Oferta: Revisar la aplicación de recursos en los casos de necesidad de subsidios a la oferta.</b>	MSPS –DNP. Gobernaciones departamentales y municipales y MHCP	Entidad contratante

Fuente: elaboración propia, basado en los productos 2 y 3 de la consultoría.

**Tabla 25. Instrumento ejecutivo de las recomendaciones a nivel institucional**

Recomendación	Responsable	Involucrados
<b>Cuerpo colegiado a nivel nacional con el apoyo del equipo técnico: Creación de una Comisión Intersectorial de APP Salud</b>	MSPS y DNP	N/A
<b>Se deberán desarrollar guías y metodologías para la identificación de los proyectos, que consideren los criterios mínimos para tener en cuenta y la forma de evaluarlos, y determinar la pertinencia de los proyectos en la zona en cuestión.</b>	Cuerpo colegiado integrado por el DNP y el MSPS	Entes Territoriales
<b>Identificación y desarrollo de proyectos piloto</b>	DNP apoyado en MSPS	Entidad contratante (Entidad territorial, entidad contratante,

<sup>20</sup> A fin de cumplir la etapa de cobro persuasivo el proceso de gestión de cartera adelantará, notificación de la facturación en mora a las entidades, se adelantará circulación de cartera, de igual manera adelantará procesos de conciliación contable, que permita adelantar la exigibilidad de los saldo (Resolución 307 de 2013)

<sup>21</sup> Teniendo como insumo las actas de conciliación de saldos de cartera que se adelanten con las entidades responsables de pagos, se puede suscribir un contrato de transacción o acuerdo de pago. De igual manera se pueden efectuar solicitudes de conciliación extrajudicial en derecho ante las entidades autorizadas para tal fin (Resolución 307 de 2013)

<sup>22</sup> La instancia ante la cual se adelantara las acciones judiciales será la jurisdicción ordinaria mediante demandas ejecutivas, teniendo como soporte el título valor (Resolución 307 de 2013)

<sup>23</sup> “El Ministerio de la Protección Social autorizó a las Empresas Sociales del Estado a adelantar operaciones de venta y administración de sus diferentes activos, entre ellos, la cartera que les adeudan en la actualidad las Empresas Promotoras de Salud y los entes territoriales. Según la Circular 049 de 2011, las ESE podrán vender su cartera a las Central del Inversiones S.A., CISA” (Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas)

Recomendación	Responsable	Involucrados
		Gobernaciones departamentales, ESE) y Secretaría de salud del departamento (Grupo a nivel departamental)
<b>Fortalecer a las entidades territoriales en APP Salud. Conformación de un grupo funcional a nivel departamental perteneciente a la secretaria de salud que realice la evaluación y estructuración de los proyectos piloto</b>	DNP-MSPS con el apoyo de la Secretaría de salud del departamento	Gobernaciones departamentales

Fuente: elaboración propia, basado en los productos 2 y 3 de la consultoría.

**Tabla 26. Instrumento ejecutivo de las recomendaciones a nivel legal**

Recomendación	Responsable	Involucrados
<b>Se deberá desarrollar un contrato estándar para el sector.</b>	Cuerpo colegiado integrado por el DNP y el MSPS	Entidad contratante y contratista
<b>Con el fin de que la información se encuentre disponible en línea, se deberá establecer un decreto reglamentario y considerar Cláusulas contractuales fuertes que generen una obligatoriedad ante el tema.</b>	MSPS y DNP	Entidad territorial, entidad contratante, Gobernaciones departamentales
<b>Con el fin de dar mayor claridad con respecto a la capacidad de las ESE de suscribir contratos bajo la modalidad de APP, se deberá modificar la Resolución 5185 de 2013 para que las ESE incluyan en su manual de contratación la obligación de aplicar la Ley 1508 de 2012 y el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública cuandoquiera que suscriban contratos que se deriven de esquemas de APP.</b>	MSPS y DNP	ESE

Fuente: elaboración propia, basado en los productos 2 y 3 de la consultoría