Recomendaciones Generales Proyectos APP Infraestructura Hospitalaria

Extracto de informes **CONTRATO DNP-OR-062-15** "Estructurar técnica, legal y financieramente un proyecto piloto para la nueva infraestructura de la ESE hospital departamental Juan Domínguez Romero del municipio de Soledad Atlántico, para las etapas diseño, construcción, dotación, operación y mantenimiento de la infraestructura, incluyendo la prestación de servicios de apoyo no clínicos a través del esquema de Asociación Público-Privada (APP) previsto en la Ley 1508 de 2012"

Colombia, marzo de 2017

Tabla de contenido

JUSTIFICACIÓN GERENCIAL 7

1. Revisión y análisis de la información existente 7
1.1. Revisión y análisis de la información existente y disponible 7
1.1.1. Información Secretaría de Salud del Atlántico 7
1.1.2. Información Hospital Departamental Juan Domínguez Romero de Soledad E.S.E. 8
1.1.3. Información Ministerio de Salud y Protección Social 9
2. Cronograma de trabajo para la ejecución del proyecto bajo el esquema de APP 9
2.1. Actividades relacionadas con la estructuración de un APP 9
2.1.1. Estructuración del proyecto 9
2.1.2. Aprobaciones y requerimientos presupuestales 10
2.2. Cronograma 13
3. Gestión para la vinculación de terceros 16
4. Estrategia de comunicación 17
4.1. Enfoque 18
4.2. Partes interesadas 19
4.2.1. Entidad ejecutora 21
4.2.2. Entidades Rectoras 21
4.2.3. Entidades Aprobación fuentes de financiación 28
4.2.4. Entidades de Salud 30
4.2.5. Organismos de control 33
4.2.6. Interesados privados en participar en APP 34
4.2.7. Potenciales beneficiarios 35
4.2.8. Poder e interés de los actores 35
4.3. Propuesta de socialización para cada uno de los grupos de actores 40
4.3.1. Project Milestones 40
4.3.2. Herramientas de comunicación 40
4.3.3. Objetivos 41
4.3.3.1. Posibles inversionistas interesados 41
4.3.3.2. Posibles financiadores interesados 41
4.3.4. Mensajes de acuerdo al cronograma y herramientas a utilizar 41
4.3.4.1. Posibles inversionistas interesados 41
4.3.4.2. Posibles financiadores interesados 42
4.3.5. Responsables 43
4.3.5.1. Posibles inversionistas interesados 43
4.3.5.2. Posibles financiadores interesados 43
4.3.6. Recomendaciones 43
4.3.6.1. Posibles inversionistas interesados 43
4.3.6.2. Posibles financiadores interesados 43
5. Identificación de capacidades a desarrollar y/o a ser asistidas y fortalecidas 44
5.1. Requisitos institucionales para una APP 44
5.2. Gobernanza 44
5.2.1. Entidad contratante 45
5.2.2. Recomendaciones 50
5.2.3. Institucionalidad propuesta acorde a las fases de un proyecto APP 53

5.2.4. Metodología de trabajo 55
AVANCES DE LA JUSTIFICACIÓN ESTRATÉGICA 57

6. Avance justificación estratégica del proyecto 57
6.1. Importancia estratégica del proyecto 57
6.1.1. Plan Nacional de Desarrollo 57
6.1.2. Plan Decenal de Salud Pública 59
6.1.3. Plan de Desarrollo Departamental 61
6.1.3.1. Plan de Desarrollo Departamental 2012 – 2015, "Atlántico Más Social. Compromiso Social sobre lo Fundamental" 61
6.1.3.2. Programa de gobierno "Atlántico Líder" 2016- 2019 63
6.1.4. Plan Territorial de Salud 64
6.1.5. Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de las redes de ESE del departamento del Atlántico 65
6.2. Análisis de la localización 66
6.3. Identificación de los instrumentos dónde debe incluirse el proyecto 68
6.3.1. Herramientas estratégicas 68
6.3.2. Herramientas operativas 74
6.3.3. Herramientas financieras 74
6.3.4. Otras herramientas 76
6.3.5. Consideraciones importantes de los instrumentos donde debe ser articulado el proyecto. 80
7. Avance del estudio del punto de atención de la ESE hospital en el contexto de la red de servicios 85
7.1. Introducción 85
7.2. Metodología y fuentes de información 86
7.3. Caracterización de demanda 87
7.3.1. Aseguramiento 88
7.3.2. Natalidad 89
7.3.3. Morbilidad 89
7.4. Caracterización de oferta. 96
7.4.1. Capacidad instalada y Servicios del Atlántico 96
7.4.2. Capacidad instalada en la región comparada con el resto del departamento 98
7.4.3. Los servicios hospitalarios en el Atlántico y en la Región 101
7.4.4. Servicios habilitados en la región y el departamento del Atlántico 103
7.5. Proyección de la población 115
8. Análisis del punto de atención de la ESE Departamental Juan Domínguez Romero de Soledad y optimización de la situación actual 118
8.1. Caracterización del Municipio de Soledad 118
8.1.1. Población 119
8.1.2. Acceso 122
8.1.3. Área de influencia 123
8.2. La estimación del tamaño y tipo de camas de la nueva institución 131
8.2.1. Contexto general 131
8.2.2. Estimación de déficit potencial de camas hospitalarias 134
9. Requerimientos técnicos complementarios en relación con las redes de prestación de servicios de salud 141
10. Propuesta de los servicios no clínicos que debe suministrar el sector privado bajo el alcance del contrato de APP. 148
10.1. Diseño y Construcción 154

10.2. Servicios Básicos 154
10.2.1. Servicio de mantención de infraestructura, equipamiento industrial y mobiliario no clínico. 155
10.2.1.1. Servicio de mantención de instalaciones y equipamiento del sistema de aguas. 155
10.2.1.2. Servicio de mantención de instalaciones y equipamiento del sistema de energía e iluminación artificial. 156
10.2.1.3. Servicio de mantenimiento de instalaciones y equipamiento del sistema de transporte vertical. 156
10.2.1.4. Servicio de mantenimiento de instalaciones y equipamiento del sistema de corrientes débiles. 156
10.2.1.5. Servicio de mantenimiento de instalaciones y equipamiento del subsistema de correo neumático. 156
10.2.1.6. Servicio de mantenimiento de instalaciones y equipamiento del sistema de climatización 156
10.2.1.7. Servicio de mantenimiento de instalaciones y equipamiento de sistemas de gases clínicos. 156
10.2.1.8. Servicio de mantenimiento y operación del sistema de control centralizado. 156
10.2.1.9. Servicio de mantenimiento de exteriores, áreas verdes y paisajismo. 156
10.2.2. Servicios no clínicos de apoyo 156
10.2.2.1. Aseo y limpieza general 157
10.2.2.2. Gestión integral de residuos hospitalarios y control sanitario de vectores 157
10.2.2.3. Gestión de ropería y vestidores 157
10.2.2.4. Servicios de alimentación para pacientes 158
10.2.2.5. Servicios de seguridad y vigilancia 158
10.2.2.6. Servicio de almacén 158
10.2.2.7. Servicio de mantenimiento 158
10.2.3. Servicios de apoyo clínico 159
10.2.3.1. Archivo de historias clínicas 159
10.2.3.2. Servicio de atención farmacéutica 160
10.2.3.3. Servicio de laboratorio clínico 160
10.2.3.4. Servicio de Banco de Sangre 160
10.2.3.5. Servicio de rehabilitación 160
10.2.3.6. Servicio de imageneologia. 160
10.2.3.7. Servicio de transporte 161
10.2.3.8. Servicio de comunicaciónes 161
10.2.3.9. Servicio de nutrición y dietética 161
10.2.4. Provisión, soporte técnico, mantenimiento y reposición de equipamiento, mobiliario e instrumental específico (médico). 161
10.2.5. Provisión, soporte técnico, y mantenimiento de dotación de equipos biomédicos. 162
10.2.6. Servicios de explotación comercial. 163
10.3. Ventajas y desventajas 163
PRIMER AVANCE DE LA JUSTIFICACIÓN ECONÓMICA 166

11. Requerimientos técnicos 166
11.1. Normatividad sobre sistema único de habilitación (Sector salud) 167
11.2. Normatividad de carácter ambiental 168
11.3. Normatividad componente social 171
11.4. Normativa urbana, Plan de Ordenamiento Territorial (POT) 172

11.5. Normativa de edificación 173
11.5.1. Normativa de sismo resistencia 173
11.5.2. Normativa Contra incendios (Detección y extinción)..... 173
11.5.3. Normativa aplicable para instalaciones hidrosanitarias 174
11.5.4. Normativa aplicable para instalaciones eléctricas..... 174
11.5.5. Normativa aplicable para instalaciones de gas combustible 175
11.5.6. Normativa aplicable para instalaciones gases medicinales 175
11.5.7. Normativa aplicable para instalaciones de Climatización (HVAC)..... 176
11.5.8. Normativa aplicable para instalaciones de cableado estructurado (Voz y Datos) 177
11.5.9. Normativa de accesibilidad 177
12. Diseño de la transacción 178
12.1. Identificación de actores..... 180
12.2. Descripción gráfica del esquema general de la transacción..... 182
12.3. Roles de los actores y relaciones entre las partes de la transacción 183
12.3.1. Entidad contratante: Departamento del Atlántico..... 183
12.3.2. Inversionista privado - Sociedad de propósito específico..... 186
12.3.3. Interventoría 187
12.3.4. Patrimonio Autónomo 189
12.3.5. Prestamistas..... 191
12.3.6. Accionistas..... 192
12.4. Obligaciones de los actores en la transacción..... 193
12.4.1. Obligaciones de la Sociedad de Propósito Específico..... 193
12.4.2. Obligaciones de la Entidad Contratante – Departamento del Atlántico..... 202
12.4.3. Obligaciones del Interventor 204
12.4.4. Obligaciones del Patrimonio Autónomo..... 206
12.4.5. Obligaciones del Accionista..... 208
12.4.6. Obligaciones de los Prestamistas..... 209
12.5. Necesidades de los actores en la transacción..... 209
12.5.1. Necesidades de la Sociedad de Propósito Específico..... 209
12.5.2. Necesidades de la Entidad Contratante 210
12.5.3. Necesidades del Interventor 211
12.5.4. Necesidades del Patrimonio Autónomo..... 211
12.5.5. Necesidades del Accionista..... 212
12.5.6. Necesidades del Prestamista..... 212
13. Identificación de oportunidades reales de proyectos o actividades complementarias..... 212
13.1. Actividades complementarias internacionalmente aplicadas en proyectos de APP del sector salud y nacionalmente compatibles con el desarrollo de infraestructura hospitalaria. 213
14. Estudios técnicos, licencias, permisos y/o trámites ambientales requeridos para adelantar el proyecto. Identificación de la disponibilidad de servicios públicos. 222
14.1. Requisitos generales para licencias de construcción y urbanismos: (Decreto 1469 de 2010) 222
14.2. Autorización de vertimiento de aguas residuales al alcantarillado municipal 223
14.3. Plan de manejo ambiental de residuos peligrosos: Trámite EDUMAS – CAR (Corporación autónoma regional del Atlántico) 224
14.4. Autorización para cargue y descargue 224
14.5. Aprobación del proyecto por parte de la Secretaria de Salud Municipal..... 224
14.6. Solicitud de autorización del diseño de instalaciones radioactivas para su posterior construcción, bajo la modalidad de Licencia de Diseño y Construcción. 225

14.7. Solicitud de autorización de aprovechamiento forestal para los individuos que se deben de remover debido a la construcción del hospital 225
14.8. Estudios técnicos para el desarrollo del proyecto 226
14.8.1. Estudio de suelos y geotecnia 227
14.8.2. Estudio Hidrológico y Plan de manejo ambiental 227
14.8.3. Plan de manejo social 228
14.8.4. Estudio de tráfico y movilidad 228
14.8.5. Estudio y levantamiento de topografía 228
14.8.6. Estudio de arqueología preventiva y prospección arqueológica 229
14.9. Disponibilidad de servicio públicos 230
14.9.1. Disponibilidad de servicio de acueducto y alcantarillado 230
14.9.2. Disponibilidad de servicio de energía 230
14.9.3. Disponibilidad de servicio de gas natural 231
PRIMER AVANCE DE LA JUSTIFICACIÓN FINANCIERA y PRIMER AVANCE DE LA JUSTIFICACIÓN LEGAL/COMERCIAL 232

15. Posibles fuentes de financiamiento del proyecto 232
15.1. Panorama financiero y fiscal del Departamento del Atlántico 232
15.2. Recursos departamentales asignados al sector salud 232
15.2.1. Recursos del sector salud 233
15.2.1.1. Estampillas 234
15.2.1.2. Rentas cedidas 237
15.2.1.3. Esfuerzos propios 238
15.2.1.4. Deuda financiera 239
15.2.2. Otros recursos públicos 245
15.2.2.1. Recursos del Sistema General de Regalías (SGR) 245
15.2.2.2. Aportes de la ESE Hospital Departamental Juan Domínguez Romero 253
15.2.2.3. Recursos del Presupuesto General de la Nación (PGN) 253
15.3. Desembolsos y manejo de recursos a través del patrimonio autónomo 255
16. Posibles fuentes de ingreso del proyecto. 258
Anexo 1 - Requerimientos relacionados con la infraestructura 259
Anexo 2 - Requerimientos técnicos conforme al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad 263
Anexo 3 - Requerimientos para la adquisición de recursos 271
Anexo 4 – Distribución de las camas según tipo en los municipios del Atlántico 281
Anexo 5 – Índice de camas hospitalarias por mil según tipo en los municipios del Atlántico 282
Anexo 6 – Resumen Identificación de los instrumentos dónde debe incluirse el proyecto 283

El presente documento contiene una recopilación de los avances efectuados en la estructuración del proyecto piloto de infraestructura hospitalaria bajo el esquema de APP en Soledad, Atlántico, relacionados con aspectos generales de la implementación de este tipo de proyectos.

JUSTIFICACIÓN GERENCIAL

1. Revisión y análisis de la información existente

1.1. Revisión y análisis de la información existente y disponible

Al inicio de la consultoría se realizó una solicitud de la información preliminar.

1.1.1. Información Secretaría de Salud del Atlántico

Tabla 1. Información Gerencial

Información
Funciones de la Secretaria de Salud (Normatividad vigente)
Organigrama de la Secretaria de Salud
Estructura laboral (Cargo, área y función específica) de la Secretaria de Salud

Tabla 2. Información Legal

Información
Manual de Contratación de la Gobernación del Atlántico
Plan de Desarrollo del Departamento
Certificado de libertad y tradición del inmueble sobre el que la administración decida realizar el proyecto

Tabla 3. Información Financiera

Información
Plan financiero territorial de Salud
Concepto viabilidad del plan financiero de salud del Ministerio de Salud
Informe de viabilidad fiscal de la Dirección de Apoyo Fiscal del Ministerio de Hacienda y Crédito Público al cierre 2014 o año anterior
Presupuesto 2016 de la Secretaria de Salud
Marco de gasto y fiscal actual del Departamento del Atlántico
Antecedente de cesión de rentas en el departamento de parte de los entes territoriales a un patrimonio autónomo.

Tabla 4. Información Técnica

Información
Plan Territorial de Salud
Documento de red Atlántico
Plan Territorial de Salud 2012-2015, Departamento del Atlántico
Documento red hospitalaria del Atlantico
Base –microdata- de datos única de afiliado (BDUA)
Plan de ordenamiento territorial actual del municipio

1.1.2. Información Hospital Departamental Juan Domínguez Romero de Soledad E.S.E.

Tabla 5. Información Gerencial

Información
Organigrama de la ESE
Composición de la Junta Directiva
Estructura laboral (Cargo, área y función específica) de la ESE – personal de planta y subcontratistas
Listado del personal en temas relacionados con la operación y mantenimiento de la Infraestructura y dotación industrial y de equipos biomédicos
Plan de gestión gerencial aprobado por la Junta Directiva
Informe de control interno del año 2015
¿Tiene la ESE beneficiaria algún tipo de sindicato? En caso de ser afirmativa, ¿Cuántas personas lo componen?

Tabla 6. Información Legal

Información
Ordenanza que crea la ESE Juan Domínguez Romero del municipio de Soledad, Atlántico y establece sus estatutos
Ordenanzas que modifiquen los estatutos de la ESE.
Manual de Contratación de la ESE Juan Domínguez Romero
Documentos que acreditan la habilitación actual de la infraestructura para prestar servicios de salud
Relación de los subcontratos relacionados con la construcción, reparación y/ mejoramiento de infraestructura, mantenimiento de la infraestructura, dotación de equipos industriales y biomédicos

Tabla 7. Información Financiera

Información
Programa del ajuste fiscal y financiero viabilizado por el MHCP de la ESE
Plan de compras
Estados financieros de la ESE (últimos 4 años y proyectado 2016)
Presupuesto asignado para la vigencia 2016

Tabla 8. Información Técnica

Información
Manuales internos de la ESE
Información del hospital actual (plan médico, listado de equipamiento, relaciones funcionales, índice de actividades)
Información de producción por servicios en los últimos dos años
RIPS
Información de referenciación
Plan de desarrollo del hospital y plan de acción para 2014 y 2015
Documento sobre oferta y demanda entregado por la Fundación Fundisocial al hospital
Demanda no atendida por servicios
Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPSS)
Fecha de adquisición de los equipos que forman la dotación del hospital actual
Nombre de la empresa o persona que realizó la evaluación del estado de los equipos, con el objeto de solicitar mayor información al respecto como Hojas de vida y otros datos relevantes

Información
Contratos con las EPS
Las camas y camillas por servicos son las que figuran realmente en el REPS?

1.1.3. Información Ministerio de Salud y Protección Social

Tabla 9. Información Técnica

Información
Estudios técnicos existentes del hospital (estudio del 2006 donde se planteaba un hospital de 120 camas)

Es importante mencionar que esta es una identificación preliminar de necesidades de información. Se espera que se requiera de información adicional con el avance de la consultoría.

2. Cronograma de trabajo para la ejecución del proyecto bajo el esquema de APP

2.1. Actividades relacionadas con la estructuración de un APP

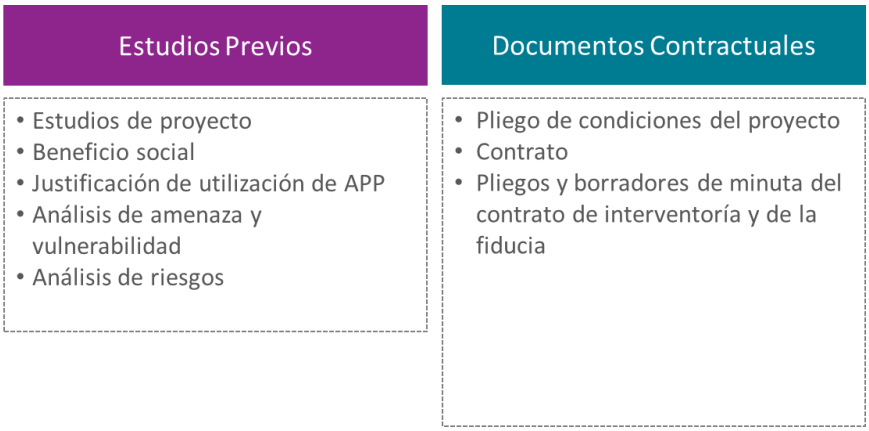
Dado que en este proyecto la entidad contratante corresponde al Departamento del Atlántico, a continuación se presentará de manera resumida el proceso para la ejecución de un proyecto de APP de infraestructura hospitalaria correspondiente a una entidad territorial.

2.1.1. Estructuración del proyecto[1]

Previamente al proceso de selección definitivo del ejecutor privado, la entidad contratante debe preparar los siguientes documentos:

[1] "la formulación y estructuración de un proyecto consiste en un proceso de análisis, recolección y generación de información, así como de definiciones, que deben quedar registradas en uno o varios documentos y estudios que se complementan y que en su conjunto demuestran la necesidad de implementar un proyecto" (DNP, en la web: https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/La%20poltica%20generacin%20de%20ingresos/08%20Facilitar%20procesos%20de%20estabilizaci%C3%B3n%20socioecon%C3%B3mica.pdf)

Gráfica 1. Estudios y documentos previos necesarios para la selección del ejecutor privado

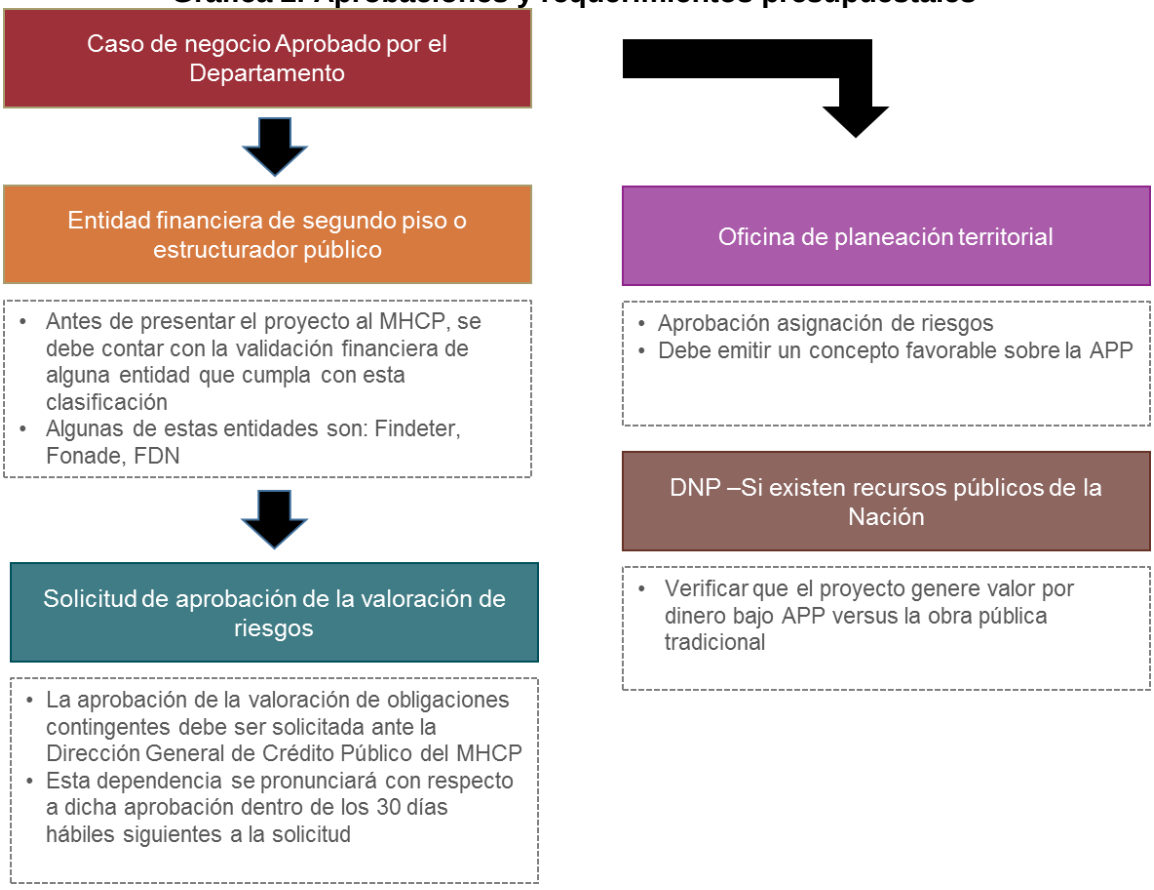


Fuente:Basado en Manual de Procesos y Procedimientos para la Ejecución de Proyectos de Asociación Público-Privada

2.1.2. Aprobaciones y requerimientos presupuestales

Luego de la estructuración del proyecto, la entidad territorial debe obtener los conceptos previos de las siguientes entidades:

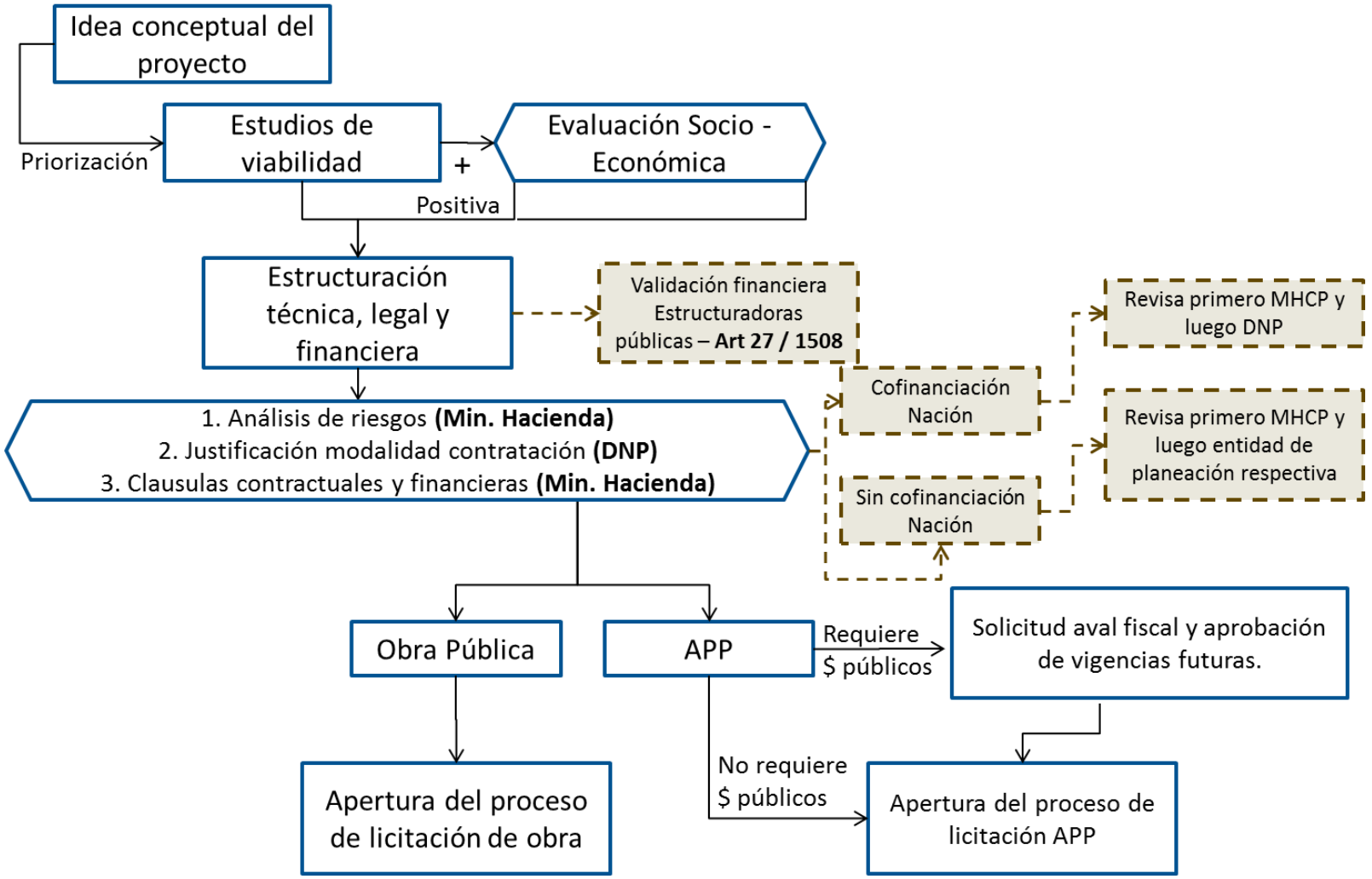
Gráfica 2. Aprobaciones y requerimientos presupuestales



Fuente: Basado en el Manual de Procesos y Procedimientos para la Ejecución de Proyectos de Asociación Público-Privada

A nivel territorial, la entidad contratante del APP, una vez cuente con los estudios, documentos y conceptos de las entidades correspondientes, deberá solicitar la aprobación de vigencias futuras excepcionales ante las entidades del orden territorial que tengan la competencia de aprobación de estos compromisos.

Gráfica 3. Pasos APP Iniciativa Pública

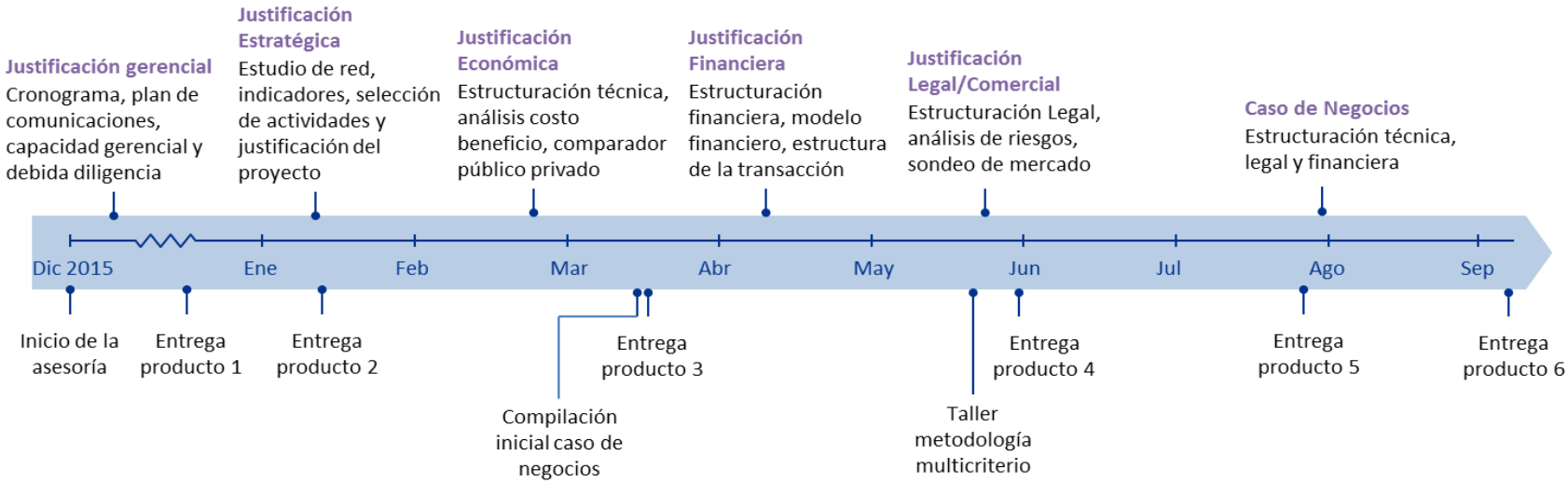


Fuente: DNP

2.2. Cronograma

A continuación se presenta resumidamente el cronograma por fases:

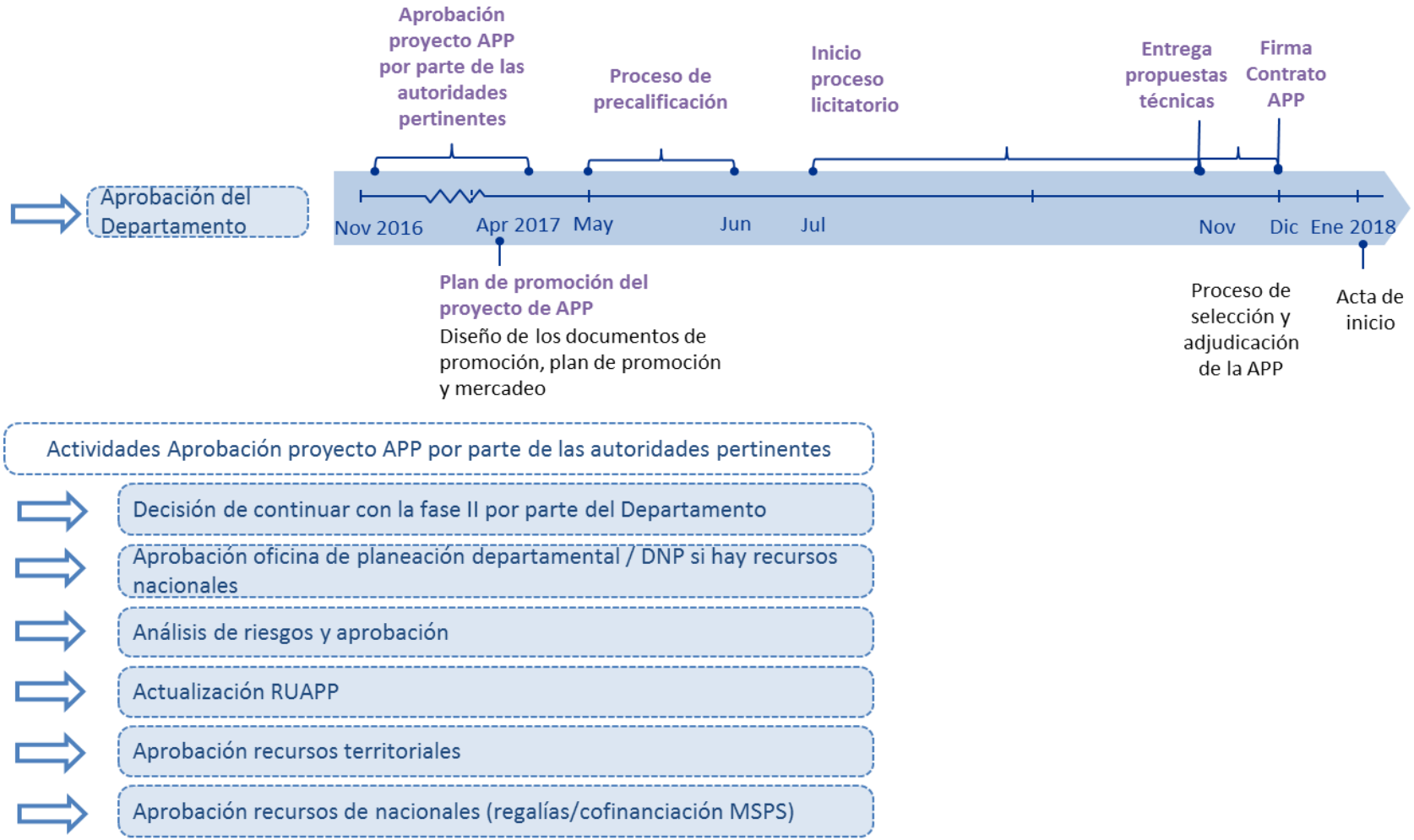
Gráfica 4. Cronograma – Estructuración Fase 1



Producto 1	Justificación gerencial
Producto 2	Primer avance justificación estratégica
Producto 3	Primer avance justificación económica, financiera y legal/comercial. Segundo avance justificación estratégica
Producto 4	Segundo avance justificación económica, financiera y legal/comercial.
Producto 5	Presentación justificación económica, financiera y legal/comercial.
Producto 6	Caso de negocios

Fuente: elaboración KPMG

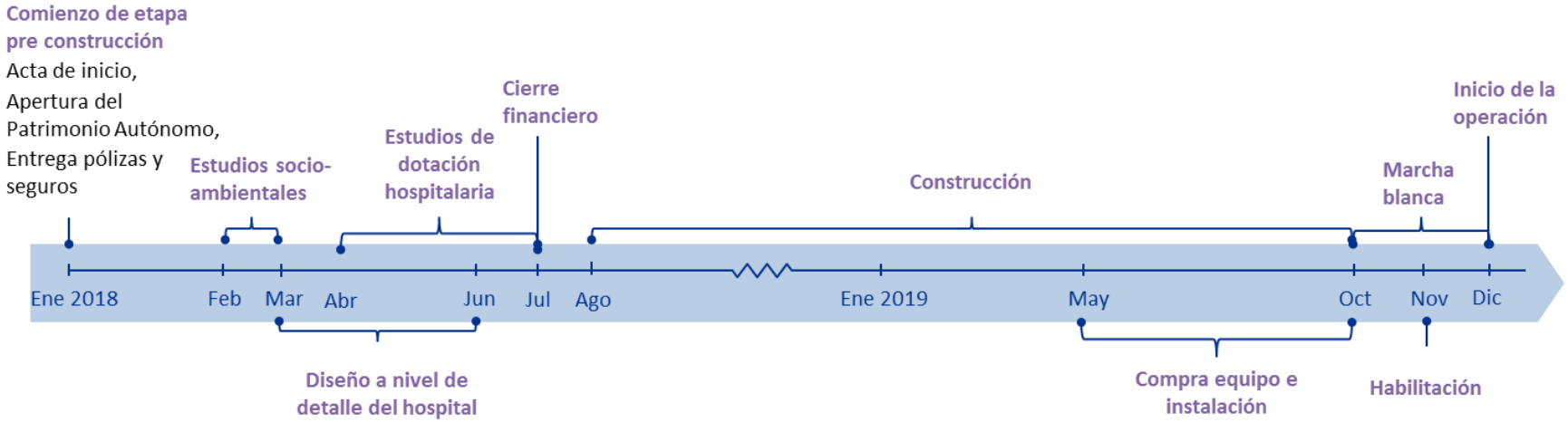
Gráfica 5. Cronograma – Estructuración Fase 2



Fuente: elaboración KPMG

Nota: Se estima que la aprobación del Departamento será al mes siguiente de la aprobación por parte del Comité Tecnico del caso de negocio del proyecto. (El Departamento puede agilizar los tramites 3 meses para la aceptación de la Fase 2).

Gráfica 6. Cronograma – Estructuración Fase 3



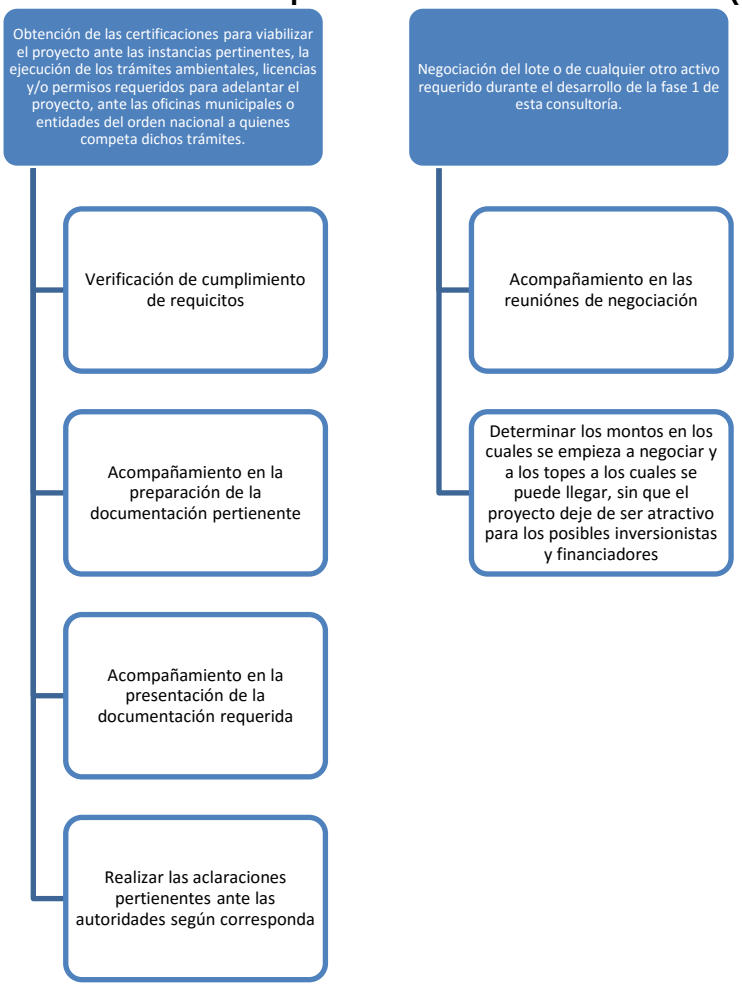
Fuente: elaboración KPMG

En el anexo se pueden encontrar las autorizaciones relacionadas con la infraestructura y con la consecución de financiación, procedimientos tenidos en cuenta para la elaboración del cronograma.

3. Gestión para la vinculación de terceros

KPMG como consultor para “Estructurar técnica, legal y financieramente un proyecto piloto para la nueva infraestructura de la ESE hospital departamental Juan Domínguez Romero del municipio de Soledad Atlántico, para las etapas diseño, construcción, dotación, operación y mantenimiento de la infraestructura, incluyendo la prestación de servicios de apoyo no clínicos a través del esquema de Asociación Público-Privada (APP) previsto en la Ley 1508 de 2012”, será un soporte para el Departamento Nacional de Planeación, la Secretaría de Salud y del Hospital Departamental Juan Domínguez Romero de Soledad E.S.E., en los diferentes procesos que involucran algún tipo de negociación con terceros, como por ejemplo:

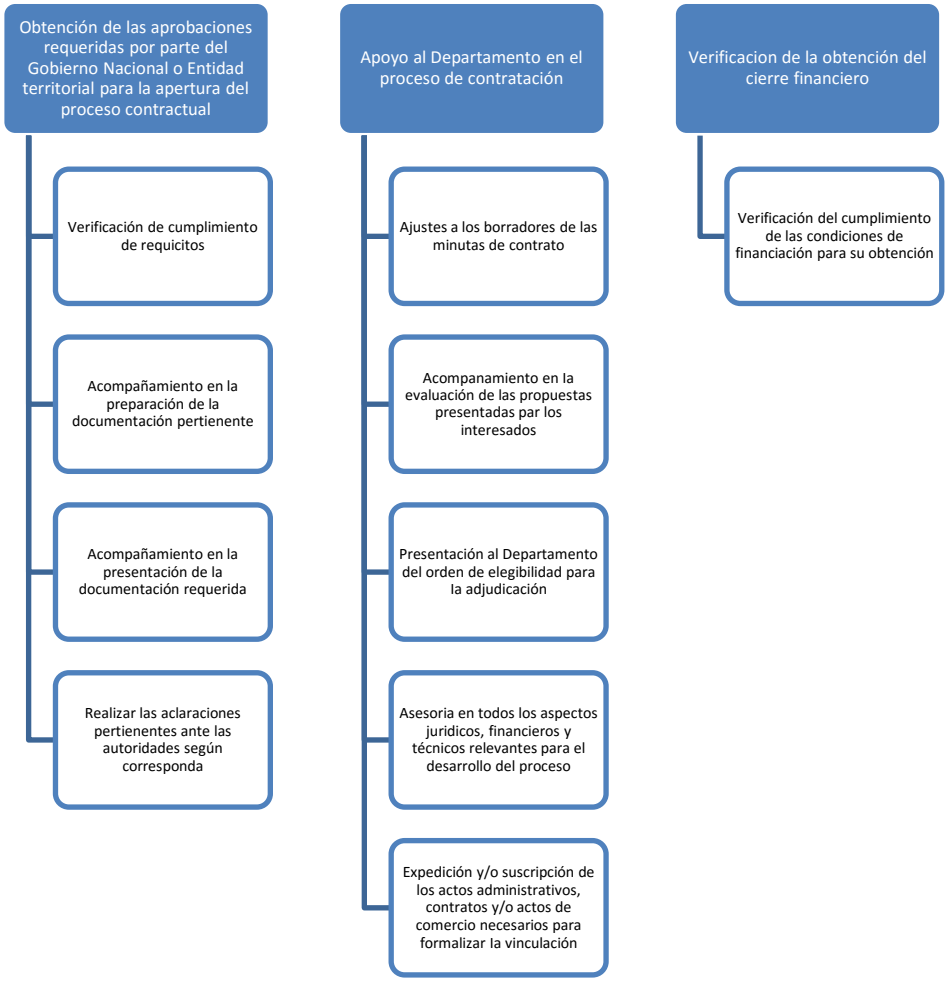
Gráfica 7. Gestión de KPMG para la vinculación de terceros (Fase 1)



Fuente: elaboración KPMG

En caso de que la entidad territorial decida continuar con la Fase 2 del proyecto, que comprende la concreción de la vinculación del sector privado en la solución de infraestructura de salud en el Municipio de Soledad, se brindaría apoyo en las siguientes actividades:

Gráfica 8. Gestión de KPMG para la vinculación de terceros (Fase 2)



Fuente: elaboración KPMG

4. Estrategia de comunicación

Con el fin de evaluar el impacto que generará este proyecto en las comunidades del área de influencia, desde el componente socioambiental se requiere hacer un análisis del entorno y las comunidades que allí habitan, para ello se hará revisión de la información secundaria, que permitirá conocer el contexto y ser asertivos con la implementación de las medidas de mitigación.

La estructuración del proyecto tiene como objetivo realizar un plan de comunicaciones que sea eficaz y que permita:

- Mejorar la conciencia del proyecto, en particular sobre los beneficios para los pacientes y para la población en general
- Asegurar que los resultados del proyecto sean compartidos y avalados por la entidad contratante, entidades rectoras y entidades de aprobación

- Asegurar que las entidades involucradas de la secretaria de salud y de la ESE tengan un buen conocimiento del proyecto para que, cuando se haga necesario realizar cambios y desarrollos tengan un conocimiento básico claro de lo que se quiere lograr y por qué
- Asegurar que el proyecto se percibe como una parte fundamental del programa de servicio modernización / transformación del servicio de salud en la región y, aprovechando el potencial de nuevas instalaciones modernas se conviertan en un facilitador para mejorar la prestación del servicio de salud al paciente
- Asegurar de que la relación entre la entidad contratante y sus grupos de interés externos, incluyendo proveedores, la comunidad local y los tomadores de decisiones, sea clara y transparente.

Para lograr esto, los principios del enfoque del proyecto a las comunicaciones y los grupos de interés son:

- El personal / cooperación de las partes interesadas y apoyo - a las personas adecuadas, haciendo las cosas bien, de la manera correcta, en el momento adecuado
- Sensibilización de las partes interesadas de, la participación en, y el apoyo a la nueva visión del hospital
- Comunicación oportuna y abierta con las partes interesadas
- Comprensión de las partes interesadas de las razones y beneficios detrás, las fases clave del nuevo programa del hospital
- Fomento de las partes interesadas a participar en la comunicación de dos vías, con oportunidades para proporcionar retroalimentación y hacer preguntas
- Comprensión de los gerentes del proyecto y su compromiso con su papel en la comunicación con el personal cuando sea necesario.
- Estrategia de comunicación integral que involucre una comunicación con la ciudadanía, con los diferentes actores, de la mano con lo anterior, se desarrollará una estrategia publicitaria, para ayudar a tener una mejor relación con todos los actores involucrados, y con el entorno en general.

4.1. Enfoque

Hay cinco componentes clave para el enfoque participación de los interesados del proyecto:

- Identificar las partes interesadas
- Evaluar los intereses, actitudes y la influencia de las partes interesadas
- Identificación de los principales hitos del proyecto
- Determinar los mensajes clave
- Desarrollar herramientas de comunicación apropiadas

A lo largo de la vida de una APP, es importante que todas las partes interesadas mantengan un alto nivel de entendimiento y de interés en el proyecto. El objetivo de esta sección es identificar y desarrollar un instrumento de comunicación para mantener al corriente a las diferentes partes interesadas sobre los objetivos, las características y el nivel de avance del proyecto. Se entiende como parte interesada a toda persona o institución que tenga un interés, directo o indirecto, en el proyecto, como:

- Los tomadores de decisiones, es decir todos aquellas partes que tienen que dar su visto bueno para que el proyecto pueda ser desarrollado, por ejemplo, funcionarios del DNP y del MHCP a cargo de la evaluación de proyectos APP, Ministros del sector donde se lleva a cabo el proyecto, políticos, auditores, etc.
- Los actores directamente implicados en el desarrollo del proyecto, por ejemplo, la autoridad contratante y su equipo a cargo del proyecto (área a cargo de la contratación al interior de la Secretaría de Salud del Departamento), los estructuradores, los consorcios licitantes del sector privado, inversionistas, financiadores y proveedores del sector.
- Toda persona afectada directa o indirectamente por el proyecto, por ejemplo, el personal del sector público que trabajará en el proyecto, los usuarios beneficiarios de la infraestructura que se construirá con el proyecto, los vecinos del barrio donde se ubicará el proyecto, las asociaciones de protección del medio ambiente, del patrimonio arquitectónico, de los Derechos Humanos, etc.

Es importante que se identifique a cada una de las partes con sus preocupaciones e intereses y desarrolle una estrategia de comunicación para cada una de las categorías arriba mencionadas. Típicamente, las estrategias de comunicación para cada una de las categorías de las partes interesadas son las siguientes:

- Para los tomadores de decisión, es importante adoptar una estrategia de persuasión pues el acuerdo de esta categoría es necesario para que el proyecto sobreviva;
- Para los actores directamente implicados en el desarrollo del proyecto, es necesario adoptar una estrategia de diálogo, pues es esta categoría de actores quien estará a cargo de la estructuración, licitación, monitoreo (por el sector público), diseño, construcción, financiamiento, mantenimiento y operación (por el sector privado) del proyecto;
- Finalmente, para las partes directa o indirectamente afectadas por el proyecto, habrá que adoptar una estrategia de consultas o bien de comunicación, según la importancia del actor en cuestión. Hay que recordar que un ejercicio de comunicación o de consultas debe llevarse a cabo antes de la toma de decisiones.

4.2. Partes interesadas

A continuación se realizará un diagnóstico de los receptores a quienes irá encaminada la estrategia de comunicación, teniendo en cuenta el rol que cumpliría cada uno de ellos en el desarrollo del proyecto y por último, se realizará una clasificación de los actores de acuerdo con su interés en el proyecto y su capacidad de influencia sobre el mismo.

Tabla 10. Clasificación de partes interesadas

Ejecutores (E)	Rectores (R)	Aprobación fuentes de financiación (A)
• Gobernación del Atlántico (E1)	Nivel territorial • Oficina de Planeación Territorial (R1) • Secretaria de Salud del departamento (R2) • Secretaría Jurídica del Departamento (R8) • Funcionarios públicos de entidades diferentes que puedan tener algún interés en el proyecto (R6) Nivel Nacional • Departamento Nacional de Planeación – RUAPP (R3) • Ministerio de Salud y Protección Social (R4) • Subdirección de Riesgos de la Dirección General de Crédito Público y Tesoro Nacional del MHCP (R5) • Banca de Segundo Piso o Estructurador Público (R7)	Nivel Nacional • CONFIS Nacional (A1) • Consejo Nacional de Política Económica y Social – CONPES (A2) • OCAD (A3) Nivel territorial • Asamblea Departamental (A4) • CONFIS Departamental (A5)

Salud (S)	Entes de control (EC)	Interesados (I)
• ESE Juan Domínguez Romero (S1) • Gremios de salud (S2)	• Superintendencia de Salud (EC1) • Contraloría General de la República (EC2) • Procuraduría General de la Nación (EC3)	Inversionistas (I1) Posibles financiadores (I2) • Posibles proveedores interesados (I3)

Potenciales beneficiarios (P)
• Pacientes (P1) • Personas naturales y jurídicas ubicadas en los alrededores del hospital (P2)

Fuente: Basado en el Manual de Procesos y Procedimientos para la Ejecución de Proyectos de Asociación Público-Privada

4.2.1. Entidad ejecutora

La entidad ejecutora es aquella que lidera el desarrollo del proyecto, en este caso en específico es el Departamento del Atlántico a través de la Secretaria de Salud.

La entidad ejecutora tiene el rol de impulsar los proyectos APP, tienen la responsabilidad de elaborar todos los estudios requeridos en la reglamentación vigente, y posteriormente someterlos a consideración de las Entidades Rectoras para su concepto previo y para la aprobación de compromisos del presupuesto público, en caso que se requieran.

Adicionalmente, son las responsables de la firma del contrato con el sector privado, y la gestión contractual del mismo a lo largo de la vida del proyecto.

Tabla 11. Competencia actual de la entidad contratante para la implementación de un APP

Entidad	Rol general	Rol en la APP[2]
Departamento del Atlántico (E1)	Los departamentos tienen autonomía para la administración de los asuntos seccionales y la planificación y promoción del desarrollo social dentro de su territorio. Cuentan con funciones administrativas, de coordinación, de complementariedad de la acción municipal, de intermediación entre la Nación y los Municipios y de prestación de los servicios según lo determine la Constitución y las leyes[3].	Entidad contratante.

4.2.2. Entidades Rectoras

Las Entidades Rectoras son parte del Gobierno Nacional y Territorial, tienen la responsabilidad en general de velar por el cumplimiento de los Planes de Desarrollo Nacionales y Territoriales, así como de la eficiencia en el gasto de inversión pública y el control del presupuesto público. Así mismo, regulan, definen y contribueyen al desarrollo de la política publica, y ejecutan programas y proyectos.

Se consideran las siguientes Entidades Rectoras:

- Competencia a Nivel Nacional

[2] Se acalara que en esta columna, se destaca el rol de cada uno de los actores en relación con la potencial APP, esto debido a que el proyecto en cuestión es un piloto.
[3] Básado en "Funciones del Departamento", Gobernación del Atlántico, en la web: http://www.atlantico.gov.co/index.php/gobernacion/la-entidad/funcionesgobernacion-79192

Tabla 12. Competencias actuales a nivel nacional para la implementación de la APP

Entidad	Rol general	Rol en la APP[4]
Ministerio de Salud y Protección Social (R3)	• Dentro de la estructura de Ministerio se cuenta con una Dirección de Prestación de Servicios y Atención primaria que cuenta con las subdirecciones de prestación de servicios y de infraestructura en salud. En las funciones se encuentran establecer políticas, planes y programas para los modelos de prestación del servicio, apoyar en el desarrollo y sostenibilidaddel sistema integrado de gestión institucional, establecer indicadores de desempeño institucional, proponer y reglamentar la conformación de redes prestadoras de servicio de salud, realizar estudios y modelos de desarrollo de la infraestructura de servicios de salud • El MSPS cuenta con algunos recursos para el fortalecimiento de la capacidad instalada a la prestación de servicios de salud en infraestructura y dotación hospitalaria nacional. • El MSPS diseñará e implementará un "Sistema de Información para la Calidad" con el objeto de estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector que al mismo tiempo, permita orientar 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 Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB), de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.	• Emitir concepto previo de disponibilidad en el cupo sectorial, administrar este cupo y tener control sobre los conceptos previos emitidos. • Responsable de la priorización de proyectos que se ejecuten bajo el esquema de APP. • Emitir concepto sobre los proyectos APP de nivel nacional que requieran desembolsos de recursos públicos • Cuando un proyecto se requiera ejecutar por unidades funcionales, debe emitir un concepto técnico favorable sobre el derecho a retribución por unidades funcionales de infraestructura.
Departamento Nacional de Planeación (R2)	• DNP es la entidad técnica que lidera y coordina la agenda de desarrollo del país y su principal objetivo es la preparación, el seguimiento de la ejecución y la evaluación de resultados de las políticas, planes generales, programas y proyectos del sector público.	• Cumple el rol técnico principal como instancia de aprobación técnica de los proyectos de APP (Justificación de la modalidad de contratación en el caso que el proyecto requiera de aporte públicos de orden nacional), dentro

[4] Se acalara que en esta columna, se destaca el rol de cada uno de los actores relacionado directamente con el proyecto bajo APP, esto debido a que el proyecto en cuestión es un piloto.

Entidad	Rol general	Rol en la APP[4]
		de la estructura orgánica del DNP, esta responsabilidad recae directamente en la subdirección sectorial de la Entidad (Grupo de Participación Privada en Infraestructura). • Para los temas sectoriales y de forma coordinada, la Subdirección de Salud tiene dentro de sus funciones la de apoyar la preparación de normas sobre organización, el funcionamiento y la gestión institucional requeridos para adelantar las políticas, planes, programas y proyectos.
Ministerio de Hacienda y Crédito Público (R4)	• Como coordinador de la política macroeconómica del país gestionando los recursos públicos de la nación, actúa como instancia de aprobación presupuestal y fiscal de los proyectos .	• Aprobación presupuestal y fiscal de los proyectos de APP. A través de la subdirección de riesgos se encarga del análisis del plan de aportes al fondo de Contingencias Contractuales de las Entidades Estatales.

- Competencia a nivel territorial

Tabla 13. Competencias actuales a nivel territorial para la implementación de la APP

Entidad	Rol general	Rol en la APP[5]
Secretaria de Salud del departamento[6] (R2)	• Mantener permanentemente actualizado un diagnóstico del estado de la salud de la población del departamento. • Identificar los riesgos epidemiológicos, demográficos, sociales, económicos y culturales que inciden en el estado de salud de la población. • A partir de las políticas, planes y lineamientos del orden nacional, definir políticas y estrategias para la conservación y recuperación de la salud de la población del departamento, de conformidad con los determinantes sociales de la realidad socioeconómica,	• Formular los programas y proyectos del sector salud y asignarles un presupuesto, de conformidad con los lineamientos normativos y técnicos. • Brindar asistencia técnica a los municipios en todos los aspectos relacionados con sus competencias • Ejercer funciones de inspección, vigilancia y control en salud pública

[5] Se aclara que en esta columna, se destaca el rol de cada uno de los actores en relación con la potencial APP, esto debido a que el proyecto en cuestión es un proyecto piloto.
[6] Estructura orgánico-funcional, Gobernación del Atlántico, Secretaría Departamental de Salud, 2015

Entidad	Rol general	Rol en la APP[5]
	epidemiológica y demográfica del departamento. • Formular el plan territorial de salud departamental y definir los elementos del plan que se incorporarán al plan de desarrollo departamental. • Formular planes operativos e indicadores de gestión para hacer seguimiento a cada uno de los planes operativos del sector salud departamental. • Coordinar con el Instituto Nacional de Salud las acciones preventivas y correctivas en situaciones epidémicas y endémicas • Mantener un diagnóstico actualizado y llevar el registro de las instituciones prestadoras de servicios de salud y de los profesionales de la salud del departamento, de conformidad con las normas que para efectos de información expida el Ministerio de Salud y Protección Social • Evaluar, vigilar y controlar la calidad de la atención en salud de los prestadores registrados en el departamento y brindarles asistencia técnica para la elaboración de planes de mejoramiento continuo de la calidad • Realizar acciones de promoción social en salud, lo que implica la implementación de un eficiente sistema de información y atención de usuarios con participación social y comunitaria. • Implementar acciones de farmacovigilancia y tecnovigilancia y asistir a los prestadores de servicios de salud en estos aspectos. • Desarrollar e implementar un sistema de información basado en indicadores de gestión adecuados para mantener actualizado el diagnóstico de riesgos epidemiológicos, socio demográficos y de determinantes de la salud para facilitar los reportes al observatorio nacional de salud pública y los procesos de planeación, evaluación y control tanto a nivel nacional como territorial. • Realizar acciones de coordinación intersectorial con instituciones del nivel nacional, departamental, distrital y municipal para ajustar las políticas de salud a la realidad epidemiológica,	de las competencias municipales y de las instituciones del régimen subsidiado de salud • Formular el documento de red departamental en el que se determina la necesidad de recursos hospitalarios y se caracteriza la red hospitalaria existente, identificando las necesidades de servicios de salud por subregiones del departamento. • Organizar el funcionamiento de la red de emergencias y desastres del departamento • Organizar el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes, muestras y estudios del departamento.

Entidad	Rol general	Rol en la APP[5]
	demográfica y socioeconómica del departamento y ajustar las estrategias del plan territorial de salud según los determinantes de la salud. • Coordinar con la Secretaría de Hacienda Departamental – Subsecretarías de presupuesto y de rentas, la planeación de los recursos del fondo seccional de salud. • Coordinar con la Secretaría de Hacienda Departamental – Subsecretaría de tesorería las acciones de recaudo y pago de los recursos del fondo seccional de salud. • Contratar con prestadores públicos y privados las atenciones de la población pobre no cubierta con subsidios a la demanda y velar por la calidad de la atención. • Contratar las acciones del plan de intervenciones colectivas de salud pública y velar por el cumplimiento los objetivos y metas planteadas. • Elaborar los proyectos de ordenanzas, decretos y resoluciones para visto bueno del Gobernador, relacionados con la Secretaría de Salud del Departamento y el servicio público de salud. • Participar en las audiencias de rendición de cuentas de la gobernación, aportando de manera oportuna la información de la ejecución de planes, programas, proyectos y presupuesto del sector salud, con énfasis en los resultados obtenidos. • Cumplir y hacer cumplir la Constitución, la Ley, Decretos, Resoluciones y ordenes del Gobernador, ejercer las funciones especificas, prestar los servicios que le corresponden, dictar las providencias que sean necesarias para el cumplimiento y atención de las funciones, competencias y obligaciones a cargo de la Secretaría de Salud. • Estimular la participación comunitaria, en los términos señalados por la ley. • Desarrollar planes de formación, adiestramiento y perfeccionamiento del talento humano del sector salud, en coordinación con las entidades especializadas del mismo sector o con las del sector educativo, poniendo	

Entidad	Rol general	Rol en la APP[5]
	especial énfasis en la integración docente---asistencial, así como en la administración y mantenimiento de las instituciones hospitalarias; • Exigir a las entidades que prestan servicios de salud como condición para toda transferencia, la adopción de sistemas de contabilidad de acuerdo con las normas que expida el Ministerio de Salud.	
Oficina de Planeación del departamento (R1)	• Realizar estudios de carácter social, económico y político del contexto departamental, nacional e internacional y proponer orientaciones de carácter estratégico para posicionar el Departamento y mejorar las condiciones de vida de sus habitantes. • Dirigir y coordinar técnicamente el trabajo de formulación del Plan de Desarrollo Departamental con las Secretarías y las entidades descentralizadas. • Liderar el proceso de evaluación del Plan de Desarrollo Departamental, mediante la Formulación y Seguimiento del Plan de Acción como instrumento gerencial de programación y control de ejecución anual. • Elaborar el Plan Operativo Anual de inversiones en conjunto con la Secretaría de Hacienda. • Capturar, procesar, analizar y difundir la información y las estadísticas que se originen en el contexto departamental. • Procesar, analizar, ordenar y difundir la información de las variables internas y externas que afectan al Departamento y sus entidades territoriales. • Fomentar con el concurso de las entidades académicas la investigación en ciencia y tecnología, tendientes a fortalecer el desarrollo de las instituciones del Departamento y sus entidades territoriales. • Orientar, asesorar, supervisar y controlar el diseño técnico para la inscripción, aprobación y ejecución de los proyectos sectoriales y de las diferentes entidades del Departamento. • Conceptuar sobre los proyectos que presenten las dependencias adscritas a la Gobernación del Atlántico, sobre su	• Ser el responsable de la administración y aprobación de la ficha BPIN. • Establecer los parámetros que determinan la justificación de la APP como modalidad para la ejecución del proyecto. • Emitir concepto previo favorable, respecto al cumplimiento de dichos parámetros para establecer la modalidad de ejecución. • Emitir concepto previo favorable sobre el cupo de vigencias futuras del proyecto. • La Entidad Ejecutora que solicite modificaciones a un proyecto APP, deberá solicitar el concepto favorable a la entidad de planeación territorial, para asegurar que, aún con la modificación solicitada, se mantiene la justificación de ejecutar el proyecto con el mecanismo de APP. • Concepto sobre la viabilidad de ejecutar o no, a través de una APP el proyecto o la modificación presentada, previa aprobación de la valoración de las obligaciones

Entidad	Rol general	Rol en la APP[5]
	viabilidad e inclusión en el Plan de Desarrollo. • Administrar el Banco de Proyectos, coordinar y tramitar la inscripción de los proyectos seleccionados ante los Bancos de Proyecto de Inversión Regional y Nacional, aplicando la metodología establecida para tal fin. • Establecer políticas relacionadas con el sistema de evaluación de gestión y resultados de la Gobernación. • Proporcionar apoyo administrativo y logístico al Consejo Territorial de Planeación. • Prestar asistencia a los Consejos Municipales Territoriales de Planeación. • Adelantar las acciones necesarias para la coordinación institucional en los niveles regional, Municipal, Departamental y Nacional relacionados con la planeación. • Apoyar, asesorar y prestar asistencia técnica, administrativa y financiera a los Municipios[7].	contingentes. Sólo los proyectos APP con concepto previo favorable pueden ser sometidos a consideración de la autoridad encargada de autorizar compromisos de presupuesto público.
Secretaría Jurídica del Departamento[8] (R8)	•Asesorar al Gobernador en la fijación de políticas y adaptación de los planes generales de acción jurídica y legal de la Administración central, los relacionados con la Secretaría y velar por el cumplimiento de los términos establecidos para su ejercicio. •Dirigir, controlar y velar por el cumplimiento de los objetivos de la Secretaría, en concordancia con los planes y políticas trazados por el Gobernador. •Prestar la asesoría jurídica de manera permanente a la Administración Departamental, a los municipios y entidades descentralizadas cuando lo soliciten. •Asesorar al Gobernador en la viabilidad legal de proyectos de Ordenanza para ser presentados a la Honorable Asamblea, revisarlos cuando sean remitidos para su sanción y preparar las objeciones que por motivos de inconstitucionalidad, ilegalidad o inconveniencia deban formularse. •Revisar todos los actos administrativos y demás órdenes emitidas por el Gobernador con el fin de garantizar su legalidad. •Asesorar a las distintas dependencias de la Administración en materia jurídico legal cuando así se requiera. •Aportar elementos de juicio y jurídicos para la toma de decisiones relacionadas con la ejecución y control del programa de Gobierno Departamental.	
Funcionarios públicos que puedan tener	Entre los funcionarios públicos a los que hace referencia este punto se encuentran los pertenecientes al Municipio de Soledad, la Gobernación, la Asamblea Departamental y el Concejo Municipal. Lo que es común en estos funcionarios es su interés en los buenos resultados de proyectos de	

[7] Gobernación del Atlántico, en la web: http://www.atlantico.gov.co/index.php/presentacion-27219/funcionesplaneacion-41710

[8] Gobernación del Atlántico, en la web: http://www.atlantico.gov.co/index.php/secretarias/juridica

Entidad	Rol general	Rol en la APP[5]
algún interés en el proyecto (R6)	este tipo, puesto que afectan de manera indirecta los resultados de su gestión.	
Banca de Segundo Piso o Estructurador Público (R7)	En el marco de la Ley 1508, para proyectos de nivel territorial, antes de presentar el proyecto al MHCP, se debe contar con la validación financiera de alguna de estas entidades. Algunas de las entidades que pueden efectuar estas autorizaciones son Findeter, Financiera de Desarrollo Nacional y Fonade. **Findeter[9]:** banco de desarrollo para la infraestructura sostenible del país. Otorga créditos de redescuento a través de intermediarios financieros para financiar proyectos de infraestructura públicos y privados en Colombia y proveemos asistencia técnica para la ejecución de programas de infraestructura. Adicionalmente, emiten garantías, administran fondos públicos, y proporcionamos servicios de estructuración de proyectos. **Financiera de Desarrollo Nacional[10]:** tiene como objetivo gestionar e incentivar la financiación y estructuración de proyectos de infraestructura. Son un movilizador de los recursos financieros que se requieren para el desarrollo de la infraestructura Colombia. **Fonade**[11]: tiene por objeto principal ser Agente en cualquiera de las etapas del ciclo de proyectos de desarrollo, mediante la preparación, financiación y administración de estudios, y la preparación, financiación, administración y ejecución de proyectos de desarrollo en cualquiera de sus etapas.	

4.2.3. Entidades Aprobación fuentes de financiación

Las Entidades de Aprobación, son organismos del Gobierno Nacional y Territorial que tienen la responsabilidad específica de emitir autorización de compromisos del presupuesto público para aquellos proyectos que requieran desembolsos de recursos públicos y así poder autorizar compromisos fiscales asociados a ellos.

En el marco de este manual, los organismos de Aprobación y sus roles son los siguientes:

- Competencia a Nivel Nacional

Tabla 14. Competencias actuales a nivel nacional para la implementación de un APP

Entidad	Rol
Consejo Nacional de Política Fiscal- CONFIS (A1)	• Definir el escenario de consistencia fiscal acorde con la naturaleza de cada proyecto, evaluación del aporte presupuestal y disposición de recursos públicos. • Emitir concepto previo, para la definición de los cupos anuales sectoriales para la autorización de vigencias futuras para la ejecución de proyectos bajo el esquema de APP. • Otorgar el aval fiscal y aprobar las vigencias futuras para proyectos APP de la Nación y las entidades estatales del orden nacional. Para otorgar dicho aval se requiere contar con concepto favorable del Ministerio del ramo, del Departamento Nacional de Planeación, el registro en el Banco de Programas y Proyectos de

[9] Findeter, en la web: http://www.findeter.gov.co/publicaciones/quienes_somos_pub
[10] FDN, en la web: http://www.fdn.com.co/?q=financiera
[11] Fonade, en la web: http://www.fonade.gov.co/portal/page/portal/WebSite/Fonade/QueesFonade/NuestraEntidad/Mision

Entidad	Rol
	Inversión Nacional BPIN, la inscripción en el RUAPP y contar con la no objeción sobre las condiciones financieras y las cláusulas contractuales que rigen las mismas. • Aprobar aquellas adiciones de iniciativas públicas que impliquen un incremento en la proporción de desembolsos de recursos públicos respecto al valor inicial del contrato.
Consejo Nacional de Política Económica y Social –CONPES (A2)	• Definir el límite anual de autorizaciones para comprometer vigencias futuras para proyectos APP. Este límite se define anualmente al momento de aprobarse la meta de superávit primario para el sector público no financiero, el cual debe ser consistente con el programa macroeconómico. • Definir los cupos anuales sectoriales, para la autorización de vigencias futuras para la ejecución de proyectos bajo el esquema de APP. • Emitir concepto favorable, cuando la estructuración financiera de un proyecto requiera de un contrato con un plazo mayor a treinta (30) años.
Órganos Colegiados de Administración y Decisión – OCAD (A3)	Los OCAD son las entidades responsables de definir los proyectos de inversión que se someten a su consideración y que se caracterizan porque van a ser financiados con recursos del Sistema General de Regalías. Sus funciones específicas son las siguientes: • Definir los proyectos de inversión sometidos a su consideración para ser financiados con recursos del Sistema General de Regalías. • Evaluar los proyectos definidos susceptibles de ser financiados con recursos del Sistema General de Regalías. • Viabilizar los proyectos de inversión a ser financiados con recursos del Sistema General de Regalías. • Priorizar los proyectos de inversión a ser financiados con recursos del Sistema General de Regalías, de conformidad con el artículo 27 la Ley N° 1530 de 2012. • Aprobar los proyectos de inversión o los ajustes de éstos a ser financiados con recursos del Sistema General de Regalías, para lo cual tendrá en cuenta, entre otras, las alertas generadas por el Sistema de Monitoreo, Seguimiento, Control y Evaluación de los recursos del Sistema General de Regalías. • Designar el ejecutor de los proyectos a ser financiados con recursos del Sistema General de Regalías, para lo cual tendrá en cuenta, entre otras, las alertas generadas por el Sistema de Monitoreo, Seguimiento, Control y Evaluación de los recursos del Sistema General de Regalías. • Conformar los Comités consultivos, a través de su Secretaría Técnica. • Decidir la instancia que adelante la contratación de la Interventoría en los términos del artículo 83 de la Ley 1474 de 2011, atendiendo la importancia, naturaleza o cuantía del proyecto de inversión.

- Competencia a nivel territorial

Tabla 15. Competencias actuales a nivel nacional territorial para la implementación de un APP

Entidad	Rol
Asamblea Departamental (A4)	• La aprobación de vigencias futuras excepcionales para proyectos que se ejecuten bajo esquemas APP, deben tener concepto favorable de la oficina de planeación territorial o quien haga sus veces. Los proyectos deben estar registrados en el RUAPP, contar con el concepto de la Banca de Segundo piso o estructurador público y tener la aprobación de la valoración de obligaciones contingentes del MHCP. • La Asamblea Departamental debe declarar de importancia estratégica el proyecto.
CONFIS Departamental (A5)	• Entidad competente de aprobación previa de vigencias futuras excepcionales en el Orden Territorial.

4.2.4. Entidades de Salud

Las entidades de salud están relacionadas con la entidad a cargo de la prestación del servicio de salud en la infraestructura que se entregara a través del esquema de APP.

Tabla 16. Competencias actuales de la ESE para la implementación de la APP

Entidad	Rol general	Rol en la APP[12]
Empresa Social del Estado – ESE y sus empleados (S1)	Prestar servicios a los asegurados de ambos regímenes, contributivo y subsidiado. También presta servicios a la población no asegurada y "vinculada" financiados con subsidios a la oferta. De acuerdo con el Decreto 1876 de 1994, son objetivos de las Empresas Sociales del Estado (ESE): • Producir servicios de salud eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito; • Prestar los servicios de salud que la población requiera y que la Empresa Social, de acuerdo con su desarrollo y recursos disponibles pueda ofrecer, • Garantizar mediante un manejo gerencial adecuado, la rentabilidad	La ESE será la encargada de gestionar la prestación del servicio de salud dentro de la infrestructura desarrollada bajo la APP.

[12] Se acalara que en esta columna, se destaca el rol de cada uno de los actores en relación con la potencial APP, esto debido a que el proyecto en cuestión es un piloto.

Entidad	Rol general	Rol en la APP[12]
	social y financiera de la Empresa Social; • Ofrecer a las EPS y demás personas naturales o jurídicas que los demanden, servicios y paquetes de servicios a tarifas competitivas en el mercado; • Satisfacer los requerimientos del entorno, adecuando continuamente sus servicios y funcionamiento; • Garantizar los mecanismos de la participación ciudadana y comunitaria establecidos por la ley y los reglamentos. Las siguientes son características de las ESE: • Es una entidad pública descentralizada, con personería jurídica instrumental, patrimonio propio y autonomía administrativa con adscripción a la Secretaría de Salud. Los objetivos de la empresa social del estado son: velar por la salud de la población y el beneficio social, ofrecer servicios de salud mediante la celebración de contratos, promover la participación ciudadana, desarrollar la capacidad empresarial. Deben financiarse mediante subsidios, contratos, donaciones y contribuciones. Por ser entidades públicas pueden recibir transferencias directas de los presupuestos de la nación o de los territorios nacionales. La responsabilidad de la ESE está regido por el derecho público, mientras que lo referente a la contratación está regida por el derecho privado. El Gerente de la ESE tiene las siguientes características: • Dirige la ESE con la junta directiva. • Elegido para períodos mínimos de tres años, prorrogables. Para darle estabilidad a los hospitales en términos de competitividad. • Se reeligen previa evaluación de la junta directiva.	

Entidad	Rol general	Rol en la APP[12]
	• Cada año deberían ser evaluados en su gestión, mediante los estados financieros y acciones, programas y proyectos del plan de desarrollo ejecutados. La Junta Directiva de la ESE tiene funciones que se centran en el gobierno de la ESE, en sus principales actividades: elaboración de planes, definición de políticas de personal, asignar recursos, aprobar proyectos de inversión (cartera de endeudamiento), definir la reglamentación interna del hospital, modificar la estructura del hospital a partir de la conformación organizativa básica del hospital. Debe estar integrada por mínimo seis miembros o máximo nueve. Es una junta tripartita integrada por: Parte científica: • Profesionales del área de la salud del hospital. • Profesionales del área de la salud del sector científico del área de influencia. Parte político-administrativa: • Alcalde o gobernador si se trata de entidades municipales o departamentales, o sus respectivos delegados. • Secretario de salud municipal o departamental, según el caso Tercio de participación comunitaria: • Un representante de los gremios de la producción de la zona de influencia del hospital. • Un representante de la liga de usuarios o de los copagos. Cuando se encuentra en el área de influencia Las Empresas Sociales del Estado podrán desarrollar sus funciones mediante contratación con terceros, Empresas Sociales del Estado de mayor nivel de complejidad, entidades privadas o con operadores externos, previa verificación de las condiciones de habilitación conforme al sistema obligatorio de garantía en calidad. Aplica para:	

Entidad	Rol general	Rol en la APP[12]
	• Actividades desarrolladas en servicios que requieran conocimientos especializados. • Funciones que no puedan llevarse a cabo por el personal de planta de la Empresa Social del Estado • Actividades organizadas en un servicio. • Tercerización de la prestación del servicio.	
Gremio del sector salud (S2)	El papel de los diferentes gremios del sector es trabajar continuamente para mejorar las capacidades del sector mismo y sus afiliados. Esto incluye la protección de los derechos del paciente y la prestación de un servicio de cada vez mayor calidad para el mismo. En este sentido, su interés en este proyecto se encuentra en los resultados que ofrezca su desarrollo bajo APP, por lo que es importante justificar adecuadamente el uso de este esquema con el objetivo de lograr mejores resultados en términos de la calidad de las prácticas y la capacidad de atención de pacientes.	

4.2.5. Organismos de control

Para la Superintendencia Nacional de Salud, la Contraloría General de la República y la Procuraduría General de la Nación no se hace una discriminación entre el rol general y el rol para la APP teniendo en cuenta que en su papel como organismos de control rige igual para todos los prestadores de servicios de salud.

Tabla 17. Competencias actuales a nivel nacional para la implementación de la APP

Entidad	Rol
Superintendencia Nacional de Salud (EC1)	La Superintendencia Nacional de Salud es la entidad encargada de ejercer las funciones de inspección, vigilancia y control sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia.
Contraloría General de la República (EC2)	La Contraloría General de la República es el máximo organismo de control fiscal del país. Como tal debe velar por el uso adecuado de los recursos y bienes públicos para contribuir al desarrollo de la Nación.
Procuraduría General de la Nación (EC3)	La Procuraduría General representa a los ciudadanos frente al Estado. Su principal rol es asegurarse de que los servidores públicos cumplan sus funciones de manera correcta y de acuerdo con la ley y las disposiciones constitucionales. Esto lo hace a través de tres funciones: preventiva, de intervención y disciplinaria.

4.2.6. Interesados privados en participar en APP

Tabla 18. Competencias actuales a nivel nacional para la implementación de un APP

Entidad	Rol en la APP
Posibles inversionistas interesados (I1)	El rol de los inversionistas es llevar a cabo el proyecto. Las inversionistas serían los accionistas del SPV. Ellos son los proveedores de fondos en forma de capital, y de tal forma soportan el más alto riesgo financiero. Normalmente aquí se incluyen las empresas constructoras de la infraestructura, que también pueden tener su propia entidad jurídica con fondo de inversión de APP. También se pueden encontrar entidades de empresas que tienen un rol importante y amplio en la ejecución del proyecto en la parte del diseño, construcción y mantenimiento de la infraestructura, como por ejemplo empresas de diseño y consultoría y subcontratistas (posibles proveedores). Cuando un proyecto termina la fase de construcción, es probable que varios inversionistas que estaban principalmente involucrados con la construcción estén dispuestos a vender sus acciones a fondos de inversión enfocados en invertir en capital de proyectos de APP durante la fase operativa del proyecto. Como se trata de un proyecto piloto, la experiencia de las posibles inversionistas con APPs en salud es limitada. Sin embargo, los posibles inversionistas pueden tener experiencia con APPs en infraestructura. También hay suficientes inversionistas que tienen experiencia con el diseño, la construcción y el mantenimiento de la infraestructura en el sector de salud porque estos aspectos actualmente se manejan por empresas privadas de tal forma, con contratos separados y distintos. Debido a la experiencia actual de posibles inversionistas con los variados temas de un contracto APP de infraestructura de salud, es probable que haya bastante apetito de posibles inversionistas para asumir riesgos que el sector público quiere transferir al inversionista por medio de un contrato APP.
Posibles financiadores interesados (I2)	El rol de los posibles financiadores será contribuir los fondos necesarios durante la construcción del nuevo hospital en forma de deuda senior y opcionalmente deuda subordinada, los cuales serían repagados durante la fase operativa del proyecto. Las principales financiadores de la deuda serán probablemente los bancos privados locales. Dependiendo de la estructuración financiera del proyecto también en esta categoría se podrían encontrar inversionistas de fondos de pensiones, inversionistas de empresas de seguros, proveedores de soluciones financieras multilaterales, bancos internacionales y fondos de deuda con enfoque de inversión en el sector de APP, el sector de infraestructura y/o el sector de salud. Como se trata de un proyecto piloto, la experiencia de los posibles financiadores con APPs en salud es limitada. Sin embargo, los bancos locales tienen experiencia con la financiación de proyectos bajo esquema APP en infraestructura. Dado que últimamente se han estado estructurando muchos proyectos bajo esquema de APP en Colombia, la demanda actual por fondos por parte de proyectos nacionales de APP en infraestructura es más alta que los fondos disponibles en los bancos locales. Así, algunos proyectos APP tendrían dificultades para conseguir los fondos necesarios y llegar a un cierre financiero exitoso. De tal forma es vital

Entidad	Rol en la APP
	estructurar el proyecto de tal manera que sea preferido por los financiadores sobre otros proyectos de APP en infraestructura que están llegando al Mercado.
Posibles proveedores interesados (I3)	Para llegar a una oferta óptima, el SPV intenta transferir la mayor cantidad riesgos posibles. El SPV puede transferir riesgos por medio de subcontratos. El rol de los posibles proveedores es ser los subcontratistas relacionadas a varios aspectos del APP, entre ellos por ejemplo el diseño y mantenimiento de la infraestructura y dotación de equipos industriales y biomédicos. Aunque se trata de un proyecto de APP en salud, los servicios requeridos por posibles proveedores no cambian respecto a las actividades que ahora están ejecutando en contratos individuales. Por esa razón hay bastante conocimiento y experiencia relacionados con las actividades que deberían ejecutar los posibles proveedores bajo un contrato de APP. De tal manera, los posibles proveedores deberían ser suficientemente competentes para estimar los costos de los subcontratos y luego asumir deducciones del precio del subcontrato si no cumplen con los requisitos del contrato.

4.2.7. Potenciales beneficiarios

Tabla 19. Competencias actuales a nivel nacional para la implementación de la APP

Entidad	Rol en la APP
Pacientes (P1)	Los pacientes de la nueva infraestructura de la ESE serán los principales beneficiarios del proyecto. Se sabe que existe actualmente un déficit en la oferta de servicios de salud en el departamento del Atlántico. Con la construcción de la nueva infraestructura de la ESE, los pacientes de diferentes puntos del departamento que presentan dificultades para acceder a los servicios podrán ver este problema resuelto, y así mismo se espera obtener un servicio de calidad para todos los beneficiarios.
Personas naturales y jurídicas ubicadas en los alrededores del hospital (P2)	Los actores de la sociedad civil que se ubican alrededor del área en que va a ser desarrollado el proyecto deben conocer cuál es el beneficio del mismo para ellos y para la comunidad. En este punto es de suma importancia que se realice una socialización del proyecto muy clara y que se difunda a todos los actores clave involucrados.

4.2.8. Poder e interés de los actores

Luego de identificar y clasificar a los principales actores del proyecto, se procedió a calificar a los mismos de acuerdo con su nivel de interés y poder (influencia y control) en el proyecto para determinar la posición que ocuparía cada uno de ellos dentro del mismo. Está calificación se realizó dentro de un rango de 1 a 5, donde 1 corresponde a menor interés o poder y 5 corresponde a un nivel mayor de interés o poder. En el caso del poder, la calificación es un promedio ponderado entre las calificaciones de influencia y control de cada actor, con un peso del 60% para la influencia y un 40% para el control.

A continuación se presentan los resultados de la calificación del poder de los stakeholders, de acuerdo con los ID con que se definió cada uno anteriormente:

Tabla 20. Calificación de poder de los stakeholders

ID	Poder		
	Influencia 60%	Control 40%	Promedio
E1	4,5	5	4,7
R1	2,5	4,5	3,3
R2	4,5	5	4,7
R3	5	2,5	4,0
R4	5	4,8	4,9
R5	2,5	4,5	3,3
R6	3	3	3,0
R7	4,5	3	3,9
R8	4	3	3,6
A1	3,5	4,8	4,0
A2	3,5	4,8	4,0
A3	3,5	4,8	4,0
A4	3	4,6	3,6
A5	3,5	3,8	3,6
S1	4,7	3,3	4,1
S2	2,5	0	1,5
EC1	4	4,8	4,3
EC2	2,3	4,8	3,3
EC3	2,4	4,3	3,2
I1	5	1,5	3,6
I2	5	1,5	3,6
I3	2,5	1,5	2,1
P1	4,5	2,8	3,8
P2	3,5	2	2,9

Fuente: Elaboración KPMG

Para calificar a cada stakeholder con respecto a su nivel de poder, se tuvo en cuenta tanto su influencia como su control. En este sentido, una entidad que se caracteriza por ejercer funciones de control (por ejemplo, organismos de control como la Contraloría) evidentemente obtendrá una mayor calificación en control, mientras que su influencia puede no ser muy alta debido a que no presenta demasiada cercanía con el sector y con el proyecto en sí.

Por otra parte, actores como los inversionistas interesados cuentan con una gran influencia en el desarrollo del proyecto debido a sus aportes (como el capital), pero difícilmente ejercerán alguna función de control. Finalmente, existen entidades como el DNP que ejercen gran influencia y control a la vez. A continuación se presenta la calificación con respecto al nivel de interés de cada stakeholder:

Tabla 21. Calificación del nivel de interés de los stakeholders

ID	Interés
E1	4,8
R1	3,0
R2	4,8
R3	5,0
R4	4,0
R5	2,0
R6	4,0
R7	2,5
R8	1,0
A1	2,5
A2	2,5
A3	2,5
A4	3,3
A5	2,8
S1	5,0
S2	4,8
EC1	4,0
EC2	2,0
EC3	2,0
I1	5,0
I2	5,0
I3	4,0
P1	5,0
P2	4,5

Fuente: Elaboración KPMG

Para realizar las calificaciones del nivel de interés cada stakeholder se tuvo en cuenta su cercanía con el sector y con el proyecto, y cómo dicho stakeholder afectaría o se vería afectado por el desarrollo del proyecto. A partir de la suma de ambas calificaciones, se clasificó cada stakeholder con respecto a la estrategia de manejo que se realizará con cada uno de ellos, como se puede ver en la siguiente tabla:

Tabla 22. Estrategias de manejo para los stakeholders

Estrategias de manejo de los stakeholders identificados				
Estrategia	**Calificación de poder**	**Calificación de interés**	**Descripción**	**Prioridad**
Manejar de cerca	2,5 - 5,0	2,5 - 5,0	Los stakeholders que cuentan con un alto poder e interés se deben manejar de cerca, para así garantizar su participación en el proyecto y su satisfacción con los resultados, dándoles a conocer el estado del proyecto frecuentemente y en lo posible a través de reuniones periódicas.	Prioridad 1: 7,5 < P+I Prioridad 2: 5,0 < P+I < 7,5
Mantener informado	0,0 - 2,5	2,5 - 5,0	Los stakeholders que cuentan con un bajo poder y alto interés se deben mantener informados, por lo cual se debe informarles de los avances del proyecto periódicamente a través de medios como el correo electrónico.	Prioridad 3: 5,0 < P+I < 7,5 Prioridad 4: 2,5 < P+I < 5,0
Mantener satisfecho	2,5 - 5,0	0,0 - 2,5	Los stakeholders que cuentan con un alto poder y bajo interés se deben mantener satisfechos, por lo cual se debe informarles de los avances del proyecto cada vez que los mismos lo soliciten.	Prioridad 5: 5,0 < P+I < 7,5 Prioridad 6: 2,5 < P+I < 5,0
Hacer seguimiento	0,0 - 2,5	0,0 - 2,5	A los stakeholders que cuentan con un bajo poder y bajo interés se les debe hacer seguimiento, por lo cual se debe verificar continuamente su rol en el desarrollo del proyecto, para garantizar que efectivamente su nivel de interferencia en el mismo continúe siendo bajo.	Prioridad 7: 2,5 < P+I < 5,0 Prioridad 8: 0,0 < P+I < 2,5

Fuente: Elaboración KPMG

Teniendo en cuenta las clasificaciones anteriores, se obtuvo el siguiente resultado para cada stakeholder:

Tabla 23. Estrategias y prioridad según stakeholder

ID	Poder + Interés	Estrategia	Prioridad
E1	9,5	Manejar de cerca	1
R1	6,3	Manejar de cerca	2
R2	9,5	Manejar de cerca	1
R3	9,0	Manejar de cerca	1
R4	8,9	Manejar de cerca	1
R5	5,3	Mantener satisfecho	5
R6	7,0	Manejar de cerca	2
R7	6,4	Manejar de cerca	3
R8	4,6	Mantener satisfecho	4
A1	6,5	Manejar de cerca	2
A2	6,5	Manejar de cerca	2
A3	6,5	Manejar de cerca	2
A4	6,9	Manejar de cerca	2
A5	6,4	Manejar de cerca	2
S1	9,1	Manejar de cerca	1
S2	6,3	Mantener informado	3
EC1	8,3	Manejar de cerca	1
EC2	5,3	Mantener satisfecho	5
EC3	5,2	Mantener satisfecho	5
I1	8,6	Manejar de cerca	1
I2	8,6	Manejar de cerca	1
I3	6,1	Mantener informado	3
P1	8,8	Manejar de cerca	1
P2	7,4	Manejar de cerca	2

Fuente: Elaboración KPMG

Finalmente, la clasificación de cada stakeholder se puede ver gráficamente de la siguiente forma:

Gráfica 9. Ubicación de los stakeholders en la Matriz Poder – Interés

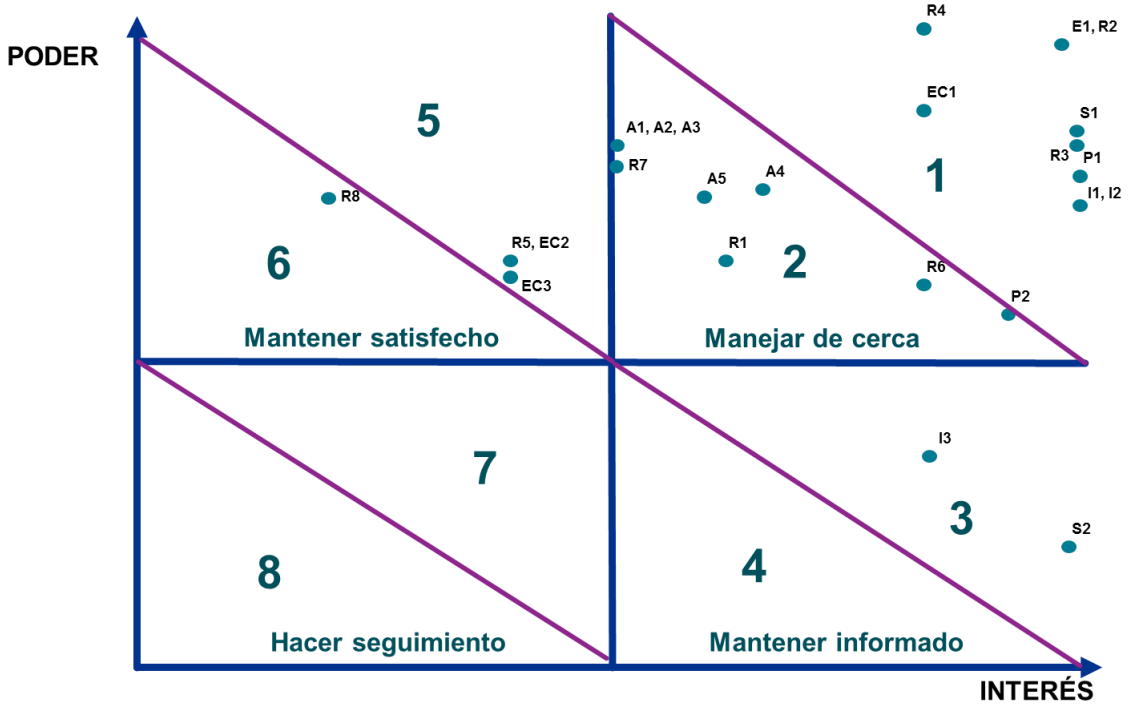


Tabla 24. Clasificación de actores

MANEJAR DE CERCA – PRIORIDAD 1	MANEJAR DE CERCA – PRIORIDAD 2
E1: Gobernación del Atlántico R2: Secretaria de Salud del departamento R3: Departamento Nacional de Planeación – RUAPP R4: Ministerio de Salud y Protección Social S1: ESE Juan Domínguez Romero EC1: Superintendencia de Salud I1: Inversionistas I2: Posibles financiadores P1: Pacientes	R1: Oficina de Planeación Territorial R6: Funcionarios públicos de diferentes entidades R7: Banca de Segundo Piso o Estructurador Público A1: CONFIS Nacional A2: Consejo Nacional de Política Económica y Social –CONPES A3: OCAD A4: Asamblea Departamental A5: CONFIS Departamental P2: Personas naturales y jurídicas ubicadas en los alrededores del hospital
MANTENER SATISFECHO – PRIORIDAD 5	**MANTENER SATISFECHO – PRIORIDAD 6**
R5: Subdirección de Riesgos de la Dirección General de Crédito Público y Tesoro Nacional del MHCP EC2: Contraloría General de la República EC3: Procuraduría General de la Nación	R8: Secretaría Jurídica del Departamento
MANTENER INFORMADO – PRIORIDAD 3	
S2: Gremios de salud I3: Posibles proveedores interesados	

Fuente: Elaboración KPMG

4.3. Propuesta de socialización para cada uno de los grupos de actores

4.3.1. Project Milestones

Una gama de posibles áreas de interés de las partes interesadas en el proyecto ha sido identificada:

- Administración del contrato
- Salud pública y redes de prestación de servicios
- Diseño del hospital
- Aspectos prediales
- Dotación de equipo industrial y biomédico
- Operación y mantenimiento de los equipos
- Operación y mantenimiento de la infraestructura
- Aspectos financieros
- Aspectos legales

Los hitos y plazos del proyecto están vinculadas en el plan de participación de los interesados y definir con claridad los objetivos, los insumos y los resultados de cada trabajo realizado.

Mensajes claves

La claridad y la sensibilidad de los mensajes clave son esenciales para cualquier participación exitosa de los interesados. Una descripción del proyecto se ha desarrollado, que se desarrollará como la comunicación de las partes interesadas y el compromiso que avanza a través del proyecto. Se trata de una herramienta de planificación, el establecimiento de una estructura de pasos lógicos en torno al cual el detalle de los mensajes del proyecto se puede construir, para ayudar a la claridad y la coherencia: no es en sí un documento informativo. Algunos mensajes a tener en cuenta son:

¿Por qué necesitamos un nuevo hospital
¿Qué servicios prestaremos en el nuevo hospital?
Se espera que el nuevo hospital sea desarrollado a través de un contrato APP
El hospital contribuirá al desarrollo sostenible de la región.

4.3.2. Herramientas de comunicación

Se emplea una amplia gama de herramientas de comunicación y participación de los interesados, asegurando que en cada etapa se utilicen los métodos más apropiados.

Se creará un registro de los grupos de interés y se realizará contacto con cada uno de los mismos de manera formal o informal, por escrito, cara a cara o por teléfono, para vincularlos en el proyecto, esto de acuerdo a los niveles de interés y de poder en el proyecto, que caen sobre la categoría “manejar de cerca”.

Adicionalmente, se deben considerar herramientas de comunicación para grupos más amplios de la comunidad, para quienes se requiere llegar con herramientas de más amplio alcance y menos *personales,* como por ejemplo: Radio, Prensa y otros.

4.3.3. Objetivos

4.3.3.1. Posibles inversionistas interesados

El objetivo de la socialización con los posibles inversionistas es determinar si hay varios de ellos interesados en ejecutar un proyecto de APP en la infraestructura de salud, y cuáles son los aspectos claves que incrementan o disminuyen el apetito. Para un proceso de licitación eficiente y competitivo es importante generar interés en varias constructoras con el resultado de llegar a una oferta competitiva.

4.3.3.2. Posibles financiadores interesados

El objetivo de la socialización con los posibles financiadores es determinar cuáles son los aspectos claves que deberían estar resueltos o incluidos en el proyecto desde el punto de vista de los financiadores para garantizar su apetito por los proyectos de APP de infraestructura de salud. Después de lograr eso, es importante determinar las posibles estructuraciones financieras para el proyecto según los financiadores, para analizar si el proyecto es bancable dado a los ingresos disponibles del proyecto.

4.3.4. Mensajes de acuerdo al cronograma y herramientas a utilizar

4.3.4.1. Posibles inversionistas interesados

Se realizará un estudio de mercado y se prepararán los documentos de promoción para realizar el sondeo de mercado con potenciales inversionistas. Se desarrollará el enfoque de mercadeo (de conocimientos y de contenido) que mejor se ajuste a la estrategia definida en esta Fase.

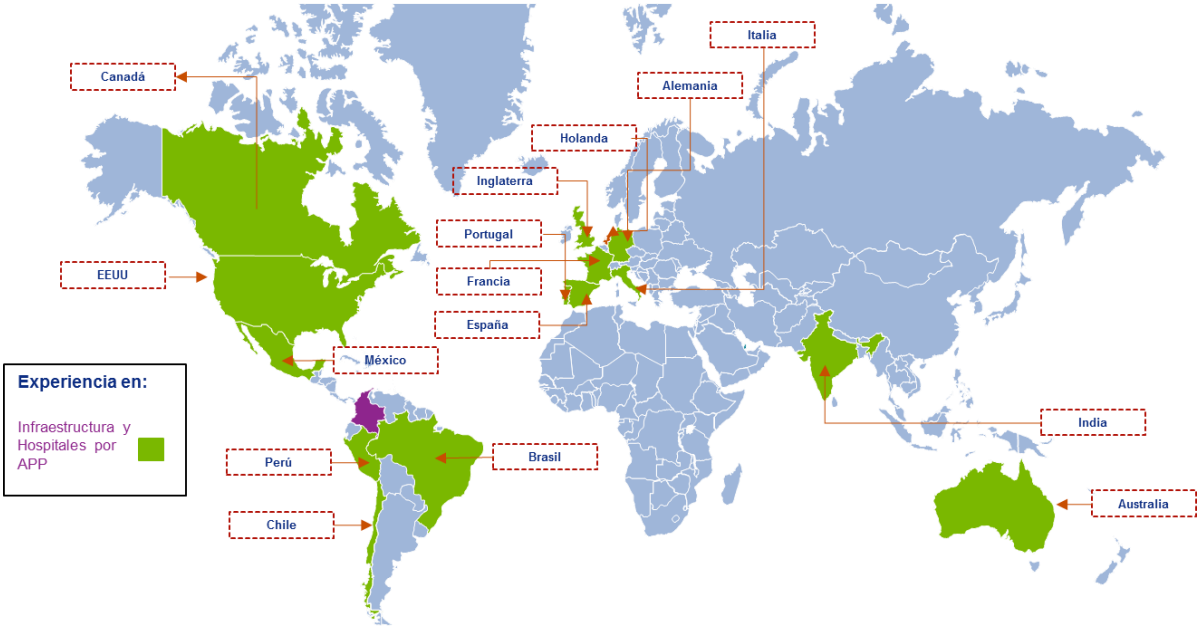
Es importante considerar que el éxito de cualquier proyecto dependerá del modelo del negocio / financiero y de cómo será fondeado el proyecto. De esto dependerá, preliminarmente, el interés de un(os) potencial(es) inversionista(s). Cumpliendo este lineamiento básico, el proyecto aumentará su posibilidad de éxito con un programa internacional de mercadeo estructurado. Existen dos atributos para un programa internacional de mercadeo exitoso:

- Mercadeo de oportunidad – Diseñado para que todos los posibles interesados tengan conocimiento sobre la oportunidad existente.
- Mercadeo de contenido – Diseñado para informar mejor a los interesados sobre las características del caso de negocio.

La distribución de la información y búsqueda de reuniones se organizarán apalancándonos con nuestra red de firmas de KPMG.

A continuación se presenta un mapa inicial con los países en que existen potenciales inversionistas que han mostrado interés o que podrían estar interesados en proyectos de infraestructura de hospitales en Colombia a través del esquema de APP.

Gráfica 10 . Mapa posibles inversionistas



Fuente: Elaboración KPMG

El mensaje para los posibles inversionistas debería ser una solicitud para que estos aporten con sus ideas, sus preocupaciones y su punto de vista en general relacionado a la estructuración del proyecto de APP de salud. También deberían mostrar su apetito en general por este tipo de proyectos e identificar factores importantes que influyen el grado de interés para el proyecto. De todas maneras, sería necesario determinar qué información requerirían para que faciliten lo descrito arriba. Toda esta información podría ser incluida en un memorando de información con enfoques técnicos de la construcción y mantenimiento de la infraestructura hospitalaria.

4.3.4.2. Posibles financiadores interesados

Será clave identificar y cuantificar los riesgos que va a asumir el posible inversionista y cuales riesgos se pueden transferir del SPV a otras entidades privadas. Teniendo en cuenta que el proyecto de APP es *non-recourse,* para llegar a términos financieros favorables, es clave identificar si el SPV puede transferir la mayor cantidad de riesgos posibles relacionados con el flujo de caja (para servir la deuda). De esa forma las tasas de interés de deuda senior y opcionalmente deuda subordinada y las tasas requeridas de rendimiento de los inversionistas serían más favorables.

Para cumplir con el objetivo, el primer paso es preparar un ´teaser´ del proyecto que incluya la descripción general del mismo, con un enfoque en la importancia de su potencial éxito. De esta forma se generará interés de los posibles financiadores, y así establecer si están interesados o no.

En caso que estuvieran interesados en un proyecto de infraestructura hospitalaria bajo APP y tuviesen la disposición de participar en el sondeo de mercado, el siguiente paso sería crear un memorando de información más detallado del proyecto que incluya aspectos legales, técnicos y financieros.

Uno de los mensajes incluidos en el memorando de información sería una solicitud de ayuda a los financiadores para que propongan varias potenciales estructuras de financiación del proyecto con potenciales rangos de acuerdos financieros (DSCR; LLCR; Gearing; Debt-free tails; etcétera) y así determinar si el proyecto es financiable o no. De todas formas, les pediríamos que comentaran sobre los aspectos claves para que ellos estuvieran dispuestos a comprometer fondos para la financiación exitosa del proyecto.

4.3.5. Responsables

4.3.5.1. Posibles inversionistas interesados

Los consultores técnicos serían los principales coordinadores del proceso con los posibles inversionistas.

4.3.5.2. Posibles financiadores interesados

KPMG sería el principal coordinador del proceso con los financiadores.

4.3.6. Recomendaciones

4.3.6.1. Posibles inversionistas interesados

En el proceso del sondeo de mercado se recomienda hablar con varios inversionistas potenciales, con experiencia en hospitales, empezando con los principales participantes del mercado local. Dependiendo de las opiniones de ellos se podrán involucrar más actores.

4.3.6.2. Posibles financiadores interesados

En el proceso del sondeo de mercado se recomienda hablar con varios financiadores potenciales, empezando con los principales bancos locales (Bancolombia, Davivienda, Banco de Bogotá, BBVA) por su conocimiento del mercado APP local. Dependiendo de las opiniones de ellos se pueden involucrar más actores.

5. Identificación de capacidades a desarrollar y/o a ser asistidas y fortalecidas

5.1. Requisitos institucionales para una APP

5.2. Gobernanza

Uno de los aspectos más importantes en la realización de las APP es la gobernanza que los gobiernos puedan realizar para garantizar la puesta en marcha de un programa o proyecto de este tipo. Este proceso requiere implementar la habilitación de instituciones, procedimientos y procesos que rodean las APP. Esto significa ayudar a los gobiernos a jugar un papel fundamental en el proceso y la participación de los ciudadanos, así como otros grupos de interés.

La gobernanza se refiere a los procesos en las acciones del gobierno y cómo se hacen las cosas, no sólo lo que se hace. Abarca la calidad de las instituciones y su eficacia en las políticas en la implementación exitosa de un programa o proyecto de APP. Tomando estos elementos podemos decir que los buenos objetivos de gobernabilidad en las APP se refieren a lo siguiente:

- Un proceso de selección justo y transparente mediante el cual los gobiernos desarrollan efectivamente unas asociaciones con los privados.
- La garantía de que se ha obtenido relación buena calidad-precio.
- Una mejora de los servicios públicos esenciales.
- Los incentivos justos para todas las partes y los retornos justos para los tomadores de riesgo, junto con el logro comercial.
- Una adecuada supervisión de los proyectos.

El buen gobierno en las APP también es importante desde el punto de vista económico:

- Un régimen de contratación efectivo significa que las instituciones gubernamentales son capaces de adquirir bienes y servicios de mejor calidad a precios más bajos.
- Los mecanismos que aseguran proyectos bien gobernados aumentará el apoyo de la sociedad para las APP y dará a los políticos la confianza necesaria para proporcionar el apoyo político necesario para el proceso de APP.
- Los proyectos que están bien planificados y se basan en un pleno acuerdo de todas las partes involucradas, a raíz de una consulta adecuada y permanente, tiene menos posibilidades de fracasar, evitando así costosos litigios.
- Una administración pública que lleva a cabo las contrataciones de una manera abierta contribuye al aumento de la confianza de los proveedores en la fiabilidad de la administración como un socio de negocios.
- Las buenas instituciones de gobierno que sean eficientes están estrechamente vinculados al aumento de la competitividad y las tasas más rápidas de crecimiento económico y desarrollo.

El reto consiste en seleccionar los proyectos adecuados y sectores donde la posibilidad de alcanzar el éxito es realista. A este respecto:

- El proyecto debe ser claramente una necesidad social y económica, mientras que su entrega es un factor importante para la mayoría de las opiniones políticas.
- Se debe involucrar las tecnologías conocidas y probadas, así como cultivar un ambiente propicio para un mercado de potenciales proveedores con los que se pueda entrar en asociación.
- El flujo de pagos del proyecto debe ser perfectamente claro y transparente.

Asimismo, el diseño de un proyecto de largo plazo incorpora nuevas variables y riesgos dentro de todo el ciclo de proyecto, con lo cual el funcionario público se convierte más en un supervisor que en un ejecutor directo. Por su parte, las contrapartes privadas deben introducir una visión de negocio de largo plazo, y proveer un servicio de calidad y un nuevo esquema de relaciones con la comunidad.

Para lo anterior, el desarrollo de habilidades dentro de los gobiernos presenta un gran desafío. Hay una serie de nuevas competencias que se deben desarrollar para las APP, como la negociación contractual y habilidades financieras. Uno de los retos principales es que en lugar de los métodos tradicionales, que se concentran en los insumos, las APP requiere habilidades que pueden identificar los productos de los proyectos. Esto implica que fijan las especificaciones y metas que el socio privado tiene que alcanzar para que el pago sea hecho y para supervisar el rendimiento del socio y prever los riesgos que amenazan a la entrega del proyecto. Estas nuevas habilidades financieras y jurídicas pueden ser adquiribles, pero también tiene que haber una aceptación y voluntad por parte del sector público sobre el valor añadido que las empresas privadas que ejecutan los bienes públicos pueden traer. Esto es aún más difícil, ya que estas nuevas disposiciones pueden ser percibidas como una amenaza a la seguridad laboral de los empleados del sector público.

Así, el marco institucional para la implementación de APP, ya sea de tipo normativo y regulatorio en su marco más amplio, o implique la creación de unidades especializadas en lo particular, debe responder a estrategias de largo plazo y compromisos público-privados de largo aliento. Los beneficios de estos programas y asociaciones público-privadas residen básicamente en la creación de capacidades institucionales de largo plazo para la eficiente provisión de infraestructura y servicios públicos; de este modo, los proyectos trascienden las administraciones y los planes de inversión pública, cobran vigencia de más largo plazo y superan períodos políticos volátiles. Por otro lado, los esquemas de APP generan nuevos retos a las instituciones en cuanto a la regulación y la supervisión de la calidad del servicio, ya que en estos casos el Estado deja de ser el prestador directo de un servicio para asumir el papel de regulador y supervisor.

5.2.1. Entidad contratante

Para proyectos de ámbito regional se deberá contar con una capacidad institucional que permita una adecuada identificación y gestión de los proyectos APP. Para definir la capacidad institucional de la entidad contratante es necesario identificar que funciones realizará a lo largo de la vida de un contrato de APP. A continuación se presenta las diferentes etapas de una APP:

1. **Identificación del Proyectos**

La selección de proyectos de APP en salud exige la aplicación de ciertos criterios para determinar si aquellos tienen sentido o no. Los criterios empleados suponen generalmente la respuesta a cuatro preguntas de forma consecutiva: tiene sentido el proyecto, es decir, ¿es realizable desde el punto de vista técnico y supera el mínimo análisis costo beneficio? ¿Existe mercado para el proyecto, es decir, es éste atractivo desde el punto de vista comercial? ¿Generará mayor valor el proyecto si se desarrolla por medio de un APP que siguiendo los modelo tradicionales en salud? y ¿Es el proyecto fiscalmente razonable?

Por lo tanto, es necesario realizar:

- Revisión de la normativa para verificar su adecuación, incluidas las distintas modalidades de contratación existentes en el sector de la salud.
- Identificación de las necesidades de salud que se pretende satisfacer con el APP, revisión de la oferta y la demanda de servicios de salud, elaboración del programa médico funcional y de equipamiento de la infraestructura y análisis del contexto socioeconómico.
- Estudio de situación de partida de los servicios que se pretende entregar con el APP. Análisis de los tipos de contratos existentes, monto económico, duración, proveedores, evaluación del servicio prestado, personal con el que cuenta.
- Estudio de mercado de inversionistas que puedan estar interesados y cumplan requerimientos que garanticen el éxito de la externalización.

Teniendo claro lo anterior, se debe proceder a definir el proyecto, la tecnología que empleará, el output que se espera produzca, la gente a la que servirá. Se deben estimar los costos de capital, de operación y mantenimiento, así como los ingresos esperados. Esta definición debe ser suficientemente amplia para poder aplicarse a proyectos ejecutados por medio de modelos APP o por método tradicional.

2. Evaluación

En esta etapa del proceso de selección, se toman en cuenta consideraciones particulares como la del VfM para evaluar alternativas y opciones de proyectos. En ese sentido, la metodología de VfM es un instrumento de evaluación para cuantificar si efectivamente la participación privada crea valor en el largo plazo, durante el ciclo de construcción, operación y servicio de un proyecto. El análisis VfM supone alcanzar una combinación óptima de costos y beneficios en el suministro de aquello que quieren los usuarios. Los programas de APP, incluso los que tienen éxito, exigen una evaluación del valor aportado comparado con la provisión por el medio convencional. En Colombia, se utiliza Comparador Público Privado, que evalúa el proyecto en caso de ser realizado por el procedimiento convencional en términos de costo ajustado por riesgo y el costo del proyecto ajustado por riesgo bajo el esquema de APP.

El Comparador Público Privado es analizado con un APP «sombra» o «de mercado», que indicaría el costo esperado. Permitiría identificar si el APP aportaría valor por dinero antes de entrar a los gastos relativos a la elaboración del proyecto de detalle y los derivados del procedimiento estándar. El modelo de referencia para evaluar el APP es el tradicional modelo financiero.

3. Diseño y estructuración

Definido el proyecto, su viabilidad es contrastada desde diferentes puntos de vista entre otros aspectos:

- Viabilidad técnica. ¿Se puede implementar el proyecto como se pretende, con tecnología de calidad, sin incurrir en riesgos innecesarios?
- Viabilidad legal. ¿Existen barreras legales al proyecto? Se trata de saber si existen barreras legales a que la administración participe en APP.
- Viabilidad medioambiental y social. Se trata de saber si el proyecto cumple con la normativa nacional en lo relativo al medio ambiente y restricciones de carácter social.

Adicionalmente, se analiza la viabilidad económica. Estas evaluaciones deben incluir la totalidad de sus costos, estimativos de demanda por servicios, estimativos de ingresos y posibles subsidios o aportes estatales durante todo el ciclo de la vida del proyecto. La mayor parte de experiencias internacionales realiza algún tipo de análisis de viabilidad con el fin de determinar si un proyecto supone un buen uso de los recursos de los ciudadanos. Los proyectos son económicamente viables cuando los beneficios económicos exceden sus costos económicos. Generalmente, los costos financieros se aproximan a los costos económicos, aunque los primeros no siempre incorporan todos los costos (particularmente los medioambientales y los sociales). Se trata en definitiva del tradicional análisis costo beneficio y costo-eficiencia.

La identificación, cuantificación, asignación y mitigación de riesgos corresponden al mecanismo central de un esquema de APP. Independientemente de la naturaleza de los contratos de APP y la base de su retribución, la asignación de riesgos y responsabilidades en los acuerdos de APP debe responder a principios realistas de equidad y balance para ambas partes. Si las evaluaciones de riesgo no son realistas, o se asignan demasiados riesgos al agente privado, los inversionistas privados no se interesan o cargan un costo adicional por el riesgo (Barbero, 2009). Por otro lado, si el sector privado no asume algunos de los riesgos o se asignan demasiados riesgos al gobierno, se pierde el espíritu de un esquema de APP y no se maximiza el potencial de ganancias. Además de la identificación y asignación de riesgos, su tratamiento en caso de que ocurran eventos inesperados es igualmente importante y, por ende, las normas para la resolución de controversias en cuanto a su manejo deben estar claramente especificadas en el contrato, así como también los mecanismos de arbitraje.

Así mismo, los compromisos fiscales pueden ser directos e indirectos (pasivos contingentes), y las Administraciones deberán valorar ambos.

Podemos definir los pasivos contingentes como aquellas obligaciones pecuniarias sometidas a condición de la ocurrencia de un evento incierto. Entre otros, se consideran pasivos contingentes:

- Garantías sobre determinados riesgos: por ejemplo, la compensación de parte de la pérdida de ingresos por ocurrir un acontecimiento imprevisto que desvía una magnitud más allá del límite fijado contractualmente.
- Cláusulas de compensación: las relativas a los pagos a realizar en caso de fuerza mayor.

- Compromisos de finalización del contrato. Compromiso de pago de una cantidad determinada, si el contrato es rescindido por una de las partes por el incumplimiento de otra.
- Garantías de crédito y otros mecanismos de mejora de la calidad crediticia. Son garantías sobre el pago de la deuda comprometida en un determinado proyecto. Se emplean para reducir el perfil de riesgo del prestamista.

Así mismo, es necesario conocer si el proyecto puede atraer inversores de calidad ofreciendo rendimientos suficientes. Ésta se confirmaría posteriormente con el resultado del procedimiento de licitación. Los inversores precisan conocer que el proyecto generará retornos suficientes sin incurrir en riesgos excesivos. La viabilidad comercial se analiza realizando el clásico análisis financiero, es decir, construyendo un modelo financiero y analizando los flujos de caja, retornos y la robustez del proyecto. Cuando los ingresos recibidos de los usuarios del proyecto son superiores a los costos incrementados en el costo medio ponderado del capital, siendo los riesgos razonables, el proyecto es considerado atractivo. Caso de no alcanzar este nivel los ingresos de los usuarios, la Administración debe acometer el análisis oportuno para calcular el nivel de las contribuciones que debe realizar.

4. Licitación y promoción

Durante esta fase se debe realizar la invitación a participar en una licitación, la evaluación de las ofertas, las negociaciones durante la misma y la aprobación de la oferta.

Los procedimientos de contratación deberán apegarse a las leyes de contratación aplicables. El contrato se adjudicará al inversionista proveedor que presente las mejores condiciones económicas para la entidad o dependencia contratante de acuerdo con las disposiciones definidas en las bases de licitación. Una vez adjudicado el contrato, el inversionista proveedor es responsable de realizar todas las actividades necesarias para el cumplimiento de los niveles de servicio y calidad descritos en dicho contrato. En este proceso, se incluyen las actividades de financiamiento, diseño y construcción de activos relacionados con la prestación del servicio; cualquier modificación que sufra el proyecto o las condiciones técnicas, legales o económicas del mismo deberá ser prevista en el contrato.

5. Supervisión

La supervisión se realiza a través de dos actores:

Supervisor del contrato APP: Por lo general es uno o varios funcionarios de la entidad contratante que tiene como función revisar el responsable del cumplimiento de las obligaciones de contrato a nivel general. Sirve como puente entre las directivas y el contratista y el interventor. (Ver capacidades y perfiles del equipo de la entidad contratante).

Interventor: Firma especializada de realizar el control y monitoreo del día a día de las obligaciones del contrato a través del seguimiento de indicadores e inspecciones. Es indispensable que sea una firma independiente que cuente con expertos con experiencia en temas financieros, legales y en temas de salud (Infraestructura hospitalaria y/o prestación de servicios de salud).

Después de la adjudicación, se debe realizar la gestión del contrato y la supervisión de los pagos. Los motivos para efectuar esta evaluación son relevantes para el contratante y contratado porque garantizan los siguientes aspectos:

- Verificación del cumplimiento de los términos del contrato tanto administrativos como técnicos: satisfacción de los ciudadanos y profesionales, cumplimiento de los plazos y niveles de servicio establecidos, con el objeto de implantar medidas correctoras en caso de incumplimiento y retroalimentar el sistema.
- Seguimiento al comparador público privado, analizando los resultados con respecto a los esperados, identificando los imprevistos, las desviaciones y analizando sus causas.
- Comparación y benchmarking con otros modelos para el desarrollo de la infraestructura y la dotación de equipos biomédicos.
- Evaluación de los riesgos y elaboración de un plan de contingencia para cada uno de ellos.
- Transparencia en la rendición de cuentas: proporciona información a todos los grupos implicados del grado de consecución logrado con el contrato de externalización;
- Gestión y difusión del conocimiento adquirido: incorporando las lecciones aprendidas y las buenas prácticas identificadas a los siguientes proyectos; a la preparación y estandarización de guías metodológicas, pliegos y contratos; a la formación del personal de ambas partes; a la elaboración de una hoja de ruta para futuros desarrollos; a la creación de un observatorio de “externalizaciones”.

Durante la fase de construcción, en el caso de realizar la infraestructura hospitalaria y dotación de equipos:

- Comprobación de los requerimientos de replanteo e iniciación de las obras:
  - Verificación de las licencias municipales y autorizaciones sectoriales.
  - Revisión de estudios geotécnicos, topográficos, medioambientales.
  - Identificación y designación del responsable de la ejecución y asunción de costo del acceso rodado, acometida eléctrica, agua potable, alcantarillado, etc.
- Valoración del planteamiento y ejecución del proyecto técnico:
  - Revisión del proyecto de ejecución arquitectónico, comprobación de su sujeción y ejecución según los criterios exigidos en el proyecto de construcción aprobado y con las calidades constructivas ofertadas.
  - Cumplimiento de los plazos y los precios establecidos: evitar modificaciones del proyecto aprobado, que constituyen cambios contractuales y, por tanto, pueden serlo del precio y de los plazos.
- Cotejo del equipamiento antes de la firma del acta de comprobación de las obras:
  - Validación de concordancia entre dotación contractualmente prevista y la proporcionada.
  - Comienzo de la obligación de mantenimiento de los equipos.
  - Comienzo del cómputo de los periodos para actualización.
- Terminación de las obras y acta de comprobación: o Valoración de la obra pública ejecutada.
  - Declaración de cumplimiento de condiciones de la declaración de impacto ambiental.
  - Entrega de documentación en donde definan con detalle las dimensiones y características de las obras e instalaciones ejecutadas, la cual servirá de referencia durante la fase de explotación y, en especial, para la inspección y recepción formal de la obra a la finalización del contrato.

Durante la fase de operación de la infraestructura o de servicios clínicos, se deberá revisar:

- Cronograma de apertura y puesta en funcionamiento previsto con actuaciones necesarias y responsables.
- Determinación de la fecha de inicio: suele comenzar con la aprobación del acta de comprobación de las obras.
- Requerimientos para la licencia y autorización de apertura y puesta en funcionamiento: la administración pública debe emitir instrucciones para la implantación de los servicios clínicos y no clínicos en el nuevo edificio:
  - En los periodos inmediatamente anteriores y posteriores a la finalización de las obras.
  - Previa consulta con el concesionario o Normalmente, implantación gradual de servicios.
- Gestión del cambio, plan de traslado y apertura y migración de los servicios, en el caso de que se trate de un reemplazo de una institución de salud existente.
- Procesamiento de la información necesaria y disponible relacionada con la explotación de los servicios y el funcionamiento de los sistemas de medición del desempeño, tanto la preparada por las empresas concesionarias como cualquier otro tipo de documentación legal que sea de aplicación, para proceder a su análisis detallado y posterior puesta en práctica mediante la definición de los procedimientos adecuados.
- Comprobación del alineamiento entre los objetivos de la Administración Sanitaria y los compromisos adquiridos por el concesionario, con relación al estado de cada uno de los aspectos del proyecto y de los documentos contractuales, con el objeto de identificar los riesgos, elaborar las correspondientes recomendaciones y definir su posterior seguimiento.
- Fijación de requerimientos generales y especificaciones técnicas de servicio.
- Verificación de los mecanismos y del sistema de evaluación que van a ser empleados: informes periódicos, sistemas de control de incidencias, auditorias, entre otras.
- Medición de indicadores de desempeño según parámetros objetivos. Valoración de la variación de actividad/cantidad en los Servicios.
- Consideración de la innovación y cláusula de progreso siempre que mejore el desempeño del servicio

5.2.2. Recomendaciones

Para la entidad que busca impulsar e implementar el proyecto APP, que en este caso es el departamento del Atlántico, es necesario definir los diferentes roles que se deben tener en todo el proceso de APP en virtud de lo establecido en la Ley 1508 de 2012. De acuerdo con las competencias a nivel territorial, se propone que se cuente con un centro de control del contrato del APP.

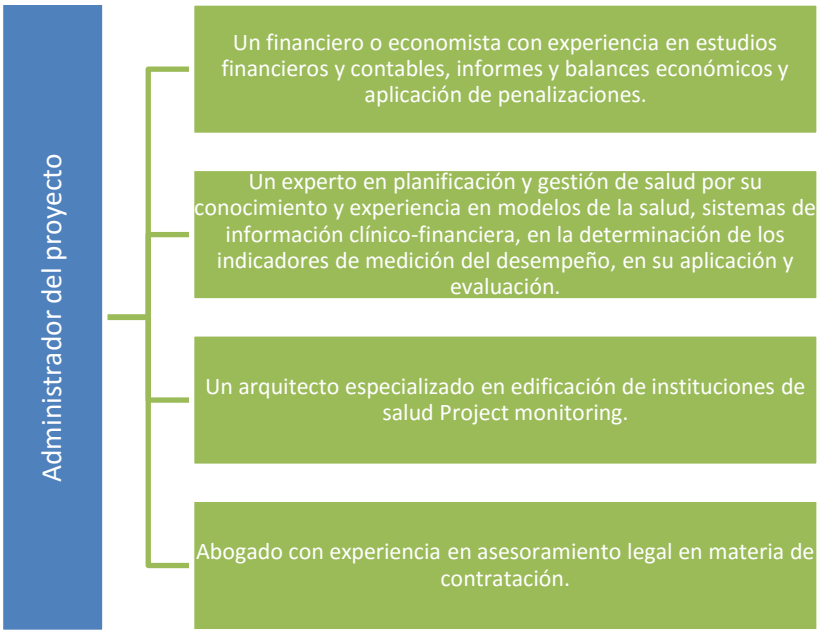
Teniendo en cuenta que hoy no existe una institucionalidad conformada para proyectos de APP en salud a nivel departamental, se recomienda que la Secretaria de Salud del departamento del Atlántico, a través de su Subsecretaría de Desarrollo de los Servicios de Salud y Aseguramiento, cree un grupo especializado que puedan realizar el acompañamiento del proceso de estructuración del proyecto, la contratación y seguimiento

en la ejecución de la APP[13]. Es importante considerar que la responsabilidad del APP no se puede dejar solo en la secretaria de salud; esta debe contar con el apoyo del Despacho del Gobernador, de la Oficina Jurídica y de la Secretaria de Hacienda.

Una forma común de implementar este grupo es a través de la creación de comités y la creación de un equipo de administración del proyecto. Generalmente, los comités están conformados por los funcionarios de alto rango encargados de supervisar el correcto desarrollo del proyecto. El equipo de administración del proyecto es responsable de realizar las labores administrativas para la ejecución del mismo, incluyendo la supervisión directa sobre los estructuradores. Este equipo debe tener un líder (jefe/gerente del proyecto) y un equipo técnico soporte.

El Grupo departamental requiere un equipo multidisciplinario y un enfoque de actuación integral. En la mayor parte de los países están compuestas por profesionales expertos en distintos campos de actuación sin ánimo de ser exhaustivos se destacan los siguientes:

Gráfica 11. Equipo de trabajo de la entidad contratante



Fuente: Elaboración KPMG

Para el proyecto es necesario la designación de un gerente o administrador del proyecto. El gerente del proyecto será responsable de:

- Organizar los trabajos que se requieran para llevar a cabo el proyecto para prestación de servicios, incluyendo la celebración del contrato de servicios de largo plazo correspondiente.

[13] La escogencia de la secretaria de salud corresponde a que estas dependencias 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.

- Encargarse de que el proyecto para prestación de servicios se apegue a las disposiciones establecidas en el contrato y en la oferta de servicios y en las demás disposiciones aplicables, procurando obtener en todo momento las mejores condiciones de contratación para la dependencia o entidad.
- Presentar la información, documentos y aclaraciones que le sean requeridos relativos al proyecto para prestación de servicios, entre otros por parte del DNP, MSPS.

Adicionalmente, deberá contar con un equipo conformado por mínimo los siguientes perfiles:

Un financiero o economista: por su conocimiento y experiencia en los siguientes campos:

- Planes de viabilidad económico-financiera.
- Cálculos de costos y rentabilidad.
- Estudios financieros y contables, informes y balances económicos y aplicación de penalizaciones.

Un arquitecto especializado en edificación de instituciones de salud por su conocimiento y experiencia en aspectos relacionados con el diseño y el proyecto arquitectónico, la dirección facultativa, la construcción de la infraestructura y el Project monitoring.

Un experto en planificación y gestión de salud por su conocimiento y experiencia:

- En los modelos de vanguardia de la atención en el campo de la salud, tanto en atención primaria como en especializada.
- En los criterios de ordenación de los recursos y en los catálogos de prestaciones.
- En programas médico-funcionales y planes de equipamiento.
- En los modelos de mejora continua de la calidad técnica y percibida, así como en los aspectos relacionados con la seguridad del paciente.
- En sistemas de información clínico-financiera, presupuestación y costos en el ámbito de la salud.
- En pliegos técnicos para la prestación de los servicios.
- En la determinación de los indicadores de medición del desempeño, en su aplicación y evaluación.
- En la elaboración de tableros de gestión integrales que permitan la monitorización y el seguimiento.

Un Abogado: por su conocimiento y experiencia en los siguientes aspectos:

- La regulación normativa.
- Asesoramiento legal en materia de contratación, reclamaciones de otros oferentes

Para el caso de una APP de salud que incluya la construcción o mejoramiento de una edificación hospitalaria, un Ingeniero por su conocimiento y experiencia en instalaciones y en equipamiento, así como en todos los aspectos relacionados con la puesta en funcionamiento y el mantenimiento de la infraestructura y el aparataje. En todo caso, esta propuesta se discutirá y complementara con la Gobernación del departamento a fin de ajustarlo a lo que sea mas viable y conveniente en dicha entidad.

Por su parte, la ESE deberá contar con un gerente encargado de la prestación de los servicios de salud, que al mismo tiempo gestione la relación con los desarrolladores de la infraestructura por medio de su relación directa con el gerente del proyecto de la entidad contratante.

5.2.3. Institucionalidad propuesta acorde a las fases de un proyecto APP

Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, se propone la siguiente institucionalidad:

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

Tabla 25. Competencias en el desarrollo de proyectos APP

Etapa	Descripción	Cuestiones relevantes	Responsables	Asignación de responsabilidades
Identificación del proyecto de infraestructura a realizar	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	El Departamento	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	Comité Técnico del proyecto	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?	Entidad Contratante	Análisis de riesgos Aplicación de metodología de APP

Etapa	Descripción	Cuestiones relevantes	Responsables	Asignación de responsabilidades
			Comité Técnico del proyecto	En los primeros proyectos a realizar (proyectos piloto), apoyará en la definición de guías y procedimiento para la selección 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	Entidad Contratante	Será el líder y gerente del proyecto de estructuración. Deberá contar con un equipo especializado para el proyecto.
				Será parte del comité de estructuración para coordinar la posterior licitación, adjudicación y supervisión del proyecto.
			Comité Técnico del proyecto	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.
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	Secretaría de Planeación del Departamento	Aprobación de la asignación de riesgos Registro en el RUAPP
			CONFIS territorial	Aprobación disponibilidad de recursos
			Asamblea Departamental	Aprobación recursos – vigencias futuras
			OCAD	Aprobación de regalías, si fuera del caso
			MHCP	Aprobación del plan de aportes al fondo de contingencias contractuales.

Etapa	Descripción	Cuestiones relevantes	Responsables	Asignación de responsabilidades
			MSPS / DNP /CONFIS Nacional/MHCP	Aprobación de recursos de cofinanciación
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.
			Comité Técnico del proyecto	Apoyo a la promoción del proyecto
Seguimiento	Realizar seguimiento a los indicadores de servicio con los que se puedan realizar comparaciones entre hospitales de tipo tradicional con hospitales APP.	¿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.
	En caso de cofinanciación y aportes de regalías, hacer seguimiento a los requerimientos.	Indicadores de seguimiento en la ejecución de los recursos		

Fuente: Elaboración KPMG

5.2.4. Metodología de trabajo

Para lo anterior, hay que crear un programa de capacitación en Estructuración de Proyectos[14] al equipo de trabajo de la secretaria que tendrá como finalidad mejorar la calidad de la inversión y de promover proyectos que tengan mayor impacto para el desarrollo territorial, a través de la generación de capacidades institucionales.

Para esto, se proponen dos (2) estrategias: i) Capacitación técnica en estructuración de proyectos y proyectos APP (a cargo del DNP), ii) Capacitación del desarrollo de APP en el sector salud en Colombia (a cargo de KPMG, desde una perspectiva jurídica y financiera). A partir de estas dos estrategias se generarán competencias en los funcionarios de la secretaria.

Estas estrategias permitirán que el conocimiento técnico sea transmitido en forma directa y mediante la práctica a los entes territoriales, de forma tal que se logre, tanto materializar

[14] Siempre y cuando se determine que el proyecto es viable

proyectos de alto impacto, con base en un análisis detallado de las situaciones particulares del proyecto de APP.

Para lograr este objetivo, a lo largo de las capacitaciones se tratará cada una de las etapas del proyecto:

- *Análisis de la necesidad:* Planteamiento del problema a resolver e identificación de las causas generadoras del mismo y efectos negativos sobre los habitantes del territorio.

- *Planteamiento de alternativas:* Generación de posibles soluciones que permitan resolver el problema planteado.

- *Selección de la mejor alternativa:* Aplicación de análisis de tipo socioeconómico para seleccionar la alternativa que mejor se adapta a las condiciones de la región.

- *Generación de estudios y diseños:* Identificación de los estudios y diseños de detalle requeridos para la ejecución del proyecto, preparación de términos de referencia para una posterior licitación y desarrollo de los estudios requeridos.

- *Estructuración financiera y legal con componente de sostenibilidad:* Análisis financiero de la alternativa seleccionada, que incluye su etapa de operación y mantenimiento, la formulación de los pliegos de condiciones y contrato de referencia para la ejecución del proyecto y generación del esquema de sostenibilidad del proyecto.

En caso que se identificase que se requiere alguna capacitación adicional, se determinarán los expertos a participar y los requerimientos generales de acuerdo a la necesidad.

AVANCES DE LA JUSTIFICACIÓN ESTRATÉGICA

La justificación estratégica define el alcance del proyecto, confirma las necesidades sociales que se atenderán, analiza los requerimientos de la autoridad licitante y corrobora que el proyecto esté alineado con las políticas públicas del Gobierno.

6. Avance justificación estratégica del proyecto

En esta sección se debe justificar que el proyecto que se busca desarrollar es de importancia estratégica.

Esta sección busca dar respuesta a las siguientes preguntas:

- ¿El proyecto se alinea a las políticas públicas del Gobierno?
- ¿El proyecto forma parte de un plan de desarrollo gubernamental?
- ¿El proyecto forma parte de una estrategia de desarrollo sectorial?
- ¿El Ministerio sectorial ha dado una indicación positiva de la importancia estratégica del proyecto?

Por lo anterior, el objetivo de esta sección es confirmar que el proyecto que se está estructurando a través de la presente consultoría es de importancia estratégica, es decir que se enmarca dentro de la política pública de salud, plan de desarrollo, o estrategia de inversión de la entidad territorial y/o ESE. De igual forma, se busca confirmar la pertinencia de la localización y la identificación de los instrumentos dónde debe incluirse el proyecto (programa territorial de reorganización, rediseño y modernización de las redes de ESE, plan bienal de inversiones en salud de la respectiva vigencia, programa de saneamiento fiscal y financiero cuando aplique, plan territorial de salud, plan territorial de desarrollo, entre otros).

6.1. Importancia estratégica del proyecto

Los proyectos de APP de hospitales públicos deben corresponder a iniciativas estratégicas que respondan a una necesidad social y estar alineados con los objetivos del gobierno, enmarcados en una política pública central o territorial, según el caso.

La Resolución 1536 de 2015 del Ministerio de Salud y la Protección Social, por la cual se establecen las disposiciones sobre el proceso de planeación integral de salud, en su artículo 3 define que los insumos para la planeación integral para la salud son de carácter estratégico, operativo y financiero. Bajo este entendimiento, este apartado presenta un análisis de los documentos de carácter estratégico definidos por dicha resolución: el Plan Nacional de Desarrollo, el Plan Decenal de Salud Pública, el Plan de desarrollo territorial, el Plan Territorial de Salud – PTS inmediatamente anterior, e identifica como el proyecto de fortalecimiento de la infraestructura de la ESE del Hospital Departamental Juan Domínguez Romero se alinea con dichos planes. Igualmente, se efectúa la revisión de si el proyecto se encuentra incluido dentro del Estudio de Red del Departamento del Atlántico.

6.1.1. Plan Nacional de Desarrollo

El Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por nuevo un país” fue expedido mediante la Ley 1753 de 2015, la cual incorpora como parte integral el documento denominado “Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018”. Este documento se basa en los pilares de la paz, la equidad y la educación, donde hace claras alusiones a que el desarrollo de hospitales, entre otras infraestructuras, forma parte esencial de la presencia del Estado para la construcción de la paz y la equidad en salud.

En efecto, dentro de los objetivos del Plan se encuentra el de “**mejorar las condiciones de salud de la población colombiana y propiciar el goce efectivo del derecho a la salud, en condiciones de calidad, eficiencia, equidad y sostenibilidad”,** el cual busca los siguientes objetivos específicos:

1. Aumentar el acceso efectivo a los servicios y mejorar la calidad en la atención;
2. Mejorar las condiciones de salud de la población y reducir las brechas de resultados en salud;
3. Recuperar la confianza y la legitimidad en el sistema; y,
4. Asegurar la sostenibilidad financiera del sistema de salud en condiciones de eficiencia.

Al respecto, dentro del objetivo específico de aumentar el acceso efectivo a los servicios y mejorar la calidad en la atención, el documento de Bases del Plan señala lo siguiente:

> *“El programa de inversión pública hospitalaria fortalecerá la capacidad instalada asociada con la prestación de servicios de salud, en los componentes de infraestructura física, equipamiento biomédico, industrial, tecnológico y mobiliario de las empresas sociales del estado (ESE). En zonas apartadas con población dispersa, esta estrategia tendrá en cuenta la disponibilidad y uso de los instrumentos brindados en el marco de la tele salud, según los lineamientos establecidos en la Ley 1419 de 2010.*
>
> *Para ello se buscará conjugar recursos de la Nación, el Sistema General de Regalías (SGR) y otras fuentes territoriales, líneas de crédito con tasa compensada y esquemas de participación privada eficientes en el sector,* ***como lo es el mecanismo de Asociaciones Público Privadas (APP) previsto en la Ley 1508 de 2012, mediante proyectos por entidad territorial****, considerando su red, las necesidades previstas en el plan bienal de inversiones, su plan financiero territorial, y en los casos correspondientes, los contratos plan suscritos con la Nación, entre otros.”*

Como se observa, es claro que el objetivo de aumentar el acceso a los servicios incluye el fortalecimiento de la infraestructura hospitalaria y su dotación para las Empresas Sociales del Estado, el cual no solo se presenta como componente aislado, sino que la estrategia denominada “Incentivar la inversión pública hospitalaria en condiciones de eficiencia” lo soporta en los posibles esquemas de financiación y esquema de contratación a utilizar, como es el de Asociaciones Público Privadas (APP).

El Capitulo XI del Plan Nacional de Desarrollo presenta un enfoque territorial de los tres pilares mencionados, generando estrategias diferenciales a implementarse regionalmente. Con relación a la región Caribe, dentro de la cual se encuentra el Departamento del Atlántico, se establece la necesidad de plantear un enfoque de cierre de brechas para lograr un desarrollo regional más inclusivo y homogéneo.

Dentro de la visión y objetivos de la región Caribe, el Gobierno Nacional estableció el objetivo de disminuir los índices de pobreza y las brechas socioeconómicas al interior de la región, para lo cual a través de la estrategia de inclusión social el documento Bases del Plan señala:

> *"En infraestructura en salud se dará prioridad a las intervenciones en los municipios con mayores rezagos; la construcción de hospitales, áreas de urgencias; la adquisición de equipos biomédicos y ambulancias; la integración de redes de servicios de salud; y, a las dotaciones a las casas de salud."*

Como puede advertirse, parte de la estrategia a ser desarrollada por el Gobierno Nacional en los siguientes años en la región Caribe incorpora el fortalecimiento de la infraestructura pública hospitalaria y su dotación. Es claro, por lo tanto, resultando claro así que el proyecto "Construcción, dotación, operación y mantenimiento de la infraestructura, incluyendo la prestación de servicios de apoyo no clínicos a través del esquema de Asociación Público-Privada (APP) previsto en la Ley 1508 de 2012 para el fortalecimiento de la infraestructura de la ESE del Hospital Departamental Juan Domínguez Romero" está acorde con las políticas del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018.

6.1.2. Plan Decenal de Salud Pública

El Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), 2012-2021, fue adoptado mediante Resolución 01841 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). Este plan se establece como la carta de navegación para afrontar los retos en temas de salud pública y para consolidar las capacidades técnicas en los ámbitos nacional y territorial para la planeación, ejecución, seguimiento y evaluación de las intervenciones del sector salud.

Las entidades territoriales de acuerdo con sus competencias, necesidades, condiciones y características de su territorio, deberán adaptar y adoptar los contenidos establecidos en dicho Plan, en cada cuatrienio a través del Plan Territorial de Salud y coordinar su implementación en su área de influencia, de conformidad con los lineamientos que para el efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

El Ministerio de Salud y Protección Social llevó a cabo un proceso de consulta del PDSP 2012-2021. El análisis de la consulta muestra que para la intervención de los determinantes estructurales de salud, a nivel territorial, se encuentran la infraestructura, los servicios, la tecnología y el talento humano, entre otras. Como determinantes intermedios de la salud, están las acciones orientadas a disminuir la precariedad de la infraestructura de atención, observándose así, como desde el proceso de consulta del Plan, la infraestructura de salud tiene una connotación fundamental.

El PDSP establece ocho dimensiones prioritarias y dos transversales. Dentro de las dimensiones prioritarias se encuentran: i) Salud ambiental, ii) Vida saludable y condiciones no transmisibles, iii) Convivencia social y salud mental, iv) Seguridad alimentaria y nutricional, v) Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, vi) Vida saludable y enfermedades transmisibles, vii) Salud pública en emergencias y desastres y viii) Salud y ámbito laboral. Dentro de las dimensiones transversales están: i) Gestión diferencial de poblaciones vulnerables y ii) Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la

salud. A continuación se evalúa en cuales de las dimensiones se encuentra como tema estratégico el desarrollo de infraestructura hospitalaria dentro del PDSP.

Dentro de la dimensión de salud ambiental, que establece el conjunto de políticas que buscan favorecer y promover la calidad de vida y salud de la población, en el componente de hábitat saludable, el PDSP establece como meta que a 2021 las entidades territoriales de salud (departamentales, distritales y municipales) se fortalecerán orgánica y funcionalmente en cuanto a infraestructura, entre otros aspectos.

Adicionalmente, en la dimensión transversal de gestión diferencial de poblaciones vulnerables, se incluyen estrategias de gestión territorial para el fortalecimiento de la capacidad institucional, nacional y territorial. Para responder a las particularidades poblacionales y territoriales, el PDSP establece:

> *" Asegurar en el territorio la arquitectura institucional que permita disponer de talento humano cualificado, pertinente y suficiente; integración de traductores para la atención de los pueblos y comunidades; infraestructura dotada y en condiciones óptimas para prestar atención de salud humanizada y pertinente, que reconozca y se ajuste a la situación e intereses de niñas, niños y adolescentes, transporte, medios de comunicación y, entre otros, sistemas de información que den cuenta de los resultados en salud"*

Como parte de esta dimensión, el PDSP cuenta con un capítulo específico dirigido a garantizar el acceso y mejorar las condiciones de salud de la población víctima del conflicto armado, destacándose que a septiembre de 2014 el número de personas del Departamento del Atlántico identificadas en el Registro Único de Victimas ascendió a 132.214, de las cuales 43.812 se encuentran en el Municipio de Soledad, constituyéndose el desplazamiento forzado en el principal hecho victimizante en este departamento, el cual representa el 95.5% de los casos de desplazamiento del Atlántico[15].

Esta dimensión establece que a 2021, Colombia tendrá un modelo de atención integral en salud para población víctima del conflicto armado, en el que las entidades territoriales cuenten con la capacidad técnica para ejecutar y monitorear el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral para víctimas del conflicto armado - PAPSIVI. Como estrategia de este componente se encuentra la inversión en infraestructura y tecnología sanitaria, que garantice el acceso a los servicios de salud de las víctimas del conflicto.

A pesar que el PDSP no presenta proyectos específicos a desarrollarse por parte de las diferentes entidades territoriales, si se observa que el objetivo de fortalecimiento de la infraestructura de la ESE del Hospital Departamental Juan Domínguez Romero resulta armónico con algunas de las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública, especialmente con la dimensión transversal de gestión diferencial de poblaciones vulnerables ante la composición poblacional del municipio de Soledad, que cuenta con una población estimada para el año 2016 de 632.014 personas[16], dentro de las cuales se encuentran 43.812 víctimas del conflicto armado, cerca de 100 mil niños menores de 9 años y cerca del 4% de la población con alguna limitación permanente[17] que sería una población potencial a ser atendida por los servicios que se podrían prestar en la nueva infraestructura.

---

[15] Presentacion "Sala situacional de la Poblacion victima del conflicto armado del Departamento del Atlántico", Ministerio de Salud y Proteccion Social, abril de 2015.

16 Proyecciones Departamento Administrativo Nacional de Estadistica.

17 Plan Territoral de Salud Publica, municipio de Soledad.

6.1.3. Plan de Desarrollo Departamental

El plan de desarrollo departamental deberá ser sometido a la consideración de la Asamblea dentro de los primeros cuatro (4) meses del respectivo período del Gobernador para su aprobación. Conociendo que a la fecha de presentación del presente producto dicho trámite no se ha surtido por parte de la entidad territorial, es decir no existe todavía el proyecto-plan consolidado, se analizará si el fortalecimiento de la infraestructura hospitalaria de la ESE del Hospital Departamental Juan Domínguez Romero se encontraba inmerso dentro de los objetivos, programas, subprogramas y proyectos estratégicos del Plan de Desarrollo Departamental 2012-2015 "Atlántico Más Social. Compromiso Social sobre lo Fundamental." del periodo de Gobierno del Dr. José Antonio Segebre Berardinelli, en el cual se inició el proceso de estructuración del proyecto objeto de esta consultoría.

Por otra parte, el numeral 1 del artículo 39 de la Ley 152 de 1994 dispone que *"el Alcalde o Gobernador elegido impartirá las orientaciones para la elaboración de los planes de desarrollo conforme al programa de gobierno presentado al inscribirse como candidato"*. Una vez se concluya el proceso de aprobación del nuevo plan, de conformidad con la norma citada, será pertinente analizar la articulación del Proyecto en dicho plan, entre tanto en el presente producto, se observa la articulación con el programa de gobierno "Atlántico Líder" del Dr. Eduardo Verano de la Rosa nuevo gobernador del Departamento del Atlántico 2016-2019.

6.1.3.1. Plan de Desarrollo Departamental 2012 – 2015, "Atlántico Más Social. Compromiso Social sobre lo Fundamental"

Ya que actualmente se está desarrollando el plan de desarrollo de la nueva administración para el periodo 2016-2019, resulta de alta importancia revisar lo que se había contenido en el plan de desarrollo de la anterior administración en aras de identificar la importancia estratégica del proyecto.

El Plan de Desarrollo Departamental 2012-2015, "Atlántico Más Social. Compromiso Social sobre lo Fundamental", en la parte general (diagnóstico), se basa en un análisis por subregiones. Dentro de la subregión área metropolitana, que incorpora a Barranquilla, Puerto Colombia, Soledad, Malambo y Galapa, se destaca como información relevante que el criterio de cumplimiento de la infraestructura hospitalaria con los estándares del Sistema Único de Garantía de la Calidad, presenta una valoración moderada (La valoración establece las categorías de leve, moderada o critica).

El Plan de Desarrollo Departamental se fundamentó en cinco retos:

i. Atlántico más equitativo
ii. Atlántico con menos pobreza
iii. Atlántico más productivo
iv. Atlántico más seguro y sostenible
v. Atlántico con buen gobierno

Dentro del reto No 2, "Atlántico con menos pobreza", con el objetivo de disminuir los índices de pobreza de la población se estipularon los siguientes programas: i) Revolución de la vivienda digna, ii) Atlántico más familias saludables, iii) Atlántico más oportunidades, iv)

PANAL - Seguridad alimentaria y nutricional en el Atlántico con enfoque diferencial, v) Inclusión social y resocialización “Red Unidos”, vi) Atención a la población damnificada alojada y albergada en el Departamento, vii) Atlántico más emprendedor, viii) Más agua más alcantarillado, ix) Electrificación de las zonas rurales y subnormales en los municipios, corregimientos, caseríos y veredas, x) Ampliación de la cobertura del servicio de gas natural, xi) Restablecimiento integral social a las víctimas del conflicto armado.

Dentro del programa denominado “Atlántico más familias saludables” se consideraron los siguientes objetivos:

- Realizar las acciones de promoción de la salud y calidad de vida, con equidad y Perspectiva de género
- Realizar las acciones de prevención de riesgos individuales, sociales y ambientales
- Realizar las gestiones para el desarrollo operativo y funcional del plan de salud
- Realizar las acciones de vigilancia en salud pública y gestión del conocimiento
- Realizar las acciones tendientes a la recuperación y superación de los daños en salud

Para dar cumplimiento a los objetivos del programa se diseñaron los subprogramas de salud pública con equidad e inclusión social, prestación de los servicios de salud, gestión del aseguramiento con equidad e inclusión social, emergencias y desastres y de promoción social.

Como metas del Subprograma de prestación de los servicios de salud, el Plan de Desarrollo 2012-2015 incluyó las siguientes:

- Adecuar 23 IPS Públicas (ESEs) en su infraestructura (20 de primer nivel, incluidas **el Hospital Materno Infantil de Soledad** y el Hospital de Malambo, y 3 de segundo nivel).
- Dotar 23 IPS públicas (ESEs) con equipos médicos, muebles y enseres (20 de primer nivel y 3 de segundo nivel)
- Brindar asistencia técnica al 100% de las Empresas Sociales del Estado para que cumplan con las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.
- Garantizar la prestación de servicios de salud al 100% de la población en lo no cubierto con subsidios a la demanda y a la población desplazada no asegurada.
- Lograr que 100% de las Empresas Sociales del Estado tengan programas de saneamiento fiscal y financiero, de acuerdo con la clasificación del riesgo establecida por el Ministerio de Salud
- 5 ESEs con programa de Tele asistencia
- **Construir un hospital de Segundo nivel en Soledad**

De la lectura del Plan de Desarrollo Departamental se observa claramente como dentro del reto de Atlántico con menos pobreza se estipuló el programa “Atlántico más familias saludables”, que incluyó el subprograma Prestación de los servicios de salud, en el cual se estipuló como meta para el cuatrienio 2012-2015 la construcción de un hospital en el Municipio de Soledad.

Adicionalmente se resalta que dentro del capítulo V, “Mecanismos para la ejecución del plan”, en su artículo 8, se establece:

"Artículo 8. Asociaciones Público – Privadas: El Gobernador, atendiendo las capacidades y competencias de su cargo, presentará a la Asamblea Departamental del Atlántico, el proyecto de Ordenanza para implementar los mecanismos regulados por la ley 1508 de 2012, tales como Asociaciones Público Privadas, de iniciativa pública y de iniciativa privada, articulando para ello los proyectos, recursos presupuestales y financieros pertinentes".

En virtud de lo anterior, se concibe la relación directa entre el esquema de APP y la importancia estratégica que tiene el proyecto para el Departamento del Atlántico. Es por esto que dicha administración logró ser beneficiaria por parte del Gobierno Nacional del proyecto para estructurar técnica, legal y financieramente un proyecto piloto para la nueva infraestructura de la ESE hospital departamental Juan Domínguez Romero del municipio de Soledad, Atlántico, para las etapas diseño, construcción, dotación, operación y mantenimiento de la infraestructura, incluyendo la prestación de servicios de apoyo no clínicos a través del esquema de Asociación Público-Privada (APP) previsto en la Ley 1508 de 2012 y que se constituye en el objeto de la presente consultoría.

6.1.3.2. Programa de gobierno "Atlántico Líder" 2016- 2019

El programa de Gobierno presentado por el Dr. Eduardo Verano de la Rosa fue definido como una apuesta para consolidar la Competitividad del Departamento, el cual definió tres ejes estratégicos orientadores: la transformación del ser humano, la productividad en acción y la inversión socialmente responsable. El programa de gobierno está basado en once visiones que buscan que los programas y proyectos estén orientados a construir una mejor sociedad basada en valores bajo unos enfoques plurales, diversos e incluyentes orientados al propósito de "Departamento Líder":

1. Desarrollado a partir de las subregiones.
2. Con un desarrollo equilibrado entre Barranquilla y los Municipios
3. Como modelo de desarrollo territorial y ambiental.
4. En ciencia y tecnología
5. En tecnologías de la información y comunicaciones.
6. En productividad.
7. En atención de la primera infancia
8. Con una infraestructura para la competitividad
9. Con un Sur recuperado y productivo
10. En Educación.
11. En la prestación de servicios de salud.

Dentro de la visión de un Atlántico líder con una infraestructura para la competitividad, el programa de gobierno establece "implementar la segunda fase del Plan Soledad, que contemple obras de saneamiento básico, canalización de arroyos, vivienda, un nuevo hospital y acciones para la seguridad[18]."

Igualmente dentro de la visión de un Atlántico líder en la prestación de servicios de salud, el programa de gobierno presenta varias, entre las cuales se encuentran:

[18] Los documentos de análisis no referencian aspectos relacionados con la primera fase del Plan Soledad, se interpreta que puede obedecer a los planes para el Municipio de Soledad presentados en el anterior plan de Desarrollo del Departamento y Plan de Desarrollo "Soledad nos necesita a Todos".

"gestionar la construcción de un nuevo hospital para el municipio de Soledad"[19].

Teniendo presente el numeral 5 del artículo 27 de la Ley 1508 de 2012 que establece que "solo se podrán desarrollar proyectos de asociación público privada consistentes con los objetivos de los planes de desarrollo territorial" y lo descrito sobre el numeral 1 del artículo 39 de la Ley 152 de 1994, se resalta la importancia de que el proyecto de fortalecimiento de la infraestructura hospitalaria en el Municipio de Soledad Atlántico sea incorporado en el Plan de Desarrollo Departamental que se encuentra elaborando el Departamento del Atlántico, lo cual sería coherente con el programa de gobierno Atlántico Líder" 2016- 2019 y como continuidad del Plan de Desarrollo Departamental 2012 – 2015, "Atlántico Más Social. Compromiso Social sobre lo Fundamental" que incorporó igualmente dicho proyecto.

6.1.4. Plan Territorial de Salud

Teniendo en cuenta que el proyecto de estructuración se inició en el Plan Territorial de Salud 2012 – 2015, se analizará cómo se encuentra armonizado el proyecto de la consultoría dentro de dicho plan, recomendando igualmente su inclusión dentro del nuevo Plan Territorial de Salud 2016-2019 que desarrolle el Departamento del Atlántico.

El Plan Territorial de Salud fue aprobado el 7 de junio de 2012 por ordenanza No 138, estableciendo como misión:

> *"Reconocidos por la comunidad del Atlántico, por otras entidades territoriales y nacionales, como un nuevo modelo de gestión de salud en Colombia, que de respuesta rápida y efectiva a las necesidades básicas y emergentes de la población del Departamento en materia de salud integral reduciendo los riesgos de enfermar y morir, dentro de un marco de alta responsabilidad, transparencia, respeto y equidad".*

Como ya se mencionó, el Plan Territorial de Salud del Atlántico 2012 – 2015, al igual que el PDSP, establece ocho dimensiones prioritarias y dos transversales. Nuevamente, dentro de las dimensiones prioritarias se encuentran: i) Salud ambiental, ii) Vida saludable y condiciones no transmisibles, iii) Convivencia social y salud mental, iv) Seguridad alimentaria y nutricional, v) Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, vi) Vida saludable y enfermedades transmisibles, vii) Salud pública en emergencias y desastres y viii) Salud y ámbito laboral. Dentro de las dimensiones transversales están: i) Gestión diferencial de poblaciones vulnerables y ii) Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud.

Dentro de la dimensión de fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud, se encuentra el subcomponente de estudio nacional de la suficiencia de la red de servicios, el cual, en la línea de acción de gestión del riesgo en salud, incluye las siguientes intervenciones:

1. Asistencia técnica a las ESEs en normatividad del sistema obligatorio de garantía de la calidad
2. **Construcción de un hospital de Nivel II en Soledad**

[19] El Ministerio de Salud y Proteccion Social, precisa que la denominación de reposicion del Hospital se ajusta mejor a los objetivos del proyecto.

3. Dotación de ambulancias en buen estado en todos los municipios
4. Programa de teleasistencia en 5 ESEs
5. Programa de saneamiento fiscal y financiero de acuerdo a la clasificación del riesgo establecida por el Ministerio de Salud a todas las ESEs
6. Asistencia técnica en implementación del MECI

Como puede observarse, el Plan Territorial de Salud 2012-2016, en coherencia con el Plan de Desarrollo Territorial, incluyó igualmente la construcción de un hospital de Nivel II en Soledad, corroborándose la importancia estratégica para el periodo de gobierno 2012-2016 y recomendando al Departamento del Atlántico igualmente la inclusión del proyecto específico en este instrumento estratégico de planeación.

6.1.5. Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de las redes de ESE del departamento del Atlántico

El Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de las redes de ESE del departamento del Atlántico realiza un análisis de las condiciones que debe tener la Red Hospitalaria, en relación con la prestación de servicios, capacidad instalada y equilibrio financiero, entre otros; el estudio de red efectúa una caracterización del departamento del Atlántico, la cual incluye un análisis demográfico, epidemiológico, de la red prestadora de servicios de salud; efectúa una estimación de la demanda potencial de servicios; analiza la necesidad de camas en la red hospitalaria y dimensiona la red de tal forma que permita la integración de los diferentes prestadores y la garantía de acceso a los servicios en mejores condiciones. En todo caso, el presente aparte no pretende efectuar el análisis de la caracterización de la oferta o demanda de salud, cuyo avance se presentará más adelante. En su defecto, en el presente acápite se efectúa una revisión del estudio de la prestación de servicios de salud en el Departamento del Atlántico y propuesta de reorganización de la Red Hospitalaria (2013), bajo la perspectiva de identificar si en dicho documento se encuentra incorporado el proyecto de construcción del hospital de Soledad Atlántico.

En el numeral 9 del documento Estudio de la Prestación de Servicios de Salud mencionado anteriormente, se presenta la propuesta de ajuste de la red hospitalaria, estipulando en el subnumeral 9.5 las acciones para el fortalecimiento de la red pública de los niveles 2 y 3 a través de 11 proyectos. En el proyecto No 8 se encuentra:

> *"Proyecto 8. Fortalecimiento de la ESE Juan Domínguez Romero de Soledad*
> *Para las vigencias 2013-2014 será objeto de aportes del departamento por valor de $10.490 millones para el proceso de saneamiento fiscal y financiero. Además de los servicios que presta, para el próximo Plan Bienal de inversiones 2016-2017, el Hospital Juan Domínguez Romero emprenderá los siguientes proyectos de ampliación con un costo aproximado de $14.318 millones, que corresponde a 3.950 m2, de los cuales $9.875 se aplicarán a infraestructura y $4.443 millones para dotación:*
> *Camas Cuidados intermedio Adulto (obstétricas) 9*
> *Camas de UCI Pediátrica 10*
> *Camas de Cuidados intermedios pediátricos 10*
> *Camas de Pediatría 50"*

Sobre este componente, el Ministerio de Salud y Protección Social mediante comunicación No 201423100127041 del 5 de febrero de 2014 cita en su conclusión sobre el análisis del documento:

> *"La viabilidad de proyecto de dotar con unidades de cuidados intensivos e intermedios para las ESE Hospital Juan Domínguez Romero de Soledad y ESE Hospital Departamental de Sabanalarga se podrá dar una vez estas instituciones se hayan posicionado en la atención de servicios de mediana complejidad. Para esto, consideramos que en máximo seis (6) meses debe estar definida esta ampliación del portafolio, dado que los servicios en la red del Departamento se requieren pero puede afectar el desarrollo del Hospital Universitario CARI ESE de Barranquilla".*

y

> *"Con relación a la ESE Hospital Departamental Juan Domínguez Romero, no se considera oportuno que la Secretaría de Salud Departamental proponga ampliar su capacidad en la atención pediátrica de alta complejidad (UCI y Unidad de Cuidados Intermedios) cuando se definió en el modelo que esta capacidad la asumirá la ESE Hospital Nino Jesus de Barranquilla, ya que la propuesta modifica la atención de la alta complejidad, donde el Hospital Universitario CARI continua con la atención de adulto mientras que la ESE Hospital Niño Jesus de Barranquilla asume la atención pediátrica, por lo que es necesario fortalecer al Hospital Niño Jesus y no fortalecer en actividades de alta complejidad pediátrica a un hospital que hoy en día se encuentra en una situación poco favorable y donde requiere realizar una inversión importante para adquirir una capacidad que no conoce".*

Como se observa, se establece que para el próximo Plan Bienal de inversiones 2016-2017 se efectuará un proceso de ampliación del Hospital, que de acuerdo al Ministerio de Salud y Protección Social debe estar justificado bajo un análisis de red con el Hospital Universitario CARI ESE de Barranquilla, no obstante, aun cuando considera el fortalecimiento de la ESE Departamental Juan Domínguez Romero de Soledad, no se establece la construcción general del nuevo hospital, aspectos que el departamento puede revisar en el proceso de definición y aprobación del Plan Bienal 2016 -2017. Lo anterior deberá realizarse, considerando la financiación propuesta en el Plan Financiero Territorial 2016-2020 en el componente de infraestructura, considerando que ésta será la base para fundamentar el Plan Bienal de Inversiones, acorde con el Marco Fiscal de Mediano Plazo que la entidad territorial define (con el escenario de estructuración del APP respecto de las obligaciones y compromisos que la Entidad Territorial adquiera para tal fin-o incluso la ESE, según las fuentes de recursos planeadas para el efecto).

6.2. Análisis de la localización

Los aspectos que se analizaron fueron los siguientes:

a) **Disponibilidad de vías de comunicación**

b) **Disponibilidad de acceso a la población del área de influencia al punto de atención propuesto.**

c) Disponibilidad en la zona urbana

d) Articulación con el POT actual

e) Riesgos considerando la resolución 4445 de 1996 del Ministerio de Salud y Protección Social

*"**Artículo 4. De la localización.** De conformidad con el artículo 158 y siguientes de la Ley 09 de 1979, las instituciones prestadoras de servicios de salud, se localizarán en lugares que no presenten problemas de polución, siguiendo las pautas sobre zonificación existentes en cada ciudad, por lo tanto se deben evitar las zonas de riesgo, que ofrezcan peligro de inundación, erosión, etc.; así mismo que su ubicación esté cerca a lugares de disposición de basuras, criaderos de artrópodos y roedores, mataderos, cementerios y, en general, a focos de insalubridad e inseguridad."*

*"**Artículo 6. Del índice de ocupación de la construcción.** En las instituciones que presten servicios de hospitalización, el índice de ocupación para construcción nueva o ampliación, no deberá exceder del 60% del área total del lote en el cual se vaya a construir o ampliar.*

***Parágrafo.** Solo en situaciones absolutamente inevitables y cuando las condiciones establecidas en este artículo no puedan cumplirse, a criterio de la Dirección Seccional, Distrital o Local de Salud, autorizada para ello, o su equivalente, se podrá autorizar un índice de ocupación mayor, pero en ningún caso superior al 70%."*

*"**Artículo 7. Dotación de servicios públicos.** Para la construcción de las instituciones prestadoras de servicios de salud se deberán garantizar los servicios de suministro de agua, energía eléctrica, sistemas de comunicación, como también de manejo y evacuación de residuos sólidos y de residuos líquidos."*

Al tratarse de un terreno rural, será necesario dotar el lote con servicios de suministros de agua, energía eléctrica, sistemas de comunicación, como también de manejo y evacuación de residuos sólidos y de residuos líquidos.

f) Uso del suelo:

*"**Artículo 5. Del uso del suelo.** Además del cumplimiento de los requisitos de carácter sanitario exigidos por la Ley 09 de 1979 y por la presente resolución, la localización de las instituciones prestadoras de servicios de salud deberá efectuarse de acuerdo con los usos del suelo existentes del municipio de ubicación, en desarrollo de las normas establecidas por las respectivas autoridades competentes."*

g) Otras consideraciones (riesgos)

- Inundaciones
- Contaminación auditiva
- Contaminación

6.3. Identificación de los instrumentos dónde debe incluirse el proyecto

El proyecto de APP debe alinearse a los objetivos del gobierno, es decir a la política pública del gobierno central o territorial, así como a los planes de desarrollo regional, ordenamiento territorial y/o planes sectoriales.

Como se observó en la sección anterior, el proyecto de un nuevo hospital en Soledad Atlántico está enmarcado en la política nacional y fue señalado de importancia estratégica en la administración territorial pasada (2012-2015) en los diferentes documentos de planeación territorial y de salud.

Sin embargo y dada la coyuntura actual de una nueva administración departamental para el periodo 2016-2019, es importante que el proyecto sea incluido en el proceso de planeación integral de la nueva administración. De acuerdo con la Resolución 1536 de 2015 del Ministerio de Salud y la Protección Social, la Planeación Integral para la Salud se define como el conjunto de procesos interconectado que permite definir las acciones concernientes al manejo e implementación del Plan Territorial de Salud (PTS). Los Insumos para la planeación integral para la salud se dividen entre insumos Estratégicos, Operativos y Financieros. En especial, es importante que consideren el Plan Financiero Territorial en elaboración conforme a lo previsto en la Resolución 4834 de 2015.

La presente sección presentará inicialmente un listado de los instrumentos de carácter estratégicos, operativos y financieros que consideramos deben ser tenidos en cuenta, además de una breve descripción general de los mismos. Luego se mencionarán ciertos aspectos a tener en cuenta y las recomendaciones relacionadas con estos instrumentos.

Cabe resaltar que todos los instrumentos aquí listados son de carácter obligatorio para iniciar el proceso de licitación, en caso que se decida continuar con la segunda fase de la presente consultoría.

Los instrumentos a tener en cuenta son:

6.3.1. Herramientas estratégicas

1. Plan de Desarrollo Territorial (PDT)

Para el nivel territorial, el numeral 4 del artículo 305 de la Constitución Política exige a los gobernadores “Presentar oportunamente a la asamblea departamental los proyectos de ordenanza sobre planes y programas de desarrollo económico y social, obras públicas y presupuesto anual de rentas y gastos”.

La Ley 152 de 1994 establece que el plan de desarrollo de las entidades territoriales debe tener una parte estratégica y un plan de inversiones de mediano y corto plazo. Dentro del componente estratégico se incluyen, entre otros, los siguientes aspectos: a) los objetivos territoriales y sectoriales, b) las metas territoriales y sectoriales, c) las estrategias y políticas en materia económica, social, ambiental e institucional, d) el señalamiento de las formas, medios e instrumentos de vinculación y armonización de la planeación territorial con los otros niveles y sectores.

Dentro del plan de inversiones de mediano y corto plazo se encuentra: a) la proyección de los recursos financieros disponibles para su ejecución y su armonización con los planes de gasto, b) la descripción de los principales programas y subprogramas y los proyectos prioritarios de inversión, c) los presupuestos plurianuales y d) las especificaciones de los mecanismos idóneos para su ejecución.

El proyecto-plan consolidado debe ser presentado por la autoridad administrativa al Consejo Territorial de Planeación, dentro de los dos meses siguientes a la posesión, para su análisis y discusión, quien contará con un mes para su pronunciamiento.

El plan deberá ser sometido a la consideración de la Asamblea o Concejo dentro de los primeros cuatro (4) meses del respectivo período del Gobernador o Alcalde para su aprobación. La Asamblea o Concejo deberá decidir sobre los Planes dentro del mes siguiente a su presentación y si transcurre ese lapso sin adoptar decisión alguna, el Gobernador podrá adoptarlos mediante decreto.

Tabla 26 Cronograma para la elaboración de los planes de desarrollo.

Etapas	Actividades	Principales responsables									Plazos
		Gobernador	Consejo de gobierno	Oficina de Planeación	Secretarías sectoriales	Secretaria de Hacienda	Consejo Territorial de Planeación	Corporación Autónoma Regional	Asamblea Departamental	Comunidades	
Elaboración participativa del plan de desarrollo	Alistamiento institucional	●	●	●							Entre enero y febrero de 2016
	Elaboración de la versión preliminar del proyecto de plan de desarrollo			●	●	●				●	
	Presentación de la versión preliminar al consejo de gobierno		●	●							
	Consolidación del proyecto y presentación a la Corporación Autónoma Regional							●			
Discusión con los representantes de la sociedad civil	Concepto técnico de la Corporación Autónoma Regional	●		●						●	
	Renovación del Consejo Territorial de Planeación	●		●						●	
	Presentación del proyecto al Consejo Territorial de Planeación con copia a la Asamblea departamental						●			●	A más tardar el 29 de febrero de 2018
Discusión y aprobación	Revisión, socialización y remisión de concepto al gobernador	●		●							A más tardar el 30 de abril de 2016
	Presentación del proyecto ajustado a la Asamblea departamental	●		●					●	●	Mes de mayo de 2016

Etapas	Actividades	Principales responsables									Plazos
		Gobernador	Consejo de gobierno	Oficina de Planeación	Secretarías sectoriales	Secretaria de Hacienda	Consejo Territorial de Planeación	Corporación Autónoma Regional	Asamblea Departamental	Comunidades	
	Aprobación del plan de desarrollo								●		Máximo el 31 de mayo de 2016

Fuente: elaboración KPMG basado y ajustado de DNP (2012) “Planeación para el desarrollo integral en las entidades territoriales”

2. Plan Territorial de Salud (PTS)

El Articulo 6 de la Resolución 1536 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social, establece que el Plan Territorial de Salud (PTS) es el instrumento estratégico e indicativo de política pública en salud, que permite a las entidades territoriales contribuir con el logro de las metas estratégicas del Plan Decenal de Salud Pública.

El Plan Territorial de Salud, por ser parte integral del Plan de Desarrollo Territorial, se aprueba de manera simultánea en la Asamblea departamental y se debe registrar en el Sistema Integrado de información de la Protección Social - SISPRO a más tardar el treinta (30) de junio de cada periodo de gobierno territorial, a partir del año 2016.

El Plan Territorial de Salud debe estar armonizado con el Plan Decenal de Salud Pública, el Marco Fiscal de Mediano Plazo, el Plan Financiero Territorial de Salud y el presupuesto de la entidad territorial. De igual forma, debe estar articulado con los Planes de Desarrollo Territorial, el Plan de Ordenamiento Territorial y los demás planes del territorio.

El Plan Territorial de Salud debe contener:

- Un análisis de la situación de salud (ASIS)
- Una priorización de la caracterización de la población afiliada a las EPS, demás Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y Administradoras de Riesgos Laborales (ARL).
- Una priorización en salud pública.
- Un Componente estratégico de inversión plurianual del plan territorial de salud.

3. Plan Bienal de Inversiones Públicas en Salud (Resolución 2514 de 2012).

La formulación de los Planes Bienales de Inversión en Salud es de carácter obligatorio para las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud de todo el territorio nacional, basada en la información suministrada por las Empresas Sociales del Estado y todos los prestadores de servicios de salud de la red pública. Estos planes resultan en una herramienta de carácter estratégica en la medida que prioriza las iniciativas de inversión, que serán viabilizadas posteriormente de acuerdo con los procedimientos para su presentación. Dichos procedimientos para la formulación, presentación, aprobación, ajuste,

seguimiento, ejecución y control de los planes bienales de inversión pública en salud son establecidos en la resolución 2514 de 2012 del MSPS.

Los Planes Bienales de Inversión en Salud deben considerarse como una herramienta que permite la programación de recursos de inversión y contribuye a la racionalización de la oferta de servicios de salud para direccionar su desarrollo. Estos planes bienales de inversión en salud deben estar completamente alineados con el Programa Territorial de Reorganización y Rediseño de la Red (PTRRR) de la entidad territorial viabilizado por el MSPS, en cuanto a servicios y dimensionamiento de la infraestructura hospitalaria conceptualizados y viabilizados en el PTRR.

En el plan bienal de inversiones 2014 – 2015 se encuentra incluido y aprobado el proyecto del nuevo hospital Juan Domínguez Romero de Soledad. El proyecto fue formulado con las siguientes características:

Tabla 27 Proyecto Hospital Juan Domínguez Romero en el plan bienal 2014 - 2015.

Periodo	**2014 - 2015**
Nombre proponente	Hospital Departamental Juan Domínguez Romero ESE Soledad - Atlántico
Nivel de complejidad	Mediano
Descripción del proyecto	Construcción y dotación del nuevo hospital y adquisición de equipos biomédicos
Valor del proyecto	Infraestructura: COP 45.000 millones Dotación equipos biomédicos: COP 1.013 millones Total de la inversión: 46.013 millones
Recursos de financiación	Regalías para la infraestructura y recursos del departamento para la adquisición de equipos biomédicos
Estado	Aprobado
Comentario	El departamento debe presentar el proyecto a esta subdirección para su estudio previo aprobación. Debe indicar las fuentes de financiamiento ciertas. Se aprueba por ser prioridad del Gobernador y el Secretario departamental

Fuente: Plan bienal de inversiones aprobado por el Ministerio de Salud y Protección Social para la vigencia 2014 - 2015

Es necesario mencionar que resulta necesario que el proyecto que está siendo estructurado sea incluido en el plan bienal 2016 -2017 que presente el departamento. En la sección de consideraciones importantes se mencionarán las recomendaciones que esta consultoría propone para incluir el proyecto nuevamente en el siguiente plan bienal de inversiones.

Adicional a lo anterior se debe considerar como insumo operativo el Plan Operativo Anual y de Inversiones (POAI), el cual se determinará cada año y donde se deberá incluir al proyecto del nuevo hospital.

4. Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de las redes de ESE.

El artículo 156 de la Ley 1450 de 2011 indica que el programa territorial de reorganización, rediseño y modernización de las redes de Empresas Sociales Del Estado, deberá:

"[…] Considerar como mínimo el diagnóstico de la situación de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud y del conjunto de la red en cada territorio incluyendo los componentes de acceso a la prestación de servicios, eficiencia en su operación y sostenibilidad financiera, los posibles efectos de la universalización y unificación sobre el financiamiento y operación de la misma, las fuentes de recursos disponibles, la definición y valoración de las medidas y acciones que permitan fortalecer la prestación pública de servicios, los ingresos y gastos y su equilibrio financiero, incluyendo medidas de ajuste institucional, fortalecimiento de la capacidad instalada, mejoramiento de las condiciones de calidad en la prestación y de la gestión institucional con especial énfasis en las relacionadas con el recaudo de ingresos por venta de servicios y deberá considerar adicionalmente lo dispuesto en la Ley 1438 de 2011, en lo pertinente.

El Ministerio de la Protección Social tendrá a su cargo viabilizar el programa respectivo de cada entidad territorial competente; definir el proceso de aprobación, la metodología, los criterios e indicadores que deberán contener estos programas, los cuales en cualquier caso estarán en armonía con los planes financieros integrales del régimen subsidiado territoriales. En el caso de los municipios certificados, el programa deberá contar con el concepto favorable del departamento respectivo.

El programa se financiará por la Nación y las entidades territoriales de acuerdo a lo establecido por el artículo 83 de la Ley 1438 de 2011 y con cargo a los recursos territoriales destinados a la prestación de los servicios de salud, entre los cuales se deberán contemplar los recursos propios, las rentas cedidas, incluidos los recursos a que hace referencia el artículo 35 de la Ley 1393 de 2010, los recursos de ETESA en liquidación o de la entidad que haga sus veces y aquellos que la entidad territorial decida asignar para el efecto, lo cual deberá quedar previsto en los planes financieros integrales territoriales del Régimen Subsidiado.

PARÁGRAFO. La definición de un Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de Redes de ESE podrá considerarse como parte del programa de saneamiento fiscal y financiero, con el cumplimiento de todos los términos y requisitos establecidos en la Ley 617 de 2000 y sus decretos reglamentarios y de conformidad con el numeral 76.14.3 del artículo 76 de la Ley 715 de 2001 en el caso de municipios y distritos.

PARÁGRAFO Transitorio. Los recursos del Presupuesto General de la Nación -vigencia 2011, destinados al programa al que se refiere el presente artículo podrán ejecutarse bajo la modalidad de créditos condonables."

El plan territorial comprende el diagnóstico de las ESE y del conjunto de la red en cada territorio, para efectos de la determinación de las medidas y acciones para el fortalecimiento de la prestación pública de servicios de salud, mejoramiento de condiciones de calidad, fortalecimiento capacidad instalada, medidas de ajuste institucional y de gestión institucional.

Adicionalmente, contiene el diagnóstico de la situación de las IPS públicas y del conjunto de la red en cada territorio, incluyendo los componentes de:

- Acceso a la prestación de los servicios, eficiencia en su operación y sostenibilidad financiera.
- Los posibles efectos de la universalización y unificación sobre el financiamiento y la operación de la misma.
- Las fuentes de recursos disponibles.
- La definición y valoración de las medidas y acciones que permitan fortalecer la prestación pública de servicios de salud.
- Los ingresos, gastos y su equilibrio financiero, incluyendo medidas de ajuste institucional, fortalecimiento de la capacidad instalada, mejoramiento de la calidad de la prestación de servicios de salud, ingresos y gastos y equilibrio financiero.
- Mejoramiento de las condiciones de calidad en la prestación y de la gestión institucional con especial énfasis en las relacionadas con el recaudo de ingresos por venta de servicios.

Se entiende que si el Departamento lo considera, puede ajustar y actualizar el PTRRM acorde con las actividades incluidas en el Plan Territorial de Salud, Plan Financiero Territorial, Plan Financiero Territorial de Salud y los Planes de Acción en Salud.

5. Plan de Ordenamiento Territorial (POT)

Es una herramienta de planeación para el desarrollo físico del territorio, y en nuestro caso del municipio donde se encontrará ubicado el nuevo hospital de Soledad. Un POT se define como el conjunto de objetivos, directrices, políticas, estrategias, metas, programas, actuaciones y normas adoptadas para orientar y administrar el desarrollo físico del territorio y la utilización del suelo.

Los municipios deben crecer ordenadamente, de manera tal que los recursos con que se cuentan para el desarrollo de la comunidad, se empleen eficientemente y de manera sostenible en el tiempo. El POT ns pone de presente que no todo está permitido y que lo que sí lo está, debe ser en función de la obtención del desarrollo más equitativo posible.

Los POT tienen tres componentes: estructural; contenidos urbanos de mediano y contenidos urbanos de largo plazo. El artículo 28 de la ley 388 de 1997 señala la vigencia para cada una de ellos, así:

- El contenido estructural tendrá una vigencia de largo plazo de al menos 3 periodos constitucionales de las administraciones y la revisión de este contenido debe coincidir con el inicio de un nuevo periodo de gobierno.
- El contenido de mediano plazo tiene una vigencia mínima de dos periodos constitucionales de las administraciones.
- El contenido de corto plazo y los programas de ejecución regirán como mínimo durante un periodo constitucional de la administración municipal.

La revisión del diagnóstico del Plan de Ordenamiento Territorial es un procedimiento de carácter técnico y jurídico establecido en la misma Ley 388 de1997, cuyo propósito esencial es actualizar, modificar o ajustar sus contenidos y normas de manera que se alcance la construcción efectiva del modelo territorial adoptado por el Distrito.

6.3.2. Herramientas operativas

1. Plan de Acción en Salud

El Plan de Acción en Salud está orientado a conectar en cada anualidad la programación de las intervenciones y actividades vinculadas a las estrategias, metas del plan operativo anual y de inversiones en salud con los respectivos recursos, fuentes de financiación y responsables y con los resultados esperados en el componente estratégico y de inversión plurianual.

El Plan de Acción en Salud debe tener los siguientes contenidos: año de ejecución, dimensiones y componentes, metas vinculadas al PDSP, estrategias, intervenciones y metas, indicadores y recursos por líneas operativas. Y se elaborará cada año por las entidades territoriales.

6.3.3. Herramientas financieras

1. Plan Financiero Territorial de Salud (PFTS)

Es el instrumento de planeación que integra y consolida la información sobre los requerimientos de recursos y fuentes de financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud–SGSSS a nivel nacional, departamental, distrital y municipal dentro de las líneas de acción a cargo de las entidades territoriales en Régimen Subsidiado, Prestación de Servicios y Salud Pública.

De acuerdo con la Resolución 4834 de 2015, en el PFTS se debe contemplar, como mínimo, las siguientes metas y acciones:

- Metas anuales de afiliación territorial del régimen subsidiado con el objeto de lograr la universalización del aseguramiento.
- Metas anuales de cobertura territorial de la población beneficiaria de las acciones colectivas según las prioridades en Salud Pública.
- Priorización de los recursos destinados a la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, en los usos requeridos.
- Metas de recaudo sobre las rentas territoriales, así como las acciones necesarias para alcanzarlas.

Dentro del plan se debe incluir el componente de Oferta pública y Prestación de Servicios, en el cual se incluya la reorganización Territorial de la Red, incluyendo las fuentes de recursos.

La Resolución mencionada (Res. 4834 de 2015) establece los términos y define la metodología para la elaboración de los Planes financieros Territoriales por parte de los departamentos.

El PFTS es necesario en la consultoría para i) identificar posibles fuentes de financiación y ii) medir la capacidad financiera del departamento de desarrollar este proyecto. Por lo tanto, el PFTS será consultado para el proceso de identificación de posibles fuentes de financiación de la APP que está siendo estructurada (cuyos resultados se presentarán en el producto 3 de la consultoría) y para el análisis de las condiciones financieras del

departamento y fuentes de pago de las vigencias futuras del proyecto (cuyos resultados se presentarán en el producto 4 de la presente consultoría).

2. Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero

El programa de saneamiento fiscal y financiero es de obligatoria aplicación por parte de las Empresas Sociales del Estado – ESE – que han sido categorizadas en mediano y alto riesgo por el Ministerio de Salud y Protección Social. Estos programas fueron establecidos de acuerdo con las Leyes 1438 de 2011 y 1608 de 2013, y con el Decreto 1141 de 2013. El programa incluye aspectos financieros, administrativos, institucionales y jurídicos[20].

Esta es una herramienta para la gestión de las ESE, para diagnosticar su situación real, conocer su mercado, su competencia, las condiciones de prestación de sus servicios, sus costos de producción, la situación de sus pasivos y la recuperabilidad de su cartera. Con base en la metodología, se espera que los responsables de la gerencia de cada Empresa Social del Estado redimensionen su entidad y adopten los ajustes estructurales que aseguren su autosostenibilidad y su viabilidad económica en el mediano y largo plazo, en beneficio de los usuarios, que requieren un sistema de salud fortalecido y ofreciendo servicios con oportunidad y calidad.

La ESE que se consideraría en esta consultoría sería la ESE Juan Domínguez Romero de Soledad, que se encuentra categorizada como de Alto Riesgo según la resolución 1893 de 2015 y se encuentra inscrita en el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero del Ministerio de Hacienda.

Se debe tener en cuenta que, en el modelo de APP que se está estructurando, la ESE será un usuario de la infraestructura. Será en esta infraestructura que la ESE proporcionará el servicio de salud para el cual se encuentra habilitada. En este sentido, existe la posibilidad que a la ESE se le realice un cobro por el uso de esa infraestructura y que estos aportes funcionen como un mecanismo de financiación adicional del proyecto.

Dado lo anterior, se analizará el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero de la ESE para identificar si cuenta con la capacidad financiera para aportar recursos para el proyecto. Este análisis será desarrollado en el producto 3 (identificación de posibles fuentes de financiación del proyecto) así como en el producto 4 (en la revisión del programa viabilizado, en donde se deberá establecer posibles ajustes o mecanismos de articulación de la ESE con la APP).

3. Marco Fiscal de Mediano Plazo (MFMP)

El Marco Fiscal de Mediano Plazo para las entidades territoriales lo estableció el artículo 5 de la Ley 819 de 2003, con el objetivo de promover la responsabilidad en las finanzas territoriales, y garantizar la sostenibilidad financiera en el mediano plazo. De este MFMP hace parte el plan financiero que, fortalecido con otros componentes, ayuda a cumplir dicho objetivo.

[20] Tomado de:
http://www.minhacienda.gov.co/HomeMinhacienda/asistenciaentidadesterritoriales/ProgSaneamientoFiscalFinanciero/ProgramaESE

El Marco fiscal de Mediano Plazo es un instrumento de planeación financiera con perspectiva de diez años, el cual debe orientar la elaboración de los presupuestos anuales determinando los techos tanto de ingresos como de gastos que generen superávit primarios en cada vigencia garantizado la sostenibilidad de la deuda. El Marco Fiscal de Mediano Plazo tiene, entre otros, los siguientes objetivos:

- Hacer que las entidades territoriales reflejen en la elaboración del presupuesto de cada vigencia fiscal, un superávit primario que les permita hacer sostenible la deuda pública.
- Hacer más eficiente la programación y ejecución presupuestal, eliminando el régimen de reservas y poniendo un límite a la autorización de vigencias futuras.
- Reforzar los controles al nivel de endeudamiento fijados en la Ley 358 de 1997, durante cada año de vigencia de la deuda.

Las entidades territoriales están en la obligación de elaborar el Marco fiscal de mediano plazo, que debe ser presentado a título informativo a la Asamblea Departamental en la fecha fijada en el estatuto orgánico de presupuesto departamental para la presentación del proyecto de presupuesto.

El Marco Fiscal debe contener como mínimo:

- El Plan Financiero contenido en el artículo 4º de la Ley 38 de 1989, modificado por el inciso 5 de la Ley 179 de 1994.
- Las metas de superávit primario a que hace referencia el artículo 2º de la Ley 819 de 2003, así como el nivel de deuda pública y un análisis de su sostenibilidad.
- Las acciones y medidas específicas en las que se sustenta el cumplimiento de las metas, con sus correspondientes cronogramas de ejecución.
- Un informe de resultados fiscales de la vigencia fiscal anterior.
- Una relación de los pasivos exigibles y de los pasivos contingentes que pueden afectar la situación financiera de la entidad territorial.
- El costo fiscal de los proyectos de acuerdo sancionados en la vigencia fiscal anterior.

6.3.4. Otras herramientas

Otros insumos a tener en cuenta para la presentación del proyecto son:

1. Inscripción al RUAPP

El Registro Único de Asociación Público Privada RUAPP es una base de datos administrada por el Departamento Nacional de Planeación. En esta base de datos se recopila la información sobre el estado de los proyectos de APP que se desarrollen a nivel nacional y territorial[21].

Según el decreto 1082 de 2015, artículo 2.2.2.1.5.3, el originador del proyecto de asociación público privada de iniciativa pública (en este caso el Departamento del Atlántico), deberá realizar el registro y actualización del proyecto en RUAPP. El registro deberá realizarse dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la celebración del contrato de la consultoría de la estructuración del proyecto.

[21] Fuente: página web del Departamento Nacional de Planeación (https://saga.dnp.gov.co/PortalSaga/Default.aspx?txtAplicacion=SAGA&txtUrl=https://saga.dnp.gov.co/ruapp/)

2. Inscripción los Bancos de Proyectos

2.1 Inscripción al Banco de Programas y Proyectos de Inversión (BPIN): proyectos que requieran recursos del PGN

El Banco Nacional de Programas y Proyectos (BPIN) es "la plataforma para el registro y la sistematización de los proyectos de inversión susceptibles de ser financiados con recursos del Presupuesto General de la Nación que debidamente formulados y evaluados permiten tomar decisiones de inversión para que se generen los bienes y/o servicios necesarios para el mejoramiento de la calidad de vida y el bienestar de la sociedad"[22].

Con el decreto 2844 de 2010 se institucionalizó la formulación y evaluación ex ante de proyectos y su registro en esta base de datos. Para este fin, el Departamento Nacional de Planeación (ente que administra esta base de datos) posee el Sistema Unificado de Inversiones y Finanzas Públicas - SUIFP, un aplicativo administrado por el DNP donde se registran y actualizan los proyectos de inversión pública.

2.2 Inscripción al Banco de Proyectos para proyectos que requieran recursos del Sistema General de Regalías

A partir de la Ley 1530 de 2012, artículo 73: "*Todo proyecto de inversión que se presente para ser financiado con cargo a los recursos del Sistema General de Regalías deberá estar debidamente viabilizado e inscrito en el Banco de Programas y Proyectos de Inversión del Sistema General de Regalías que administrará el Departamento Nacional de Planeación, o en los Bancos de Programas y Proyectos de Inversión del Sistema que administrarán las entidades territoriales.*". Por lo tanto, en caso que se considere financiar el proyecto con recursos de regalías, se deberá incorporar en dicho banco de proyectos.

Con el fin de unificar el registro de los proyectos de inversión pública se crea el Sistema Unificado de Inversiones y Finanzas Públicas - SUIFP, un aplicativo administrado por el DNP donde se registran y actualizan los proyectos de inversión que vayan a ser financiados con recursos del SGR.

2.3 Inscripción al Banco de Proyectos del Departamento

Adicionalmente, el Departamento del Atlántico informó a la consultoría que el proyecto debe ser inscrito en el Banco de Proyectos del Departamento. Para ello, la Secretaría de Planeación del Departamento exige la presentación de los proyectos en la primera semana del mes de junio.

2.4 Presentación de proyectos de inversión – Metodología General Ajustada (MGA)

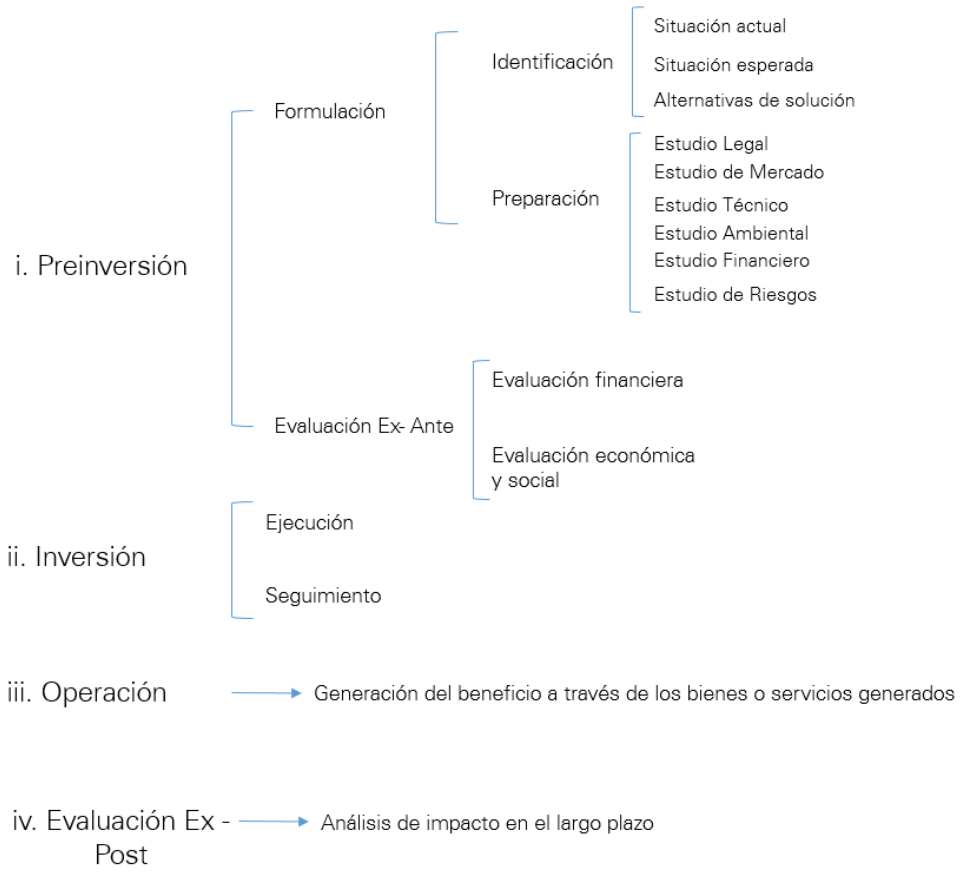
La presentación de los proyectos a los bancos de proyectos deberá realizarse siguiendo la Metodología General Ajustada (MGA) del DNP, que corresponde a una herramienta informática que permite el desarrollo de los procesos de identificación, preparación, evaluación y programación de proyectos de inversión[23].

[22] Fuente: tomado del Manual de Procedimientos del Banco Nacional de Programas y Proyectos, BPIN 2011.

[23] Fuente: tomado del Manual de Soporte Conceptual Metodología General de Formulación y Evaluación de Proyectos de Inversión Pública del DNP.

Esta herramienta está conformada por cuatro módulos (preinversión, inversión, operación y evaluación ex post), en los cuales es necesario depositar la información del proyecto de inversión al momento de ser formulado. De manera esquemática y a modo de guía[24], se presenta el proceso de elaboración de la MGA:

Ilustración 1 Esquema de etapas del proyecto para el desarrollo de la MGA



Fuente: realización KPMG con base en el Manual de Soporte conceptual Metodología General de Formulación y Evaluación de Proyectos de Inversión Pública del DP.

Teniendo en cuenta el alcance de esta consultoría, se deberá apoyar al Departamento del Atlántico en la formulación de la MGA en la etapa de preinversión (formulación y evaluación exante del proyecto de inversión). Para ello, se debe tener en cuenta lo siguiente:

[24] Para mayor detalle respecto a la MGA, por favor consultar el Manual de Soporte Conceptual Metodología General de Formulación y Evaluación de proyectos de inversión Pública del DNP.

Tabla 28 Elementos de la consultoría necesarios para la presentación de la MGA.

Elementos necesarios para presentación de la MGA
Formulación **<u>a) Identificación:</u>** **i) Situación actual: análisis del problema, población afectada, análisis de participaciones de los actores, entre otros.** **i) Situación esperada: identificar objetivo central, objetivos específicos, la población y zona objetivo** **iii) Alternativas de solución: determinación de soluciones que puedan ser llevadas a cabo**
Formulación **<u>b) Preparación</u>** **Se deben desarrollar los siguientes estudios, a nivel de perfil, prefactibilidad y/o factibilidad:** **- Estudio Legal** **- Estudio de mercado** **- Estudio técnico** **- Estudio ambiental** **- Estudio de riesgos** **- Estudio financiero** **Adicionalmente, se debe identificar el horizonte de evaluación del proyecto, necesario para desarrollarse durante las etapas de preinversión, inversión y operación.**
Evaluación Ex - Ante **- Evaluación Financiera** **- Evaluación Socio - Económica**
Proceso de Programación (Cadena de Valor) **Involucra definición de indicadores de producto y gestión, con los cuales se realizará el seguimiento al proyecto. Adicionalmente, debe incluirse un cronograma y presupuesto del proyecto junto con sus fuentes de financiación.**

Fuente: realización KPMG con base en el Manual de Soporte Conceptual Metodología General de Formulación y Evaluación de Proyectos de Inversión Pública del DNP.

6.3.5. Consideraciones importantes de los instrumentos donde debe ser articulado el proyecto.

Instrumento	Plazos	Observaciones
Plan de Desarrollo Territorial (PDT)	**Presentación del PDT para aprobación del Concejo:** Abril de 2016 **Aprobación del Plan de Desarrollo Territorial:** Mayo de 2016	Según la ley 174 de 1994, artículo 40, el PDT deberá ser sometido a la consideración del Concejo o Asamblea dentro de los primeros 4 meses del respectivo periodo del Gobernador para su aprobación. Luego, el Concejo o Asamblea tendrá hasta 1 mes para aprobar dicho PDT. Tal como se menciona en el presente documento, se resalta la importancia de que el proyecto de fortalecimiento de la infraestructura hospitalaria en el Municipio de Soledad Atlántico figure en el PDT, de manera que este nuevo plan se encuentre alineado con el programa de gobierno de la nueva administración, el PDT de la administración anterior y reforce la importancia estratégica del proyecto a nivel departamental.
Plan Territorial de Salud (PTS)	**Presentación del PTS para aprobación del Concejo:** Abril de 2016 **Aprobación del PTS:** Mayo de 2016 **Fecha para cargar el PTS al SISPRO:** 30 de junio de 2016	Según la resolución 1536 de 2015, el PTS debe ser presentado de manera simultánea con el PDT y deberá ser cargado al SISPRO a más tardar el 30 de junio de cada periodo de gobierno territorial para su aprobación.
Programa territorial de reorganización, rediseño y modernización de las redes de ESE.	**Acorde a la nueva política pública de salud del territorio**	De acuerdo con el análisis de esta estructuración se prevé que resultará necesario que el departamento ajuste el PTRRM. Es importante señalar que la actualización de este estudio debe ser anterior a la presentación del proyecto que está siendo estructurado, de manera que pueda ser aprobado y viabilizado por el MSPS:

Instrumento	Plazos	Observaciones
Plan de Ordenamiento Territorial	**Se deberá realizar al POT acorde con las características de predio que se utilice para el nuevo hospital.**	De acuerdo con la resolución 0425 de 2008, para la presentación de planes de acción en salud es necesario que los municipios cuenten con un plan de ordenamiento territorial.
Plan Bienal de Inversiones en salud	**Fecha máxima de presentación por parte del Departamento**: Abril de 2016 **Fecha estimada de aprobación del plan bienal por parte del MSPS:** 30 de junio del 2016	Se recomienda de manera importante incluir el proyecto en los planes bienales de salud ya que i) es un requisito para la realización del proyecto (de acuerdo con la ley 715 de 2001, los planes de inversiones en salud deben ser aprobados por el Ministerio de Salud para que se pueda iniciar cualquier obra o proceso de adquisición de bienes o servicios) , ii) se refuerce la importancia estratégica del proyecto a nivel departamental ya que se evidencia una deficiencia en el estudio de redes del departamento y iii) se dé continuidad al plan bienal anterior, donde el presente proyecto se encontraba incluido y aprobado por parte del MSPS. No obstante, se debe tener en cuenta que el plan bienal de inversiones 2014 – 2015 está próximo a dejar de ser vigente y que de acuerdo con las resoluciones 2514 de 2012 y 1985 de 2013, la formulación de proyectos debe ser realizada por el Departamento dentro de los primeros 20 días calendario del mes de abril del año de inicio del periodo de gobierno del jefe de la entidad territorial (en este caso 20 de abril de 2016) y dentro de los 20 días calendario del mes de abril del tercer año de gobierno (en este caso 20 de abril de 2018). Teniendo en cuenta que para la próxima fecha de presentación no se cuenta con la información detallada del proyecto ya que no se encuentra completamente estructurado y aprobado, se recomienda incluir la intención del desarrollo del proyecto dentro del plan, destacando su importancia y enmarcado en la red departamental de salud, así como incluyendo un valor estimado de inversión. Teniendo en cuenta que para el 20 de abril del 2016 no se contará con la información respecto a los equipos biomédicos para la prestación de servicios de salud considerados como de control especial de oferta (ver Artículo 2, Resolución 2514 de 2012) y que vayan a ser incorporados en el contrato (en el caso eventual que así se considere en los resultados de la estructuración), se recomienda incorporar un estimativo de valor de la inversión, que será

Instrumento	Plazos	Observaciones
		modificado una vez se cuente con la cotización del valor de la inversión. Una vez se cuente con la información del proyecto, será posible y necesario realizar ajustes, modificaciones o adiciones al plan aprobado para incluir el detalle del mismo, lo cual estará sujeto a los tiempos señalados en el Artículo 4 de la Resolución 2514 de 2012.
Plan de acción en salud	**Fecha de presentación:** tras aprobación del PDT. **Fecha para cargar en el SISPRO en el primer año de gobierno:** una vez se ajuste el presupuesto. **Fecha para cargar anualmente:** 30 de enero de cada año	Según la resolución 1536 de 2015, este plan de acción en salud debe ser elaborado anualmente, en armonía con la agenda del plan de desarrollo territorial. Se recomienda incluir el proyecto en el plan de acción en salud una vez éste se encuentre estructurado y aprobado por la entidad territorial, dado que no se cuenta en esta fase con la información de año de ejecución del proyecto, valor estimado, entre otros, que son necesarios para el desarrollo de este plan.
Plan Financiero Territorial de Salud (PFTS)	**Fecha propuesta de presentación:** 31 de marzo de 2016	De acuerdo con la resolución 4015 de 2013 y la resolución 4834 de 2015, los departamentos y distritos deberán presentar a la Dirección de Financiamiento Sectorial del Ministerio de Salud y Protección Social un Plan Financiero Territorial de Salud. En ese sentido es necesario tener en cuenta lo siguiente: • Según la nombrada resolución, este plan debe presentarse cada 4 años, de manera que coincida con los periodos de gobierno de los alcaldes y gobernadores, siguiendo la metodología descrita en dicha resolución. Estos deben presentarse a más tardar el 31 de marzo del primer año institucional, que en este caso correspondería al 31 de marzo de 2016. Teniendo en cuenta que para la fecha de presentación del plan financiero territorial de salud no se contaría con el detalle de los usos y recursos que serán empleados para el desarrollo del proyecto, se recomienda incluir el proyecto antes del 30 de marzo, usando un estimativo del valor del proyecto que podrá ser ajustado una vez se culmine la estructuración del proyecto

Instrumento	Plazos	Observaciones
Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	La inclusión del proyecto dependerá de los resultados de la estructuración del proyecto	Dado que el proyecto que está siendo estructurado, dependerá de los resultados de la presente consultoría incluir el proyecto dentro del programa de Saneamientos Fiscal y Financiero de la ESE Hospital Juan Domínguez Romero, en caso que se considere adecuado y necesario incluir a la ESE como fuente alternativa de recursos.
Marco Fiscal de mediano plazo del departamento – Plan financiero	**Fecha de presentación**: Antes del 15 de junio de cada vigencia fiscal	Teniendo en cuenta que para la fecha de presentación del plan financiero y el marco fiscal de mediano plazo se podría contar con el detalle de los usos y recursos que serán empleados para el desarrollo del proyecto, se recomienda realizar una constante comunicación con las secretarias de planeación y de hacienda del departamento. Este instrumento no es indispensable para el proyecto de APP, pero incluir el proyecto dentro del Marco Fiscal de Mediano Plazo permitirá predefinir un flujo de recursos disponibles por parte del departamento que estén acorde a la situación fiscal del departamento. Adicionalmente, servirá para que el proyecto tenga una pre aprobación de las vigencias futuras que se requieran para el proyecto.
Inscripción al RUAPP	**Fecha de inscripción sugerida:** Diciembre de 2015	De acuerdo con el Decreto 1082 de 2015, artículo 2.2.2.1.5.3, el departamento debe realizar el registro del proyecto que está siendo estructurado en el Registro Único de Asociaciones Público Privadas (RUAPP) dentro de los 5 días hábiles siguientes a la celebración del contrato de la presente consultoría. Tras la finalización de la estructuración del proyecto, la entidad deberá realizar las respectivas actualizaciones de registro.
Inscripción a los Bancos de Proyectos	**Fecha de inscripción sugerida:** primera semana del mes de junio de 2016	Por requisito del Departamento, la inscripción en el Banco de Proyectos Departamental debe hacerse a más tardar la primera semana del mes de junio de 2016 empleando la información preliminar con la que se cuente en ese momento. Se recomienda realizar la inscripción del proyecto en el SUIFP al mismo momento que se realice la inscripción al Banco de proyectos departamental, en

Instrumento	Plazos	Observaciones
		caso que el proyecto quiera concursar por recursos de inversión del Presupuesto General de la Nación (PGN) y/o por recursos del Sistema General de Regalías (SGR). Se sugiere actualizar la información del proyecto en los Bancos de Proyectos al finalizar la estructuración de la consultoría. Para la inscripción el proyecto debe ser remitido en la Metodología General Ajustada (MGA).

7. Avance del estudio del punto de atención de la ESE hospital en el contexto de la red de servicios

7.1. Introducción

La estructuración del proyecto para la construcción del Hospital Departamental Juan Domínguez Romero de Soledad, Atlántico, en su nueva infraestructura, permite en forma planificada y racional definir la oferta de servicios que deberá tener el portafolio de la ESE en respuesta a las necesidades de la población y su área de influencia; en el marco del cumplimiento de los requisitos mínimos de habilitación que contiene la resolución 2003 de 2014. Lo anterior debe darse dentro de la red de servicios de salud diseñada para el Departamento y aprobada por el Ministerio de Salud con algunos comentarios que se incluirán en este documento.

La accesibilidad, oportunidad y eficacia en el tratamiento deben ser pilares esenciales en la gestión de las instituciones de salud, como también el análisis del recurso humano, las herramientas tecnológicas de diagnóstico, terapéuticas y de comunicación, para mejorar la resolutividad y la asertividad de los tratamientos.

En el concepto del Ministerio de Salud y Protección Social sobre la "Actualización del Documento de la red del departamento del Atlántico para su concepto técnico y viabilidad" se mencionan algunos aspectos que son tenidos en cuenta para un posible desarrollo de la ESE Hospital Juan Domínguez Romero.

La cercanía y facilidad en vías de acceso permite que el municipio de Soledad preste servicios de atención en salud de mediana y alta complejidad a los municipios de Malambo, Sabanagrande, Polonuevo, Santo Tomás, Palmar de Varela y Ponedera. Lo que permitiría disminuir la saturación de los servicios de la capital, mejorando así la oportunidad y resolutividad, siempre y cuando la ESE Juan Domínguez Romero, oferte servicios de mayor complejidad y capacidad resolutiva.

La institución deberá responder a las necesidades de una población en crecimiento y considerar los factores de riesgo propios de una población que apenas inicia la transición epidemiológica, lo cual estará asociado con los riesgos del envejecimiento y con ello las entidades crónicas y los factores propios de una ciudad que se desarrolla.

Para lo anterior es importante considerar el Plan Decenal de Salud Pública[25] y el modelo de Atención Integral en Salud[26]. En el primero se promueve un modelo de servicios de salud fundamentado en la prevención, adecuada atención médica y rehabilitación. En el segundo el modelo de cuidado médico integral.

El propósito de este documento es estimar el número, tipo de camas y servicios hospitalarias con que se debe dotar la institución ESE Departamental Juan Domínguez

---

[25] Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública. En: https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf Febrero 20 de 2016

[26] Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública. En: https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Pol%C3%ADtica%20de%20Atenci%C3%B3n%20Integral%20en%20Salud.pdf#search=%252CAtencion%2520integral%2520en%2520salud Febrero 20 de 2016

Romero para fortalecer la red hospitalaria del Departamento del Atlántico y en concreto la de la subred Magdalena Oriente con el objeto de responder adecuadamente a las necesidades de la población del área de influencia.

7.2. Metodología y fuentes de información

Inicialmente se procedió a caracterizar el municipio en función de su población, geografía, vías de comunicación etc. para lo cual se emplearon fuentes secundarias como son el plan de desarrollo del departamento, la información en la página web de cada municipio e información complementaria de aseguramiento.

Para la estimación de la población se utilizó la información del Dane y la proyección al 2020, la proyección del 2021 al 2030 se realizó mediante una proyección lineal con las tasas de crecimiento del 2020.

Para la caracterización de la demanda (Urgencias y hospitalización) se aprovechó la consulta virtual del SISPRO y se complementó con el procesamiento de la microdata de RIPS del Ministerio de Salud del 2014. Se utilizaron los 22 grupos de la clasificación internacional de enfermedades CIE-10, luego se procederá a utilizar la agrupación de 298 causas para identificar los servicios o especialidades requeridas y con ello estimar los servicios y el posible portafolio que debe tener el nuevo hospital.

Para el estudio de la oferta se bajó de la WEB de la página del Ministerio de Salud las bases de datos del Registro Especial de Prestadores en Salud (REPS) y se caracterizó la capacidad instalada y los servicios habilitados. Para esto se creó una región del área de influencia del hospital (Soledad, Malambo, Palmar de Varela, Polonuevo, Ponedera, Sabanagrande, Santo Tomás), buscando darle capacidad al hospital para constituirse bajo el marco de la Red del Atlántico como hospital regional de nivel intermedio, llegando a proponer servicios muy similares a los establecidos en el plan. Adicionalmente se hicieron comparaciones con el resto del departamento. Con esta información se trató de identificar el posible déficit del área de estudio.

Para estimar el número de camas que podría tener el hospital se utilizaron varios métodos para estimar las necesidades de camas y un posible déficit; uno de ellos es el estimar las necesidades a partir de índices que en este caso sería el de Colombia y el del Departamento del Atlántico (Colombia 1,6 camas por mil habitantes y el Departamento del Atlántico 2,4 por mil habitantes) con estas necesidades se contrastaría con las camas habilitadas por el REPS y se estimaría el potencial déficit.

Un segundo método sería mediante los RIPS estimar el número de egresos hospitalarios por grupo diagnóstico (22-CIE) y con los tiempos de estancia del SISPRO estimar las camas requeridas ajustadas a un 80% de porcentaje ocupacional y el subregistro de los RIPS estimado en un poco más del 52% para el Atlántico.

Un tercer método para estimar el déficit es a partir de las frecuencias de uso del servicio del departamento y con los tiempos de estancia arriba mencionados estimar el número de camas ajustadas por el porcentaje ocupacional del 80%. Con estos tres métodos se estimaría la demanda potencial de camas (Llevadas a año de 365 días) y luego se contrastaría con las camas habilitadas en el REPS con lo cual se estimaría el déficit y nos diría cual sería el máximo que tendría el hospital requerido.

Para tomar la decisión del hospital se estimará el número de camas requeridas según el indicador propuesto en la red (20 camas por 100.000 habitantes). Un segundo método es estimar la proporción de camas pública y privadas y considerar que el déficit, por los métodos arriba mencionados, se cubrirá por los sectores en igual proporción. Un tercer método sería mediante opinión de expertos decidir qué porcentaje del déficit de camas podría ser cubierto por el nuevo hospital teniendo en mente la respuesta a las necesidades de la población y la sostenibilidad financiera de la institución.

Con lo anterior se procedería a ver como el nuevo hospital estaría en armonía con la red propuesta por el Departamento del Atlántico.

Luego se procederá a incorporar el nuevo hospital en la red de servicios del Departamento lo cual es necesario para solicitar la construcción del hospital.Posteriormente, se identificarán los diferentes pasos a seguir para la aprobación, construcción y puesta en marcha del hospital, lo anterior teniendo en consideración la reglamentación vigente para el caso de hospitales públicos o mixtos.

Los resultados del presente análisis, incluirán los resultados del análisis de oferta, demanda, brecha, optimización de la situación actual, servicios recomendados a prestar, entre otros. Estos resultados incorporarán una conceptualización sobre el estudio de red actual del departamento, así como el concepto de viabilización que el Ministerio de Salud y Protección Social presentó sobre el anterior estudio de red

7.3. Caracterización de demanda

Para el estudio de la posible demanda potencial es importante considerar cuatro variables: la cercanía, las vías de comunicación, la complejidad de la institución y su capacidad y por último la población a cubrir. Soledad tiene comunicación con los municipios de Malambo y Barranquilla; estos municipios configuran el espacio de población a ser considerado al igual que Palmar de Varela, Polonuevo, Ponedera, Sabanagrande y Santo Tomás. En la tabla siguiente se presenta su población en el 2015 según las proyecciones del Dane. En el gráfico siguiente se incluye la proyección de la población de la región considerada teniendo en cuenta la tasa de crecimiento en el 2020.

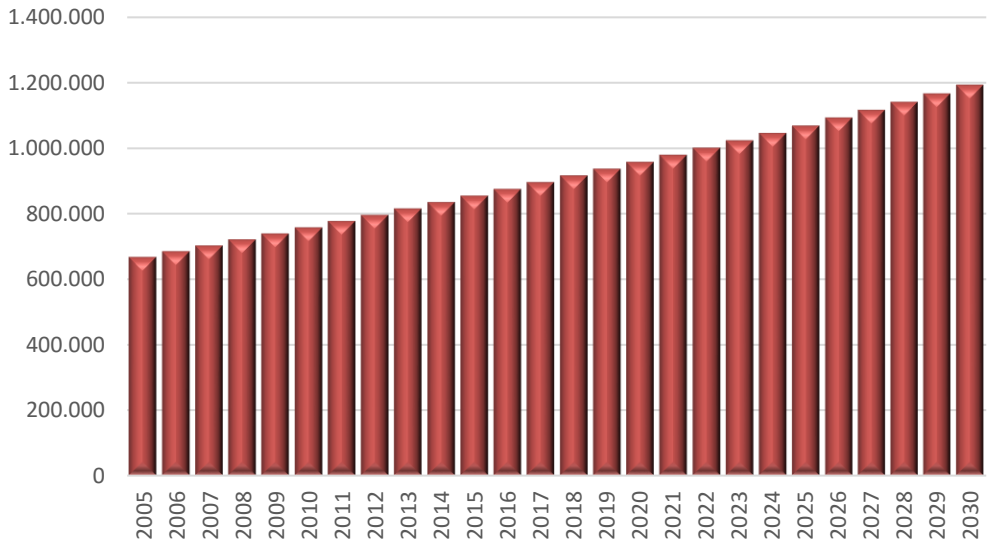
Tabla 29 Población a ser considerada.

Municipio	2015
Malambo	121.289
Palmar de Varela	25.341
Polonuevo	15.280
Ponedera	22.244
Sabanagrande	31.678
Santo Tomás	25.325
Soledad	615.349
Subtotal	**856.506**
Total Atlántico	**2.461.001**

Fuente: Elaboración propio con datos del DANE

Sin embargo para el caso de Soledad es conveniente tener en cuenta a Barranquilla como nodo de referencia de la Red pública: su infraestructura en salud y la forma de prestar servicios son bastante desarrollados. Lo anterior nos deja con una población de 856.506 habitantes, que crecerá hasta 1,2 millones aproximadamente en el 2030, véase Gráfico 12. En la medida que el hospital ESE Juan Domínguez Romero sea de buena calidad y preste una atención oportuna la baja y mediana complejidad buscará atención en el Municipio de Soledad. Se debe recordar que la mayoría de las instituciones de Salud de Barranquilla se encuentran hacia el norte de la ciudad lo cual hace que las distancias sean importantes, esto sin contar con las dificultades que genera la saturación de vehículos y las demoras en el tránsito.

Gráfico 12. Estimación de la Población al 2030 con las tasas de crecimiento del 2020. Municipios de la región que cubriría el hospital de Soledad.



Fuente: Elaboración KPMG

7.3.1. Aseguramiento

El aseguramiento en salud creció bastante en el último año, en la tabla a continuación muestra el número de afiliados en Soledad y los municipios del área de influencia clasificados por régimen, en ella se observa que en el municipio de Soledad las cifras de afiliación son de 45,5% en el contributivo y 54,36% en el subsidiado, una cifra alentadora si se tiene en cuenta la proliferación de la actividad informal del municipio. Para el área de influencia las cifras reflejan un evidente estado de pobreza de la población, más del 70% de los afiliados pertenecen al régimen subsidiado. Ver siguiente tabla.

Tabla 30 Aseguramiento Soledad y Municipios del Área de Influencia.

Municipios	Contributivo	% Contributivo	Excepción	% Excepción	Subsidiado	% Subsidiado	Total general
Malambo	17.490	19,61%	2	0,00%	71.686	80,39%	89.178
Palmar De Varela	1.681	9,70%		0,00%	15.654	90,30%	17.335
Polo Nuevo	551	5,10%	62	0,57%	10.183	94,32%	10.796
Ponedera	514	2,72%	2	0,01%	18.355	97,27%	18.871
Sabanagrande	1.564	8,31%	3	0,02%	17.262	91,68%	18.829
Santo Tomás	5.219	23,38%	580	2,60%	16.520	74,02%	22.319
Soledad	189.438	45,49%	649	0,16%	226.379	54,36%	416.466
Total general	**216.457**	**36,45%**	**1.298**	**0,22%**	**376.039**	**63,33%**	**593.794**

Fuente: BDUA. Abril 2014.

7.3.2. Natalidad

En el municipio de Soledad se registraron 3.502 nacimientos en 2013, de los cuales 3.500 ocurrieron en instituciones prestadoras de salud, como se observa en la gran mayoría de los municipios del área de influencia hubo poco número de nacimientos y todos en su mayoría se presentaron en instituciones de salud.

En la región en el 2013 según el DANE se atendieron 3.502 partos de los cuales 2.796 (79,8%) fueron por Cesárea atendidas en Soledad, el resto 689 (19,7%) fueron espontáneos y 17 (0,5%) instrumentados., De las cesareas atendidas en Soledad es probable que un número significativo hayan sido madres remitidas de municipios del área de influencia. Ver tabla siguiente.

Tabla 31 Nacimientos por Municipio y Sitio del Parto. 2013

Nombre de Municipio	Institución de Salud	El Domicilio	Otro Sitio	Total
Malambo	65	2	0	67
Palmar De Varela	30	0	0	30
Polonuevo	4	0	0	4
Ponedera	2	0	0	2
Sabanagrande	9	0	0	9
Santo Tomás	51	0	0	51
Soledad	3.500	1	1	3.502

Fuente: Datos de Salud DANE[27].

7.3.3. Morbilidad

Las urgencias en Soledad según RIPS 2014

A continuación en la tabla siguiente se presenta la distribución de las consultas de urgencia en Soledad.

[27]http://systema74.dane.gov.co/bincol/rpwebengine.exe/portal?lang=esp

Tabla 32 La distribución de las urgencias por edad, sexo y grupo diagnóstico. RIPS 2014

Nombre grupo dx22	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	12.094	8.665	20.759
Enfermedades del sistema respiratorio	6.318	6.015	12.333
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	4.199	5.152	9.351
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa	2.885	4.074	6.959
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo	2.716	3.324	6.040
Enfermedades del aparato genitourinario	3.196	1.758	4.954
Enfermedades del aparato digestivo	2.191	1.836	4.027
Enfermedades del ojo y sus anexos	2.058	1.224	3.282
Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo	1.356	1.545	2.901
Embarazo, parto y puerperio	2.571	11	2.582
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	1.604	605	2.209
Enfermedades del sistema circulatorio	986	840	1.826
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	897	769	1.666
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	258	181	439
Trastornos mentales y del comportamiento	146	127	273
Códigos para situaciones especiales	90	78	168
Neoplasias	86	70	156
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	95	31	127
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	54	36	96
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	9	21	30
Enfermedades del sistema nervioso	3	8	11
Total	**43.812**	**36.370**	**80.430**

Fuente: Microdata RIPS 2014 proporcionada por el Ministerio de Salud y Protección Social y procesamiento propio. SISPRO

Las urgencias son la principal puerta de entrada de los pacientes a los hospitales colombianos, cerca del 95% de los ingresos lo hacen por este servicio siendo muy pocos los que ingresan por consulta externa.

En la tabla anterior y se puede apreciar como el primer grupo diagnóstico son los síntomas y signos, esto posiblemente está asociado a falta de oferta de consulta externa de baja o mediana complejidad (Pediatría, medicina interna, medicina general, ginecobstetricia),

véase mas adelante causa externa[28]. Los cuadros respiratorios están asociados con las edades extremas de la vida en lugares donde además de la circulación viral, hay problemas de contaminación aérea y exposición a combustión de algunos combustibles como la leña.

Las enfermedades infecciosas y parasitarias, están asociadas con el manejo de excretas y disponibilidad de agua potable. El trauma además del intencional está asociado con el transporte, en Colombia y en la Costa el uso de motocicletas está asociado a un gran riesgo de eventos por este tipo.

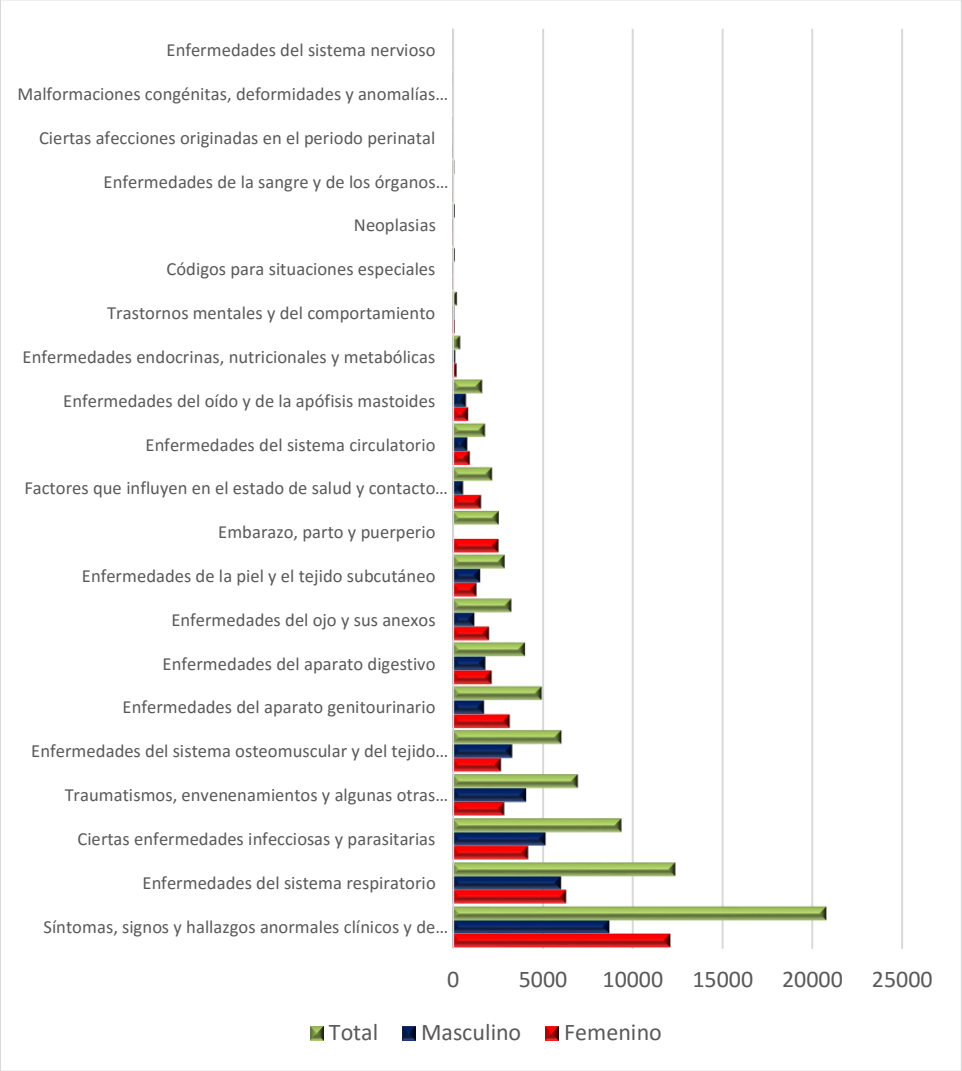
Las enfermedades osteomusculares además de lesiones en el deporte se debe pensar en problemas de artritis. Las genitourinarias se encuentran asociadas con litiasis renal, infecciones del tracto urinario y de hipertrofia prostática en las poblaciones de mayor edad. Además, las enfermedades digestivas pueden deber su causa a parasitosis, epigastralgias y problemas de colon.

En relación al embarazo, parto y puerperio la información procesada sugiere pensar en una institución de nivel complejidad intermedia que atienda este tipo de consultas con especialistas de obstetricia, esta actividad puede ser apoyada por médicos generales para la atención de partos de bajo riesgo y consulta prenata con el apoyo en tiempo real por los especialistas.

También se observa con la morbilidad presentada, la necesidad de contar con algunos especialistas como son oftalmología, cirugía, ortopedia y por supuesto anestesiología. Otras patologías como el cáncer y problemas hematológicos debieran ser manejadas con la red pública del Departamento en especial con el CARI de Baranquilla y otros hospitales de alta complejidad. .

[28] Se entiende como baja complejidad aquellos diagnósticos que pueden ser manejados por el médico general y de mediana complejidad aquellos que podría ser manejados en un hospital de mediana complejidad con médico generales o las especialidades básicas como son la pediatría, la medicina interna, la cirugía general o la obstetricia

Gráfico 13. Urgencias en Soledad según grupo diagnóstico. RIPS 2014 SISPRO



Fuente: RIPS 2014 SISPRO

En el gráfico anterior se aprecian las urgencias donde se observa la conveniencia de tener un servicio de urgencias con una buena consulta prioritaria (la cual no es ofertada en la actualidad), con médicos generales con el apoyo de urgentólogos, internistas, pediatras, ortopedistas, cirujanos generales, neurocirujanos. Previamente se mencionó el servicio de obstetricias y ginecología. Lo expuesto hace parte del análisis de la información y la discusión con expertos que se determinará posteriormente con exactitud, en la oferta de servicios sugerida para el portafolio de la ESE. La red del Atlántico tiene previsto el manejo de los pacientes mentales en el CARI y posiblemente será este hospital parte de una sub red de salud mental a desarrollar.

Tabla 33 Causa externa del evento de urgencias. 2014

Causa Externa	Frecuencia	Porcentaje
Enfermedad General	72.922	90,7
Otro Tipo De Accidente	2.327	2,9
Otra	2.171	2,7
Sospecha De Maltrato	1.966	2,4
Accidente De Tránsito	427	0,5
Lesión Por Agresión	216	0,3
Accidente De Trabajo	180	0,2
Accidente Rábico	83	0,1
Enfermedad Profesional	69	0,1
Evento Catastrófico	37	0
Lesión Auto Infligida	16	0
Sospecha de Abuso Sexual	16	0
Total	**80.430**	**100**

Fuente:SISPRO Minsalud

Al tenerse en cuenta las causas externas en la tabla anterior aparece la enfermedad general explicando el 90% de las consultas, lo que sugiere de nuevo la consulta prioritaria. En segunda instancia el trauma ya sea intencional o no intencional (lesiones personales, las lesiones auto infligidas, los eventos de tránsito y de tipo profesional). Vease tabla anterior y anexo.

Las hospitalizaciones en Soledad

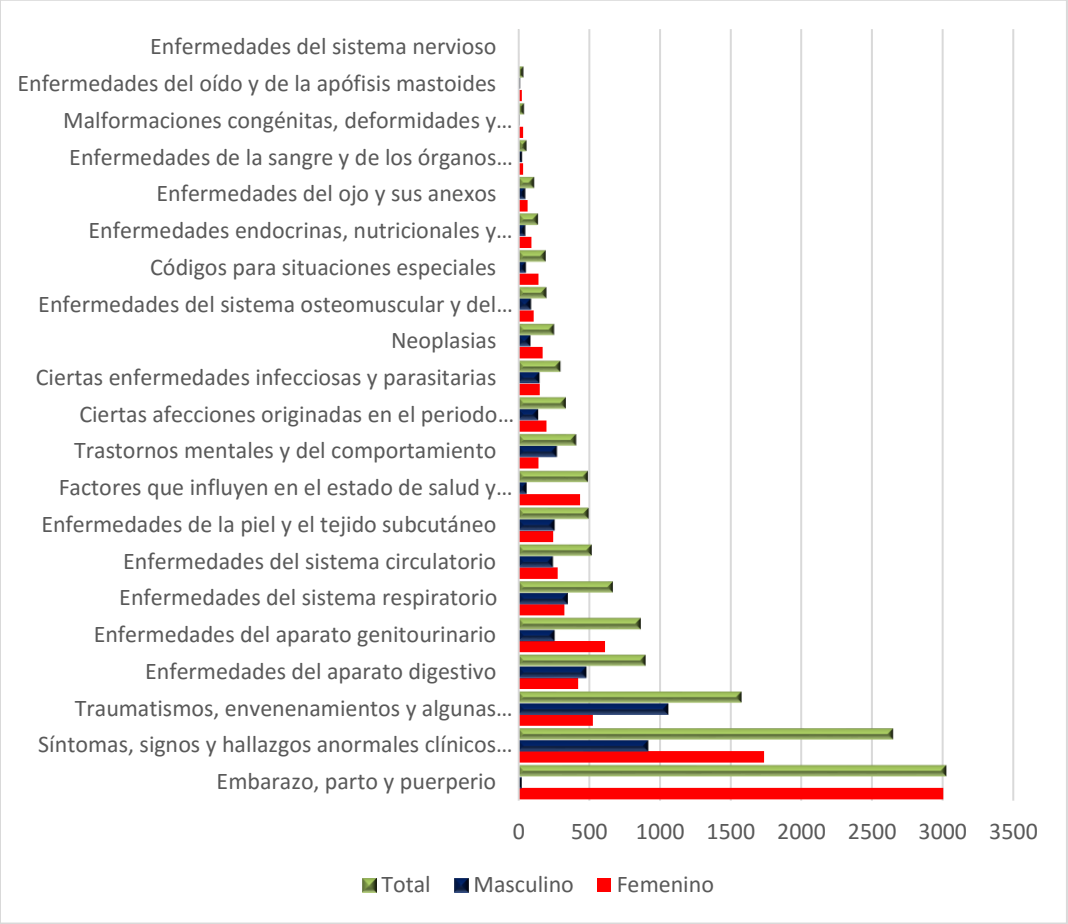
En la tabla siguiente se presenta la hospitalización en Soledad según grupos diagnósticos. Se puede apreciar como hay 13.335 egresos en el 2014.

Tabla 34 Las hospitalizaciones en Soledad según RIPS 2014

Nombre grupo dx22	Femenino	Masculino	Total
Embarazo, parto y puerperio	3.004	26	3.030
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	1.736	917	2.653
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa	525	1.058	1.583
Enfermedades del aparato digestivo	420	482	902
Enfermedades del aparato genitourinario	612	257	869
Enfermedades del sistema respiratorio	323	350	673
Enfermedades del sistema circulatorio	276	246	522
Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo	243	257	500
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	434	61	495
Trastornos mentales y del comportamiento	139	273	412
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	197	142	339
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	149	152	301
Neoplasias	169	87	256
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo	107	93	200
Códigos para situaciones especiales	139	57	196
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	89	52	141
Enfermedades del ojo y sus anexos	63	51	114
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	31	30	61
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	32	11	43
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	22	16	38
Enfermedades del sistema nervioso	2	5	7
Total	**8.712**	**4.623**	**13.335**

Fuente: Microdata RIPS 2014 proporcionada por el Ministerio de Salud y Protección Social y procesamiento propio. SISPRO

Gráfico 14. Hospitalizaciones en en municipio de Soledad. RIPS del 2014-Sispro



Fuente: RIPS y SISPRO

Las causas de hospitalización hablan de nuevo de la necesidad del servicio de obstetricia y ginecología, de la consulta externa y la prioritaria, de la atención del trauma lo que implica contar con cirujanos, anestesiólogos, ortopedista, neurocirujano.

El hospital deberá tener servicio de cuidados intensivos e intermedio y hospitalización de medicina interna, pediatría y servicio quirúrgico. En relación a causas circulatorias, en un inicio podría ser apoyado por Barranquilla, la misma situación podría pasar con el servicio de oncología. El servicio de pacientes mentales también se hace aparente, sin embargo la cantidad de pacientes puede sugerir la necesidad de un servicio regional, sumado a las exigencias en materia de habilitación para la oferta de este servicio.

En consulta externa hasta el momento, se evidencia la necesidad de considerar la ampliación de oferta en consulta especializada como es la de medicina interna, pediatría, urología, ortopedia, neurología entre otras, acorde a lo reflejado en la demanda de servicios, lo que a su vez deberá correlacionarse con la disponibilidad de recurso humano especializado en la región.

Al tener en cuenta la causa externa en hospitalización la enfermedad general explica el 72% de los egresos. No está por demás mencionar la necesidad de promover la atención primaria en salud con trabajo en las viviendas y apoyo de programas como son los de nutrición complementaria.

Las anteriores observaciones deben ser confrontadas con el Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de la ESE Departamental Juan Domínguez Romero de Soledad.

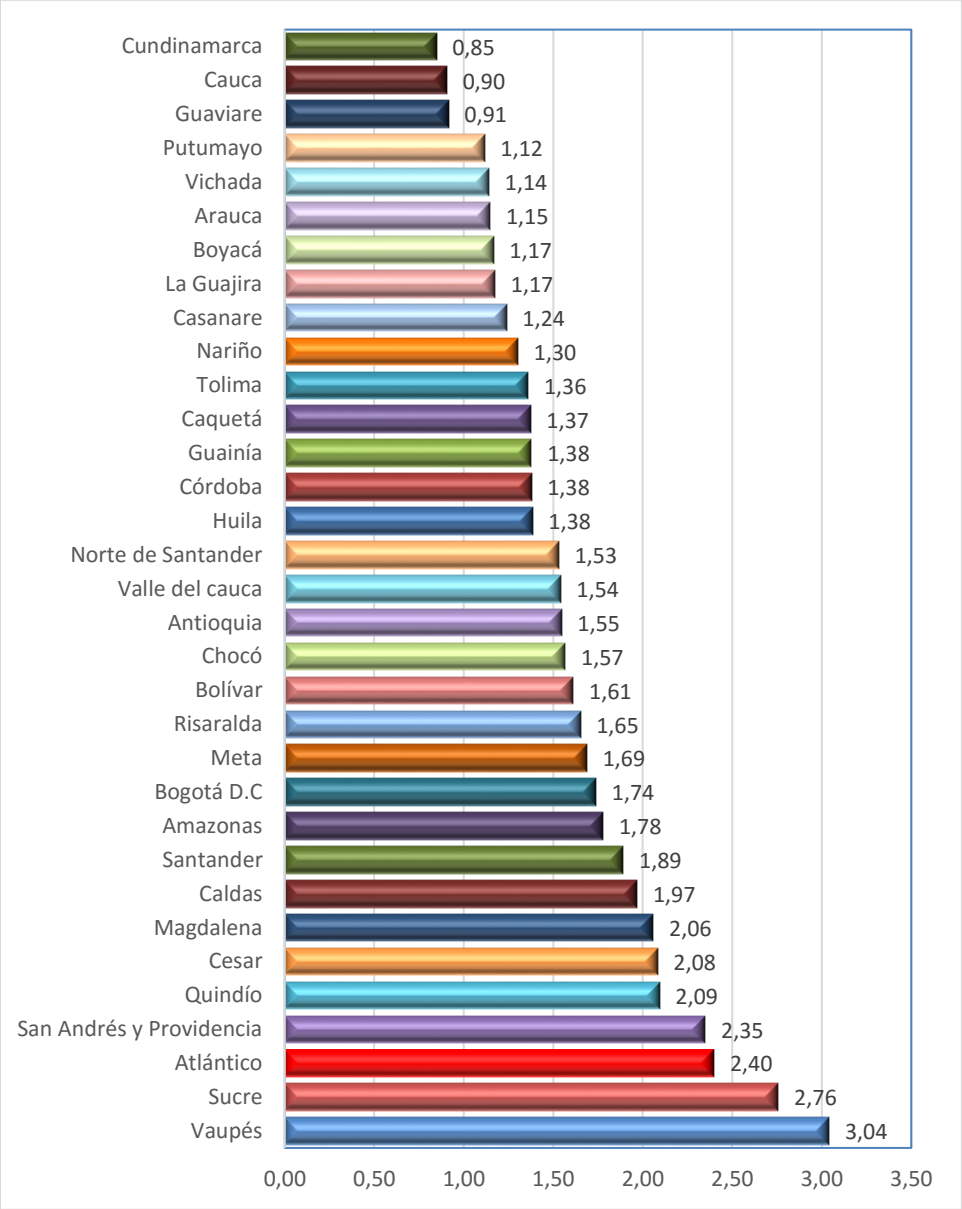
7.4. Caracterización de oferta.

Se estudia a continuación la información de capacidad instalada y los servicios habilitados según aparece en el registro especial de prestadores de Salud (REPS) del Ministerio de Salud y Protección Social.

7.4.1. Capacidad instalada y Servicios del Atlántico

La distribución de camas habilitadas en los departamentos se encuentra en la tabla siguiente y en la gráfica de índice de camas x 1.000 hbts, llama la atención el índice alto del departamento del Atlántico. Se puede apreciar como siete departamentos tienen un índice mayor de 2 por mil habitantes, entre los anteriores se encuentra el Atlántico.

Gráfico 15 Índice de camas x 1.000 hbts por Departamentos



Fuente: REPS del Ministerio de Salud febrero 9 de 2016

Cuando se estudia la distribución de las camas hospitalarias en el departamento del Atlántico según municipio se encuentra una gran variabilidad (ver la tabla siguiente y anexos 4 y 5).

Tabla 35 Distribución e índice de camas hospitalarias por 1000 habitantes en los municipios del Atlántico. REPS febrero 9 de 2016.

Municipio	Población	Numero	Total
Puerto Colombia	26.995	390	14,45
Barranquilla	1.223.967	4609	3,77
Sabanagrande	32.332	121	3,74
Baranoa	58.432	97	1,66
Sabanalarga	99.259	162	1,63
Luruaco	27.230	43	1,58
Campo De La Cruz	15.753	20	1,27
Santo Tomás	25.453	25	0,98
Juan De Acosta	17.033	12	0,70
Soledad	632.014	441	0,70
Suan	8.664	6	0,69
Santa Lucía	11.494	3	0,26
Malambo	123.278	26	0,21
Piojó	5.142	1	0,19
Repelón	26.437	4	0,15
Ponedera	22.577	3	0,13
Manatí	15.913	2	0,13
Galapa	43.873	5	0,11
Candelaria	12.507	0	0,00
Palmar De Varela	25.485	0	0,00
Polonuevo	15.412	0	0,00
Tubará	11.024	0	0,00
Total	2.480.274	5970	2,41

Fuente: REPS del Ministerio de Salud febrero 9 de 2016.

Tres municipios tienen un índice mayor de 2 camas por mil habitantes, Puerto Colombia, Barranquilla y Sabanagrande. Soledad es un municipio que tiene un índice bajo (0,70), es muy posible que sus necesidades estén cubiertas por Barranquilla. La capacidad de resolución de los niveles primarios y secundarios son cruciales para evitar sobre cargar la red de alta complejidad, es claro que Soledad tiene una oferta de camas hospitalarias deficitaria lo que puede poner en riesgo la vida de pacientes debido a los tiempos requeridos para trasladarlos a niveles superiores, un ejemplo de ello son los pacientes con ciertos traumas, accidentes cerebro vasculares o pacientes de obstetricia.

7.4.2. Capacidad instalada en la región comparada con el resto del departamento

En la región existe una capacidad instalada deficitaria si se compara con el resto del departamento, debe resaltarse la gran capacidad de camas hospitalarias en Barranquilla que por las distancias y tiempos para acceder a sus hospitales hace prudente contar con un hospital de mediana complejidad en Soledad. En la Tabla 36 se presenta el número y la distribución proporcional de esta capacidad en la región de estudio, en el resto del departamento y el total.

De esta distribución se puede resaltar la falta relativa de capacidad en psiquiatría, cuidado intensivo de adultos, farmacodependencia, quirófanos, salas de procedimientos, cuidado mental, cuidado intensivo pediátrico, sillas de quimioterapia, cuidado básico neonatal, cuidado intermedio pediátrico, instituciones de cuidado crónico, unidades de quemados, cuidado intermedio mental, trasplantes de progenitores hematopoyéticos.

Tabla 36 Capacidad instalada en la región de estudio y en el resto del departamento. REPS octubre 2015.

Grupo capacidad	Número			Porcentaje		
	Región influencia hospital Soledad	Resto del departamento	Total	Región influencia hospital Soledad	Resto del departamento	Total
Adultos	225	2.213	2.438	38,7	37,2	37,3
Psiquiatría	10	526	536	1,7	8,8	8,2
Pediátrica	85	423	508	14,6	7,1	7,8
Obstetricia	66	422	488	11,3	7,1	7,5
Cuidado Intensivo Adulto	27	409	436	4,6	6,9	6,7
Farmacodependencia	0	244	244	0,0	4,1	3,7
Quirófano	17	225	242	2,9	3,8	3,7
Cuidado Intermedio Adulto	20	220	240	3,4	3,7	3,7
Cuidado Intermedio Neonatal	31	186	217	5,3	3,1	3,3
Cuidado Intensivo Neonatal	23	185	208	4,0	3,1	3,2
Sillas de Hemodiálisis	30	142	172	5,2	2,4	2,6
Procedimientos	5	141	146	0,9	2,4	2,2
Básica	21	100	121	3,6	1,7	1,9
Cuidado Agudo Mental	0	120	120	0,0	2,0	1,8
Cuidado Intensivo Pediátrico		96	96	0,0	1,6	1,5
Sillas de Quimioterapia		67	67	0,0	1,1	1,0
Partos	15	52	67	2,6	0,9	1,0
Medicalizada	7	43	50	1,2	0,7	0,8
Cuidado básico neonatal	0	45	45	0,0	0,8	0,7
Cuidado Intermedio Pediátrico	0	34	34	0,0	0,6	0,5
Institución Paciente Crónico		32	32	0,0	0,5	0,5
Unidad de Quemados Adulto		12	12	0,0	0,2	0,2
Unidad de Quemados Pediátrico		10	10	0,0	0,2	0,2
Cuidado Intermedio Mental		2	2	0,0	0,0	0,0
Trasplante de progenitores hematopoyéticos		0	0	0,0	0,0	0,0

Grupo capacidad	Número			Porcentaje		
	Región influencia hospital Soledad	Resto del departamento	Total	Región influencia hospital Soledad	Resto del departamento	Total
Total	**582**	**5.949**	**6.531**	**100**	**100**	**100**

Fuente: REPS. Febrero 11 de 2015

En la tabla siguiente se incluye la capacidad instalada en el municipio de Soledad.

Tabla 37 Capacidad instalada en Soledad según habilitación. REPS octubre 2014

Sede	Hospital Universidad Del Norte	Fundación Clínica Materno Infantil Adela de Char	Clínica De La Policía Regional Caribe	Hospital Departamental Juan Domínguez Romero E.S.E Soledad	Clínica Porvenir Limitada	Clínica Los Almendros	Fundación Campbell Unidad Hospitalaria	Centro De Salud Agrupasalud IPS Limitada	Clínica Oriental Del Caribe S.A.S	Clínica Villa Estadio S.A.S	ESE Hospital Materno Infantil Soledad	Metroclínica Gamar Ltda	Clínica Ciudad Paraíso IPSps Ltda	Centro De Salud 13 De Junio	Fundación La Trinidad IPS Soledad	Herma Norte IPS Ltda	Total
Adultos	40	20	24	22	10	16	20	9	10	6	2	6	4	2		0	191
Cuidado Agudo Mental															0		0
Cuidado Intensivo Adulto	7	10			6												23
Cuidado Intensivo Neonatal	3	10			5	5											23
Cuidado Intermedio Adulto	1	10	3		4	0											18
Cuidado Intermedio Neonatal	7	6		6	4	4											27
Cuidado Intermedio Pediátrico						0											0
Farmacodependencia															0		0
Obstetricia	4	4	10	12	4	0			3		3			0			40
Pediátrica	20	10	12	8	4	0		6		4	1			1			66
Psiquiatría															0		0
Total	82	70	49	48	37	25	20	15	13	10	6	6	4	3	0	0	388

Fuente. Base de datos de REPS de Minsalud

En el municipio existen 388 camas hospitalarias lo cual da un índice de 0,6 camas por mil habitantes, para el 2016 este indicador es de 0,7, en el país este es de 1,6. De la Tabla **38** siguiente se puede concluir que existe un déficit importante de camas hospitalarias en

Soledad el cual se estima en 1.139. Adicionalmente se puede apreciar que hay un déficit de camas hospitalarias en Colombia y la región de estudio.

Tabla 38 Camas hospitalarias y déficit estimado en Soledad y en Colombia. REPS febrero 2016

Ítem	Soledad	Colombia
Población	632.014	48.747.632
Camas	441	77.783
índice x 1000 personas	0,70	1,60
Camas requeridas x 2,5 por 1000 personas	1580	121.869
Déficit	**1.139**	**44.086**

Fuente: Elaboración KPMG

7.4.3. Los servicios hospitalarios en el Atlántico y en la Región

Tabla 39 Distribución de los servicios en los hospitales de mediana complejidad en Colombia, Atlántico y Soledad.

Servicio	Colombia		Atlántico		Barranquilla		Soledad	
	Internación	% Colombia	Internación	% Atlántico	Internación	% Barranquilla	Internación	% Soledad
101-General Adultos	472	18,9	41	14,6	29	14,7	9	30,0
102-General Pediátrica	368	14,7	27	9,6	18	9,1	6	20,0
107-Cuidado Intermedio Adultos	355	14,2	41	14,6	31	15,7	4	13,3
112-Obstetricia	294	11,8	19	6,8	11	5,6	6	20,0
105-Cuidado Intermedio Neonatal	247	9,9	31	11,0	19	9,6	5	16,7
120-Cuidado Básico Neonatal	212	8,5	18	6,4	12	6,1	0	0,0
106-Cuidado Intermedio Pediátrico	121	4,8	16	5,7	12	6,1	0	0,0
103-Psiquiatría 0Unidad de Salud Mental	102	4,1	17	6,0	12	6,1	0	0,0
126-Hospitalización en Unidad de Salud Mental	87	3,5	14	5,0	9	4,6	0	0,0
127-Internación Hospitalaria Consumidor De Sustancias Psicoactivas	69	2,8	16	5,7	12	6,1	0	0,0
124-Internación Parcial en Hospital	56	2,2	9	3,2	7	3,6	0	0,0
123-Atención a Consumidor de Sustancias Psicoactivas Paciente Agudo	37	1,5	10	3,6	7	3,6	0	0,0
121-Atención Institucional de Paciente Crónico	33	1,3	5	1,8	3	1,5	0	0,0
128-Internación Parcial Consumidor de Sustancias Psicoactivas	25	1,0	8	2,8	6	3,0	0	0,0
117-Cuidado Agudo en Salud Mental o Psiquiatría	8	0,3	3	1,1	3	1,5	0	0,0
118-Cuidado Intermedio en Salud Mental o Psiquiatría	5	0,2	2	0,7	2	1,0	0	0,0
108-Cuidado Intensivo Neonatal	4	0,2	2	0,7	2	1,0	0	0,0
109-Cuidado Intensivo Pediátrico	2	0,1	1	0,4	1	0,5	0	0,0
110-Cuidado Intensivo Adultos	2	0,1	1	0,4	1	0,5	0	0,0
Total	2499	100,0	281	100,0	197	100,0	30	100,0

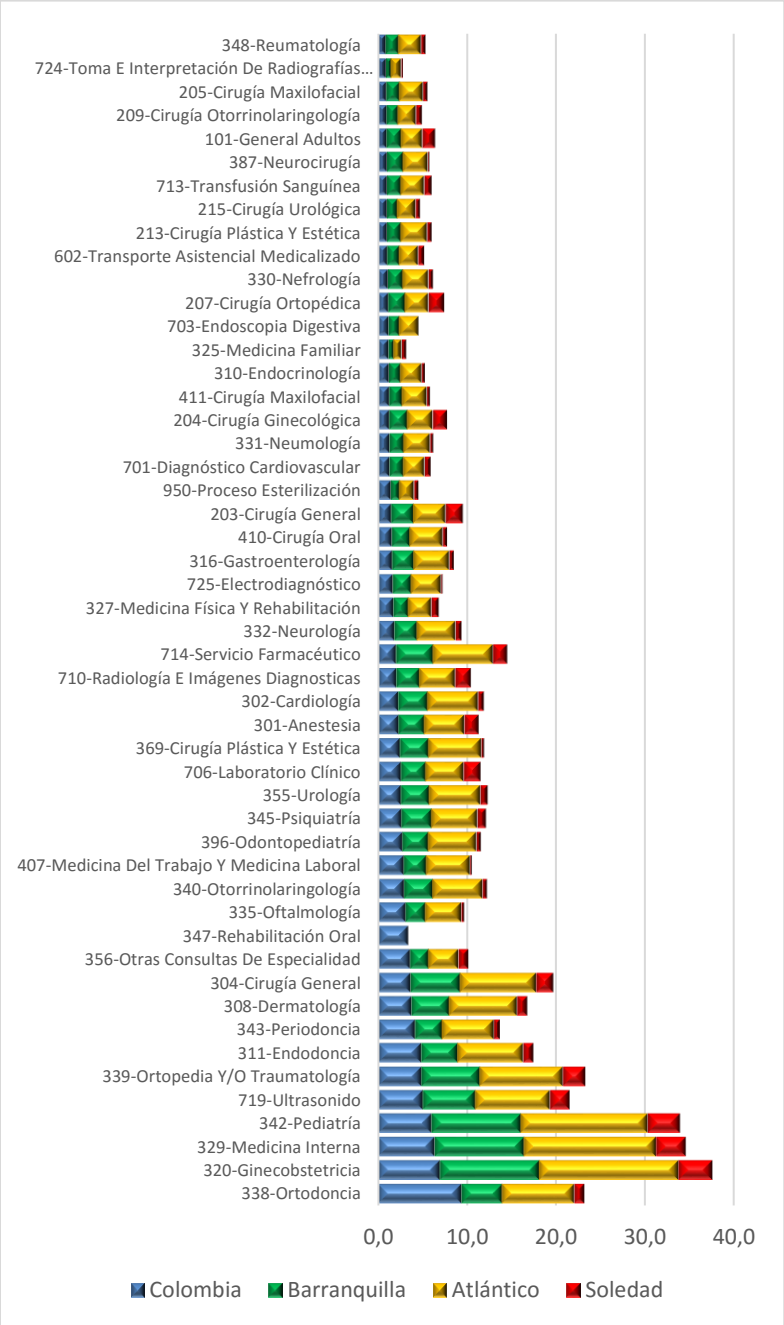
Fuente: REPS del Ministerio de Salud febrero 11 de 2016.

Nótese cómo en Soledad, de 30 servicios de internación se centran en cinco: general adultos, general pediátrica, cuidados intermedios adultos, obstetricia, cuidados intermedios neonatal. Si se mira la morbilidad atendida del hospital Juan Dominguez Romero donde se atenderán urgencias, hay necesidad de contar con servicios de cuidados intensivos tanto de adultos como pediátricos. Las unidades de cuidados intermedios podrán ser construidas en la proporción requerida de camas según las camas UCI que se abrirán.

En la siguiente tabla se incluyen los servicios habilitados en la región, el resto del departamento y en la totalidad del departamento.

Con muy pocas excepciones se podría afirmar que todos los servicios están deficitarios en la región de estudio (ver gráfico siguiente):

Gráfico 16. Distribución de los servicios habilitados en los hospitales de mediana complejidad*.



Fuente: REPS del Ministerio de Salud febrero 11 de 2016

Otra forma de estimar un posible defict es con el criterio de 20 camas por 100.000 habitantes (Documento de Red del Departamento del Atlántico) el hospital requerido para

* Indice por 100.000 habitantes.

Soledad es de 126 camas y para toda la población de la región será de 189. En otras palabras, la institución propuesta estaría acorde con los indicadores propuestos en el estudio de red del Atlántico.

7.4.4. Servicios habilitados en la región y el departamento del Atlántico

En las tablas siguientes se presentan los servicios habilitados en la región de estudio (Soledad) en el resto del departamento y en todo el departamento. Se incluye la distribución por 100.000 personas lo porque permite dar un indicio de que servicios pueden ser deficitarios. Véasen las siguientes tablas.

Tabla 40 Distribución de los servicios según grupo y región. Febrero 11 de 2016 REPS

Grupo de servicios	Numero de casos				índice por 100.000			
	Soledad	Región	Resto Dpto.	Atlántico	Soledad	Región	Resto Dpto.	Atlántico
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	265	390	2162	2552	43,1	45,5	134,7	103,7
Consulta Externa	455	623	4847	5470	73,9	72,7	302,1	222,3
Internación	49	69	404	473	8,0	8,1	25,2	19,2
Otros Servicios	11	17	110	127	1,8	2,0	6,9	5,2
Procesos	9	11	92	103	1,5	1,3	5,7	4,2
Protección Especifica y Detección Temprana	185	321	1303	1624	30,1	37,5	81,2	66,0
Quirúrgicos	70	74	598	672	11,4	8,6	37,3	27,3
Transporte Asistencial	11	17	69	86	1,8	2,0	4,3	3,5
Urgencias	15	21	68	89	2,4	2,5	4,2	3,6
Total	1070	1543	9653	11196	173,9	180,2	601,6	454,9

Población	615.349	856.506	1.604.495	2.461.001

En la Tabla 40 se puede apreciar cómo todos los grupos de servicios se encuentran con índices muy inferiores cuando se compara el Municipio de Soledad y la región (Magdalena Oriente) con el resto del departamento y con la totalidad del departamento, en estos dos últimos se encuentra incluida Barranquilla. En la tabla a continuación se presenta la información desagregada por servicio.

Tabla 41 Oferta de Servicios habilitados en la región de estudio y resto de departamento

Servicio	Numero				Índice por 100.000 hbts			
	Soledad	Región hospital Soledad	Resto Dpto	Total Atlántico	Soledad	Región hospital Soledad	Resto Dpto	Total Atlántico
101-General Adultos	14	19	67	86	2,3	2,2	4,2	3,5
102-General Pediátrica	11	15	45	60	1,8	1,8	2,8	2,4
103-Psiquiatría O Unidad De Salud Mental	0	0	13	13	0,0	0	0,8	0,5
104-Farmacodependencia	0	0	1	1	0,0	0	0,1	0
105-Cuidado Intermedio Neonatal	5	5	24	29	0,8	0,6	1,5	1,2
106-Cuidado Intermedio Pediátrico	0	0	14	14	0,0	0	0,9	0,6
107-Cuidado Intermedio Adultos	4	4	34	38	0,7	0,5	2,1	1,5
108-Cuidado Intensivo Neonatal	4	4	24	28	0,7	0,5	1,5	1,1
109-Cuidado Intensivo Pediátrico	0	0	15	15	0,0	0	0,9	0,6
110-Cuidado Intensivo Adultos	2	3	38	41	0,3	0,4	2,4	1,7
111-Unidad De Quemados Adultos	0	0	2	2	0,0	0	0,1	0,1
112-Obstetricia	9	15	39	54	1,5	1,8	2,4	2,2
117-Cuidado Agudo En Salud Mental O Psiquiatría	0	0	1	1	0,0	0	0,1	0
118-Cuidado Intermedio En Salud Mental O Psiquiatría	0	0	1	1	0,0	0	0,1	0
120-Cuidado Básico Neonatal	0	1	15	16	0,0	0,1	0,9	0,7
121-Atención Institucional De Paciente Crónico	0	0	5	5	0,0	0	0,3	0,2
123-Atención A Consumidor De Sustancias Psicoactivas Paciente Agudo	0	0	9	9	0,0	0	0,6	0,4
124-Internación Parcial En Hospital	0	0	11	11	0,0	0	0,7	0,4
125-Unidad De Quemados Pediátricos	0	0	3	3	0,0	0	0,2	0,1
126-Hospitalización En Unidad De Salud Mental	0	1	13	14	0,0	0,1	0,8	0,6
127-Internación Hospitalaria Consumidor De Sustancias Psicoactivas	0	0	12	12	0,0	0	0,7	0,5
128-Internación Parcial Consumidor De Sustancias Psicoactivas	0	0	8	8	0,0	0	0,5	0,3
201-Cirugía De Cabeza Y Cuello	0	0	6	6	0,0	0	0,4	0,2
202-Cirugía Cardiovascular	1	1	12	13	0,2	0,1	0,7	0,5
203-Cirugía General	13	15	57	72	2,1	1,8	3,6	2,9

Servicio	Numero				Índice por 100.000 hbts			
	Soledad	Región hospital Soledad	Resto Dpto	Total Atlántico	Soledad	Región hospital Soledad	Resto Dpto	Total Atlántico
204-Cirugía Ginecológica	10	10	50	60	1,6	1,2	3,1	2,4
205-Cirugía Maxilofacial	3	3	37	40	0,5	0,4	2,3	1,6
206-Cirugía Neurológica	2	3	30	33	0,3	0,4	1,9	1,3
207-Cirugía Ortopédica	12	11	49	60	2,0	1,3	3,1	2,4
208-Cirugía Oftalmológica	0	2	22	24	0,0	0,2	1,4	1
209-Cirugía Otorrinolaringología	4	4	35	39	0,7	0,5	2,2	1,6
210-Cirugía Oncológica	0	0	13	13	0,0	0	0,8	0,5
211-Cirugía Oral	2	2	13	15	0,3	0,2	0,8	0,6
212-Cirugía Pediátrica	3	3	31	34	0,5	0,4	1,9	1,4
213-Cirugía Plástica Y Estética	3	3	47	50	0,5	0,4	2,9	2
214-Cirugía Vascular Y Angiológica	2	3	22	25	0,3	0,4	1,4	1
215-Cirugía Urológica	3	3	38	41	0,5	0,4	2,4	1,7
217-Otras Cirugías	2	2	15	17	0,3	0,2	0,9	0,7
217-Otras Cirugías Histerectomía	1	1	0	1	0,2	0,1	0	0
217-Otras Cirugías Neurocirugía Pediátrica. - No Oncológico	0	0	1	1	0,0	0	0,1	0
218-Cirugía Endovascular Neurológica	0	0	12	12	0,0	0	0,7	0,5
219-Trasplante Renal	0	0	2	2	0,0	0	0,1	0,1
227-Cirugía Oncológica Pediátrica	0	0	5	5	0,0	0	0,3	0,2
231-Cirugía De La Mano	3	3	16	19	0,5	0,4	1	0,8
232-Cirugía De Mama Y Tumores Tejidos Blandos	3	0	13	13	0,5	0	0,8	0,5
232-Cirugía De Mama Y Tumores Tejidos Blandos - No Oncológico	0	0	1	1	0,0	0	0,1	0
232-Cirugía De Mama Y Tumores Tejidos Blandos - Si Oncológico	0	0	1	1	0,0	0	0,1	0
233-Cirugía Dermatológica	2	2	12	14	0,3	0,2	0,7	0,6
234-Cirugía De Tórax	0	0	17	17	0,0	0	1,1	0,7
235-Cirugía Gastrointestinal	1	1	17	18	0,2	0,1	1,1	0,7
237-Cirugía Plástica Oncológica	0	0	4	4	0,0	0	0,2	0,2
240-Trasplante Tejidos Oculares	0	0	8	8	0,0	0	0,5	0,3
241-Trasplante De Tejido Osteomuscular	0	0	5	5	0,0	0	0,3	0,2
242-Trasplante De Progenitores Hematopoyéticos	0	0	1	1	0,0	0	0,1	0

Servicio	Numero				Índice por 100.000 hbts			
	Soledad	Región hospital Soledad	Resto Dpto	Total Atlántico	Soledad	Región hospital Soledad	Resto Dpto	Total Atlántico
243-Trasplante De Piel Y Componentes De La Piel	0	0	3	3	0,0	0	0,2	0,1
244-Trasplante De Tejidos Cardiovasculares		0	6	6	0,0	0	0,4	0,2
301-Anestesia	10	10	62	72	1,6	1,2	3,9	2,9
302-Cardiología	4	4	76	80	0,7	0,5	4,7	3,3
303-Cirugía Cardiovascular	1	1	21	22	0,2	0,1	1,3	0,9
304-Cirugía General	12	15	124	139	2,0	1,8	7,7	5,6
305-Cirugía Neurológica	1	1	24	25	0,2	0,1	1,5	1
306-Cirugía Pediátrica	4	4	25	29	0,7	0,5	1,6	1,2
308-Dermatología	7	6	97	103	1,1	0,7	6	4,2
309-Dolor Y Cuidados Paliativos	0	0	11	11	0,0	0	0,7	0,4
309-Dolor Y Cuidados Paliativos - No Oncológico	1	1	0	1	0,2	0,1	0	0
309-Dolor Y Cuidados Paliativos - Si Oncológico		0	3	3	0,0	0	0,2	0,1
310-Endocrinología	2	1	30	31	0,3	0,1	1,9	1,3
311-Endodoncia	7	7	93	100	1,1	0,8	5,8	4,1
312-Enfermería	29	46	219	265	4,7	5,4	13,6	10,8
313-Estomatología	1	1	8	9	0,2	0,1	0,5	0,4
314-Fisioterapia	0	0	4	4	0,0	0	0,2	0,2
315-Fonoaudiología Y/O Terapia De Lenguaje	0	0	4	4	0,0	0	0,2	0,2
316-Gastroenterología	3	2	54	56	0,5	0,2	3,4	2,3
317-Genética	1	1	9	10	0,2	0,1	0,6	0,4
318-Geriatría	0	0	2	2	0,0	0	0,1	0,1
320-Ginecobstetricia	26	35	233	268	4,2	4,1	14,5	10,9
321-Hematología	0	1	32	33	0,0	0,1	2	1,3
322-Implantología	0	0	7	7	0,0	0	0,4	0,3
323-Infectología	1	2	34	36	0,2	0,2	2,1	1,5
324-Inmunología	1	1	15	16	0,2	0,1	0,9	0,7
325-Medicina Familiar	3	3	12	15	0,5	0,4	0,7	0,6
326-Medicina Física Y Del Deporte	1	1	3	4	0,2	0,1	0,2	0,2
327-Medicina Física Y Rehabilitación	5	6	39	45	0,8	0,7	2,4	1,8
328-Medicina General	68	112	419	531	11,1	13,1	26,1	21,6
329-Medicina Interna	21	30	208	238	3,4	3,5	13	9,7
330-Nefrología	3	2	38	40	0,5	0,2	2,4	1,6
331-Neumología	2	1	36	37	0,3	0,1	2,2	1,5

Servicio	Numero				Índice por 100.000 hbts			
	Soledad	Región hospital Soledad	Resto Dpto	Total Atlántico	Soledad	Región hospital Soledad	Resto Dpto	Total Atlántico
332-Neurología	4	4	59	63	0,7	0,5	3,7	2,6
333-Nutrición Y Dietética	22	38	265	303	3,6	4,4	16,5	12,3
334-Odontología General	57	87	358	445	9,3	10,2	22,3	18,1
335-Oftalmología	2	3	50	53	0,3	0,4	3,1	2,2
336-Oncología Clínica	0	0	19	19	0,0	0	1,2	0,8
337-Optometría	10	17	95	112	1,6	2	5,9	4,6
338-Ortodoncia	7	7	102	109	1,1	0,8	6,4	4,4
339-Ortopedia Y/O Traumatología	16	19	146	165	2,6	2,2	9,1	6,7
340-Otorrinolaringología	3	3	80	83	0,5	0,4	5	3,4
342-Pediatría	24	34	204	238	3,9	4	12,7	9,7
343-Periodoncia	4	4	68	72	0,7	0,5	4,2	2,9
344-Psicología	35	58	346	404	5,7	6,8	21,6	16,4
345-Psiquiatría	6	11	68	79	1,0	1,3	4,2	3,2
346-Rehabilitación Oncológica	0	0	1	1	0,0	0	0,1	0
347-Rehabilitación Oral	4	5	87	92	0,7	0,6	5,4	3,7
348-Reumatología	3	2	33	35	0,5	0,2	2,1	1,4
349-Salud Ocupacional	0	0	1	1	0,0	0	0,1	0
350-Medicina Alternativa - Terapia Alternativa	0	0	1	1	0,0	0	0,1	0
352-Terapia Ocupacional	0	0	5	5	0,0	0	0,3	0,2
353-Terapia Respiratoria	0	0	1	1	0,0	0	0,1	0
354-Toxicología	0	0	7	7	0,0	0	0,4	0,3
355-Urología	5	4	77	81	0,8	0,5	4,8	3,3
356-Otras Consultas De Especialidad	7	9	50	59	1,1	1,1	3,1	2,4
356-Otras Consultas De Especialidad - No Oncológico	0	0	5	5	0,0	0	0,3	0,2
356-Otras Consultas De Especialidad Alergología	0	0	2	2	0,0	0	0,1	0,1
356-Otras Consultas De Especialidad Alergología - No Oncológico	0	0	2	2	0,0	0	0,1	0,1
356-Otras Consultas De Especialidad Cirugía Maxilofacial	0	0	2	2	0,0	0	0,1	0,1
356-Otras Consultas De Especialidad Cirugía Oral	0	0	2	2	0,0	0	0,1	0,1
356-Otras Consultas De Especialidad Cirugía Oral Y Estomatología, Cirugía Maxilofacial	0	0	1	1	0,0	0	0,1	0

Servicio	Numero				Índice por 100.000 hbts			
	Soledad	Región hospital Soledad	Resto Dpto	Total Atlántico	Soledad	Región hospital Soledad	Resto Dpto	Total Atlántico
356-Otras Consultas De Especialidad Cirugía Oral Y Maxilofacial	0	0	2	2	0,0	0	0,1	0,1
356-Otras Consultas De Especialidad Consulta De Neurocirugía	0	0	1	1	0,0	0	0,1	0
356-Otras Consultas De Especialidad Consultas De Obesidad Y Cirugía General	0	0	1	1	0,0	0	0,1	0
356-Otras Consultas De Especialidad Electroencefalograma	0	0	1	1	0,0	0	0,1	0
356-Otras Consultas De Especialidad Fisiatría	0	1	1	2	0,0	0,1	0,1	0,1
356-Otras Consultas De Especialidad Fisiatría - No Oncológico	0	0	1	1	0,0	0	0,1	0
356-Otras Consultas De Especialidad Hepatología	0	0	1	1	0,0	0	0,1	0
356-Otras Consultas De Especialidad Infectología Pediátrica	0	0	1	1	0,0	0	0,1	0
356-Otras Consultas De Especialidad Infectología Pediátrica - No Oncológico	0	0	1	1	0,0	0	0,1	0
356-Otras Consultas De Especialidad Manejo Del Dolor No Oncológico - No Oncológico	0	0	1	1	0,0	0	0,1	0
356-Otras Consultas De Especialidad Medicina Del Trabajo Y Salud Ocupacional - No Oncológico	0	0	1	1	0,0	0	0,1	0
356-Otras Consultas De Especialidad Nefrología	0	0	1	1	0,0	0	0,1	0
356-Otras Consultas De Especialidad Neurocirugía Pediátrica. - No Oncológico	0	0	1	1	0,0	0	0,1	0
356-Otras Consultas De Especialidad Neurodesarrollo	0	0	3	3	0,0	0	0,2	0,1
356-Otras Consultas De Especialidad Neurodesarrollo - No Oncológico	0	1	0	1	0,0	0,1	0	0
356-Otras Consultas De Especialidad Neuropsicología	0	0	1	1	0,0	0	0,1	0
356-Otras Consultas De Especialidad Neuropsicología - No Oncológico	0	1	0	1	0,0	0,1	0	0
356-Otras Consultas De Especialidad Neuropsicología - No Oncológico	1	0	1	1	0,2	0	0,1	0

Servicio	Numero				Índice por 100.000 hbts			
	Soledad	Región hospital Soledad	Resto Dpto	Total Atlántico	Soledad	Región hospital Soledad	Resto Dpto	Total Atlántico
356-Otras Consultas De Especialidad Ortopedia Infantil	0	0	1	1	0,0	0	0,1	0
356-Otras Consultas De Especialidad Perinatología	0	0	2	2	0,0	0	0,1	0,1
356-Otras Consultas De Especialidad Psiquiatría Infantil - No Oncológico	0	0	1	1	0,0	0	0,1	0
356-Otras Consultas De Especialidad Reproducción Humana	0	0	1	1	0,0	0	0,1	0
356-Otras Consultas De Especialidad Salud Ocupacional	0	0	1	1	0,0	0	0,1	0
356-Otras Consultas De Especialidad Técnicas Métodos A.B.A.	0	1	0	1	0,0	0,1	0	0
356-Otras Consultas De Especialidad Urología Pediátrica - No Oncológico	0	0	1	1	0,0	0	0,1	0
359-Consulta Prioritaria	6	10	62	72	1,0	1,2	3,9	2,9
361-Cardiología Pediátrica	1	1	18	19	0,2	0,1	1,1	0,8
362-Cirugía De Cabeza Y Cuello	0	0	8	8	0,0	0	0,5	0,3
363-Cirugía De Mano	1	1	19	20	0,2	0,1	1,2	0,8
364-Cirugía De Mama Y Tumores Tejidos Blandos	0	0	4	4	0,0	0	0,2	0,2
364-Cirugía De Mama Y Tumores Tejidos Blandos - No Oncológico	0	0	2	2	0,0	0	0,1	0,1
365-Cirugía Dermatológica	0	0	12	12	0,0	0	0,7	0,5
366-Cirugía De Tórax	0	0	16	16	0,0	0	1	0,7
367-Cirugía Gastrointestinal	1	1	8	9	0,2	0,1	0,5	0,4
368-Cirugía Ginecológica Laparoscópica	0	0	9	9	0,0	0	0,6	0,4
369-Cirugía Plástica Y Estética	2	1	80	81	0,3	0,1	5	3,3
370-Cirugía Plástica Oncológica	0	0	2	2	0,0	0	0,1	0,1
372-Cirugía Vascular	2	1	30	31	0,3	0,1	1,9	1,3
373-Cirugía Oncológica	0	0	13	13	0,0	0	0,8	0,5
374-Cirugía Oncológica Pediátrica	0	0	2	2	0,0	0	0,1	0,1
377-Coloproctología	0	0	11	11	0,0	0	0,7	0,4
378-Electrofisiología, Marcapasos Y Arritmias Cardíacas	0	0	1	1	0,0	0	0,1	0
379-Ginecología Oncológica	0	0	12	12	0,0	0	0,7	0,5

Servicio	Numero				Índice por 100.000 hbts			
	Soledad	Región hospital Soledad	Resto Dpto	Total Atlántico	Soledad	Región hospital Soledad	Resto Dpto	Total Atlántico
381-Hematología Y Oncología Clínica	0	0	1	1	0,0	0	0,1	0
383-Medicina Nuclear	0	0	1	1	0,0	0	0,1	0
384-Nefrología Pediátrica	1	0	16	16	0,2	0	1	0,7
385-Neonatología	0	0	4	4	0,0	0	0,2	0,2
386-Neumología Pediátrica	1	1	12	13	0,2	0,1	0,7	0,5
387-Neurocirugía	1	1	43	44	0,2	0,1	2,7	1,8
388-Neuropediatría	2	4	29	33	0,3	0,5	1,8	1,3
390-Oftalmología Oncológica	0	0	2	2	0,0	0	0,1	0,1
391-Oncología Y Hematología Pediátrica	0	0	12	12	0,0	0	0,7	0,5
392-Ortopedia Infantil	0	0	2	2	0,0	0	0,1	0,1
393-Ortopedia Oncológica	1	1	5	6	0,2	0,1	0,3	0,2
395-Urología Oncológica	0	0	8	8	0,0	0	0,5	0,3
396-Odontopediatría	3	3	67	70	0,5	0,4	4,2	2,8
397-Medicina Estética	0	0	18	18	0,0	0	1,1	0,7
398-Medicinas Alternativas - Homeopatía	0	0	37	37	0,0	0	2,3	1,5
399-Medicinas Alternativas - Ayurveda	0	0	5	5	0,0	0	0,3	0,2
400-Medicinas Alternativas - Medicina Tradicional China	1	1	14	15	0,2	0,1	0,9	0,6
404-Medicinas Alternativas - Neuropatía	0	0	8	8	0,0	0	0,5	0,3
405-Medicinas Alternativas - Neuralterapia	0	0	16	16	0,0	0	1	0,7
406-Hematología Oncológica	0	0	5	5	0,0	0	0,3	0,2
407-Medicina Del Trabajo Y Medicina Laboral	1	2	61	63	0,2	0,2	3,8	2,6
408-Radioterapia	1	1	3	4	0,2	0,1	0,2	0,2
409-Ortopedia Pediátrica	1	2	20	22	0,2	0,2	1,2	0,9
410-Cirugía Oral	3	3	39	42	0,5	0,4	2,4	1,7
411-Cirugía Maxilofacial	2	2	34	36	0,3	0,2	2,1	1,5
501-Servicio De Urgencias	15	23	71	94	2,4	2,7	4,4	3,8
601-Transporte Asistencial Básico	7	13	40	53	1,1	1,5	2,5	2,2
602-Transporte Asistencial Medicalizado	4	5	28	33	0,7	0,6	1,7	1,3
701-Diagnóstico Cardiovascular	4	5	55	60	0,7	0,6	3,4	2,4
703-Endoscopia Digestiva	0	0	38	38	0,0	0	2,4	1,5

Servicio	Numero				Índice por 100.000 hbts			
	Soledad	Región hospital Soledad	Resto Dpto	Total Atlántico	Soledad	Región hospital Soledad	Resto Dpto	Total Atlántico
704-Neumología - Fibrobroncoscopia	1	1	9	10	0,2	0,1	0,6	0,4
705-Hemodinamía	0	1	17	18	0,0	0,1	1,1	0,7
706-Laboratorio Clínico	29	51	167	218	4,7	6	10,4	8,9
708-Urología - Litotripsia Urológica	0	0	13	13	0,0	0	0,8	0,5
709-Quimioterapia		0	11	11	0,0	0	0,7	0,4
710-Radiología E Imágenes Diagnosticas	21	30	117	147	3,4	3,5	7,3	6
711-Radioterapia		0	5	5	0,0	0	0,3	0,2
712-Toma De Muestras De Laboratorio Clínico	30	43	278	321	4,9	5	17,3	13
713-Transfusión Sanguínea	7	7	42	49	1,1	0,8	2,6	2
714-Servicio Farmacéutico	24	44	238	282	3,9	5,1	14,8	11,5
715-Medicina Nuclear	0	0	6	6	0,0	0	0,4	0,2
716-Toma De Muestras Citologías Cervico-Uterinas	0	0	5	5	0,0	0	0,3	0,2
717-Laboratorio Citologías Cervico-Uterinas	4	5	32	37	0,7	0,6	2	1,5
718-Laboratorio De Patología	1	1	15	16	0,2	0,1	0,9	0,7
719-Ultrasonido	14	21	127	148	2,3	2,5	7,9	6
720-Lactario - Alimentación	0	0	1	1	0,0	0	0,1	0
721-Esterilización	0	0	2	2	0,0	0	0,1	0,1
724-Toma E Interpretación De Radiografías Odontológicas	12	18	90	108	2,0	2,1	5,6	4,4
725-Electrodiagnóstico	1	2	60	62	0,2	0,2	3,7	2,5
728-Terapia Ocupacional	19	29	133	162	3,1	3,4	8,3	6,6
729-Terapia Respiratoria	13	19	111	130	2,1	2,2	6,9	5,3
730-Neumología Laboratorio Función Pulmonar	1	1	9	10	0,2	0,1	0,6	0,4
731-Laboratorio De Histotecnología	0	0	3	3	0,0	0	0,2	0,1
732-Ecocardiografía	3	2	31	33	0,5	0,2	1,9	1,3
733-Hemodiálisis	1	1	11	12	0,2	0,1	0,7	0,5
734-Diálisis Peritoneal	0	0	8	8	0,0	0	0,5	0,3
735-Terapia Alternativa Bioenergética	0	0	7	7	0,0	0	0,4	0,3
736-Terapia Alternativa Con Filtros	0	0	2	2	0,0	0	0,1	0,1
737-Terapia Alternativa Manual	0	0	3	3	0,0	0	0,2	0,1
738-Electrofisiología Marcapasos Y Arritmias Cardíacas	0	0	15	15	0,0	0	0,9	0,6

Servicio	Numero				Índice por 100.000 hbts			
	Soledad	Región hospital Soledad	Resto Dpto	Total Atlántico	Soledad	Región hospital Soledad	Resto Dpto	Total Atlántico
739-Fisioterapia	36	65	245	310	5,9	7,6	15,3	12,6
740-Fonoaudiología Y/O Terapia Del Lenguaje	22	33	176	209	3,6	3,9	11	8,5
741-Tamización De Cáncer De Cuello Uterino	22	40	184	224	3,6	4,7	11,5	9,1
801-Centro De Atención En Drogadicción Ambulatorio	0	0	1	1	0,0	0	0,1	0
802-Centros O Servicios Unidades De Rehabilitación	0	0	1	1	0,0	0	0,1	0
803-Centros Y Servicios De Protección	0	0	1	1	0,0	0	0,1	0
805-Cuidado Intermedio Para Rehabilitación	0	0	1	1	0,0	0	0,1	0
806-Unidad De Medicina Reproductiva	0	0	1	1	0,0	0	0,1	0
815-Atención Domiciliaria De Paciente Crónico Con Ventilador	0	0	12	12	0,0	0	0,7	0,5
816-Atención Domiciliaria De Paciente Crónico Sin Ventilador	3	3	41	44	0,5	0,4	2,6	1,8
817-Atención Domiciliaria De Paciente Agudo	3	3	22	25	0,5	0,4	1,4	1
818-Atención Pre hospitalaria	2	2	7	9	0,3	0,2	0,4	0,4
819-Atención A Consumidor De Sustancias Psicoactivas	3	4	18	22	0,5	0,5	1,1	0,9
820-Atención Institucional No Hospitalaria Al Consumidor De Sustancias Psicoactivas		3	14	17	0,0	0,4	0,9	0,7
901-Vacunación	0	0	1	1	0,0	0	0,1	0
902-Atención Preventiva Salud Oral Higiene Oral	0	0	2	2	0,0	0	0,1	0,1
904-Planificación Familiar	0	0	1	1	0,0	0	0,1	0
905-Promoción En Salud	0	0	3	3	0,0	0	0,2	0,1
907-Protección Específica - Atención Del Parto	7	14	27	41	1,1	1,6	1,7	1,7
908-Protección Específica - Atención Al Recién Nacido	8	16	45	61	1,3	1,9	2,8	2,5
909-Detección Temprana - Alteraciones Del Crecimiento Y Desarrollo (Menor A 10 Años)	20	37	157	194	3,3	4,3	9,8	7,9

Servicio	Numero				Índice por 100.000 hbts			
	Soledad	Región hospital Soledad	Resto Dpto	Total Atlántico	Soledad	Región hospital Soledad	Resto Dpto	Total Atlántico
910-Detección Temprana - Alteraciones Del Desarrollo Del Joven (De 10 A 29 Años)	19	35	148	183	3,1	4,1	9,2	7,4
911-Detección Temprana - Alteraciones Del Embarazo	16	32	152	184	2,6	3,7	9,5	7,5
912-Detección Temprana - Alteraciones En El Adulto (Mayor A 45 Años)	19	35	154	189	3,1	4,1	9,6	7,7
913-Detección Temprana - Cáncer De Cuello Uterino	15	30	101	131	2,4	3,5	6,3	5,3
914-Detección Temprana - Cáncer Seno	11	25	102	127	1,8	2,9	6,4	5,2
915-Detección Temprana - Alteraciones De La Agudeza Visual	18	34	136	170	2,9	4	8,5	6,9
916-Protección Específica - Vacunación	11	19	132	151	1,8	2,2	8,2	6,1
917-Protección Específica - Atención Preventiva En Salud Bucal	21	36	156	192	3,4	4,2	9,7	7,8
918-Protección Específica - Atención En Planificación Familiar Hombres Y Mujeres	20	38	156	194	3,3	4,4	9,7	7,9
950-Proceso Esterilización	9	13	93	106	1,5	1,5	5,8	4,3
Total	1070	**1.617**	**9.961**	**11.578**		188,8	620,8	470,5

Población	615.349	856.506	1.604.495	2.461.001

Fuente: consulta realizada en REPS en Febrero 11 de 2016.

Se puede apreciar cómo en la región de estudios prácticamente todos los servicios son deficitarios con muy pocas excepciones.

Tabla 42 Distribución de los servicios según naturaleza jurídica y región. REPS febrero de 2016

	Soledad				Región				Resto Departamento				Todo Atlántico			
Grupo servicio	**Mixta**	**Privada**	**Pública**	**Total**	**Mixta**	**Privada**	**Pública**	**Total**	**Mixta**	**Privada**	**Pública**	**Total**	**Mixta**	**Privada**	**Pública**	**Total**
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	0,0	26,6	2,3	10,8	0,0	37,7	4,2	15,8	43,2	4.299,7	646,3	1.928,6	43,2	4.337,4	650,5	1.944,5
Consulta Externa	0,0	47,1	3,2	18,5	0,0	62,2	5,6	25,3	101,7	10.675,9	916,1	4.338,3	101,7	10.738,2	921,7	4.363,6
Internación	0,0	4,1	0,9	2,0	0,0	5,4	1,4	2,8	8,1	354,9	190,3	249,7	8,1	360,3	191,8	252,5
Otros Servicios	0,0	1,3	0,0	0,4	0,0	2,0	0,0	0,7	0,7	180,4	7,0	67,5	0,7	182,4	7,0	68,2
Procesos	0,0	0,8	0,1	0,4	0,0	0,9	0,2	0,4	2,1	1.364,5	76,5	525,3	2,1	1.365,4	76,7	525,7
Protección Especifica y Detección Temprana	0,0	14,0	4,1	7,5	0,0	20,2	9,2	13,0	60,3	2.408,9	1.913,0	2.100,6	60,3	2.429,1	1.922,2	2.113,7
Quirúrgicos	0,0	6,5	0,9	2,8	0,0	6,8	1,0	3,0	13,8	719,4	85,0	309,3	13,8	726,2	86,0	312,3
Transporte Asistencial	0,0	0,7	0,3	0,4	0,0	0,8	0,6	0,7	0,5	129,4	84,6	100,3	0,5	130,2	85,3	101,0
Urgencias	0,0	1,3	0,2	0,6	0,0	1,5	0,5	0,9	2,1	56,7	69,1	65,3	2,1	58,3	69,6	66,2
Total	0,0	102,4	12,0	43,5	0,0	137,5	22,7	62,7	232,6	20.189,8	3.988,0	9.684,9	232,6	20.327,4	4.010,7	9.747,6

En Soledad y la Región de Magdalena Oriente se aprecia un predominio del sector privado, algo que también ocurre en el resto del Departamento y en todo el Departamento. Sin embargo, los índices en Soledad y la región son muy bajos cuando se compara con el resto del Departamento. Esto podría soportar claramente reforzar la red pública.

7.5. Proyección de la población

En la siguiente tabla se puede apreciar cómo podrá crecer la población al proyectarla con una tasa de crecimiento del último año estimado por el DANE, si bien esta proyección puede tener bastantes limitaciones los datos pueden mostrar cómo podría incrementarse crecer la población de Soledad hasta el año 2056.

Tabla 43 Proyecciones de la población al 2056. Tasas de crecimiento 2020

Municipio	2016	2026	2036	2046	2056
Soledad	615.150	786.320	957.490	1.128.660	1.299.830
Malambo	121.308	140.885	160.462	180.039	199.616
Palmar de Varela	25.350	26.688	28.026	29.364	30.702
Polonuevo	15.290	16.477	17.665	18.853	20.041
Ponedera	22.247	25.576	28.906	32.235	35.565
Sabanagrande	31.666	38.417	45.168	51.919	58.670
Santo Tomás	25.339	26.428	27.518	28.607	29.697
Total	**856.349**	**1.060.792**	**1.265.234**	**1.469.676**	**1.674.119**

Fuente: realización KPMG

Tabla 44 Especificaciones Red del Atlántico

Variables	Puesto de salud comunitario	Centro de salud familiar	Centro de salud con camas	Hospital local	Hospital subregional	Hospital regional menor	Hospital regional mayor	Hospital Universitario
Número de habitantes	Poblaciones de menos de 2000 habitantes	poblaciones entre 2000 a 10.000 habitantes o usuarios	Poblaciones entre 10.000 y 20.000 habitantes o usuarios	Poblaciones entre 20.000 y 100.000 habitantes o usuarios	Poblaciones entre 40.000 y Menos de 100.000 habitantes.	Poblaciones mayores de 100.000 habitantes y menos de 300.000 habitantes	Poblaciones mayores de 300.000 habitantes y menos de 1.000.000 habitantes	
Portafolio	Énfasis estará dado en las acciones de promoción y prevención y de salud pública	Atención ambulatoria de 8 horas	Esencialmente centros de atención ambulatoria y hospitalaria de 24 horas de atención,	Esencialmente centros de atención ambulatoria y hospitalaria de 24 horas de atención,	Su portafolio de servicios es igual al de un Hospital Local pero su urgencia es más resolutiva.			Todas las especialidades Todas las subespecialidades Cuidados críticos Quirófanos Urgencias
Camas			Sala de pediatría (1 cama por cada 2000 niños usuarios) Sala de adultos (1 cama por cada 2000 adultos usuarios) Sala de obstetricia (1 cama por cada 2000 Mujeres en Edad Fértil) Servicio de nutrición	Sala de pediatría (1 cama por cada 2000 niños usuarios) Sala de adultos (1 cama por cada 2000 adultos usuarios) Sala de obstetricia (1 cama por cada 2000 Mujeres en Edad Fértil) Servicio de nutrición	El número de camas de hospitalización oscila entre 10 y 20 camas.	El número de camas de Hospitalización entre 20 y 60 camas (20 por cada 100 mil habitantes)	Hospitalización entre Hospitalización 60 y 200 camas (20 por cada 100.000 habitantes)	
Relación de camas						La relación de camas de adultos y pediátricas son 65/35	La relación de camas de adultos y pediátricas son 65/35	
Urgencias						Sala de observación adultos entre 6 y 10 camas Sala de observación niños entre 4 y	Sala de observación adultos entre 10 y 15 camas Sala de observación niños entre 8 y 12 camas Salas de	

						8 camas Salas de yesos con áreas delimitadas para adultos y niños Una sala de reanimación pediátrica de una cama Una sala de reanimación de adultos de una cama Una sala de rehidratación Una sala ERA con dos cubículos Un quirófano de urgencias	yesos con áreas delimitadas para adultos y niños Una sala de reanimación pediatrica dos camas Una sala de reanimación de adultos de dos camas Una sala de rehidratación Una sala ERA con tres cubículos Un quirófano de urgencias	
Salas de cirugía				Como mínimo con dos quirófanos para la realización de cirugías generales, ginecológicas y obstétricas, 12 horas diarias de lunes a viernes y 8 horas el sábado grupo quirúrgico inferior o igual a 12		Cirugía: dos quirófanos para cirugías programadas de mediana complejidad	Cirugía: tres quirófanos para cirugías programadas de mediana complejidad	
Consulta				Consulta especializada Pediatría Gineco-obstetricia Medicina Interna Cirugía General Anestesiología		Consulta externa de medicina interna, pediatría, ginecología, obstetricia, cirugía general, ortopedia y traumatología, anestesiología	Consulta externa de medicina interna, pediatría, ginecología, obstetricia, cirugía general, ortopedia y traumatología, anestesiologia, urología, oftalmología, ORL.	

Fuente: realización KPMG con base en el Estudio de Red del Atlántico 2013

8. Análisis del punto de atención de la ESE Departamental Juan Domínguez Romero de Soledad y optimización de la situación actual

8.1. Caracterización del Municipio de Soledad

Figura 1 Ubicación Geográfica Municipio de Soledad

Fuente: Geoportal. DANE[29].

El Municipio de Soledad está localizado al norte de Colombia en el departamento del Atlántico. Tiene una extensión de 67 Km^2 (6700 hectáreas) correspondiente al 1.97% del departamento. Su altura promedio sobre el nivel del mar es de unos 5m y la temperatura promedio oscila entre los 30º y 36º centígrados. Limita al norte con el Distrito Especial Industrial y Portuario de Barranquilla, capital del departamento; al sur colinda con el municipio de Malambo, al oriente con el río Magdalena, y al occidente con el municipio de Galapa.

Los municipios de Soledad, Galapa, Malambo, Puerto Colombia y la ciudad de Barranquilla forman parte del área metropolitana de Barranquilla, de la cual Barranquilla y Soledad aportan el 95% de la población.

En términos económicos su estructura está basada principalmente en el sector comercial con una representación del 53%, seguido de la industria con un 30% y el sector servicios con 17% del total de participación de la actividad productiva del municipio.

Debido a la concentración urbana, la población se ocupa económicamente en los sectores industria y servicios, predominando los financieros, inmobiliarios, empresariales, comercio,

[29] *http://geoportal.dane.gov.co:8084/Divipola/servicio.jsp*

hoteles, restaurantes y comunicaciones; la agricultura, ganadería, pesca, silvicultura y minería contribuyen únicamente el 4.6% del PIB departamental[30].

El tipo de empleo que predomina es el informal, eso se debe a procesos de migración poblacional de personas de bajos estratos y procedente del campo llegando a representar, según el estudio "Los Sures de Barranquilla"[31] realizado por el Banco de la República, el 50% del empleo de la ciudad. Sin embargo la ubicación geográfica estratégica, el significativo número de industrias presentes en su territorio y la cercanía con Barranquilla permiten ver un panorama alentador respecto al desarrollo del municipio.

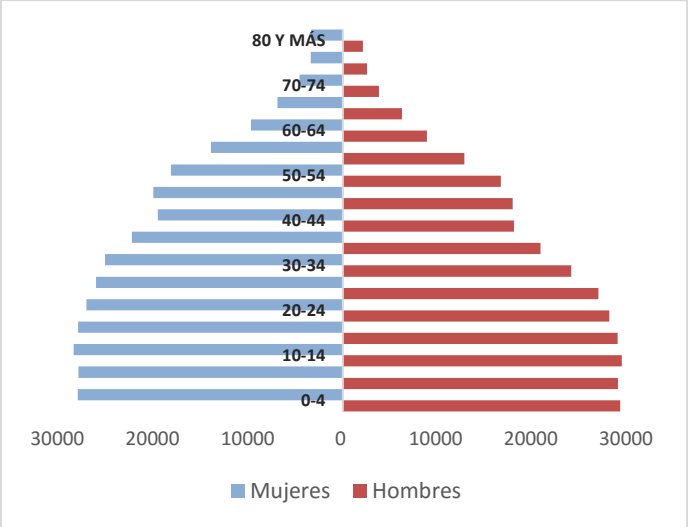
El ámbito social proyectó en 2012 una cifra de 12.000 familias que viven en condición de pobreza extrema, según la ficha NBI reportada por el DANE al 2005 la cabecera municipal alcanzó un 24% en este indicador, ubicándose por encima del promedio nacional.

8.1.1. Población

La población de Soledad en 2015 ascendió 615.492 habitantes, con un 49,49% (304.512 ha) de hombres y 50,51% (310.837 ha) de mujeres, el 95% de esta población reside en el área urbana, siendo el municipio el de mayor concentración urbana del departamento.

En términos de grupos etarios la mayor cantidad de habitantes se encuentran entre los 0 y los 29 años, es decir que el municipio cuenta con una población joven. A partir de los 30 años la población sufre una disminución gradual que se hace significativa a partir de los 60 años. La gráfica siguiente muestra la distribución de la pirámide poblacional de Soledad.

Gráfico 17. Pirámide Poblacional Municipio de Soledad. 2015



Fuente: Elaboración KPMG con datos poblacionales del DANE[32].

Según las proyecciones del DANE la pirámide poblacional del municipio para el año 2020 se prevé que la población ascienda a 701.047 habitantes de los cuales 353.383 serán mujeres y 347.164 hombres. Al hacer una comparación con la pirámide de 2015 se observa

[30] Plan de Desarrollo Soledad 2012-2015. "Soledad nos necesita a todos". P.82.
[31] Banco de la República. 2011.
[32] http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/proyecciones-de-poblacion

que la proyectada tendrá una tendencia creciente de la población desde los 0 años y hasta los 34 años, edad a partir de la cual empezará a disminuir la población, haciéndose significativa dicha disminución a partir de los 65 años. La estructura observada es muy similar a la de 2015, en el capítulo de caracterización de la demanda se hace una proyección poblacional a 2030, que permitiera observar cambios significativos en términos transicionales en los grupos de edad.

El DANE tiene población estimada hasta el 2020, con tasas de crecimiento de 2,24%, tal como se puede apreciar en la Tabla 45.

Tabla 45 Proyecciones lineales de población de la región. Tasas de crecimiento de 2,24%. 2016-2050

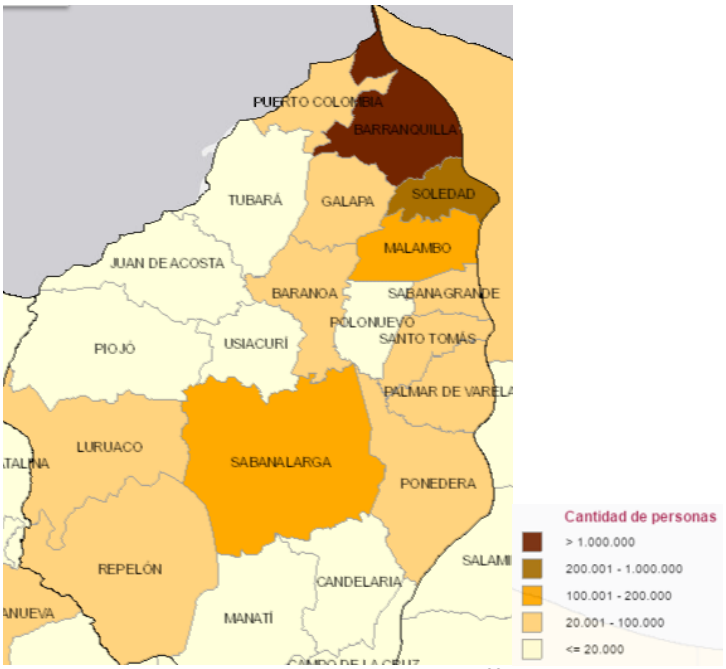
Año	Población*	Año	Población*
2016	873.675	2032	1.248.346
2017	894.183	2033	1.276.322
2018	914.932	2034	1.304.926
2019	935.847	2035	1.334.170
2020	956.820	2036	1.364.070
2021	978.263	2037	1.394.639
2022	1.000.187	2040	1.490.521
2023	1.022.601	2041	1.523.925
2024	1.045.519	2042	1.558.077
2025	1.068.950	2043	1.592.994
2026	1.092.905	2044	1.628.695
2027	1.117.398	2045	1.665.195
2038	1.425.894	2046	1.702.513
2039	1.457.850	2047	1.740.668
2028	1.142.440	2048	1.779.677
2029	1.168.043	2049	1.819.561
2030	1.194.220	2050	1.860.339
2031	1.220.983	*Tasa de 2,24%	

Fuente: Elaboración KPMG con datos poblacionales del DANE

La pirámide en el 2016 es la de una población (Gráfico 17) que no ha iniciado su transición demográfica, fenómeno que debe ocurrir en los próximos 30 años y se dará posiblemente un envejecimiento de esta.

La siguiente ilustración deja ver la relevancia en términos poblacionales que tiene Soledad respecto al departamento del Atlántico, puede observarse que es el segundo municipio del departamento en términos de densidad poblacional, seguido de Malambo y Sabanalarga.

Figura 2 Densidad Poblacional Atlántico



Fuente: Geoportal DANE[33].

El municipio presenta una de las densidades por habitante más altas del país y el departamento, llegando a 9,84 ha/m^2; el cual se debe principalmente como señala el plan de desarrollo municipal 2012-2015 "Soledad nos necesita a todos", al proceso de desplazamientos y migración interna de personas de estratos bajos y procedentes del campo, esto se debe a que es receptora de programas de viviendas de interés social estrato 1 y 2, además de situaciones de desplazamiento forzado. Según señala la Red nacional de información a 2012 calcula que 33.638 personas declararon que fueron desplazadas.[34]

Debido a la concentración urbana la población se ocupa económicamente en los sectores industria y servicios, predominando los financieros, inmobiliarios, empresariales, comercio, hoteles, restaurantes y comunicaciones; la agricultura, ganadería, pesca, silvicultura y minería contribuyen únicamente el 4,6% del PIB departamental[35].

A pesar de que no se cuentan con estudios recientes sobre el crecimiento económico y que aún no se encuentra disponible información del nuevo plan de desarrollo municipal, es de resaltar que debido a que la ciudad cuenta con la mayor oferta de vivienda de programas de interés social en la región, y teniendo en cuenta que la mayor parte de las personas beneficiarias de estos programas son de escasos recursos o de situación vulnerable, el escenario más probable es que estos nuevos habitantes, en su mayor parte, pertenezcan al empleo informal o a labores de producción del sector primario.

[33] http://geoportal.dane.gov.co/indicadores/servicioMax.html?s=Proyecciones_de_poblacion_10&c=PoblacionyDemografia&sc=Proyecciones_de_poblacion

[34] http://rni.unidadvictimas.gov.co/?q=node/47

[35] Plan de Desarrollo Soledad 2012-2015. "Soledad nos necesita a todos". P.82.

Las cifras de aseguramiento en salud a abril de 2014[36] muestran que un 66,7% de la población está asegurada (416.466) de los cuales afiliadas al SGSSS el 54,4% (226.379 personas) pertenecen al régimen subsidiado, 45,49% (189.438 personas) al contributivo y 0,16% (649 personas) al régimen de excepción. La siguiente tabla muestra la desagregación por grupos de edad.

Tabla 46 Desagregación de cifras de aseguramiento por grupos de edad

	CONTRIBUTIVO	EXCEPCION	SUBSIDIADO	Total general
Mayores de 1 año a 5 años	16.812	18	15.423	32.253
Mayores de 15 años a menores de 18 años	6.426	10	10.283	16.719
Mayores de 44 años a 59 años	29.837	294	38.178	68.309
Mayores de 5 año a 15 años	35.725	65	49.618	85.408
Mayores e iguales de 18 años a 44 años	81.491	100	87.765	169.356
Mayores iguales de 60 años	16.464	162	23.749	40.375
Menores de 1 año	2.683		1.363	4.046
Total general	**189.438**	**649**	**226.379**	**416.466**

Fuente: BDUA Afiliados Cargados Abril 2014.
https://www.minsalud.gov.co/estadisticas/estadsticas/forms/temtica.aspx

8.1.2. Acceso

El acceso al municipio puede realizarse desde el sur por la vía Oriental que es de orden nacional y comunica los municipios del sur del departamento con la capital y además los departamentos de Atlántico y Bolívar, por el occidente por medio de la carretera 90 o Transversal del Caribe, la cual permite la comunicación con los municipios del norte y el occidente.

Figura 3 Vías de Acceso al municipio de Soledad

Fuente: Geoportal DANE[37].

8.1.3. Área de influencia

La cercanía y facilidad en vías de acceso permite que el municipio de Soledad preste servicios de atención en salud de mediana y alta complejidad a los municipios de Malambo, Sabanagrande, Polonuevo, Santo Tomás, Palmar de Varela y Ponedera. Los cuales hacen parte o están cerca del área metropolitana de Barranquilla, pero buscando contribuir a la no saturación de los servicios de la capital.

El municipio de Galapa no fue considerado como área de influencia directa; ya que se requeriría mejoramiento de la vía de acceso, para que Soledad se convierta en una mejor alternativa de remisión que el Distrito de Barranquilla, donde además se suma la diversidad de oferta de servicios de mayor complejidad. Sin embargo esta población puede ser considerada como potencial en el mediano plazo, una vez finalice la vía que mejora el acceso y la ESE cuente con un portafolio de servicios más amplio y complejos; pudiendo aportar a la construcción de escenarios financieros más optimistas

A continuación se hace una breve descripción de estos municipios.

Malambo

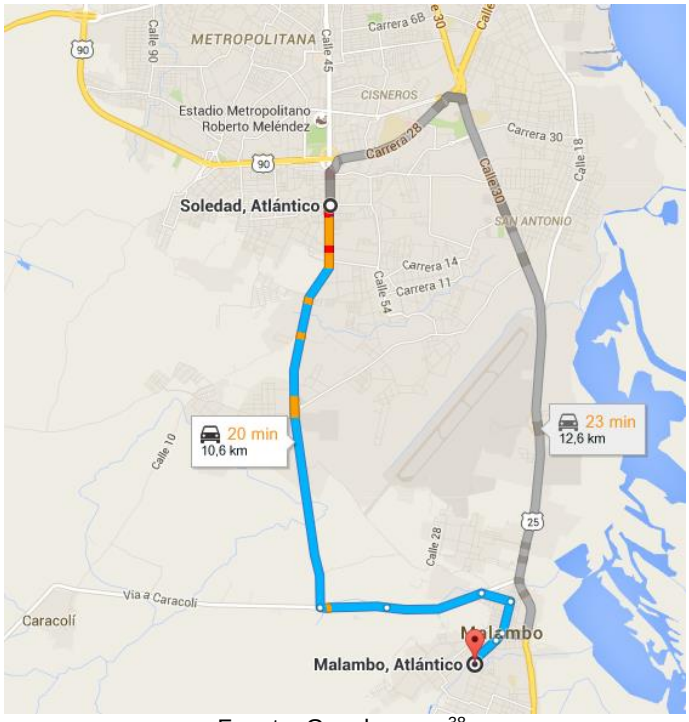
El municipio de Malambo cuenta con 121.289 habitantes, un hospital de atención de primer nivel y 5 puestos de salud públicos, adicionalmente cuenta con 12 instituciones privadas. Entre públicas y privadas estas IPS ofrecen un total de 14 camas de adultos, 4 pediátricas y 8 obstétricas, adicionalmente se cuenta con una sala de partos, un quirófano y 4

[37] https://geoportal.dane.gov.co/v2/?page=elementoMapaDane

ambulancias. Estos datos muestran la dependencia del municipio respecto a Barranquilla en términos de atención de servicios de mediana y alta complejidad.

El acceso a Soledad desde Malambo cuenta con dos opciones de ruta, la primera por medio de la Avenida Murillo la cual tiene una distancia de 10,6 Km y toma aproximadamente 20 minutos, además puede tomarse la Avenida Oriental y la Avenida Boyacá, la cual toma 23 minutos y recorre 12,6 km.

Figura 4 Rutas de Acceso entre Soledad y Malambo



Fuente: Google maps[38].

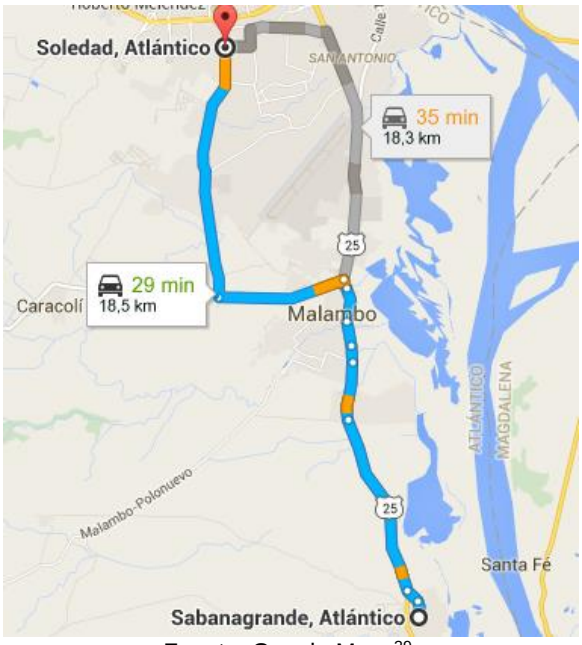
Sabanagrande

El municipio de Sabanagrande tiene una población de 31.678 habitantes que son atendidos en un centro de salud de carácter municipal, este cuenta con 4 camas de adultos, 4 pediátricas y 3 de obstetricia; adicionalmente está dotado con una sala de partos, una ambulancia básica y otra medicalizada.

El municipio se encuentra ubicado aproximadamente a 35 minutos de Soledad con una distancia de 18 km. Desde el municipio es posible trasladarse a Soledad tomando la vía Oriental hasta el municipio de Malambo y luego tomando la Avenida Murillo, este recorrido tiene una extensión de 18,3 km y se estima que se realice en 29 minutos. Otra opción sería seguir toda la vía Oriental hasta el municipio, la distancia sería 18,5 km este recorrido tomaría 35 minutos.

[38] www.google.com.co/maps

Figura 5 Rutas de acceso entre Soledad y Sabanagrande



Fuente: Google Maps[39].

Polonuevo

En el municipio habitan 15.280 personas, para las cuales el municipio cuenta con un centro de salud equipado con 2 camas de adultos, 2 pediátricas, 2 de obstetricia, una sala de partos y 3 ambulancias básicas. El municipio además cuenta con un puesto de salud para atención primaria.

La distancia entre Polonuevo y Soledad es de 30,8 km y demora alrededor de 40 minutos si se hace tomando la vía a Baranoa para luego salir a la Transversal del Caribe hasta San Blas y posteriormente se desvía por la vía a Caracolí para finalmente tomar la Avenida Murillo. Sin embargo puede seguir toda la transversal pasando por el municipio de Galapa recorriendo 33,2 km y demorándose 43 minutos. Otra opción es tomar la vía al municipio de Santo Tomás y seguir por la vía Oriental, recorriendo 33,2 km y demorándose 55 km, esta ruta puede servir de opción cuando no sea posible transitar por la Transversal del Caribe. Se espera que tras la habilitación de la vía circunvalar Cartagena Barranquilla el trayecto tome un tiempo de 10 minutos

[39] www.google.com.co/maps

Figura 6 Rutas de acceso entre Soledad y Polonuevo

Fuente: Google Maps[40]

Santo Tomás

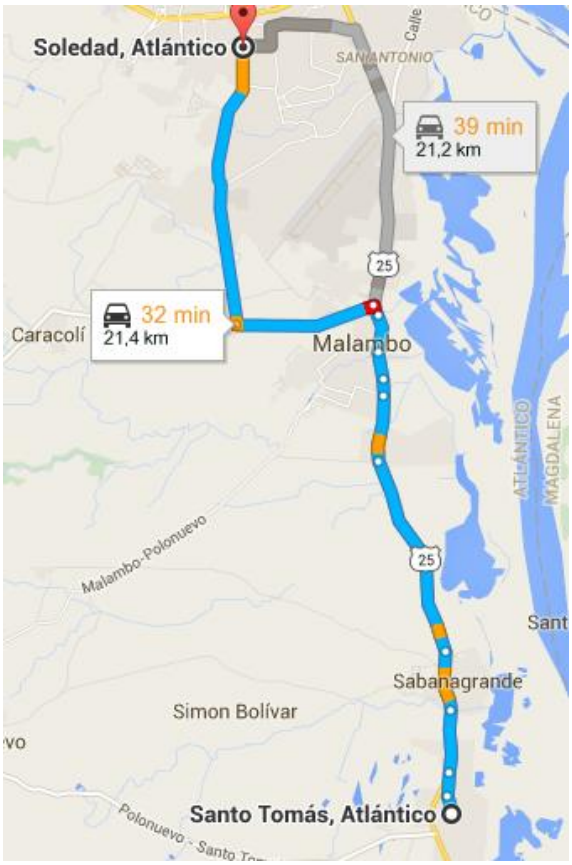
Los 25.325 habitantes de Santo Tomás son atendidos en un hospital de carácter municipal con 2 camas de adultos, 1 pediátrica y 2 de obstetricia, además cuenta con una sala de partos y una de procedimientos, 2 ambulancias básicas y una medicalizada.

Entre Soledad y Santo Tomás hay una distancia de 21 km que demora entre 30 y 40 minutos, existen dos rutas de acceso basadas en la vía Oriental, la primera es seguir toda esta vía hasta llegar a Soledad demora 39 minutos y recorre 21,2 km. La segunda opción es seguir la vía oriental hasta Malambo y a partir de ahí buscar la Avenida Murillo, esta ruta recorre 21,4 km y toma un tiempo aproximado de 32 minutos.

Se encuentra en ejecución un proyecto de fortalecimiento de la infraestructura física de la ESE, entre estos la construcción de área quirúrgica (2 quirófanos y 1 sala de partos); igualmente crecerá en camas de hospitalización (4 camas pediátricas y 4 adultos). Actualmente cuenta con un área de urgencias nueva, dotada 16 camillas. Vende servicios de Radiología básica, a los municipios de palmar de Varela y Ponedera, que no cuenta con este servicio.

[40] www.google.com.co/maps

Figura 7 Rutas de acceso entre Soledad y Santo Tomás



Fuente: Google Maps[41]

Palmar de Varela

El municipio es habitado por 25.341 personas y cuenta con un centro de salud dotado con una sala de partos y una ambulancia básica. El municipio se encuentra ubicado a 43 minutos de Soledad a una distancia aproximada de 24 km, para llegar a Soledad desde allí puede tomarse la vía Oriental tardando 43 minutos y recorriendo 23,9 km o siguiendo esta vía hasta Malambo y desviándose en ese lugar por la Avenida Murillo, recorriendo 24,1 km en 37 minutos.

[41] www.google.com.co/maps

Figura 8 Rutas de acceso entre Soledad y Palmar de Varela

Fuente: Google Maps[42]

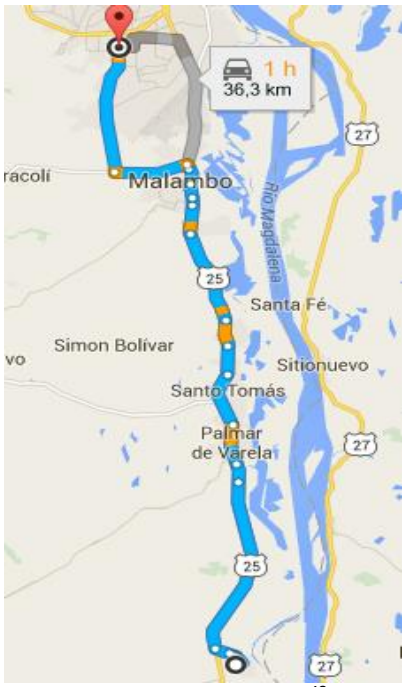
Ponedera

La población total del municipio son 22.244 habitantes, que son atendidos en un hospital municipal que cuenta con 3 camas de obstetricia, una sala de partos y una ambulancia básica, adicionalmente en el municipio existen 4 puestos de salud de atención ambulatoria.

El municipio de Ponedera está ubicado al Sur de Soledad tomando la vía Oriental a una distancia de 36,3 km que demora un tiempo aproximado de una hora, siendo esta una ruta de acceso, la segunda será tomando esta vía pero desviándose en Malambo.

[42] www.google.com.co/maps

Figura 9 Rutas de acceso entre Soledad y Ponedera



Fuente: Google Maps[43]

Plan Bienal de Salud del Atlántico

El documento preliminar del Plan Bienal de Salud para el Atlántico 2016-2017 contempla la elaboración de 8 proyectos para Soledad y los municipios del área de influencia, estos se clasifican en obras nuevas, ampliación o remodelación. La siguiente tabla muestra el listado de proyectos a realizar por municipio, IPS y tipo de construcción.

[43] www.google.com.co/maps

Tabla 47 Listado de Proyectos de Infraestructura por Elaborar y Ejecutar Plan Bienal Atlántico 2016-2017 Soledad y Área de Influencia

MUNICIPIO	NOMBRE ESE	PROYECTO	TIPO DE OBRA
SANTO TOMÁS	ESE HOSPITAL DE SANTO TOMAS	Ampliación y remodelación de la infraestructura física ESE hospital Santo Tomás, (Sala de partos y quirófanos).	Ampliación
MALAMBO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE MALAMBO	Ampliación y remodelación de la infraestructura física de la ESE Hospital de Malambo.	Ampliación
PALMAR DE VARELA	CENTRO DE SALUD CON CAMAS PALMAR DE VARELA	Ampliación y Remodelación ESE con camas Palmar de Varela	Ampliación
POLONUEVO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE POLONUEVO	Ampliación y remodelación de la infraestructura física del servicio ambulatorio de la ESE Centro de Salud de Polonuevo.	Ampliación
SOLEDAD	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD	Construcción y adecuación de la infraestructura física del Hospital de la red pública de Salud Dptal, ESE Materno Infantil Soledad, Atlántico, Caribe	Obra nueva
SOLEDAD	HOSPITAL DEPARTAMENTAL JUAN DOMINGUEZ ROMERO E.S.E SOLEDAD - ATLANTICO	Construcción y dotación del nuevo Hospital Juan Domínguez Romero de Soledad	Obra nueva
PONEDERA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE PONEDERA	Adecuación de la Infraestructura Física de las Áreas: Administrativa y Urgencias de la ESE de Ponedera.	Remodelación
SABANAGRANDE	E.S.E. HOSPITAL MUNICIPAL DE SABANAGRANDE	Construcción, ampliación, remodelación y/o adecuación de la infraestructura física de la ESE Hospital de Sabanagrande.	Remodelación

Fuente: Plan Bienal Atlántico 2016-2017 (documento preliminar).

En los proyectos de ampliación se presentan las ESE de los municipios de Malambo, Palmar de Varela, Santo Tomás y Polonuevo. La ampliación del centro de salud de Polonuevo se encuentra en ejecución sin embargo esta ampliación solo contempla el servicio ambulatorio, el de Santo Tomás se enfatizará en aumentar su capacidad en salas de partos y quirófanos y cuenta con viabilidad técnica pero aún no está contratado, el de Malambo fue aprobado por el Ministerio de Salud pero no se ha determinado el presupuesto, el proyecto que se propone en la ESE de Palmar de Varela será para aumentar el número de camas y se encuentra pendiente por elaborar.

La construcción de obras nuevas se encuentran en el municipio de Soledad en las ESE Juan Domínguez Romero y la ESE Hospital Materno Infantil de Soledad, de este ultima no se ha elaborado aún el proyecto.

Las remodelaciones se darán en Ponedera y Sabanagrande. El primero busca ampliar la infraestructura de las áreas administrativas y de urgencias, sin embargo no cuenta con un proyecto elaborado; en Sabanagrande por su parte se está interviniendo actualmente el servicio de consulta externa.

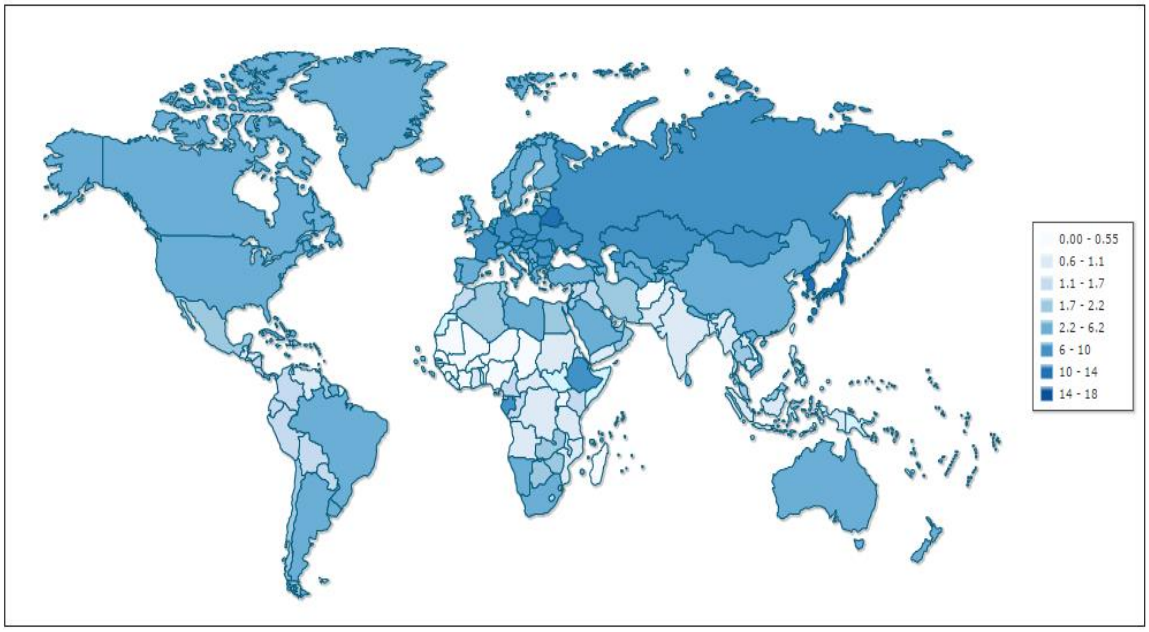
Luego de analizar los proyectos a realizar se observa la necesidad de la construcción de la nueva sede de la ESE Juan Domínguez, pues a pesar de que en los municipios del área de influencia se están contemplando nuevos proyectos persiste la necesidad en capacidad instalada en servicios de mediana complejidad.

8.2. La estimación del tamaño y tipo de camas de la nueva institución

8.2.1. Contexto general

En el mundo el índice camas hospitalarias tiene una gran variación, como se puede ver en el mapa publicado por Index Mundi.[44]

Figura 10 Camas hospitalarias en el mundo. Índice por mil habitantes.



Fuente: Index Mundi

Colombia presenta un índice de 1,4 por mil habitantes en este mapa, pero la información tomada del REPS (Febrero 9 de 2016) muestra un índice de 1,6 por mil habitantes.

El caso de Colombia si se compara con otros países muestra un déficit importante de camas hospitalarias. En el mundo algunos índices de camas por mil habitantes son Japón 13,7, Rusia 9,7, Alemania 8,3, Francia 6,6, Cuba 5,1, Argentina 4,5, Canadá 3,2, Uruguay 3,0, Estados Unidos 3,0, Suecia 2,8, Panamá 2,4, Brasil 2,3, Chile 2, Jamaica 2,8, Republica Dominicana 1,7, México 1,7, Ecuador 1,6, Colombia 1,6, Perú1,5, Haití 1,5, Paraguay 1,3, Costa Rica 1,3, Belize1,1, Bolivia 1,1, Nicaragua 1,1, El Salvador 1,Venezuela 0,9, Guatemala 0,7, <honduras 0,7. . Con las anteriores cifras de países seleccionados se puede apreciar una gran variabilidad y se podría afirmar que una meta de 2,5 camas hospitalarias por 1.000 habitantes no es algo desproporcionado para Colombia, más si se tiene en cuenta

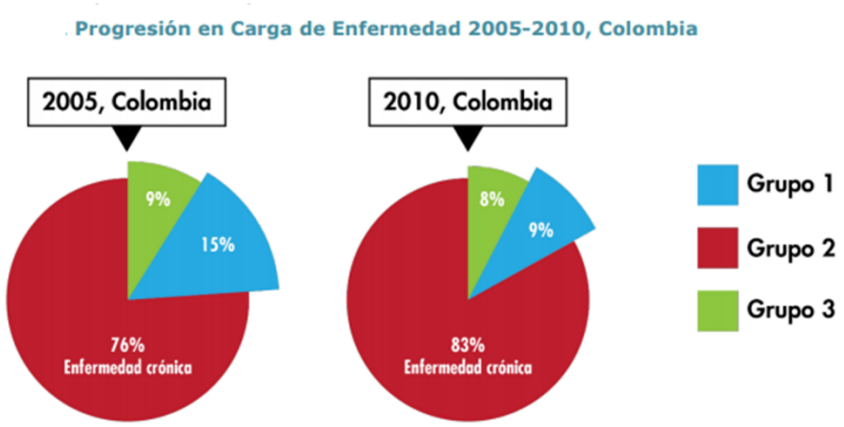
[44] Index Mundi En: www.indexmundi.com/map/'v=2227&|=es febrero9 de 2016

que la población está envejeciendo y las entidades crónicas tienden a aumentar como se aprecia a continuación.

Con el envejecimiento de la población se incrementa la esperanza de vida y con ello las enfermedades crónicas; adicionalmente se dan factores de riesgo nuevos (como la polución ambiental, entre otros). Además, con la tecnología actual muchos pacientes con estas entidades crónicas ya no mueren por ellas o se incrementa la supervivencia. La prevención de la enfermedad y la promoción de la salud ayudan a disminuir el problema pero no en su totalidad, por lo menos con los conocimientos y tecnología que tenemos en la actualidad.

Con un número de camas medio, teniendo en cuenta el incremento del aseguramiento y con ello el acceso a los servicios de salud, Colombia se ve sometido a un déficit de camas hospitalarias, esto puede percibirse cuando se observa la carga de la enfermedad que se presenta a continuación. Sin embargo en el caso de Barranquilla y el Departamento del Atlántico la situación es mejor que el promedio nacional aunque no con la región Magdalena Oriente, adelante se presentará esta información.

Figura 11 La carga de la enfermedad en Colombia



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, y Pontificia Universidad Javeriana. Estimación de la carga de la enfermedad para Colombia, 2010.

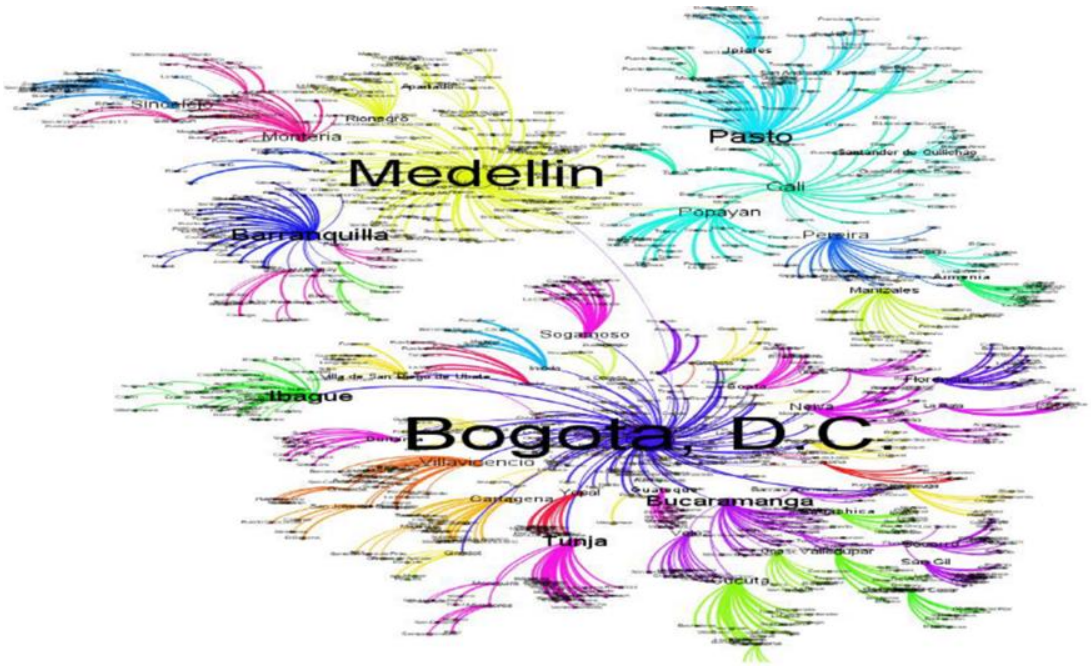
El grupo 1 son enfermedades transmisibles donde hay una disminución importante, el 2 se trata de las enfermedades crónicas y el 3 el de enfermedades de causa externa, es decir, el trauma. Colombia es un país en franca transición demográfica y epidemiológica donde la población está envejeciendo y por supuesto incrementando su esperanza de vida y con ello el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, la artritis entre otras; todas ellas demandarán cada vez más las camas hospitalarias.

Lo anterior se podría simular con los cambios en los modelos de atención y el Ministerio de Salud propone esto en su Política de Atención Integral en Salud[45] donde la prevención y

[45] Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Atención Integral en Salud En: https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Pol%C3%ADtica%20de%20Atenci%C3%B3n%20Integral%20en%20Salud.pdf#search=%252Cpolitica%2520atencion%2520integral%2520en%2520salud

promoción ocupan un espacio muy importante lo cual se materializa en el plan decenal de Salud Pública. [46]

Figura 12 El estudio de las redes de Servicio en Colombia – RIPS hospitalización personas



Fuente: Estudio sobre la Geografía Sanitaria de Colombia: Zonificación para Políticas Públicas en Salud, (G. Paez, C. Franco, L. Jaramillo)

En el anterior estudio se aprecia como Barranquilla es un centro de red para la región del Atlántico y Soledad.

También es importante tener en cuenta la red de prestación de servicios del Atlántico donde se consideran tres subredes, Mar Caribe (Norte)), la de la Cordialidad (Centro) y la del Rio Magdalena Oriente (Oriental). En esta última se considera que la ESE Hospital Departamental Juan Domínguez Romero es el centro de referencia de la Red del Rio Magdalena, que por estar ubicado en Soledad, que tiene una población mayor de 300.000 habitantes, debe ser un Hospital Regional Mayor.

Los hospitales regionales mayores deben incluir, según la propuesta de Reorganización elaborada por el departamento en 2013:[47]

- En lo **hospitalario** camas de adultos y pediátricas deben estar entre 60 y 200 camas y su tamaño se puede calcular con un índice de 20 camas por 100.000 habitantes.

[46] Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. En: https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf Feb 18 de 2016

[47] Documento de red hospitalaria. Estudio de la prestación de servicios de salud en el departamento del Atlántico y propuesta de reorganización de la red hospitalaria.

- En **urgencias** debe contar con sala de observación de adultos (10 a15 camillas), sala de observación de niños (8 a 12 camillas), sala de yesos, sala de reanimación de adultos con dos camillas, sala de reanimación de niños con dos camillas, una sala de rehidratación con tres cubículos, una sala de ERA con tres cubículos, sala de procedimientos menores.
- En **consulta externa** debe tener además de la de medicina general, medicina interna, pediatría, ginecología, obstetricia, cirugía general, ortopedia y traumatología, anestesiología, urología, oftalmología, ORL.
- En lo **quirúrgico** se debe contar con quirófanos generales, ginecología, oftalmología, ortopedia, ORL entre otros.
- **En apoyo diagnóstico y complementación terapéutica** con laboratorio clínico de mediana complejidad, Rayos X, ecografía, laboratorio de patología, transfusiones sanguíneas, morgue, rehabilitación, nutrición, psicología, farmacia y central de unidosis.
- Para el **transporte** con ambulancias TAB y TAM.

8.2.2. Estimación de déficit potencial de camas hospitalarias

La región que se consideró como área de influencia de Soledad, el municipio objeto del estudio, tiene un índice de 0,70 bajo en comparación con Barranquilla que tiene 3,8 por mil habitantes o el departamento con 2,4. Lo anterior pone en evidencia un déficit importante en Soledad y su área de influencia y, posiblemente por esto se le debe dar importancia al hospital de nivel intermedio.

Si bien el estudio de la Red del Atlántico fue realizado en el 2013 se aprecia en él la estimación del déficit de camas hospitalarias por municipio, región, departamento y tipo de camas. De las diferentes tablas presentadas se elaboró la tabla resumen para el déficit o superávit para el departamento, Barranquilla, Soledad y la Región de estudio. Ese resumen se puede consultar a continuación:

Tabla 48 Déficit o superávit de camas hospitalarias en el Atlántico, Barranquilla, la Región de estudio1 y Soledad proyectado al 2015

Ítem	Atlántico	Barranquilla	Región	Soledad
Camas adultos	986	1.212	-222	-142
Camas obstétricas	206	202	-24	-21
UCE Neonatal	95	109	-19	-5
Camas pediátricas	79	193	-96	-62
UCI Neonatal	22	61	-29	-10
UCI quemados pediátricos	0	-4	-3	-2
UCI quemados adultos	-1	4	-4	-3
Camas cuidado agudo mental	-4	15	-14	-3
UCI adultos	-8	116	-98	-58
Cuidado intermedio adultos	-18	44	-45	-33
Consultorios de urgencias	-55	-28	-25	-20
Camas psiquiatría	-69	-64	-122	-79
Cuidado intermedio pediátrico	-113	-41	-51	-36
Consultorios medicina general	-131	-6	-144	-123

Ítem	Atlántico	Barranquilla	Región	Soledad
Camas cuidado mental intermedio	-137	-34	-77	-54
Consultorios odontológicos	-148	-29	-109	-86
Camas farmacodependencia	-225	-123	-98	-62
UCI pediátricas	-249	-92	-117	-80

Fuente: Estudio de la prestación de servicios de salud en el departamento del Atlántico y propuesta de reorganización de la red hospitalaria. Secretaría de Salud proyectado a 2015 con tasa de crecimiento de la población de 2,2%. Elaboración KMPG.

De la anterior tabla se puede calcular que haya déficit de 946 camas en la región de las cuales 528 son en Soledad, podrían ser todas remplazadas por el sector público, pero si se mira el mercado dos tercios son privadas y el otro tercio públicas. Lo anterior nos llevaría a que 631 camas de la región podrían ser soportadas por el sector privado (66%) y por el público 315. En Soledad respectivamente serían 352 privadas y 176 privadas. Debe recordarse que hay 48 camas en funcionamiento del HJDR o sea que si el hospital se estima con unas 102 camas adicionales más las que se encuentran en funcionamiento es racional que pueda tener unas 150 camas descartándose algunos servicios como son los de salud mental y las de quemados. Aun así, se debe tener en cuenta que la población está en franco crecimiento por lo cual la demanda tiende a crecer y como tal el hospital en su diseño debe incluir la posibilidad de crecimientos futuros sin producir trastornos en el funcionamiento del hospital inicial.

A continuación, se hace un ejercicio adicional de estimar las camas a partir del diagnóstico y el promedio de estancia (ver siguiente tabla). Pero se debe recordar que en la región no existe una resolución suficiente para algunos problemas y posiblemente la demanda satisfecha no está acorde con la demanda real.

Tabla 49 Estimación de camas requeridas en la región a partir del promedio de estancia del grupo diagnóstico ajustado por subregistro de los RIPS (5,3%). RIPS 2015

Demanda de la región					Estimación camas requeridas con promedios de Colombia				
Nombre grupo dx22	**Femenino**	**Masculino**	**Total**	**Total ajustado por subregistro***	**Estancia promedio Colombia**	**Días requeridos**	**Ajustado 80% ocupacional**	**Camas requeridas**	**%**
Embarazo, parto y puerperio	3.004	26	3.030	6.352	2,4	15.302	19.128	52	10,9
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	1.736	917	2.653	5.562	4,4	24.609	30.762	84	17,5
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa	525	1.058	1.583	3.319	4,3	14.394	17.993	49	10,3
Enfermedades del aparato digestivo	420	482	902	1.891	3,9	7.380	9.225	25	5,3

Demanda de la región					Estimación camas requeridas con promedios de Colombia				
Nombre grupo dx22	**Femenino**	**Masculino**	**Total**	**Total ajustado por subregistro***	**Estancia promedio Colombia**	**Días requeridos**	**Ajustado 80% ocupacional**	**Camas requeridas**	**%**
Enfermedades del aparato genitourinario	612	257	869	1.822	4,0	7.293	9.116	25	5,2
Enfermedades del sistema respiratorio	323	350	673	1.411	5,0	7.102	8.878	24	5,1
Enfermedades del sistema circulatorio	276	246	522	1.094	7,3	8.007	10.009	27	5,7
Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo	243	257	500	1.048	5,2	5.459	6.824	19	3,9
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	434	61	495	1.038	3,3	3.461	4.326	12	2,5
Trastornos mentales y del comportamiento	139	273	412	864	32,2	27.832	34.790	95	19,8
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	197	142	339	711	8,4	5.968	7.460	20	4,3
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	149	152	301	631	3,7	2.359	2.948	8	1,7
Neoplasias	169	87	256	537	5,9	3.144	3.929	11	2,2
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo	107	93	200	419	3,7	1.554	1.943	5	1,1
Códigos para situaciones especiales	139	57	196	411	4,0	1.625	2.032	6	1,2
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	89	52	141	296	6,3	1.865	2.332	6	1,3
Enfermedades del ojo y sus anexos	63	51	114	239	4,6	1.105	1.381	4	0,8
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	31	30	61	128	6,9	883	1.104	3	0,6
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	32	11	43	90	7,3	661	826	2	0,5
Enfermedades del oído y de la	22	16	38	80	2,0	159	199	1	0,1

Demanda de la región					Estimación camas requeridas con promedios de Colombia				
Nombre grupo dx22	**Femenino**	**Masculino**	**Total**	**Total ajustado por subregistro***	**Estancia promedio Colombia**	**Días requeridos**	**Ajustado 80% ocupacional**	**Camas requeridas**	**%**
apófisis mastoides									
Enfermedades del sistema nervioso	2	5	7	15	9,4	138	172	0	0,1
Total	8.712	4.623	13.335	27.956	5,3	70.101	73.791	480	100,0

Fuente: SISPRO Febrero 2016.

En la tabla anterior se aprecian las necesidades de camas mínimas requeridas sin cambiar la demanda actual en las instituciones es de 480 camas y en la actualidad hay 616 camas en la región y 441 en Soledad. Según esto no hay déficit, pero existe una elevada falta de resolución de problemas de mediana complejidad los cuales se están atendiendo posiblemente en Barranquilla, bastante retirado del lugar de residencia de las personas, con un riesgo de tener entonces barreras de acceso a la prestación de servicios (tiempo, costos de pasaje, factores administrativos, culturales, etc.). Con el hospital nuevo con una mejor calidad en la atención y mejor capacidad de resolución el hospital Juan Domínguez Romero no solo cubrirá la demanda actual sino que la incrementará además del crecimiento poblacional esperado.

En la siguiente tabla se realiza un tercer análisis en donde se compara la región y cada uno de los municipios con el Atlántico y con Colombia, se estiman las camas que debieran existir y el posible déficit. Debe ser considerado que Barranquilla tiene un excelente servicio de salud con atención primaria, apoyado por la cantidad de camas hospitalarias de que dispone.

Tabla 50 Estimación de la región del déficit potencial con los índices de Colombia y el departamento del Atlántico

Municipio	Número	Población 2016	Índice x 1000 hbts	Camas requeridas con Índice de Colombia	Camas requeridas con índice del Atlántico	Déficit con índice de Colombia	Déficit con índice del Atlántico
Malambo	26	123.278	0,21	197	297	171	271
Palmar de Varela	0	25.485	0,00	41	61	41	61
Polonuevo	0	15.412	0,00	25	37	25	37
Ponedera	3	22.577	0,13	36	54	33	51
Sabanagrande	121	32.332	3,74	52	78	-69	-43
Santo Tomás	25	25.453	0,98	41	61	16	36
Soledad	441	632.014	0,70	1.008	1.521	567	1.080
Subtotal	616	876.551	0,70	1.399	2.110	783	1.494
Camas disponibles en el Atlántico	5.970	2.480.274	2,41	3.958	5.970		
Camas disponibles en Colombia	77.783	48.747.632	1,60				

Fuente: REPS del Ministerio de Salud febrero 9 de 2016

Con excepción de un municipio todos se encuentran deficitarios en comparación con índice promedio del Atlántico y la región en promedio solo tiene 0,7 camas por mil habitantes o sea casi un tercio del índice del departamento.

La pregunta a continuación es ¿cuál podría ser el tipo de camas requeridas? y ¿Con qué tamaño de hospital se podría iniciar?, sin descartar la posibilidad de un crecimiento futuro. Soledad adicionalmente requiere con esta metodología entre 567 y 1.080 camas adicionales y toda la región entre 783 y 1.494 camas adicionales.

En la siguiente tabla se hace un cuarto análisis donde se presenta el índice de camas por 1.000 habitantes en Colombia, el departamento, Barranquilla, la región y Soledad y cuál sería el número de camas que se requieren adicionalmente.

Tabla 51 Camas requeridas en el Atlántico según índices nacional y de 2,5

Tipo de camas	Colombia	Atlántico	Barranquilla	Región	Soledad
Camas actuales	77.783	5.970	4.609	616	441
Población	48.747.632	2.489.709	1.223.967	876.551	632.014
índice actual (1,6)	1,60	2,40	3,77	0,70	0,70
Requerimiento con índice nacional	77.783	3.958	1.953	1.399	1.008
Requerimiento con índice 2,5	121.869	6.224	3.060	2.191	1.580
Déficit con índice nacional	0	1.997	2.656	-783	-567
Déficit con índice 2,5	-44.086	-254	1.549	-1575	-1139

Fuente: Elaboración KPMG.

En el Atlántico con los índices nacionales hay una sobre oferta de 1.997 camas, pero en Barranquilla podría haber una sobre oferta de 2.656 camas. En la región de estudio y en Soledad hay un déficit acorde con su población, la sobre oferta de Barranquilla podría estar cubriendo esta población. Si se tiene en cuenta la región con Barranquilla se necesitarían 3.352 con el índice nacional y 5.251 camas con 2,5, en el primer caso hay 1.873 camas por encima y en el segundo faltarían solo 26.

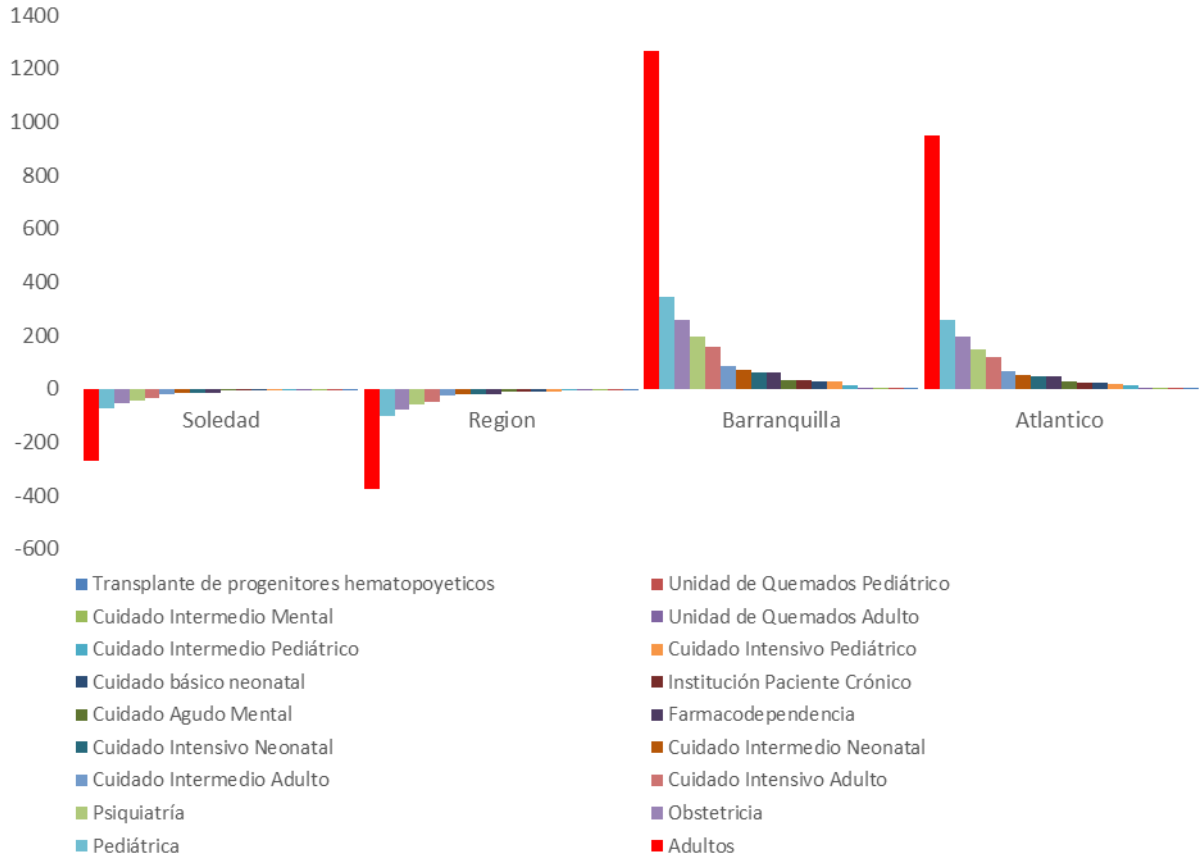
Nótese cómo en Soledad, de 30 servicios de internación se centran en cinco: general adultos, general pediátrica, cuidados intermedios adultos, obstetricia, cuidados intermedios neonatal. Si se mira la morbilidad atendida del hospital Juan Dominguez Romero donde se atenderán urgencias, hay necesidad de contar con servicios de cuidados intensivos tanto de adultos como pediátricos. Las unidades de cuidados intermedios podrán ser construidas en la proporción requerida de camas según las camas UCI que se abrirán.

En la siguiente tabla se incluyen los servicios habilitados en la región, el resto del departamento y en la totalidad del departamento.

Con muy pocas excepciones se podría afirmar que todos los servicios están deficitarios en la región de estudio (ver gráfico siguiente):

En el gráfico se aprecia como este déficit es de todo tipo de camas pero el mayor es en camas de adultos y pediátricas.

Gráfico 18. Déficit o exceso de camas hospitalarias estimados con índices de Colombia. Reps febrero de 2016



Fuente: realización KPMG con base a información del REP febrero 2016.

9. Requerimientos técnicos complementarios en relación con las redes de prestación de servicios de salud

En el diseño del hospital se debe tener en cuenta la resolución 2003 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social en la cual se definen se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. En ella se determinan la interdependencia de los servicios.

Con lo anterior se identificaron los servicios complementarios requeridos para cada grupo de servicios los cuales se presentan en la tabla a continuación:

Tabla 52 Criterios a tener en cuenta para responder a la interdependencia requerida por los servicios

Grupo servicio	Disponibilidad de:	Cuenta con:
General adultos	1. Cuidado Intensivo Neonatal.	1. Cuidado básico neonatal.
	2. Oftalmología.	2. Laboratorio Clínico.
	3. Cirugía pediátrica.	3. Servicio farmacéutico.
	4. Cardiología pediátrica.	4. Servicio de transfusión sanguínea.
	5. Transporte Asistencial Medicalizado.	5. Radiología.
		6. Terapia respiratoria.
		7. Proceso de esterilización.
Cirugía general	1. Laboratorio Clínico.	1. Transporte Asistencial.
	2. Transfusión sanguínea.	2. Nutrición.
	3. Radiología.	3. Proceso de esterilización.
	4. Servicio Farmacéutico.	4. Servicios de apoyo hospitalario (alimentación, lavandería, vigilancia y mantenimiento).
	5. Cirugía.	5. Laboratorio Clínico.
	6. Laboratorio Clínico.	6. Radiología.
	7. Radiología.	7. Transporte asistencial.
	8. Ultrasonido.	8. Proceso de esterilización.
	9. Servicio Farmacéutico.	9. Servicio farmacéutico.
	10. Transfusión sanguínea.	10. Vacunación.
	11. Fisioterapia o Terapia respiratoria.	11. Servicios de apoyo hospitalario (alimentación, lavandería, vigilancia y mantenimiento).
		12. Proceso de esterilización.
		13. Transporte Asistencial.

Grupo servicio	Disponibilidad de:	Cuenta con: 14. Servicios de apoyo hospitalario (alimentación, lavandería, vigilancia y mantenimiento).
Urgencias	1. Hospitalización.	1. Transfusión sanguínea.
	2. Radiología e Imágenes diagnósticas.	2. Patología.
	3. Laboratorio clínico.	3. Terapia respiratoria.
	4. Servicio farmacéutico.	4. Nutrición.
	5. Proceso de esterilización.	5. Transporte Asistencial.
	6. Hospitalización.	6. Terapia respiratoria.
	7. Cuidado Intensivo, según la oferta.	7. Nutrición.
	8. Transfusión sanguínea.	8. Transporte Asistencial.
	9. Radiología e Imágenes diagnósticas.	
	10. Laboratorio clínico.	
	11. Servicio farmacéutico.	
	12. Proceso de esterilización.	
	13. Patología.	
Consulta externa	1. Proceso de esterilización.	1. Hospitalización.
		2. Transfusión sanguínea.
		3. Radiología, de acuerdo con el servicio que ofrezca.
		4. Transporte asistencial.
Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica	1. Laboratorio clínico.	1. Transporte asistencial.
	2. Patología.	2. Proceso de esterilización.
	3. Servicio Farmacéutico.	Si realiza procedimientos, disponibilidad del proceso esterilización de acuerdo con el instrumental, dispositivos que utilicen y procedimientos que realicen.
	4. Radiología.	3. Disponibilidad del proceso de esterilización, si realiza procedimientos.
	5. Laboratorio Clínico.	4. Urgencias de alta complejidad.
	6.. Hospitalización.	5. Ginecología oncológica, cuando se presta el servicio de braquiterapia.
	7.. Cirugía.	6. Hospitalización de mediana y alta complejidad.
	8.. Transporte asistencial.	7. Servicio farmacéutico.
	9.. Proceso de esterilización.	8. Transporte asistencial.
	10. Transfusión sanguínea.	
	11. Servicio Farmacéutico.	
	12. Fisioterapia o Terapia respiratoria.	

Grupo servicio	Disponibilidad de:	Cuenta con:
	13. Servicios de apoyo hospitalario (alimentación, lavandería, aseo, vigilancia y mantenimiento).	
	14. Hospitalización.	
	15. Cirugía.	
	16. Cuidado Intensivo adulto o pediátrico o neonatal, según la oferta.	
	17. Fisioterapia o Terapia respiratoria.	
	18. Servicio farmacéutico.	
	19. Radiología.	
	20. Laboratorio Clínico.	
	21. Transfusión sanguínea.	
	22. Servicios de apoyo hospitalario (alimentación, lavandería, aseo, vigilancia y mantenimiento).	
	23. Imagenología.	
	24. Proceso de esterilización.	
	25. Transporte asistencial cuando,fuera de salas de cirugía, se realicen procedimientos bajo sedación Grado I y II.	
	26. Transporte asistencial cuando, fuera de salas de cirugía, se realicen procedimientos de radiología bajo sedación Grado I y II.	
	27. Urgencias y Hospitalización, cuando realice procedimientos con administración de medio de contraste e intervencionistas.	
	28. Proceso de esterilización, cuando realice procedimientos con administración de medio de contraste e intervencionistas.	
	29. Servicio farmacéutico de alta complejidad.	
	30. Transfusión sanguínea.	
	31. Hospitalización.	
	32. Central de mezclas.	
	33. Transporte Asistencial.	

Grupo servicio	Disponibilidad de: 34. Urgencias.	Cuenta con:
Trasporte asistencias		Disponibilidad del proceso de esterilización, si realiza procedimientos.
Cuidado Intensivo Adulto	1. Hospitalización.	1. Proceso de esterilización.
	2. Proceso de esterilización.	2. TransporteAsistencial, cuando se realicen procedimientos bajo sedación Grado I y II.
	3. Cuidado Intensivo.	
	4. Cirugía.	
	No aplica.	
	5. Cuenta con: convenio y/o contrato vigente con un Banco de Sangre para el suministro de sangre y/o componentes sanguíneos y la realización de las pruebas pretransfusionales, cuando la entidad no las realice.	
	6. Cuenta con contrato o convenio vigente con el o los laboratorios donde se procesarán las muestras.	
	7. Proceso de esterilización, cuando aplique.	
Cuidado Intensivo Neonatal	1. Cirugía.	Disponibilidad de proceso de esterilización.
	2. Laboratorio clínico.	
	3. Proceso de esterilización.	
	4. Transporte Asistencial.	
	5. Hospitalización de alta complejidad.	
	6. Cuidado Intensivo.	
	7. Cirugía.	
	8. Transfusión sanguínea.	
	9. Proceso de esterilización.	
Cuidado Intensivo Pediátrico	1. Servicio farmacéutico.	1. Transporte Asistencial Medicalizado.
	2. Hospitalización.	1. Valoración por oftalmólogo.
	3. Cirugía.	2. Valoración por cardiólogo.
	4. Laboratorio clínico.	3. Ecografía cerebral portátil.
	5. Servicio farmacéutico.	4. Disponibilidad de proceso de esterilización.
	6. Servicio de transfusión sanguínea.	
	7. Radiología.	

Grupo servicio	Disponibilidad de:	Cuenta con:
	8. Ultrasonido.	
	9. Proceso de esterilización.	
	10. Alimentación.	
Cuidado Intermedio Adulto	1. Hospitalización Adultos.	
	2. Cirugía.	
	3. Laboratorio Clínico.	
	4. Servicio farmacéutico.	
	5. Servicio de transfusión sanguínea.	
	6. Radiología.	
	7. Alimentación.	
	8. Ultrasonido.	
	9. Terapia respiratoria.	
	10. Proceso de esterilización.	
Cuidado Intermedio Neonatal	1. Cuidado Intensivo Neonatal.	
	2. Oftalmología.	
	3. Cirugía pediátrica.	
	4. Cuidado básico neonatal.	
	5. Laboratorio Clínico.	
	6. Servicio farmacéutico.	
	7. Servicio de transfusión sanguínea.	
	8. Cardiología pediátrica.	
	9. Transporte Asistencial Medicalizado.	
	10. Radiología.	
	11. Terapia respiratoria.	
	12. Proceso de esterilización.	
Cuidado Intermedio Pediátrico	1. Hospitalización pediátrica.	1. Fisioterapeuta.
	2. Laboratorio clínico.	2. Transporte asistencial.
	3. Servicio farmacéutico.	3. Servicios de apoyo hospitalario (alimentación, lavandería, vigilancia y mantenimiento).
	4. Servicio de transfusión sanguínea.	
	5. Radiología.	
	6. Terapia respiratoria.	
	7. Proceso de esterilización.	

Grupo servicio	Disponibilidad de:	Cuenta con:
Obstetricia	1. Hospitalización Adultos.	1. Cuidado Intensivo Neonatal.
	2. Cirugía.	2. Oftalmología.
	3. Laboratorio Clínico.	3. Cirugía pediátrica.
	4. Servicio farmacéutico.	4. Cardiología pediátrica.
	5. Servicio de transfusión sanguínea.	5. Transporte Asistencial Medicalizado.
	6. Radiología.	
	7. Alimentación.	
	8. Ultrasonido.	
	9. Terapia respiratoria.	
	10. Proceso de esterilización.	
	11. Cuidado básico neonatal.	
Pediátrica	1. Laboratorio Clínico.	1. Proceso de esterilización.
	2. Servicio farmacéutico.	2. Transporte Asistencial.
	3. Servicio de transfusión sanguínea.	3. Servicios de apoyo hospitalario (alimentación, lavandería, vigilancia y mantenimiento).
	4. Radiología.	
	5. Terapia respiratoria.	
	6. Proceso de esterilización.	
	7. Unidad de Cuidado Intermedio Pediátrico.	
	8. Hospitalización.	
	9. Cirugía pediátrica.	
	10. Laboratorio clínico.	
	11. Servicio farmacéutico.	
	12. Servicio de transfusión sanguínea.	
	13. Radiología.	
	14. Ultrasonido.	
	15. Terapia respiratoria.	
	16. Proceso de esterilización.	
	17. Tomografía Axial Computarizada.	
	18. Resonancia Nuclear Magnética.	
	19. Transporte Asistencial Medicalizado.	
	20. Cirugía.	
	21. Laboratorio Clínico.	

Grupo servicio	Disponibilidad de:	Cuenta con:
	22. Radiología.	
	23. Ultrasonido.	
	24. Servicio Farmacéutico.	
	25. Transfusión sanguínea.	
	26. Fisioterapia o Terapia respiratoria.	

Fuente: realización KPMG

Con lo anterior se tendría una institución que respondería a las exigencias de la habilitación y con estos criterios mínimos se diseñará el Plan Médico Arquitectónico (PMA).

Sistema de información, comunicación y TIC

Adicional a lo anterior se deberá contar con un sistema de comunicación y de regulación de pacientes que se integre a los mecanismos de referencia y contrareferencia acorde con el CRUE y las redes de las EPS.

Se deberá contar también con un sistema de información para lo cual se debe tener en cuenta la historia clínica, el módulo de administración, contable incluyendo el de facturación, y todo lo referente a guías y protocolos.

En un futuro muy próximo también se deberá contar con sistemas inhalambricos de comunicación entre el médico y el sistema de información de historias clínicas digitalizadas, y el médico y sus pacientes. La institución debe también pensar en disponer de los equipos requeridos para prestar servicios de telemedicina y recibirlos desde los hospitales de alta complejidad de la red.

Para el seguimiento de la seguridad de los pacientes se debe contar también con procedimientos de vigilancia epidemiológica (infecciones asociadas al cuidado, los eventos adversos, farmacovigilancia) lo que obliga a disponer de sistemas de información integrados.

Por último la institución debe también pensar en la investigación para lo cual se deberá tener un adecuado sistema de información. Su investigación debe ser más operativa de tal forma que sus resultados sirvan para el mejoramiento de la atención y la competitividad.

Para todo lo anterior se debe disponer del apoyo correspondiente de las tecnologías adecuadas.

10. Propuesta de los servicios no clínicos que debe suministrar el sector privado bajo el alcance del contrato de APP.

El artículo 3 de la Ley 1508 de 2012 señala literalmente que: “La 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, 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.”

Esto es, la Ley 1508 de 2012 es aplicable a los contratos en los cuales cualquier tipo de entidad estatal encargue al inversionista:

(i) El diseño y construcción de una infraestructura y sus servicios asociados; o

(ii) La construcción de una infraestructura y sus servicios asociados; o

(iii) La reparación de una infraestructura y sus servicios asociados; o

(iv) El mejoramiento de una infraestructura y sus servicios asociados; o

(v) El equipamiento de una infraestructura y sus servicios asociados.

En cualquiera de dichos eventos, el inversionista privado deberá realizar la operación y mantenimiento de dicha infraestructura.

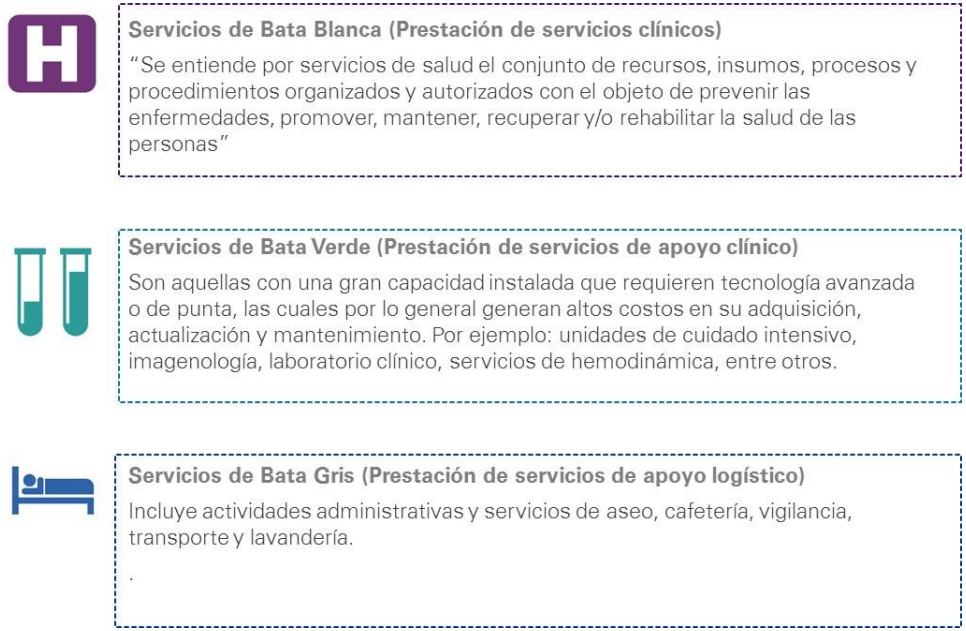
Dada las características del proyecto de reposición de la infraestructura del Hospital Juan Dominguez Romero de Soledad Atlántico bajo el esquema de Asociación Público Privado, nos encontramos en el numeral (i) en el cual se deben encargar al inversionista privado por la Ley 1508 de 2012 las actividades de diseño, construcción de la infraestructura, la operación y mantenimiento de la misma y reversión del activo al finalizar el contrato correspondiente.

Bajo esta modalidad que llamaremos DBOMT por sus siglas en ingles de Design, Build, Operate, Maintain and Transfer, la entidad contratante encargará al privado el diseño y la construcción, operación y el mantenimiento de la nueva infraestructura hospitalaria para la prestación del servicio público de salud. Sin perjuicio de lo anterior el contrato que se relize conlleva la necesidad de imponer al contratista la obligación de realizar inversiones que estén atadas a la infraestructura hospitalaria necesaria para prestar un buen

servicio público. Dicha obligación debe materializarse a través de la imposición de la prestación de realizar cualquiera de las actividades asociadas a la infraestructura hospitalaria directamente, más su operación y mantenimiento.

Para la determinación de los servicios a encarcar al inversionista es importante considerar que existen principalmente tres modelos bajo el esquema de Asociación Público Privada, conocidos como el modelo de “bata gris”, el modelo de “bata verde” y el modelo de “bata blanca”, la diferencia entre los modelos se basa en los servicios que incluye el contrato, sus características principales se presentan a continuación:

Figura 13. Características de los servicios de bata blanca, verde y gris

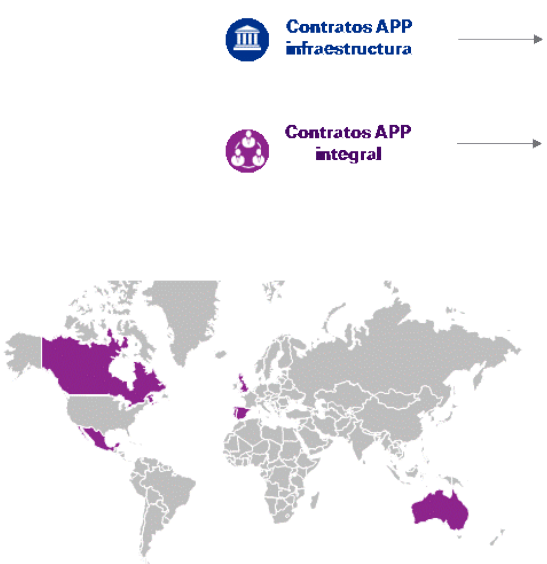


Fuente: realización KPMG

La complejidad de los servicos prestados podría influenciar la duración de los contrato, por ejemplo la duración de un proyecto de APP de bata blanca en general es menor a un proyecto de bata gris porque la prestación de servicios clínicos está sujeta a mayor dinamismo e incertidumbre, por ejemplo los proyectos de Bata gris en Europa, Reino Unido la duración del proyecto se situa entre 30 y 40 años,

y en España cerca a los 30 años, la etapa de construcción puede representar menos de tres años dependiendo del tamaño del hospital. En lo que concierne a America Latina, se cuentan con contratos como el de Chile por 18 años, tres años para la construcción y quince para la operación. Mexico, presenta contratos de 25 años dentro de los que se incluyen 14 meses para la etapa de construcción y 24 años para la etapa de operación. En Brasil la duración de los contratos es de 20 años y en Canadá ente 25 y 32 años.

Figura 14 Duración de los contratos de APP en salud en el mundo



Contratos APP infraestructura

- Plazos más largos
- Revisiones periódicas en caso de incluir dotación de equipos biomédicos

Contratos APP integral

- Plazos cortos (máx. 15 años) por la complejidad de los servicios.
- Sujeto a pocas revisiones y/o adiciones

País	Duración
Reino Unido	30 años
Canadá	25 – 32 años
Australia	25 años
México	25 años
Portugal (infraestructura)	30 años
España (comunidad madrileña)	30 años
Portugal (prestación de servicios clínicos)	10 años
España (comunidad valenciana)	15 años

Fuente: realización KPMG

Desde el objeto de la presente consultoria “Estructurar legal, técnica y financieramente un proyecto piloto para la nueva infraestructura de la ESE Hospital Departalmental Juan Dominguez Romero del municipio de Soledad Atrlántico, para las etapas de diseño, construcción, dotación, operación y mantenimiento de la infraestructura, incluyendo la prestación de servicios de apoyo no clínicos a través del esuqema de Asocciación público privada (APP) previsto en la Ley 1508 de 2012” se observa que el modelo de Bata Blanca no fue considerado dentro del alcance de la presente estructuración, descartando el análisis y/o inclusión de la prestación de servicios clínicos por parte del inversionista privado.

Como fuente complementaria de información en la presente consultoria se constituye de interés presentar para conocimiento la experiencia británica sobre la exclusión de algunos servicios en el nuevo contrato del PF2 y la experiencia de Turquia sobre el esquema de clasificación de los servicios, los cuales se presentan a continuación:

Tabla 53 Experiencia de servicios del Reino Unido

Experiencia de Servicios del Reino Unido		
Servicios incluidos en el contrato de PF2	**Servicios con flexibilidad a incluirlos en el contrato PF2**	**Servicios no incluidos en el contratos PF2**
Mantenimiento: administración del mantenimiento, mantenimiento planeado, reactivo y estutorio. **Manejo de energía:** Seguimiento y reporte de energía,identificación de oportunidades de ahorro de energía, **Help desk**: Provisión del sistema central para responder a requerimientos, plenación y monitoreo del desempeño. **Renovación del ciclo de vida**: Reposición planeada de activos para mantener la eficiencia y apariencia de la edificación.	**Obligaciones y Mantenimientos menores**: Terminados de Paredes internes, techosy pisos, reparaciones interiores de puertas y ventanas, consumo de energía, remoción de grafitis y otros mantenimientos menores. **Servicios electivos**	**Soft Services**: Limpieza y desperdicio, control de pesticida, catering, lavandería, seguridad, correo, **Servicios de administración:** Manejo de ocntratos, costos de servicio, poliza de seguros, tasas. Otros servicios

Fuente: realización KPMG

En el caso de Turquia, los proyectos de Asociación Público Privada de Hospitales provee los servicios divididos en dos categorías; la primera servicios que no son proporcionales a la tasa de ocupación del hospital tales como consumo y/o nivel de utilización, y los

segundos en servicios que estan impactados por la tasa de ocupación del hospital y/o consumo, estos servicios son a su vez categorizados en Servicios de soporte de volumen clínico y servicios de soporte de volumen.

Turquia clasifica igualmente los servicios en P1, como servicios que son obligatoris proveer y P2 servicios los cuales son opcionales. Los servicios P1 son referidos como los Servicios Duros de administración de la infraestructura que se desenvuelenm alrededor del mantenimiento del activo de infraestructura y los servicios P2 que son referidos como los servicios de administración blandos, que envuelven alredero de los servicios de soporte del hospital.

A continuación se presentan los criterios que de acuerdo con la experiencia del equipo consultor y dadas las particularides del proyecto se consideran objeto de análisis para la selección de actividades que se espera sean realizadas por el asociado privado y cuales actividades deben ser responsabilidad del Municipio y del Departamento para la infraestructura hospitalaria Juan Dominguez Romero.

1. **Complejidad del esquema de APP:** Determina si la inclusión de un tipo de servicio en particular incrementa la complejidad del esquema de APP y si dicha complejidad es justificada ante el tipo de servicio a incorporar, es decir, si en virtud de la prestación del servicio el inversionista privado deberá cumplir requisitos adicionales como la habilitación de los servicios y/o la solicitud de condiciones especiales como el requerimiento de que el inversionista sea un prestador de servicios de Salud de carácter privado o mixto.

2. **Fuente de pago de los servicios:** Se analiza si la fuente de pago a los servicios que se utilizaría es de bajo riesgo y/o se cuentan con mecanismos de cobertura para su mitigación.

3. **Eficiencia, calidad y capacidad de innovación en la prestación del servicio:** Evalua si el servicio bajo análisis puede ser prestado por el inversionosta privado con una mejor calidad, eficiencia y capacidad de innovación que el ser prestado por la entidad pública correspondiente.

4. **Economías de escala:** Se considera si el asociado privado genera economías de escala en la prestación del servicio, que le permitan una optimización de los costos o tiempos para su prestación.

5. **Mantener y operar en estado óptimo la infraestructura:** Analiza si el privado tiene la capacidad y/o obligación para generar un adecuado mantenimiento y operación de la infraestructura.

6. **Conocimiento en la prestación del servicio**: Considera si la parte público o privada poseen la experiencia y conocimientos requeridos para la prestación del servicio y si el inversionista privado puede aprovechar su experiencia, capacidad de gestión y financiación.

A partir de estos criterios, a continuación se presentan los servicios que se recomienda de forma preliminar sean suministrados por el asociado privado y cuales por el sector público al Municipio de Soledad y del Departamento del Atlántico (Secretaria de Salud y la E.S.E departamental).

Es importante señalar que la distribución de estos servicios podrá ser ajustada según el sondeo de mercado que se realicé durante el desarrollo de la presente consultoría, los servicios que efectivamente el asociado privado esté dispuesto a asumir y las decisiones sobre la estructura de la transacción que se efectúen por parte del DNP, Departamento del Atlántico, la E.S.E y el Ministerio de Salud y Protección Social.

10.1. Diseño y Construcción

Como se mencionó anteriormente el artículo 3 de la Ley 1508 de 2012 señala literalmente que: “La 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, 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.” (Negrita fuera de texto)

De dicha normativa y al evaluar los lineamientos de riesgos para proyectos de infraestructura se observa que el riesgo de diseño y construcción debe ser asignado a la parte que esta en mejor capacidad de administrarlo y mitigarlo, política que aunada los criterio a los de eficiencia, calidad, economía de escala, mantener y operar en estado optimo la infraestructura y conocimiento en la prestación del servicio, permite determinar ineludiblemente que las actividades de díseño y construcción deben ser asignadas al inversionista privado.

10.2. Servicios Básicos

Teniendo en cuenta que la Ley 1508 de 2012 establece que el inversionista privado deberá efectuar la operación y el mantenimiento de la infraestructura y el inversionista privado puede prestar dicho servicio con eficiencia, calidad capacidad de innovación, flexibilidad para contratación y/o prestación generando económicas de escala y posee el conocimiento en la prestación del servicio, se recomienda la asignación de los servicios básicos al inversionista privado.

Para el efecto, el Departamento del Atlántico deberá evaluar su disponibilidad para el pago de dichos servicios frente al contrato de Asociación Público Privada, evaluándose igualmente si se debe generar algún esquema en el cual la ESE retribuya dicho pago a la entidad territorial.

Para efectos de la discriminación de los servicios básicos, es importante mencionar que la Circular Externa No 29 de la Superintendencia de Salud dicta normas sobre mantenimiento hospitalario. Esta circular establece que por mantenimiento deben entenderse las actividades técnico-administrativas dirigidas principalmente a prevenir averías y a restablecer la infraestructura y la dotación hospitalaria a su estado normal de funcionamiento, así como las actividades tendientes a mejorar el funcionamiento de un equipo, igualmente, el artículo 2 del Decreto 1769 de 1994 establece que para los efectos del mantenimiento, se entiende por infraestructura hospitalaria los edificios, las instalaciones físicas, las redes eléctricas, de sistemas y comunicaciones, telefónicas, hidráulicas y de vapor, redes locales, redes de conducción de gases medicinales y las áreas adyacentes a las edificaciones.

Conforme a la mencionada Circular, el mantenimiento se divide en mantenimiento de la infraestructura y mantenimiento de la dotación. Dentro de los servicios básicos a ser provistos por el inversionista privado se incorporan los siguientes:

10.2.1. Servicio de mantención de infraestructura, equipamiento industrial y mobiliario no clínico.

10.2.1.1. Servicio de mantención de instalaciones y equipamiento del sistema de aguas.

Este servicio se subdivide en:

a) Servicio de mantenimiento de instalaciones y equipamiento del subsistema de provisión de agua fría y caliente.
b) Servicio de mantenimiento de instalaciones y equipamiento del subsistema de provisión de aguas tratadas.
c) Servicio de mantenimiento de instalaciones y equipamiento del subsistema de evacuación de aguas servidas.
d) Servicio de mantenimiento de instalaciones y equipamiento del subsistema de evacuación de aguas lluvias.

10.2.1.2. Servicio de mantención de instalaciones y equipamiento del sistema de energía e iluminación artificial.

10.2.1.3. Servicio de mantenimiento de instalaciones y equipamiento del sistema de transporte vertical.

10.2.1.4. Servicio de mantenimiento de instalaciones y equipamiento del sistema de corrientes débiles.

Este servicio se subdivide en:

a) Servicio de mantenimiento de instalaciones y equipamiento del subsistema de timbres y alarmas.
b) Servicio de mantenimiento de instalaciones y equipamiento del subsistema de antenas TV/FM y circuito de TV.
c) Servicio de mantenimiento de instalaciones y equipamiento del subsistema de llamados de enfermería.
d) Servicio de mantenimiento de instalaciones y equipamiento del subsistema de señalización horaria.
e) Servicio de mantenimiento de instalaciones y equipamiento del subsistema de comando para auditorios.
f) Servicio de mantenimiento de instalaciones y equipamiento del subsistema audio y video.

10.2.1.5. Servicio de mantenimiento de instalaciones y equipamiento del subsistema de correo neumático.

10.2.1.6. Servicio de mantenimiento de instalaciones y equipamiento del sistema de climatización

10.2.1.7. Servicio de mantenimiento de instalaciones y equipamiento de sistemas de gases clínicos.

10.2.1.8. Servicio de mantenimiento y operación del sistema de control centralizado.

10.2.1.9. Servicio de mantenimiento de exteriores, áreas verdes y paisajismo.

10.2.2. Servicios no clínicos de apoyo

Teniendo en cuenta que en la experiencia internacional en Latinoamérica, estos servicios han sido asignados al inversionista privado en contratos de Asociación Público Privada en el sector salud y se considera que el inversionista privado puede prestar dicho servicio

con eficiencia, calidad capacidad de innovación, flexibilidad para la selección de subcontratistas o terceros para su prestación generando económicas de escala y posee el conocimiento en la prestación del servicio, se recomienda la asignación de los servicios no clínicos de apoyo al inversionista privado.

Al respecto, es importante considerar que los servicios no clínicos de apoyo se constituyen en gastos que actualmente son asumidos por la ESE y dependen de la gestión hospitalaria en el proyecto, en caso de incorporarse en el contrato, dadas las características financieras de la ESE, debe evaluarse la fuente para su pago y analizar en caso que la Entidad Territorial lo requiera el mecanismo jurídico bajo el cual la ESE pueda retribuir a la entidad territorial los recursos.

Adicionalmente, debe considerarse que en algunos de estos servicios como el de gestión integral de residuos hospitalarios el inversionista privado deberá desarrollar programas aprobados por la autoridad sanitaria. De conformidad con el artículo 36 de la Resolución 4445 de 1996, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deben contar con servicio de cocina, lavandería, almacén y mantenimiento. A continuación se hará referencia a cada uno de estos servicios dentro de los servicios no clínicos a prestarse.

10.2.2.1. Aseo y limpieza general

El objetivo del servicio es proporcionar un alto y eficiente nivel de limpieza en toda el área de la concesión, con un estándar de servicio que entregue un ambiente clínico y socialmente adecuado, contribuyendo a proyectar un imagen apropiada del hospital.

10.2.2.2. Gestión integral de residuos hospitalarios y control sanitario de vectores

El objetivo es proporcionar un alto y eficiente nivel de limpieza en toda el área de la concesión, con un estándar de servicio que entregue un ambiente clínico y socialmente adecuado.

10.2.2.3. Gestión de ropería y vestidores

El objetivo del servicio de gestión de ropería y vestidores corresponderá a la provisión, distribución, recolección, lavado y planchado de los uniformes del personal del hospital, de la ropa de cama y de la ropa quirúrgica, compatibles con una actividad clínica de alta calidad y acordes con los requerimientos normativos de área mínima por cama según la capacidad de la institución y con la distribución y ambientes estipulados por la normativa.

10.2.2.4. Servicios de alimentación para pacientes

El objetivo del servicio es proveer la alimentación requerida a los pacientes en concordancia con la normativa y los requerimientos técnicos que se establezcan, dentro de las cuales se encuentran las áreas de los espacios a ser utilizados, los ambientes que debe incluir este servicio como los son (Administración del servicio, recepción, almacenamiento, preparación y cocción; distribución, comedor, parqueo y lavado de carros termos; lavado de ollas, utensilios y de vajilla en forma separada entre otros).

10.2.2.5. Servicios de seguridad y vigilancia

El objetivo es prestar un servicio integral de seguridad y vigilancia a los pacientes, visitas y funcionarios del hospital, y la protección de la infraestructura y de los bienes del hospital.

10.2.2.6. Servicio de almacén

El objetivo del servicio es almacenar y distribuir los suministros utilizados en las instituciones, tales como papelería, sustancias químicas, sustancias inflamables. Hacen parte de este servicio entre otros los siguientes ambientes: Papelería, ropa, muebles y material de consumo, sustancias químicas, sustancias inflamables, unidad sanitaria.

10.2.2.7. Servicio de mantenimiento

El objetivo del servicio es ubicar los equipos fijos que garanticen la operatividad de la institución. La norma lista los ambientes necesarios para prestar este servicio y que en su mayoría se destinan a albergar los equipos necesarios; tales espacios deberán cumplir con las especificaciones allí listadas en materia de señalización para el manejo, sistemas de ventilación, materiales y estructura de superficies, dotación de equipos contra incendios y protección contra factores ambientales en especial contra aguas lluvias.

El servicio deberá contar con espacios para: taller, calderas, equipos de purificación de agua, planta eléctrica de emergencia, depósito de gas, aprovisionamiento de oxígeno, incinerador de basuras, compactador de basura, desnaturalización de residuos sólidos entre otros.

10.2.3. Servicios de apoyo clínico

El Artículo 33 de la Resolución 4445 de 1996 se refiere a los servicios de apoyo como aquellos destinados al apoyo de las actividades de diagnóstico y tratamiento de usuarios hospitalizados y ambulatorios, estos servicios aún cuando el inversionista privado puede prestarlos con eficiencia, calidad, cuenta con flexibilización de contratación para su prestación, podría proveer economias de escala generando una posible fuente de ingreso para la disminución de vigencias futuras en el proyecto. No obstante, al constituirse el Hospital Juan Dominguez Romero en el primer proyecto piloto de salud en Colombia, la prestación de los servicios de apoyo clínico genera una compejidad en el modelo de APP cambiando su estructura básica, requiriendo un inversionista privado que se habilite ante el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad y/o un proceso licitatorio en el cual, 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.

Lo anterior aunado a que la Empresa Social del Estado Juan Dominguez Romero fragmentaría la prestación de sus servicios, dejando separadamente los servicios clínicos de los servicios de apoyo no clínico, requiriéndose entre otras características la existencia de un mecanismo jurídico de coordinación entre la ESE y el inversionista privado para la prestación de estos servicios complementarios.

En virtud de lo anterior, se recomienda inicialmente que los servicios de apoyo clínico referenciados a continuación pueden constituirse en responsabilidad de la Empresa Social del Estado Juan Dominguez Romero.

Dentro de los servicios de apoyo clínico se encuentran:

10.2.3.1. Archivo de historias clínicas

El objetivo de este servicio es llevar a cabo el control de información, citas, caja, archivo, clasificación y codificación. La Resolución 1995 de 1999 y el capítulo 6 del Anexo 1 de la resolución 1046 de 2006 incorpora las disposiciones para el manejo de historias clínicas, detallandosen los criterios de verificación para que los pacientes cuenta con historia clínica, un manejo adecuado entre otros, hacen parte de este servicio el control de información, citas y cajas, archivo de historias clínicas, clasificación y codificación.

10.2.3.2. Servicio de atención farmacéutica

El objetivo de este servicio es el almacenamiento, conservación, distribución, dispensación y control de medicamentos e insumos para la salud. Para el diseño y construcción de los servicios de atención farmacéutica deberá darse cumplimiento al decreto 2200 de 2005, la Resolución 1043 de 2006 sobre condiciones tecnológicas y científicas mínimas, y la Resolución 1403 de 2007 la cual establece los criterios administrativos y técnicos generales del modelo de gestión del servicio farmacéutico y se adopta el manual de condiciones esenciales y procedimientos del servicio farmacéutico.

10.2.3.3. Servicio de laboratorio clínico

Es el servicio destinado a la realización de analisis de especimenes biológicos de origen humano. Para el diseño y construcción de laboratorios clínicos. Para el diseño y construcción de laboratorios clínicos deberá darse cumplimiento lo previsto en la Resolución 1043 de 2006 en cuanto a laboratorios clínicos.

10.2.3.4. Servicio de Banco de Sangre

La Resolución 4445 de 1996 establece que este servicio es destinado a la obtención, procesamiento, almacenamiento, conservación, transfusión y suministro de sangre humana o de sus hemoderivados, requiriéndose de licencia sanitaria de funcionamiento.

10.2.3.5. Servicio de rehabilitación

Es el servicio destinado a la realización del diagnóstico, tratamiento y prevención de las discapacidades se relaciona fundamentalmenlte con el acceso de público y con 'los servicios de hospitalización.

10.2.3.6. Servicio de imageneologia.

El objetivo del servicio es la realización y complementación del diágnostico, atención y tratamiento de de los usuario, dentro de los subservicios de imageneologia se encuentran:

a) Rayos x
b) Ecografía
c) Resonancia magnética
d) Medicina nuclear

10.2.3.7. Servicio de transporte

El objetivo del servicio es la coordinación del uso de ambulancias y demás medios de transporte del hospital. Forma parte de este servicio la oficina de coordinación y los garajes.

10.2.3.8. Servicio de comunicaciónes

El objetivo del servicio es garantizar la comunicación interna y externa del hospital. Forma parte de este servico el conmutador telefónico, el sonido y llamado de enfermeras.

10.2.3.9. Servicio de nutrición y dietética

El numeral 9 del artículo 33 de la Resolución 4445 de 1996, se refiere al servicio de nutrición y dietética como aquel que apoya la prestación de servicios de salud en términos de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, a partir de la formulación y monitoreo de las dietas alimenticias de los pacientes. El servicio requiere un espacio de coordinación y un consultorio.

10.2.4. Provisión, soporte técnico, mantenimiento y reposición de equipamiento, mobiliario e instrumental específico (médico).

La dotación hospitalaria, según el contrato de APP, puede incluir: el equipo industrial de uso hospitalario, el mobiliario para uso administrativo y para usos asistenciales y los equipos de comunicaciones e informática. Por lo tanto el inversionista privado deberá realizar:

- La adquisición del equipo industrial de uso hospitalario, las plantas eléctricas, ascensores, los equipos de lavandería y cocina, las calderas, las bombas de agua, las autoclaves, el equipo de seguridad, el de refrigeración y aire acondicionado y aquellos equipos relacionados con servicios de apoyo hospitalario.

- La adquisición del mobiliario para uso administrativo, de la interventoría y para usos asistenciales.

- La adquisición del equipo de comunicaciones e informática. Entre otros, el equipo de cómputo, las centrales telefónicas, los equipos de radiocomunicaciones, los equipos que permiten el procesamiento, reproducción y transcripción de información y todos aquellos que conforman el sistema de información hospitalario.

De conformidad con las experiencias de Asociaciones Público Privadas en el sector salud el inversionista privado puede prestar dicho servicio con eficiencia, calidad capacidad de innovación, capacidad de compra generando económicas de escala y posee el conocimiento en la prestación del servicio, se recomienda la asignación de la provisión, soporte técnico, mantenimiento y reposición de equipamiento, mobiliaria e instrumental específico (médico).

No obstante, debe llevarse a cabo la discusión con el Departamento del Atlantico de la fuente de pago de dichos servicios y esquema transacional a utilizar en el contrato de APP para definir su inclusión definitiva en el contrato.

10.2.5. Provisión, soporte técnico, y mantenimiento de dotación de equipos biomédicos.

El equipo biomédico comprende todo aparato o máquina, operacional y funcional, que reúna piezas eléctricas, electrónicas, mecánicas y/o híbridas; desarrollado para realizar las actividades de prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación en servicios de salud.

Dispositivo médico operacional y funcional que reúne sistemas y subsistemas eléctricos, electrónicos o hidráulicos, incluidos los programas informáticos que intervengan en su buen funcionamiento, destinado por el fabricante a ser usado en seres humanos con fines de prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación. No constituyen equipo biomédico, aquellos dispositivos médicos implantados en el ser humano o aquellos destinados para un sólo uso.

Por lo tanto el inversionista privado podira realizar:

- La adquisición e instalación del equipo biomédico básico establecido en el contrato de APP y la dotación del equipo adicional que se considere necesario para la prestación del servicio médico con el mantenimiento o garantía que se estipule.

En la experiencia internacional se ha observado una migración a la incorporación de equipos biomedicos en los contratos de APP, esta migración ha permitido eliminar riesgos en el proceso de diseño e instalación del equipamiento y ha permitido que las entidades prestadoras de salud cuenten no solo con una infraestructura adecuada sino tambien con los equipos necesarios para la prestación de los servicios clínicos.

Se ha observado que el inversionista privado puede prestar dicho servicio con eficiencia, calidad, capacidad de innovación, económias de escala y posee el conocimiento para su prestación del servicio que permitirían asignar la adquisición de este equipamiento al inversionista privado, no obstante debe evaluarse con la entidad contratante (Departamento del Atlantico), la fuente de pago para la provisión de dicha infraestructura y su vinculación en el contrato de APP para la determinación definitiva de este tipo de servicios en el contrato.

10.2.6. Servicios de explotación comercial.

10.3. Ventajas y desventajas

A continuación se presenta en forma de resumen un análisis de las ventajas y desventajas de la incorporación de los diferentes tipos de servicios en el contrato de APP.

Tabla 54 Ventajas y desventajas de los tipos de servicios en el contrato de APP

Tipos de servicios a asignarse al privado	Subservicios	Ventajas	Desventajas
Servicios básicos	1. Mantenimiento de la infraestructura general y del mobiliario no clínico. 2. Mantenimiento de instalaciones y equipamiento del sistema de aguas 3. Mantenimiento de instalaciones y equipamiento del sistema de energía e iluminación vertical 4. Mantenimiento de instalaciones y equipamiento del sistema de transporte vertical. 5. Mantenimiento de instalaciones y equipamiento del sistema de corrientes débiles. 6. Mantenimiento de instalaciones y equipamiento del subsistema de correo neumático 7. Mantenimiento de instalaciones y equipamiento del sistema de climatización 8. Mantenimiento de instalaciones y equipamiento del sistema de gases clínicos 9. Mantenimiento y operación del sistema de control centralizado 10. Mantenimiento de exteriores, áreas verdes y paisajismo.	La Ley 1508 de 2012 establece que el inversionista privado deberá efectuar la operación y el mantenimiento de la infraestructura Eficiencia, calidad y capacidad de innovación en la prestación del servicio por parte del privado. Flexibilidad para la selección de subcontratistas o terceros para la prestación del servicio Economías de escala	El Departamento debería efectuar los pagos de estos servicios. Se debería evaluar el esquema bajo el cual la ESE retribuye el pago a la entidad territorial
	1. Aseo y limpieza general, gestión integral de residuos hospitalarios y control sanitario de vectores. 2. Gestión de ropería y vestidores	Eficiencia, calidad y capacidad de innovación en la prestación del servicio por parte del privado.	**S**e constituyen en gastos que actualmente son asumidos por la ESE y

Servicios no clínicos de apoyo	3. Servicios de cafetería para pacientes 4. Servicios de seguridad y vigilancia	Flexibilidad para la selección de subcontratistas o terceros para la prestación del servicio Economías de escala En la experiencia internacional en Latinoamérica, estos servicios han sido asignados al inversionista privado en contratos de APP	dependen de la gestión hospitalaria en el proyecto. En caso de incorporarse en el contrato, dadas las características financieras de la ESE, la Entidad territorial debería comprometer las vigencias futuras para su pago y evaluarse el mecanismo jurídico bajo el cual la ESE pueda retribuir a la entidad territorial los recursos. En algunos de estos servicios como el de gestión integral de residuos hospitalarios el inversionista privado deberá desarrollar programas aprobados por la autoridad sanitaria.

Servicios de apoyo clínico	1. Laboratorio clínico 2. Servicio farmacéutico 3. Radiología e imágenes diagnósticas 4. Ultrasonido, 5. Transfusión sanguínea, 6. Electro diagnóstico, 7. Endoscopia 8. Tamización de cuello uterino **9.** Patología.	Eficiencia, calidad y capacidad de innovación en la prestación del servicio por parte del privado. Flexibilidad para la selección de subcontratistas o terceros para la prestación del servicio Economías de escala. La ESE no generaría tercerización a diferentes actores de estos servicios. Se puede constituir en una fuente de ingreso para la disminución de vigencias futuras.	Dada la prestación de este servicio el inversionista privado deberá habilitarse y/o en el proceso licitatorio se deben solicitar condiciones especiales al inversionista y/o requerir que el mismo sea un prestador de servicios de Salud de carácter privado o mixto. Debe existir un mecanismo jurídico de coordinación entre la ESE y el inversionista privado para la prestación de estos servicios complementarios

Fuente: realización KPMG

PRIMER AVANCE DE LA JUSTIFICACIÓN ECONÓMICA

11. Requerimientos técnicos

En el presente apartado se detalla la normativa y requerimientos técnicos que se deben considerar y cumplir para el desarrollo de una infraestructura hospitalaria en el municipio de Soledad – Atlántico; dicha normativa debe ser aplicada en las distintas fases del proyecto: redacción, construcción y operación.

Se especifica la normativa exigida por las autoridades del sector de la salud, las reglamentaciones urbanas, ambientales y sociales, así como las prescripciones reglamentarias y códigos normativos vigentes en Colombia, para el sector de la construcción.

11.1. Normatividad sobre sistema único de habilitación (Sector salud)

De acuerdo con el MSPS, es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB).

Tabla 55 Normatividad sobre el sistema único de habilitación

Normas Vigentes	Resolución 226 de 2015 Resolución 3678 de 2014 Resolución 2003 de 2014 Decreto 1011 de 2006 Resolución 4445 de 1996 Habilitación en Servicios de Oncología Guía para la Habilitación de Servicios Oncológicos
Antecedentes normativos	Resolución 1441 de 2013 Resolución 2680 de 2007 Resolución 3763 de 2007 Resolución 1448 de 2006 Resolución 1315 de 2006 Resolución 1043 de 2006
Documentos técnicos	Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud que hace parte de la Resolución 2003 de 2014 Paquetes instruccionales de las buenas prácticas para la seguridad del paciente Lista de chequeo para evaluación de la seguridad del paciente Modos de Verificación de las Certificaciones definidas como previas en Infraestructura Consolidado normatividad fitoterapéuticos y homeopáticos
Instrumentos	ABC Habilitación de Prestación de Servicios de Salud

	Para el formulario de Inscripción y novedades remítase a la página de su Entidad Departamental o Distrital donde este prestando el servicio de salud.
Normatividad que reglamenta el desarrollo de la infraestructura física hospitalaria	Resolución 14861 de 1985 Resolución 2240 de 1996 Resolución 4445 de 1996 Resolución 5042 de 1996 Circular 049 de 2008 Resolución 1043 de 2006 Resolución 2514 de 2012 Resolución 0293 de 2004 Resolución 90874 de 2014

Fuente. Realización KPMG en base a la información del MSPS

11.2. Normatividad de carácter ambiental

Es el conjunto de normas de consideración, manejo y conservación de los recursos naturales y el medio ambiente, a través de los principios fundamentales de derecho a un ambiente sano, el medio ambiente como patrimonio común, y desarrollos sostenibles.

Tabla 56 Normatividad de carácter ambiental

Normativa	Concepto	Fase de aplicación		Recursos
		Construcción	Operación	
Decreto 1609 de 2002	Transporte de sustancias peligrosas	X	X	Vehículos, kits de derrames, herramientas
Decreto 1713 de 2002	Manejo integral de residuos no peligrosos	X	X	Puntos de acopio, recipientes para la separación en la fuente, personal de aseo, Gestor ambiental

Normativa	Concepto	Fase de aplicación		Recursos
		Construcción	Operación	
Decreto 2676 de 2002	Gestión integral de residuos hospitalarios y similares		X	Puntos de acopio, recipientes para la separación en la fuente, personal de aseo, Gestor ambiental
Decreto 3930 de 2010	Usos del agua y manejo de vertimientos	X	X	Planta de tratamiento de aguas residuales, operador de planta, Gestor Ambiental
Decreto 4741 de 2005	Manejo integral de residuos peligrosos	X	X	Puntos de acopio, recipientes para la separación en la fuente, personal de aseo, Gestor ambiental
Decreto 948 de 2005	Prevención y control de las emisiones atmosféricas	X	X	Gestor Ambiental
Ley 1453 de 2011	Obstrucción de vías que afecten el orden público	X	X	Gestor Ambiental
	Gestión integral de residuos de aparatos eléctricos y electrónicos		X	Puntos de acopio, recipientes para la separación en la fuente, personal de aseo, Gestor ambiental

Normativa	Concepto	Fase de aplicación		Recursos
		Construcción	Operación	
	Plan de ahorro y uso eficiente del agua	X	X	Gestor ambiental, elementos para reducir el consumo de agua
	Etiquetado de sustancias peligrosas	X	X	Gestor ambiental, etiquetas
	Código nacional de Transporte	X	X	Ley 1672 de 2013
Ley 9 de 1979	Medidas sanitarias	X	X	Ley 373 de 1997
Ley 967 de 2001	Plan de ahorro y uso eficiente de la energía	X	X	Ley 55 de 1993
Resolución 1164 de 2002	Gestión integral de residuos hospitalarios y similares		X	Ley 769 de 2002
Resolución 1362 de 2007	Registro de generadores de residuos peligrosos		X	Gestor ambiental
Resolución 1541 de 2013	Olores ofensivos		X	Gestor ambiental
Resolución 2309 de 1986	Manejo de residuos especiales		X	Puntos de acopio, recipientes para la separación en la fuente, personal de aseo, Gestor ambiental
Resolución 541 de 1994	Manejo de escombros	X		Residente ambiental, punto de acopio, volquetas para el transporte, escombreras para la disposición final

Normativa	Concepto	Fase de aplicación		Recursos
		Construcción	Operación	
Resolución 627 de 2006	Emisión de ruido	X	X	Gestor ambiental, equipos de medición
Resolución 631 de 2015	Límites permisibles de vertimientos		X	Planta de tratamiento de aguas residuales, operador de planta, equipos de medición, Gestor Ambiental
Resolución 898 de 1995	Criterios de calidad ambiental de los combustibles	X	X	Gestor ambiental
Resolución 910 de 2008	Niveles permisibles de emisión de fuentes móviles	X	X	Gestor ambiental
Resolución 941 de 2009	Registro único Ambiental		X	Gestor Ambiental
Decreto 1791 de 1996	Aprovechamiento forestal	X		Residente ambienta, cuadrilla para tala

Fuente. Realización KPMG

11.3. Normatividad componente social

Desde el componente Social la normativa es más general y se relaciona directamente con las comunidades que habitan el área de influencia del proyecto, y buscan en todos los casos, mitigar cualquier impacto negativo que puede generarse con el inicio de los proyectos y su ejecución.

Tabla 57 Normatividad de carácter social

Normativa	Concepto	Fase de aplicación		Recursos
		Construcción	Operación	
Plan de Desarrollo del Municipio de Soledad	Ordenamiento del territorio	X	X	Gestor Social
Ley 100 de 1993	Sistema de seguridad social integral	X	X	
Ley 931 de 2004	Derecho al trabajo en condiciones de igualdad en razón de la edad.	X	X	
Ley 115 de 1994, Ley General de Educación y su decreto reglamentario 1860 de 1994. **Política Nacional de Educación Ambiental 2002, de los ministerios de Educación y del Medio Ambiente.**	Política Nacional de Educación	X	X	
Ley 134 de 1994	Mecanismos de participación ciudadana	X		

Fuente. Realización KPMG

11.4. Normativa urbana, Plan de Ordenamiento Territorial (POT)

Un POT se define como el conjunto de objetivos, directrices, políticas, estrategias, metas, programas, actuaciones y normas adoptadas para orientar y administrar el desarrollo físico del territorio y la utilización del suelo.

Para el caso del Municipio de Soledad, se encuentra vigente el POT aprobado en el año 2001. En este se encuentran detallados los usos y caracterización del suelo, retiros, aislamientos, índices de construcción y ocupación, restricciones y obligaciones.

11.5. Normativa de edificación

11.5.1. Normativa de sismo resistencia

El diseño, construcción y supervisión técnica de edificaciones en el territorio de la República de Colombia debe someterse a los criterios y requisitos mínimos que se establecen en la Normas Sismo Resistentes Colombianas, las cuales comprenden:

- La Ley 400 de 1997,
- La Ley 1229 de 2008,
- Reglamento colombiano de Construcciones Sismo Resistentes, NSR-10.
- Resoluciones expedidas por la "Comisión Asesora Permanente del Régimen de Construcciones Sismo Resistentes" del Gobierno Nacional, adscrita al Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial, y creada por el Artículo 39 de la Ley 400 de 1997.

11.5.2. Normativa Contra incendios (Detección y extinción)

El Reglamento Colombiano de Construcción Sismo Resistente NSR10 con su título J: Requisitos de Protección Contra Incendio en Edificaciones, y su título K: Requisitos Complementarios, expone los requisitos mínimos que toda edificación deberá cumplir para la protección contra incendio de acuerdo a su uso y grupo de ocupación.

Adicionalmente se debe dar cumplimiento a las Normas expedidas por el Instituto Colombiano de Normas Técnicas y certificación (ICONTEC):

- NTC 1669 "Norma para la instalación de conexiones de mangueras contra incendio"
- NTC 2885 "Extintores portátiles contra incendios"

Los lineamientos fijados en los documentos de la NTC se complementan con la normativa Norteamericana NFPA (National Fire Protection Association)

- NFPA – para determinar las dimensiones de la instalación.
- NFPA 101. "Código de Seguridad Humana".
- NFPA 10. "Norma para Extintores Portátiles Contra Incendios".
- NFPA 14. "Norma para la Instalación de Sistemas de Tubería Vertical y de Mangueras".

- NFPA 13, “Sistemas de Rociadores contra Incendios”
- NFPA 20, “Sistemas de Bombas Estacionarias contra Incendios”
- NFPA 72. “Código Nacional de Alarmas de Incendio”.

11.5.3. Normativa aplicable para instalaciones hidrosanitarias

Corresponde a los requisitos mínimos para garantizar el funcionamiento correcto de los sistemas de abastecimiento de agua potable; sistemas de desagüe de aguas negras y lluvias; sistemas de ventilación, y aparatos y equipos necesarios para el funcionamiento y uso de estos sistemas.

- RESOLUCION NUMERO 4445 DE 1996 DEL MINISTERIO DE SALUD. Por el cual se dictan normas para el cumplimiento del contenido del Título IV de la Ley 09 de 1979, en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares.
- Normas establecidas por el Instituto Colombiano de Normas Técnicas ICONTEC. En particular, NTC-1500, Código Colombiano de Fontanería.
- NTC 920-1 “Aparatos Sanitarios de Porcelana
- Vitrificada y Requisitos Hidráulicos para Inodoros y Orinales”.
- NTC 3567 “Ductos de Evacuación”.
- Ley 09 de 1979 de la protección del Medio Ambiente, por el cual se dictan medidas sanitarias.
- Reglamento Técnico del Sector de Agua Potable y Saneamiento Básico RAS-2000.

Normativa consultativa:

- UNE 100030 IN/Septiembre 2005 “Guía para la prevención y control de la proliferación y diseminación de la legionela en instalaciones”.

11.5.4. Normativa aplicable para instalaciones eléctricas

Se establecen los requisitos que garanticen la protección contra los riesgos de origen eléctrico, los preceptos esenciales que definen el ámbito de aplicación y las características básicas de las instalaciones eléctricas y algunos requisitos que pueden incidir en las relaciones entre las personas que interactúan con las instalaciones eléctricas o el servicio y los usuarios de la electricidad.

- NTC-2050 (Norma ICONTEC 2050) o Código Eléctrico Nacional.

- Reglamento Técnico de Instalaciones Eléctricas RETIE
- Reglamento Técnico de Iluminación y Alumbrado Público RETILAP
- Protección Contra Descargas Eléctricas Atmosféricas NTC 4552
- Sistemas de puesta a tierra IEEE 80:2000
- Protección Contra Descargas Eléctricas Atmosféricas IEC 62305
- Indicadores de calidad de la Comisión de Regulación de Energía y Gas-CREG para el servicio de redes de distribución que alimentarán los equipos.
- Resolución 0451 ambiental de materiales

Normativa consultativa:

- Norma EN 50122-1 y CEI 62128 (internacional) para el control de armónicos que pueda generarse por la operación de los equipos y el diseño de la protección para prevenir el aumento de potencial causado en los circuitos de retorno (rieles).

11.5.5. Normativa aplicable para instalaciones de gas combustible

La presente normativa tiene por objetivo establecer los requisitos que se deben cumplir los diseños y construcciones de instalaciones de suministro de gas combustible, así como las pruebas a que se deben someter dichas instalaciones para verificar su operación confiable y segura.

- NTC 2505 Instalación para suministro de gas
- Código de Distribución de Gas Combustible por Redes aprobado por la CREG
- Resolución número 1509 del Ministerio de Industria, Comercio y Turismo

11.5.6. Normativa aplicable para instalaciones gases medicinales

Comprende las especificaciones técnicas que se requieren para una instalación de gases de tipo medicinal, que cuenta con ratas de flujo establecidas y condiciones máximas de seguridad.

- NTC 5318 Sistemas de tubería para gas medicinal. Parte 1: tuberías para gases medicinales comprimidos y para vacío.
- HTM 2022 Medical gas pipeline installations.
- NFPA 99 Standard for Health Care Facilities.

- M.P.S. Resolución 1672 – 2004 Buenas Prácticas de Manufactura para las redes de gases Medicinales – Ministerio de Protección Social.
- Resoluciones 4445 de 1996 del Ministerio de Protección Social

11.5.7. Normativa aplicable para instalaciones de Climatización (HVAC)

Esta norma establece requisitos para acondicionadores de aire para recintos. El propósito es especificar las tasas máximas de ventilación y calidad del aire interior aceptable para los ocupantes humanos, al tiempo que pretende minimizar la posibilidad de efectos adversos para la salud.

- NTC 3714 Aire acondicionado. Acondicionadores de aire para recintos
- NTC 5183 Ventilación para una aceptable calidad del aire en interiores. Esta Norma Técnica Colombiana es una traducción del ESTÁNDAR 62.1–2004 de ASHRAE.
- ASHRAE STANDAR 62.1 – 2010 ventilation for acceptable indoor air quality RETIE Aplicable a tableros eléctricos para los sistemas de aire acondicionado y ventilación.
- Reglamentos y normas establecidas por los Ministerios de Medio Ambiente y las Buenas Prácticas de Ingeniería editadas por ACAIRE–Asociación Colombiana del Acondicionamiento de aire y la refrigeración
- NFPA: National Fire Protection Associations, en especial la Norma NFPA 90 A– Air conditioning and Ventilations Systems
- NFPA - 70 – NEC – 2002
- NFPA - 90 A – estándar for instalation of air conditioningand ventilation systems – 2009 edition.

Normativa de referencia, de carácter consultativo:

- ANSI/ASHRAE/ASHE STANDARD 170-2008 Ventilation For Healt Care Facilities (Ansi – Approved)
- ASHRAE ESTÁNDARD 90.1 – 2010 Energy Standar For Building Except Low Rise Residential Building (Ansi – Approved)
- Manual – ASHRAE 2004
- SMACNA – Sheet Metal and Air Conditioning Contractors' National Association
- HVAC Duct construction standards metal and flexible. – 03 – 31 – 2006
- AABC: Associated Air Balance Council – Aplicable en los procedimientos de test y balanceo de caudales de agua y aire.
- ACGIH: American Conference of Governmental Industrial Hygienists –Industrial Ventilation – En lo referente a sistemas de ventilación
- AMCA: Air Movement and Control Associations International. Amca 301–1990; AMCA 201 – 2002; AMCA 99, aplicable a todos los ventiladores.

- ANSI: American National Standards Institute, en especial la Norma ANSI/AIHA Z9.5
- AHRI: Air-Conditioning and Refrigeration Institute, en especial la Norma 410 –
- Forced Circulations Air Cooling and Air Heating Coils, 430 Central Stations Air Handling Units.
- AHRI 840 – 1988. Unit Ventilators
- NEC: National Electric Code de los Estados Unidos.

11.5.8. Normativa aplicable para instalaciones de cableado estructurado (Voz y Datos)

El propósito de esta normativa es hacer posible la planificación e instalación de los sistemas de cableado estructurado, e instalación durante la construcción o renovación de las edificaciones. Esta norma establece criterios técnicos y de funcionamiento para varias configuraciones de sistemas de cableado para la interfaz y conexión de sus respectivos elementos.

- Norma Técnica Colombiana NTC 4353
- ANSI/EIA/TIA - 569, Commercial Building Standard for Telecommunications Pathways and Spaces
- ANSI/EIA/TIA - 570, Residential and Light Commercial Telecommunications Wiring Standard
- ANSI/TIA/EIA - 606, Administration Standard for the Telecommunications Infrastructure of Commercial Buildings.
- ANSI/TIA/EIA - 607, Grounding and Bounding Requirements for Telecommunication in Commercial Buildings

11.5.9. Normativa de accesibilidad

Son el grupo de leyes a tener en cuenta para dar cumplimiento con las características necesarias de circulación, permanencia y accesibilidad de todas las personas y en especial con algún tipo de discapacidad, a los espacios y edificios.

- Ley 361 de 1997
- Ley 12 de 1987
- Resolución 14861 del Ministerio de Salud
- NTC. 4144 de 1997 Edificios y señalización
- NTC. 4140 de 1.997 Edificios. Pasillos corredores
- NTC. 4201 de 1.997 Edificios. Equipamientos, Bordillos, Pasamanos y Agarraderas
- NTC. 4279 de 1.998 Vías de circulación peatonales
- NTC. 4349 de 1.998 Ascensores
- NTC. 4145 de 1.998 Escaleras

- NTC. 4143 de 1.998 Rampas fijas
- NTC. 4904 de 2.000 Estacionamientos
- NTC. 4960 de 2.000 Puertas accesibles

12. Diseño de la transacción

El diseño conceptual de la transacción propuesta que se desarrollará en el presente documento corresponde a un diseño preliminar, que servirá como base para la definición final de la transacción. El diseño final de la transacción será el resultado del proceso de estructuración del proyecto y de discusiones entre las partes interesadas; en próximas entregas se realizarán ajustes y mejoras al esquema propuesto en este documento.

El presente proyecto será estructurado bajo un esquema de Asociación Público Privada donde se proveerán los servicios de diseño, construcción, dotación inicial, operación y mantenimiento de la infraestructura del nuevo hospital Juan Domínguez Romero.

De manera introductoria, el modelo de APP en infraestructura planteado en la presente consultoría será un contrato de concesión DBOMT (por las iniciales en inglés de Diseño, Construcción, Operación, Mantenimiento y Transferencia), en el cual el Inversionista Privado será 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 industrial hospitalaria y su mantenimiento durante el periodo del Contrato bajo la modalidad de APP.

Otros servicios de los cuales el Inversionista Privado podrá ser responsable, en caso que el resultado de la estructuración concluya que es recomendable incluirlos, son:

- Adquisición inicial del equipo biomédico básico para la provisión de los servicios de salud.
- La operación de servicios logísticos clínicos y no clínico[48] y explotación de áreas comerciales durante el periodo del Contrato bajo la modalidad de APP.

[48] Los servicios logísticos no clínicos incluyen servicios como hotelería (servicio de alimentación de pacientes, lavandería, entre otros) y servicios logísticos clínicos incluyen servicios como laboratorio, imágenes y consultar especializadas, entre otros.

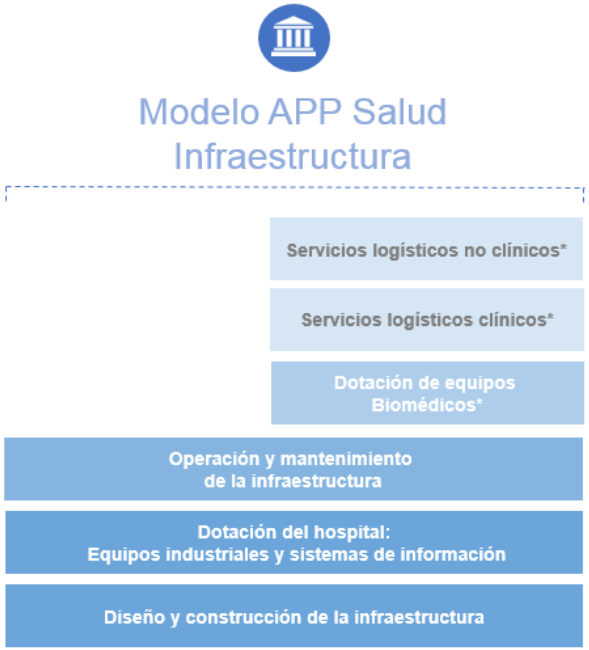


Figura 15 Servicios del modelo de APP de infraestructura

Fuente: realización KPMG.
*__Nota__: Estos servicios adicionales dependerán de los resultados de la estructuración del proyecto

En este modelo, el inversionista privado no tendrá a cargo la prestación de servicios clínicos. Éstos serán prestados por un tercero que se encuentre habilitado para realizar dicha actividad.

Para efectos de esta sección se entiende como transacción el contrato de APP que se está estructurando en esta consultoría, desde el inicio de la firma del contrato hasta la finalización del contrato de APP.

La presente sección señalará inicialmente un listado de actores directamente involucrados en la transacción propuesta, luego se muestra un esquema gráfico de las relaciones y flujos de caja entre los actores. Posteriormente, se procede a señalar los roles que los actores previamente identificados jugarán en la transacción, sus obligaciones principales en el desarrollo de la transacción y sus necesidades para llevar a cabo las actividades que estarán a su cargo.

12.1. Identificación de actores

Los actores involucrados en la transacción propuesta son:

Tabla 58 Actores de la transacción propuesta

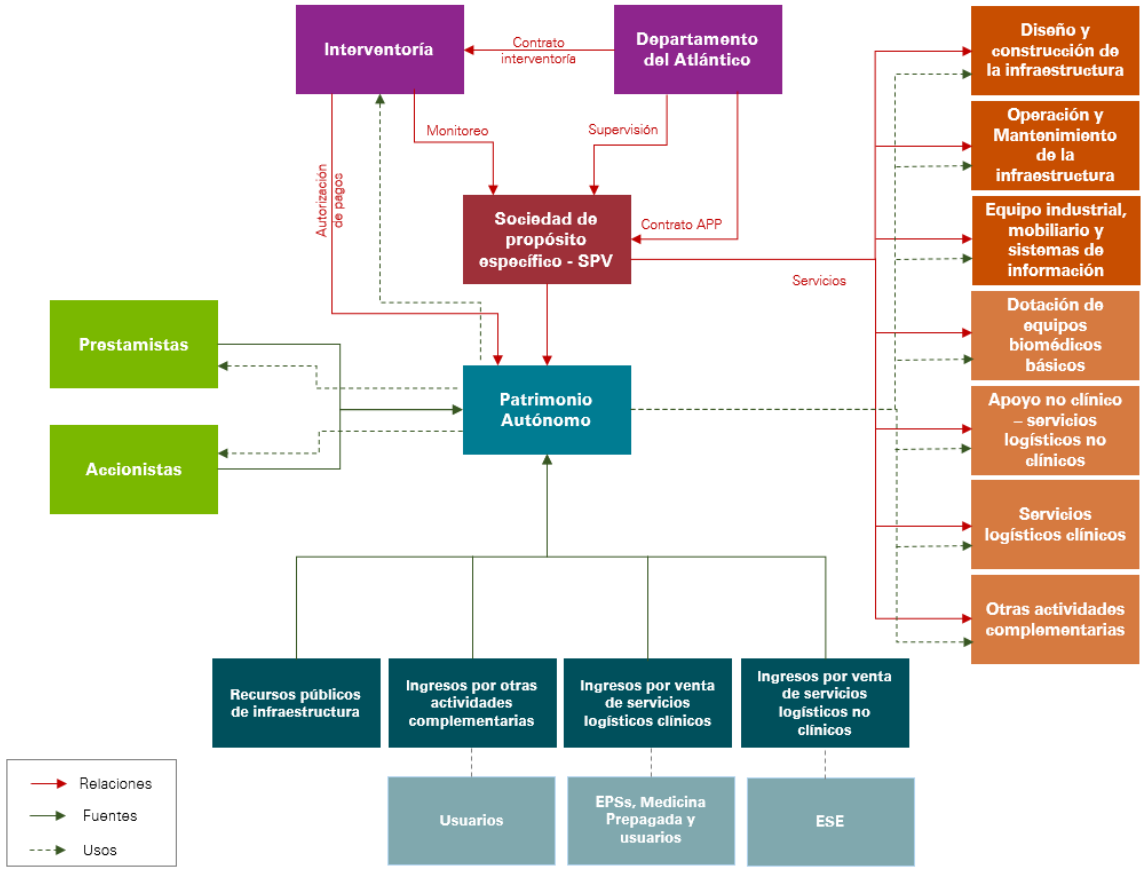
Actor	Tipo	Rol
Departamento del Atlántico	Administrativo y operativo	Es la Entidad Contratante, por tanto es quien suscribe el contrato de APP y el contrato de Interventoría. Tiene a su cargo realizar la supervisión del contrato de APP. Realizar todos los actos administrativos para garantizar que la infraestructura y sus servicios conexos estén coordinados y sean utilizados de buena manera con los servicios para la prestación del servicio de salud. El Departamento 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.
Interventor	Administrativo	Suscribe un contrato con el Departamento del Atlántico. Tiene a su cargo realizar el seguimiento y monitoreo del contrato de APP. Aprueba los giros de los recursos y realiza, en caso de ser necesario, las deducciones por fallas en la prestación del servicio provisto en el contrato de APP.
Inversionista privado – Sociedad de propósito específico	Financiero y Operativo	Suscribe el contrato de APP con el Departamento del Atlántico. Corresponderá a una persona jurídica o natural que tendrá a cargo el desarrollo del contrato APP, tendrá a su cargo la conformación de una Sociedad de Propósito Especifico (SPV – Special Purpose Vehicle 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

Actor	Tipo	Rol
		terceros, para lo cual podrá realizar subcontratos los cuales deberán ser informados a la entidad contratante.
Accionistas	Financiero y Operativo	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.
Prestamistas	Financiero	Son los prestamistas del proyecto. Tienen a su cargo entregar los recursos de deuda que fueran necesarios para cumplir con las obligaciones contractuales.
Patrimonio autónomo	Financiero y Operativo	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 KPMG

12.2. Descripción gráfica del esquema general de la transacción

Figura 16 Esquema de la transacción propuesta



Fuente: Elaboración KPMG

En el anterior esquema se muestran los actores identificados y la relación que jugarán en la transacción propuesta. Adicionalmente se señalan los servicios de carácter obligatorio (en naranja oscuro) que deberá proporcionar el SPV en el desarrollo del contrato, así

como los potenciales servicios a ser prestados (en naranja claro) en caso que el resultado de esta consultoría sea incluirlos dentro de la transacción.

Adicionalmente se muestran los potenciales ingresos que recibiría el SPV durante el desarrollo del contrato.

12.3. Roles de los actores y relaciones entre las partes de la transacción

A continuación se presentarán el rol o papel que jugará cada uno de los actores identificados en la sección anterior y la manera en cómo se relacionan los diferentes actores de la transacción propuesta.

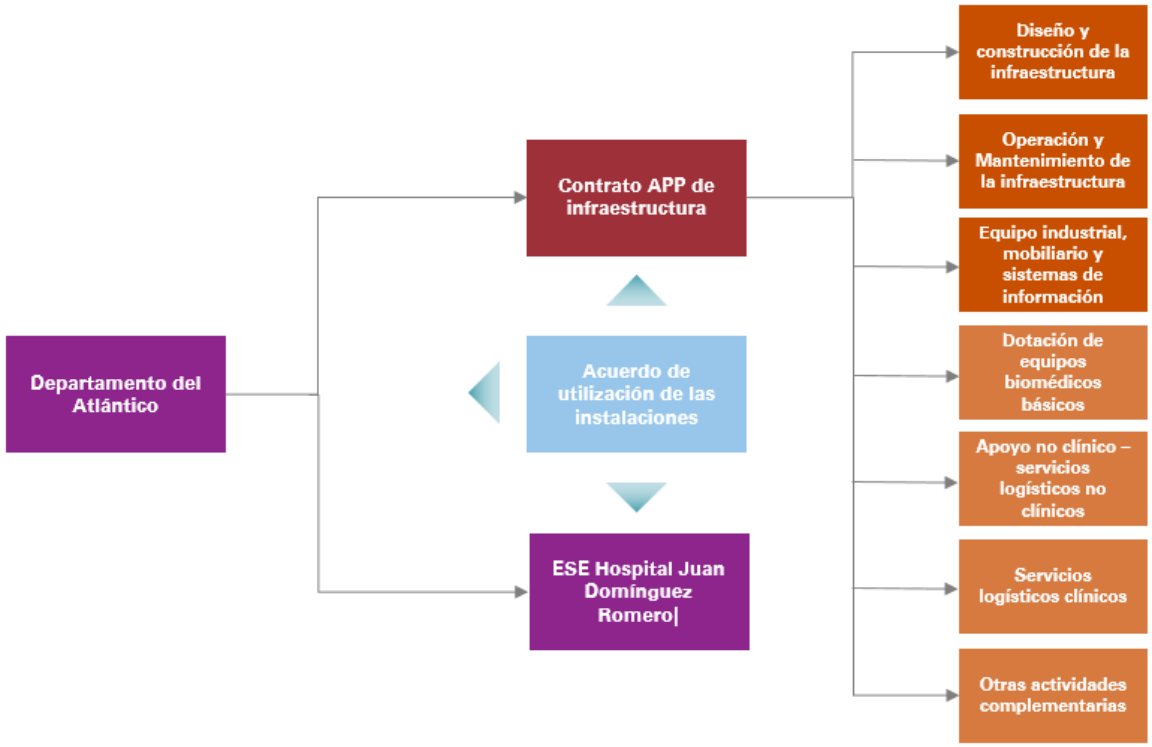
12.3.1. Entidad contratante: Departamento del Atlántico

El Departamento del Atlántico, como entidad territorial, puede suscribir contratos que se deriven de esquemas de APP y que tengan como finalidad la ejecución de un modelo DBOMT o alguna de sus alternativas. Por lo tanto, sería la entidad contratante uno de las partes del Contrato de APP.

Teniendo en cuenta que en este esquema de transacción propuesto no se presta directamente los servicios de salud, será el Departamento del Atlántico el responsable de coordinar los servicios de prestación de salud con los de la infraestructura que será provista por el SPV. Para ello, el departamento puede contar con diferentes modalidades, entre las que se encuentran prestar el servicio de salud a través de i) un operador privado o mixto o ii) un operador de carácter público. Teniendo en cuenta que esta transacción involucraría a un operador de carácter público (ESE Hospital Juan Domínguez Romero), se explicará únicamente esta modalidad de coordinación.

- **Modalidad de coordinación con ESE**: el Departamento realizará un Convenio Interadministrativo con la ESE (quien prestaría los servicios de salud) para la utilización de las instalaciones hospitalarias.

Figura 17 Modalidad de coordinación con la ESE



Fuente: Elaboración KPMG

El acuerdo de utilización de instalaciones mencionado permitirá que exista una relación entre el prestador del servicio médico (ESE en este caso) y el contrato APP para el manejo de la infraestructura relacionada con la prestación del servicio de salud. En ese acuerdo se deberán dejar claras las obligaciones de cada actor, para que no se presenten problemas en la prestación de servicio de salud ni generen reclamaciones.

El Departamento del Atlántico ejercerá el control técnico, jurídico, administrativo, financiero y contable del Contrato APP infraestructura con el apoyo de la Interventoría. Para la supervisión del contrato, el Departamento deberá tener un equipo multidisciplinario que controle el desarrollo del contrato. Como fue mencionado en productos anteriores, se recomienda que el equipo designado para tal fin al interior de la Entidad Contratante cuente con los siguientes profesionales:

Figura 18 Perfiles del administrador del contrato

Fuente: realización KPMG.

Adicionalmente, el Departamento del Atlántico en conjunto con la Interventoría serán los encargados de autorizar los pagos y realizar deducciones que hubiera lugar. El rol de la interventoría en la transacción propuesta se detallará más.

12.3.2. Inversionista privado - Sociedad de propósito específico

En los contratos cuyo objeto sea adelantar únicamente las labores contenidas en los modelos DBOMT o sus variaciones, el inversionista podrá ser un Desarrollador de Proyectos, como una persona natural o jurídica de derecho privado, ya sea nacional o extranjero, que cumpla con i) la experiencia en la financiación de proyectos de infraestructura, ii) cuente con indicadores de capacidad financiera en términos de patrimonio y nivel de endeudamiento y iii) cuente con la capacidad jurídica y representación legal para presentarse a una licitación.

De igual manera, se deberá acreditar experiencia directamente o a través de un Contrato EPC[49] en la construcción y/o el mejoramiento y/o la ampliación infraestructura hospitalaria[50].

Si se acredita a través de un Contrato EPC, éste deberá ser incluido en la oferta durante el proceso de selección (conocido como "Asistente Técnico") y tendrá la obligación de acompañar al Inversionista privado durante toda la fase pre-operativa (construcción). Así mismo, es preciso que el Departamento del Atlántico señale con exactitud cuáles serán las condiciones de capacidad técnica y jurídica con las que deberá contar el Asistente Técnico a efectos de mantener el control y la calidad que se espera del mismo.

En caso que se decida incluir como parte de la retribución al inversionista privado ingresos por prestación de servicios logísticos clínicos y/o no clínicos, el inversionista privado deberá acreditar la experiencia en la prestación de esos servicios donde se demuestre su capacidad para proveer los servicios, ya bien sea directamente o a través de un subcontratista.

Adicionalmente, para realizar las demás actividades a su cargo, el Inversionista Privado podrá realizar subcontratos. Dentro de las cuales se pueden mencionar:

- Subcontrato de Diseño: El Inversionista Privado podrá contratar el diseño y los estudios técnicos necesarios con terceros dada la especialidad técnica de la actividad.
- Subcontratos de Operación y/o Mantenimiento: El Inversionista podrá contratar con terceros o hacerlo directamente. En todo caso será responsabilidad del Inversionista Privado llevar a cabo la totalidad de las obras de mantenimiento y operación que sean necesarias para cumplir con los Niveles de Servicio e Indicadores previstos en las Etapas del Contrato. Se incluyen dentro de este rubro, aquellos contratos que sean necesarios para prestar los servicios logísticos clínicos y no clínicos.

[49] Por sus siglas en Inglés: Engineering, Procurement and Construction Contract.
[50] Es de aclarar que la experiencia que deberá estar relacionado con el objeto del contrato del proyecto específico.

- Subcontratos de dotación industrial y mantenimiento del hospital: El Inversionista Privado podrá contratar la dotación y mantenimiento del equipo industrial, inmobiliario y sistemas de información y comunicación con terceros dada la especialidad técnica de la actividad y cumplir con la disponibilidad necesaria para el uso y apoyo de los servicios de salud.
- Subcontratos de dotación del equipo biomédico: El Concesionario podrá contratar la dotación del equipo biomédico con terceros dada la especialidad técnica de la actividad y cumplir con la disponibilidad necesaria para el uso y apoyo de los servicios de salud. La dotación será por una única vez y deberá realizarse antes de entrar en operación el hospital.

12.3.3. Interventoría

Teniendo en cuenta lo previsto en el artículo 84 de la Ley 1474 de 2011 (Estatuto Anticorrupción), la Interventoría consistirá en el seguimiento técnico que sobre el cumplimiento del contrato realice una persona natural o jurídica, contratada para tal fin por la entidad estatal, cuando el seguimiento del contrato suponga conocimiento especializado en la materia, o cuando la complejidad o la extensión del mismo lo justifiquen.

La Interventoría es de vital importancia en el correcto desarrollo de los contratos APP, ya que es el instrumento para realizar el seguimiento técnico, jurídico y financiero al cumplimiento de las obligaciones por parte del contratista. Para lo anterior es esencial:

- Gestión administrativa: Realizar los procesos y actividades para la gestión administrativa del Contrato de APP y del Contrato de Interventoría. Lo anterior implica el establecimiento de un sistema de coordinación y comunicación eficiente entre las partes incluyendo el registro, control, archivo y entrega de toda la documentación contractual del proyecto, de manera oportuna y organizada, la digitalización de correspondencia y documentación, la recepción y verificación de informes, y realizar un informe para la entidad contratante con la información exigida.
- Gestión técnica: Realizar los procesos y actividades para la gestión técnica, como son la medición, pruebas, evaluación y verificación de procedimientos, intervenciones y desempeño del Inversionista privado en el área técnica durante la ejecución de actividades según aplique al Contrato de APP.
- Gestión financiera y económica: Realizar los procesos y actividades relacionadas con la revisión y control del manejo financiero del Contrato de APP incluyendo la revisión y seguimiento del manejo de recursos a través del Patrimonio Autónomo establecida para el respectivo Contrato de APP.
- Gestión jurídica: Realizar los procesos y actividades enfocadas a verificar la aplicación y cumplimiento de los aspectos regulatorios y contractuales relacionados con el respectivo Contrato de APP, así como apoyar a la entidad contratante en todos los aspectos jurídicos que se susciten en el desarrollo del contrato.
- Gestión de seguros: Realizar los procesos y actividades enfocadas en asegurar el cumplimiento por parte del Inversionista Privado de las obligaciones relacionadas con la consecución y mantenimiento de los seguros, pólizas y garantías exigidos para el Contrato

de APP, verificando entre otros la correcta y oportuna expedición de las mismas, validez jurídica y vigencia, según lo prevé el correspondiente Contrato de APP.

- Gestión de riesgos: Diseñar e implantar un sistema dedicado a la identificación y previsión de los principales riesgos asociados con el Contrato de APP, que permita prever, organizar y realizar acciones frente a la posibilidad de materialización de riesgos y minimización de impactos, que pudieran poner en riesgo la viabilidad y buena ejecución del Contrato de APP.

Los recursos para la contratación de la Interventoría serán financiados por recursos del proyecto y su monto dependerá del proyecto en particular y las actividades a desarrollar. No hay una definición específica para el cálculo del monto del contrato de interventoría, por tanto la entidad contratante debe tener en cuenta los perfiles de los profesionales que se necesitan para el proyecto, con las dedicaciones que tendrán y el plazo del mismo. Igualmente, se debe calcular el factor multiplicador el cual incluye los gastos prestacionales y administrativos que tendrá el contratista en el proyecto.

Para la selección de la interventoría es necesario tener como requisitos habilitantes la Capacidad Jurídica, las condiciones de experiencia general, la capacidad financiera y la capacidad organizacional. La experiencia habilitante que debe acreditar cada Proponente deberá estar relacionada con la certificación de experiencia en contratos de supervisión o interventoría en proyectos de Infraestructura de hospitalaria, bajo la modalidad de concesión o de obra pública.

El Interventor podrá organizar el equipo de trabajo, de acuerdo con su experiencia y su estructura administrativa; sin embargo, existe un Personal obligatorio mínimo recomendable que debe ser presentado a la entidad.

Dirección:

- Director General de Interventoría
- Subdirector Técnico de Interventoría
- Subdirector Financiero y administrativo de Interventoría
- Profesional en derecho

Diseño y obras:

- Especialista Infraestructura de hospitales
- Arquitecto
- Especialista en estructuras
- Ingeniero Eléctrico mecánico
- Especialista en instalaciones hidráulicas y sanitarias
- Profesional en Sistemas
- Especialista en dotación de equipos industriales

Operación y mantenimiento:

- Responsable Auditor Interno de Calidad
- Supervisor Indicadores de Calidad
- Supervisor de Mantenimiento

Otros:

- Auditor Administrativo y Financiero

12.3.4. Patrimonio Autónomo

El Inversionista Privado suscribirá con una Fiduciaria la constitución del Patrimonio Autónomo en desarrollo de lo normado en la Ley Aplicable y, en particular, en el artículo 24 de la Ley 1508 de 2012. Para ello, se firmará un Contrato de Fiducia Mercantil que estará incorporado con el Contrato de APP.

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 incluyendo pero sin limitarse a todos los ingresos y gastos del Proyecto. Para lo anterior se deberá tener en cuenta:

- La selección de la Fiduciaria será del Inversionista Privado. Sin embargo, el Departamento del Atlántico verificará que la Fiduciaria propuesta por el Concesionario cumpla con los perfiles requeridos.
- Se podrán crear las Cuentas y Subcuentas del Patrimonio Autónomo acordes con las establecidas como mínimas (mencionadas más adelante), sin embargo podrá tener las que sean necesarias.

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 y, si fuera del caso, realizar la deducciones por fallas en el servicio. 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 59 Subcuentas Cuenta Entidad Contratante

Subcuenta	Descripción
Aportes Infraestructura	La Subcuenta de Aportes Infraestructura de la Cuenta Entidad Contratante se fondeará con las fuentes de recursos públicos (principalmente de recursos propios de las entidades territoriales y recursos de regalías), los cuales serán determinados en la estructuración financiera del proyecto. Para el manejo de cada una de las fuentes de recursos, se recomienda que la Subcuenta Aportes Infraestructura se divida en subcuentas por cada fuente de recursos dependiendo del caso, ya que existen fuentes como los recursos de regalías que necesitan un control específico de su utilización. 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.
Explotación Comercial	La Subcuenta de Ingresos por 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 logísticos clínicos y no clínicos. Por lo anterior, el Inversionista Privado tendrá la obligación de consignar mensualmente el valor de los Ingresos por Explotación Comercial efectivamente recaudados en el Mes anterior. 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.
Interventoría y Supervisión	La Subcuenta Interventoría y Supervisión de la Cuenta Entidad Contratante se fondeará con los recursos de la Cuenta Proyecto en los montos dispuestos contractualmente. La entidad contratante será la encargada de dar instrucciones a la Fiduciaria para el uso de estos recursos, los cuales en todo caso deberán destinarse a atender las actividades relacionadas con la Interventoría y Supervisión del Contrato.

Subcuenta	Descripción
	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.
Excedentes Entidad Contratante	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. La decisión con respecto a la destinación de estos recursos y el monto estará a cargo de la entidad contratante.

Fuente: Elaboración KPMG

12.3.5. Prestamistas

Los prestamistas serán aquellos actores que tendrán a cargo proporcionar los recursos de deuda (senior o subordinada) que sean necesarios para que el inversionista privado pueda cumplir con las obligaciones contractuales a las que estaría sujeto en el desarrollo del contrato. Estos prestamistas podrán ser:

- Entidades financieras colombianas vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia.
- Entidades financieras internacionales con código de acreedor externo, expedido confirme a las reglas expedidas por el Banco de la República y vigilado por el equivalente a la Superintendencia Financiera en donde se encuentre incorporada la entidad.
- Fondos de Capital Privado que cumplan con los requisitos previstos en las normas aplicables a las inversiones admisibles de los recursos administrados por las sociedades administradoras de fondos de pensiones y cesantías que operan en Colombia.
- Personas naturales o jurídicas, que sean tenedores de títulos emitidos en el mercado de capitales nacional o internacional.
- Entidades multilaterales de crédito cuyos principales accionistas sean gobiernos soberanos.
- Agencias de crédito a la exportación, que sean propiedad de gobiernos soberanos.

Serán los prestamistas los encargados de aportar los recursos necesarios para el cierre financiero del proyecto, aportando la cuantía de recursos que se determine adecuada en la presente consultoría. Para ello, deberán proveer al inversionista privado un documento donde se certifique la obtención o compromiso de los recursos.

Los prestamistas podrán tener como garantía el Contrato de APP, la retribución pactada en dicho contrato o cualquier derecho económico a favor del contrato de APP. Adicionalmente, los prestamistas podrán exigir garantías adicionales al SPV para realizar los desembolsos de deuda al proyecto como niveles de endeudamiento, razones de cobertura de deuda, garantías proporcionadas por la Financiera Nacional de Desarrollo, constitución de reservas de mantenimiento o servicio de deuda, entre otros.

Cabe resaltar que un proyecto desarrollado bajo un esquema de APP es *non-recourse* o *limited recourse*, es decir, la financiación del proyecto dependerá de la capacidad del proyecto de generar flujos de caja futuros para repagar la deuda y generar un retorno atractivo para los inversionistas. En otras palabras, en un esquema de financiación de un proyecto de APP resulta más importante la capacidad financiera del proyecto en sí, que la fortaleza financiera reflejada en los estados financieros de los accionistas[51].

Por lo tanto, resulta de gran importancia en un proyecto de APP que éste, además de cumplir con los objetivos sociales y operativos para los que se está estructurando, sea un proyecto bancable. Es decir, un proyecto cuyas características financieras, entendidas como capacidad y certeza de los flujos de caja futuros que pueda generar el proyecto, sean atractivas para los potenciales prestamistas y accionistas. Por lo tanto, para que en una transacción de APP se incorporen los actores financieros (prestamistas) resultará necesario tener en cuenta la bancabilidad del proyecto.

12.3.6. Accionistas

El rol que cumplirán los accionistas es llevar a cabo el proyecto a través del SPV, así como proveer los recursos de Equity que sean necesarios para desarrollar el Hospital. Al aportar los recursos de Equity, serán ellos los que tendrán el riesgo financiero más alto.

Los accionistas podrán tener el siguiente perfil:

- Empresas constructoras de la infraestructura
- Fondos de inversión en Asociaciones Público Privadas
- Empresas con experiencia en el diseño, construcción y mantenimiento de la infraestructura

Como se mencionó en el producto 1 de la presente consultoría, existe la posibilidad que los accionistas que estuvieron en la etapa inicial de la construcción del proyecto vendan parte total o parcial de su participación en el SPV, de manera que diferentes accionistas puedan incorporarse en diferentes etapas de madurez del proyecto.

[51] Tomado de The European PPP Expertice Center - http://www.eib.org/epec/g2g/annex/1-project-finance/

12.4. Obligaciones de los actores en la transacción

A continuación se presenta una lista de obligaciones que tendrá cada uno de los actores de la transacción propuesta en la ejecución del Contrato de APP.

12.4.1. Obligaciones de la Sociedad de Propósito Específico

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

Estas obligaciones fueron seleccionadas teniendo en cuenta el desarrollo usual de un proyecto de infraestructura hospitalaria y de un proyecto bajo esquema de APP.

Fase pre-operativa:

Actividad	Descripción
Consecución de financiación del proyecto y obtener el cierre financiero	Será obligación del concesionario gestionar y obtener todos los recursos para la financiación en firme del proyecto, tanto de recursos de deuda como de aportes de Equity, que sean necesarios para ejecutar las obligaciones contractuales que se suscriban en el contrato. El nivel de endeudamiento del SPV será determinado por el inversionista privado a su discreción, sin afectar con esto los aportes de Deuda o Equity que sean fijados y establecidos contractualmente. En otras palabras, el Concesionario tendrá la obligación de procurar la totalidad de recursos necesarios para desarrollar el proyecto durante todas las fases del mismo, aun cuando los recursos de Deuda o Equity que el proyecto exija sean mayores a los previstos contractualmente.
Selección del Patrimonio Autónomo y celebración del contrato de fiducia mercantil	Será el Inversionista Privado quien seleccionará la fiduciaria que prestará el servicio de Patrimonio Autónomo, pero el contrato no podrá ser suscrito hasta que la entidad contratante (el Departamento del Atlántico) verifique que la fiducia cuenta con los requerimientos solicitados contractualmente. Adicionalmente, será el Inversionista Privado quien acordará la comisión fiduciaria con la Fiducia.
Fondear las cuentas del Patrimonio Autónomo	En caso que, como resultado de la estructuración del proyecto, resulte necesario fondear algunas subcuentas en el Patrimonio Autónomo, el inversionista Privado debe comprometerse a realizar los pagos en los términos y montos fijados en el contrato.

Actividad	Descripción
Celebrar los contratos de Diseño y Estudios Técnicos	Basados en los requerimientos establecidos en el contrato de APP. El inversionista Privado tendrá como obligación realizar los diseños a nivel de detalle del hospital y un Programa Médico Arquitectónico (PMA), de acuerdo con la oferta de prestación de servicios a realizar por el prestador de servicios médicos, público o privado. Para lo anterior, 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, y, en caso de requerirse, con la norma de acreditación. Los estudios técnicos comprenderán como mínimo las siguientes sub-actividades: • Planos arquitectónicos (Localización, plantas, fachadas y detalles constructivos). Se debe incluir el plano general de emplazamiento de los edificios, planos de planta de áreas esquemáticas de arquitectura, planos de corte y elevaciones esquemáticas, cuadros de superficies. • Paisajismo • Confirmación del levantamiento topográfico, que permita establecer todo elemento existente y de interés como las curvas del terreno, la vialidad interna, silueta de edificios, árboles, veredas, instalaciones, cursos de agua, entre otros. • Determinar espacios generales, administrativos y comerciales del hospital. • Planos de cálculo estructural como planos de planta, de distribución de aisladores sísmicos, plantas de fundaciones, elevaciones estructurales y memoria de cálculo. • Diseños estructurales. Elaboración de diseño y cálculo estructural conforme a normas técnicas aplicables, en especial la NSR-10 y demás afines. • Diseños hidráulicos, sanitarios, gases industriales y otros fluidos • Diseños de sistemas eléctricos, de iluminación, seguridad, control comunicaciones y cableado estructurado.

Actividad	Descripción
	• Diseño y cálculo de aire acondicionado y ventilación mecánica. • Diseño de vías vehiculares y peatonales. • Diseño de señalizaciones para los usuarios dentro del establecimiento y considera estrategias y elementos que los ayuden en la búsqueda de los servicios (Wayfinding). • Diseños de sistemas de seguridad, incendio y vías de escape. • Estudios de aspectos de insonorización. • Plan de equipamiento industrial incluyendo equipamiento inmobiliario necesario. • Plan de la dotación de sistemas de información y tecnologías de información (caracterizando los requerimientos de instalación de todas las estaciones de trabajo, así como impresoras y áreas de servidores incluidas en el hospital). • Plan de dotación del equipo biomédico básico, que incluya el detalle de los requerimientos de instalación de los equipos (dimensiones físicas, peso del equipo, requerimientos de instalaciones – gases, electricidad, clima, etc. -, vías de traslado para el equipo embalado). • Revisar los estudios ambientales realizados por el diseñador del proyecto, para determinar las alternativas ambientales planteadas y los impactos generados y en el evento que no existan, realizar los mismos. En los estudios ambientales se debe identificar, como mínimo, los potenciales riesgos del terreno en relación a actividades externas desarrolladas en las cercanías del proyecto, un plan de preservación y manejo de especies arbóreas y riesgos asociados a estructuras y edificios existentes en el terreno. • Identificación de las comunidades y de los mecanismos utilizados para informarles sobre el proyecto, obra o actividad. • Estudio de suelos y de sismo resistencia cuando es readecuación. • Plan de obras, incluyendo una posible habilitación de espacios transitorios. Debe considerar programa de avance físico, con una secuencia de ejecución clara y detallada, acorde con el presupuesto oficial de realización de la obra.

Actividad	Descripción
Presentar para la revisión del Interventor los Estudios y Diseños	El Inversionista Privado deberá presentar los estudios y diseños al interventor para que este los apruebe. La presentación y aprobación deberá realizarse en los plazos que se fijen en el contrato.
Presentar el plan de Obra	El inversionista privado deberá presentar el Plan de Obra al Interventor y al Departamento del Atlántico que cumpla con las obligaciones, tiempos y plazos establecidos en el contrato.
Recibir el terreno	El Inversionista Privado deberá recibir el terreno que el Departamento proporcione para realizar el proyecto, sin objeción y asumiendo todas las obligaciones que resulten del desarrollo del contrato.
Diseño y entrega de documentos que solicite el Departamento	El Inversionista Privado deberá diseñar y entregar al Departamento y a la Interventoría los siguientes documentos, entre otros, en las condiciones que establezca el contrato: • Manual de Buen Gobierno corporativo • Plan de responsabilidad ambiental y social aplicable al proyecto • Plan de contingencia y emergencias que incorpore un componente de reducción del riesgo • Un plan para implementar, desarrollar y ejecutar acciones preventivas para evitar el lavado de activos y/o canalización de recursos hacia la financiación de terrorismo y/o actos de corrupción.
Obtención de garantías	El Inversionista Privado deberá obtener y mantener en vigor las garantías que sean exigidas en el presente contrato (Seguro de Responsabilidad Civil Extracontractual, Todo riesgo construcción, Todo riesgo obra terminada, etc.)
Obtención de licencias y permisos	Gestión para obtención de licencias, permisos, autorizaciones y concesiones para realizar la construcción y puesta en marcha del proyecto
Celebrar los contratos de construcción de la infraestructura	Las obras a ejecutar se ajustarán íntegramente a lo indicado en los estudios técnicos definitivos, el Sistema Único de Habilitación. Esta actividad comprenderá como mínimo: <u>Obras básicas</u> • Realizar un inventario de redes de servicio que puedan verse afectadas por las intervenciones, indicando el listado de las mismas, en caso que resulte necesario.

Actividad	Descripción
	• Infraestructura hospitalaria incluyendo los edificios, las instalaciones físicas, las redes eléctricas, de sistemas y comunicaciones, telefónicas, hidráulicas y de vapor, redes cloacales y redes de conducción de gases medicinales y las áreas adyacentes a las edificaciones (áreas de parqueaderos y jardines). • La adecuación, reforma y mejoramiento de la obra para adaptarla a las características técnicas y funcionales requeridas para la correcta prestación de los servicios a las que aquélla sirve de soporte material. • En caso de obras de mejoramiento de la infraestructura, se recomienda contar con un plan de mitigación que ayude a controlar el polvo en suspensión, ruido y vibraciones que puedan dañar a los pacientes o afectar el funcionamiento normal del hospital. • Las áreas para la prestación del servicio médico dependerán de la oferta de servicios a realizar en el proyecto y que estarán contempladas en el contrato de APP. Entre ellos: consulta externa, urgencias, apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, internación y quirúrgicos. <u>Obras funcionales</u> • Áreas para la administración del hospital. • Áreas para el equipo de interventoría interna del contrato de APP. • Áreas para la atención al usuario. • Áreas comerciales como cafeterías, almacenes, farmacias, espacios para cajeros automáticos, entre otros. • Áreas de logística y servicios generales, que incluye entre otros los espacios reservados para la gestión energética, tecnologías de la información y comunicaciones, mantenimiento y seguridad, limpieza, gestión de residuos e higienización textil, así como, espacio reservado para la morgue.
Suscripción de actas	El Inversionista Privado deberá suscribir todas las actas previstas en el Contrato de APP.
Sistema de gestión de calidad (Centro de Control)	Establecer, documentar y mantener un sistema de gestión de calidad como medio para asegurar el cumplimiento de sus obligaciones contractuales.

Actividad	Descripción
Entrega de obras	El Inversionista Privado deberá realizar la entrega de la infraestructura hospitalaria al Interventor en los plazos previstos en el contrato y con los niveles de servicio y calidad acordados.
Control de los subcontratistas	El Inversionista privado deberá asegurarse que los subcontratistas: (i) obtengan y mantengan vigentes las garantías que les sean exigidas, (ii) mantengan todos los equipos, materiales, y el personal que necesiten para la ejecución de las obras y actividades correspondientes al objeto contratado, (iii) cumplan con la normatividad laboral y de riesgos profesionales vigente; (iv) cumplan con los cronogramas y plazos para la ejecución de obras correspondientes; (v) cumplan con los planes de inversión de recursos entregados por el Inversionista Privado para la adecuada ejecución de las actividades contratadas; (vi) cumplan con las obligaciones de las licencias y permisos otorgados.
Dotación hospitalario	La dotación hospitalaria, según el contrato de APP, puede incluir: el equipo industrial de uso hospitalario, el mobiliario para uso administrativo y para usos asistenciales, y los equipos de comunicaciones e informática. Por lo tanto el inversionista privado deberá realizar: • La adquisición del equipo industrial de uso hospitalario, las plantas eléctricas, ascensores, los equipos de lavandería y cocina, las calderas, las bombas de agua, las autoclaves, el equipo de seguridad, el de refrigeración y aire acondicionado y aquellos equipos relacionados con servicios de apoyo hospitalario. • La adquisición del mobiliario para uso administrativo, de la interventoría y para usos asistenciales. • La adquisición del equipo de comunicaciones e informática. Entre otros, el equipo de cómputo, las centrales telefónicas, los equipos de radiocomunicaciones, los equipos que permiten el procesamiento, reproducción y transcripción de información y todos aquellos que conforman el sistema de información hospitalario Estas adquisiciones deberán realizarse en los tiempos y calidades dispuestos en el contrato de APP.

Actividad	Descripción
Dotación y entrega de equipos biomédicos	El equipo biomédico comprende todo aparato o máquina, operacional y funcional, que reúna piezas eléctricas, electrónicas, mecánicas y/o híbridas; desarrollado para realizar las actividades de prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación en servicios de salud. Por lo tanto el inversionista privado deberá realizar: • Adquisición del equipo biomédico básico establecido en el contrato de APP. La compra de equipos biomédicos solo será exigible por una única vez y será entregado a la entidad contratante posterior a su instalación y puesta en funcionamiento, incluyendo todas las garantías por la compra de los equipos. Estas adquisiciones deberán realizarse en los tiempos y calidades dispuestos en el contrato de APP y deberá ser entregada al Departamento del Atlántico, incluyendo el servicio de mantenimiento definido.
Inventario de activos	El Inversionista Privado deberá llevar un inventario de los activos de la Concesión y realizar su actualización anual, la cual deberán presentar a la Interventoría y al Departamento.
Marcha blanca	Como parte del término de la obra, será necesario verificar el correcto y adecuado funcionamiento de los sistemas del hospital, incluyéndose pero no limitándose a: • Revisión de sistemas de gases clínicos. • Revisión del funcionamiento de cableado eléctrico, servicio de agua. • Revisión de la instalación del equipamiento industrial, sistemas de información y equipo biomédico, que se encuentre correctamente instalado y operativo.

Fase operación y mantenimiento:

Actividad	Descripción
Mantenimiento de la infraestructura y dotación hospitalaria	El Inversionista privado tendrá la obligación de realizar el mantenimiento sobre las intervenciones realizadas, así como de las dotaciones de equipo industrial, inmobiliario y sistemas de comunicación.

Actividad	Descripción
Niveles de servicio y estándares de calidad	Se deberá mantener los niveles de servicio y estándares de calidad previstos en el Contrato.
Sistema de gestión de calidad (Centro de Control)	Documentar y mantener un sistema de gestión de calidad como medio para asegurar el cumplimiento de sus obligaciones contractuales. Este Centro de Control podrá ser consultado por la Interventoría o el Departamento en cualquier momento.
Mantenimiento y reposición de dotación hospitalaria	Se deberá mantener y reponer el equipo industrial, inmobiliario y todo el software y hardware necesario para la adecuada operación y monitoreo del contrato.
Explotación de las áreas comerciales	En caso que el resultado de la estructuración se plantee el uso de explotación de áreas comerciales, el Inversionista Privado deberá realizar la gestión y manejo de estos contratos, así como la gestión de la infraestructura empleada para esto.
Prestación de servicios logísticos clínicos	En caso que el resultado de la estructuración se plantee la prestación de servicios logísticos clínicos por parte del Inversionista Privado como parte del Contrato de APP, el SPV deberá realizar la gestión y manejo de la infraestructura empleada para ese fin. Adicionalmente, deberá proveer el servicio de acuerdo con las condiciones establecidas en el contrato de prestación de dichos servicios.
Prestación de servicios logísticos no clínicos	En caso que el resultado de la estructuración se plantee la prestación de servicios logísticos no clínicos por parte del Inversionista Privado como parte del Contrato de APP, el SPV deberá realizar la gestión y manejo de la infraestructura empleada para ese fin. Adicionalmente, deberá proveer el servicio de acuerdo con las condiciones establecidas en el contrato de prestación de dichos servicios.
Obtención de garantías	El Inversionista Privado deberá obtener y mantener en vigor las garantías que sean exigidas en el presente contrato (Seguro de Responsabilidad Civil Extracontractual, Todo riesgo construcción, Todo riesgo obra terminada, etc.)
Presentación de información al	El Inversionista Privado deberá presentar la información correspondiente para el reporte y seguimiento de las actividades

Actividad	Descripción
Interventor y al contratante	relacionadas con el contrato a la Interventoría y al Departamento, en la medida, periodicidad y condiciones que se establezcan en el contrato.
Inventario de activos	El Inversionista Privado deberá llevar un inventario de los activos de la Concesión y realizar su actualización anual, la cual deberán presentar a la Interventoría y al Departamento.
Suscripción de actas	El Inversionista Privado deberá suscribir todas las actas previstas en el Contrato de APP.
Cooperación para el estudio, análisis o inspección de la ejecución del contrato	El Inversionista Privado deberá cooperar con empleados, asesores o agentes que determinen el Departamento, el Interventor o los entes de control para realizar actividades de estudio, análisis o inspección de la ejecución del contrato.
Revisión de los Indicadores de Servicio	El Inversionista Privado, junto con el interventor, realizará una revisión periódica de los indicadores. Estas revisiones serán llevadas a cabo en la periodicidad y conforme a las condiciones establecidas en el contrato.
Implementación del manual de buen gobierno	Se deberá implementar el manual e buen gobierno corporativo que se presentó en la etapa preoperativa.

Fase de Reversión y Liquidación del contrato

Actividad	Descripción
Actualización del inventario de activos de la concesión	Será obligación del concesionario llevar a cabo una actualización del inventario de todos aquellos bienes que (i) hayan sido adquiridos por el concesionario y que se encuentren destinados a las actividades de operación, (ii) hayan sido entregados por el Departamento del Atlántico; (iii) que hubieren sido de particulares que hayan sido adquiridos por el Departamento del Atlántico.
Actualización de la Memoria Técnica	Se deberá actualizar la memoria técnica del Hospital
Mantenimiento de la infraestructura y dotación hospitalaria	El Inversionista privado tendrá la obligación de realizar el mantenimiento sobre las intervenciones realizadas, así como de las dotaciones de equipo industrial, inmobiliario y sistemas de comunicación durante la etapa de reversión.

Actividad	Descripción
Niveles de servicio y estándares de calidad	Se deberá mantener los niveles de servicio y estándares de calidad previstos en el Contrato, aun durante la etapa de reversión
Entrega de los bienes	El Concesionario deberá realizar la entrega al Departamento del Atlántico de los todos los activos revertibles (Propiedad, Planta y Equipo, dotación hospitalaria, sistemas de información, intangibles, dotación hospitalaria y sistemas de información) en las condiciones mínimas establecidas.

Fuente: Elaboración KPMG basada en experiencia propia, el documento Guía para la contratación de proyectos de inversión en hospitales del BID, experiencia internacional y experiencia reciente de infraestructura social en Colombia.

12.4.2. Obligaciones de la Entidad Contratante – Departamento del Atlántico

Fase preoperativa

Actividad	Descripción
Entrega del terreno y/o bienes existentes	Será obligación del Departamento hacer la entrega del terreno donde se construirá el nuevo hospital que está siendo estructurado. Adicionalmente, en caso que existan bienes a entregar, el Departamento realizará la entrega de estos al Concesionario.
Celebración del contrato de interventoría	El Departamento deberá celebrar el contrato de la interventoría del proyecto.
Verificación de las condiciones iniciales del contrato	Verificar, a través de la Interventoría, las siguientes condiciones en la etapa de preconstrucción: • Apertura del Patrimonio Autónomo • Cumplimiento del pago de los giros al Patrimonio Autónomo • Verificación y aprobación de los documentos que acrediten el cierre financiero
Aprobación de los diseños	Dar la no objeción de los diseños del nuevo hospital a través de la interventoría.
Apoyo en la consecución de licencias y permisos	Cooperar con el Inversionista Privado en los trámites ante las autoridades pertinentes, para la obtención de licencias y permisos necesarios para el inicio de las intervenciones

Actividad	Descripción
Aportes al Fondo de Contingencias	En caso que resulte necesario, realizar los aportes al fondo de contingencias al que hubiera lugar, en los términos y condiciones aprobados por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.
Suscripción de actas	El Departamento deberá suscribir todas las actas previstas en el Contrato de APP, junto con la Interventoría y el Inversionista Privado.
Aportes Infraestructura	El Departamento del Atlántico deberá realizar los aportes de recursos públicos (denominados inicialmente Aportes Infraestructura) al Patrimonio Autónomo, en los montos y plazos fijados en el contrato. .
Efectuar trámites presupuestales	El Departamento del Atlántico deberá realizar los trámites presupuestales previstos en la Ley para asegurar, que para todas las vigencias fiscales correspondientes, se incluyan dentro de su presupuesto los recursos necesarios para realizar los aportes Entidad Contratante.
Autorizar traslados de recursos entre las cuentas del Patrimonio Autónomo	El Departamento del Atlántico deberá ordenar y autorizar a la Fiduciaria el traslado de los recursos de la cuenta Entidad Contratante a la Cuenta Proyecto, así como ordenar los demás traslados entre las cuentas y subcuentas del Patrimonio Autónomo.
Supervisión del contrato	Con el apoyo y participación de la interventoría, el Departamento del Atlántico deberá desarrollar todas las actividades necesarias para efectuar un control y seguimiento sobre las actividades que adelanta el Inversionista Privado.
Recepción del equipo biomédico básico	El Departamento del Atlántico deberá recibir el equipo biomédico básico adquirido, incluyendo el servicio de mantenimiento definido.
Firma de convenio administrativo con el prestador del servicio clínico	El Departamento del Atlántico deberá firmar el convenio administrativo con el prestador de servicio clínico (ESE) para el uso de la infraestructura que construya el privado.

Fase operación y mantenimiento:

Actividad	Descripción
Propender relación entre prestador del servicio clínico y el Concesionario	El Departamento del Atlántico deberá propender para una adecuada relación para el uso de las instalaciones entre quien realice el contrato APP y quien preste los servicios de salud.

Actividad	Descripción
Autorizar traslados de recursos entre las cuentas del Patrimonio Autónomo	El Departamento del Atlántico deberá ordenar y autorizar a la Fiduciaria el traslado de los recursos de la cuenta Entidad Contratante a la Cuenta Proyecto, así como ordenar los demás traslados entre las cuentas y subcuentas del Patrimonio Autónomo.
Aportes al Fondo de Contingencias	En caso que resulte necesario, realizar los aportes al fondo de contingencias al que hubiera lugar, en los términos y condiciones aprobados por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.
Supervisión del contrato	Con el apoyo y participación de la interventoría, el Departamento del Atlántico deberá desarrollar todas las actividades necesarias para efectuar un control y seguimiento sobre las actividades que adelanta el Inversionista Privado.
Revisión de los indicadores de servicio	El Departamento, a través de la Interventoría, participará en la revisión del cumplimiento de indicadores de servicio y realizará y aprobará las deducciones que haya lugar por deficiencias y/o fallas en el servicio
Suscripción de actas	El Departamento deberá suscribir todas las actas previstas en el Contrato de APP, junto con la Interventoría y el Inversionista Privado.
Estudio de continuación de los servicios	Se deberá llevar a cabo un estudio de cómo se va a continuar con los servicios que estaban incluidos en el contrato de APP, una vez sea revertida la infraestructura.

Fase de Reversión y Liquidación del contrato

Actividad	Descripción
Recepción de los bienes	El Departamento deberá recibir del inversionista privado la infraestructura acorde con los estándares establecidos y con la verificación de la interventoría.
Liquidación del contrato	El Departamento deberá liquidar el contrato en la etapa de reversión.

12.4.3. Obligaciones del Interventor

A continuación se presentan las obligaciones del Interventor en la ejecución del contrato de Interventoría que se suscriba con el Departamento del Atlántico.

Actividad	Descripción
Verificación de las condiciones iniciales del contrato	Verificar y reportar el cumplimiento de las siguientes condiciones en la etapa de preconstrucción a la Entidad Contratante: • Apertura del Patrimonio Autónomo • Cumplimiento del pago de los giros al Patrimonio Autónomo • Verificación y aprobación de los documentos que acrediten el cierre financiero
Obtención de garantías	El Inversionista Privado deberá obtener y mantener en vigor las garantías que sean exigidas en el contrato de Interventoría que se suscriba con la Entidad Contratante.
Actividades relacionadas al contrato de Interventoría	El interventor deberá realizar por su cuenta y riesgo todas las actividades derivadas del Contrato de Interventoría, entre las que se encuentran: • Verificación de los indicadores de gestión y calidad establecidos en el Contrato de APP. • Cálculo de retribución, multas y deducciones en caso que hubiera lugar. • Verificación de la información proporcionada por el Inversionista Privado. Además, deberá mantener y contratar todo el personal que le resulte necesario para las actividades de control y vigilancia técnica, administrativa, legal, financiera, contable y social que se deriven del contrato de Interventoría.
Verificación de cumplimiento de obligaciones del contrato de APP	El Interventor deberá verificar el cumplimiento de las obligaciones del Inversionista Privado que se encuentren contenidas en el Contrato de APP y sus documentos relacionados (Apéndices, manuales, programas, planes, etc., en caso que aplique).
Cumplimiento con plazos	La Interventoría deberá cumplir con los plazos que se fijen en el contrato de Interventoría y el Contrato de APP.
Suscripción de actas	El Interventor deberá suscribir todas las actas previstas en el Contrato de APP, junto con el Departamento del Atlántico y el Inversionista Privado.
Rendición de informes	El Interventor deberá rendir informes y conceptos al Departamento del Atlántico respecto a la ejecución del Contrato de APP.
Soporte en elaboración de	Dar soporte y apoyo al Departamento del Atlántico mediante la elaboración de conceptos técnicos, jurídicos, financieros o contables que sean requeridos por el Departamento, incluyendo dar respuesta a

Actividad	Descripción
conceptos para el Departamento	derechos de petición, requerimiento de organismos de control o de otras entidades del Estado.
Revisión de los documentos que proporcione el Inversionista Privado	Recibir, verificar y conceptuar sobre los informes, planes, registros, manuales y/o programas que el Inversionista Privado esté obligado a entregar.
Sistema de calidad	Establecer, documentar y mantener un sistema de calidad como medio para asegurar el cumplimiento de las obligaciones.

12.4.4. Obligaciones del Patrimonio Autónomo

Entre las obligaciones del Patrimonio Autónomo se encuentran:

Actividad	Descripción
Celebrar el contrato de fiducia mercantil	La Fiducia celebrará con el inversionista privado (Fidecomitente) un contrato de fiducia mercantil, en el cual se deberá incorporar el contrato de APP. En este contrato, el fideicomitente transfiere la propiedad de uno o más bienes a una Sociedad Fiduciaria, quien se obliga a administrarlos, conformándose con dichos bienes un Patrimonio Autónomo. Este patrimonio autónomo tendrá como beneficiario al fidecomitente o un tercero.
Hacer el manejo del Patrimonio Autónomo	El contrato de fiducia mercantil incluirá actividades de administración, recaudo, pagos, inversión, garantía o fuente de pago que sean adecuadas para el proyecto.
Transferir los bienes al beneficiario	El patrimonio autónomo deberá realizar los giros de efectivo a los beneficiarios de las diferentes cuentas, una vez reciba la aprobación de su uso por parte de la Entidad Contratante o el Inversionista privado, en las condiciones, tiempos y plazos que se establezcan.
Hacer descuentos y deducciones de la retribución	La Fiducia deberá realizar los descuentos y deducciones de la retribución, de conformidad con lo previsto en el contrato de APP.

Actividad	Descripción
Hacer entrega de la información solicitada por la Entidad Contratante y entidades de control	La Fiducia deberá hacer entrega de la información que solicite la Entidad Contratante y otras entidades de control, en los plazos y términos que se establezca en el contrato de APP.
Informar al fidecomitente acerca de riesgos, limitaciones técnicas y aspectos negativos.	La Superintendencia Financiera de Colombia, en la circular Básica Jurídica 007, señala que las sociedades fiduciarias deberán "*los riesgos, limitaciones técnicas y aspectos negativos inherentes a los bienes y servicios que hacen parte del objeto del contrato y de las prestaciones que se les encomienden, de manera tal que el cliente debe ser advertido de las implicaciones del contrato, deber que les asiste desde la etapa precontractual, durante la ejecución e incluso hasta la liquidación del contrato. El alcance de esta obligación deberá consultar el carácter y conocimiento de las partes intervinientes. Este deber implica la obligación de poner en conocimiento del cliente las dificultades o imprevistos que ocurran en la ejecución del contrato*."
Reportar información a la Unidad de Información y Análisis Financiero (UIAF)	La Fiducia deberá reportar a la UIAF el nombre del fidecomitente, del beneficiario, el valor de los recursos administrados a través del Patrimonio Autónomo y cualquier información que requiera la UIAF.
Cumplimiento con plazos	La Fiduciaria deberá cumplir con los plazos que se fijen en el contrato del Contrato de APP y de Fiduciaria.
Devolución de los bienes	La Fiducia deberá realizar la devolución de los bienes y rendimientos financieros dados en fiducia al finalizar el contrato, según las cláusulas contractuales a los beneficiarios correspondientes.
Mantener separados los bienes fideicomitidos	La Fiducia deberá mantener separados los bienes fideicomitidos de los activos de la Fiducia.
Realizar las inversiones correspondientes	La Fiducia deberá invertir los bienes del negocio fiduciario en la firma y los requisitos fijados en el contrato de Fiducia.

Actividad	Descripción
Protección y defensa de los bienes fideicomitidos	El Patrimonio Autónomo deberá llevar la personería para la protección y defensa de los bienes fideicomitidos, contra actos de terceros, de los beneficiarios y del fideicomitente.
Rendición de cuentas	La Fiducia deberá rendir cuentas a los beneficiarios, acreedores, fideicomitentes, entidad contratante, entre otros, en los términos y plazos fijados en el contrato de fiducia.
Auditor externo	La Fiducia deberá nombrar un auditor externo del Patrimonio Autónomo, para que revise y audite las cuentas y subcuentas, así como información financiera que se genere en la ejecución del contrato de Fiducia. Este auditor externo deberá ser una firma de auditoría de reconocida reputación.

12.4.5. Obligaciones del Accionista

Entre las obligaciones del Accionista se encuentran:

Actividad	Descripción
Constituir el Vehículo de Propósito Especial	Los Accionistas deberán constituir un Vehículo de Propósito Especial, una vez resulten adjudicatarios. Esta deberá ser una condición para la suscripción del Contrato de APP.
Cumplir con las condiciones de experiencia en inversión y capacidad financiera	Los Accionistas deberán cumplir con la experiencia en inversión y capacidad financiera que se defina en los pliegos de condiciones del proceso licitatorio.
Fondeo el proyecto	Será obligación del accionista fondear el proyecto con los recursos que sean necesarios para desarrollar el proyecto, ya sea a través de aportes patrimoniales directos o como deuda subordinada. El Accionista tendrá la obligación de procurar la totalidad de recursos necesarios para desarrollar el proyecto durante todas las fases del

Actividad	Descripción
	mismo, aun cuando los recursos de fondeo que el proyecto exija sean mayores a los previstos contractualmente.
Fondear la cuenta de Aportes de Equity del Patrimonio Autónomo	En caso que, como resultado de la estructuración del proyecto, resulte necesario fondear una subcuenta de Aportes de Equity en el Patrimonio Autónomo, el Accionista debe comprometerse a realizar los pagos en los términos y montos fijados en el contrato.

12.4.6. Obligaciones de los Prestamistas

Entre las obligaciones de los Prestamistas se encuentran:

Actividad	Descripción
Contrato de financiación	Será obligación de los prestamistas firmar los contratos de financiación con el Vehículo de Propósito Específico que hayan sido determinados en las negociaciones del esquema de financiación del proyecto (Project finance).
Fondeo el proyecto	Será obligación del prestamista fondear el proyecto con los recursos de deuda senior que hayan sido acordados en los contratos de financiación, en los montos y plazos señalados, siempre y cuando el Inversionista Privado cumpla con las condiciones financieras (covenants) exigidas por los prestamistas.

12.5. Necesidades de los actores en la transacción

Las necesidades de los actores que fueron identificadas en la presente consultoría se presentan a continuación.

12.5.1. Necesidades de la Sociedad de Propósito Específico

Entre las necesidades de la Sociedad de Propósito Específico se encuentran las siguientes:

- Disponer del terreno para iniciar las obras. Teniendo en cuenta la manera en como se está estructurando el hospital, resultará necesario que la Entidad Contratante (Departamento del Atlántico) le haga entrega del terreno y/o bienes inmuebles que considere como parte de esta APP para que el contratista pueda iniciar con la labor de construcción del nuevo hospital.
- Contar con los recursos financieros (Equity y Deuda) para iniciar el proceso constructivo. Es una necesidad del contratista de la APP contar con los recursos (propios o deuda financiera) para iniciar actividades. Si bien esta actividad es una necesidad, se entiende que la consecución de estos recursos (como fue mencionado anteriormente) es responsabilidad del contratista.
- Contar con personal adecuado para administrar / llevar a cabo todas las tareas relacionadas al objeto contractual.
- Que el Departamento cuente con el Convenio Interadministrativo con la ESE. Será necesario que, desde la etapa preoperativa, el contratista cuente con la certeza que existe un convenio interadministrativo entre el Departamento del Atlántico y la ESE para proveer los servicios de salud, ya que no puede realizar actividades de preparación de la infraestructura (por ejemplo, marcha blanca) si no existe un operador de salud para esa infraestructura
- Disponer con los ingresos asociados al proyecto. Es una necesidad del contratista de la APP contar con la seguridad del dinero asociado a ingresos del proyecto, siempre sujeto a potenciales descuentos por incumplimiento de indicadores. Es importante que los desembolsos de la Entidad Territorial sean girados al patrimonio autónomo en las condiciones establecidas en el contrato.
- Contar con una contraparte contractual (el departamento) con una fuerte institucionalidad que genere confianza y que le permita gestionar de manera adecuada y eficiente el día a día del contrato de APP.
- Contar con canales de comunicación claros entre el contratista, el Departamento y el operador del servicio médico que permitan el diálogo para superar potenciales impases o dificultades que se presenten en la ejecución del contrato.

12.5.2. Necesidades de la Entidad Contratante

Entre las necesidades de la Entidad Contratante se encuentran:

- Contar con un equipo administrativo al interior de su administración que sea capaz de administrar/gestionar el contrato de APP. Según recomienda el Banco Interamericano de Desarrollo y como fue mencionado en este documento, es necesario que ese equipo cuente con habilidades de evaluación económica, financiera, de proyectos y de APP, adicionalmente, debe contar con conocimiento técnico asociado a infraestructura hospitalaria y dotación, manejo de contratos y práctica en negociaciones con privados (Banco Interamericano de Desarrollo, 2015).
- Contar con los recursos presupuestales para llevar a cabo la APP, tanto para la contraprestación como para posibles aportes que deban realizarse al fondo de contingencias, teniendo en cuenta que se deben hacer los giros en los montos y plazos adecuados contractualmente.

- Contar con las herramientas de interlocución adecuadas para manejar las relaciones entre las partes (operador del servicio médico, contratista, interventoría, público en general, entre otros) y mantener una comunicación clara, fluida y transparente.
- Contar con una contraparte capacitada para ejercer las tareas que le fueron asignadas. Eso incluye, un contratista del contrato de APP adecuado, un interventor capacitado para supervisar el día a día del contrato y un equipo interno integral que pueda gerenciar/supervisar el contrato.

12.5.3. Necesidades del Interventor

Entre las necesidades del Interventor se encuentran:

- Disponer de manuales claros y direcciones concretas que le permitan llevar a cabo el control y supervisión de todos los aspectos técnicos del contrato. Eso incluye contar con manuales claros de control y revisión de indicadores que incluya frecuencia de revisión, tiempos de reacción, penalidades aplicables, entre otros.
- Disponer de las herramientas tecnológicas que le permitan llevar un control de cumplimiento de los indicadores de servicio, gestión y mejora continua.
- Tener claridad y transparencia en los procesos que lleve a cabo.
- Disponer de una línea clara de interlocución entre él, la Entidad Contratante y el contratista de la APP que permita una comunicación transparente y clara.

12.5.4. Necesidades del Patrimonio Autónomo

Entre las necesidades del Patrimonio Autónomo se encuentran:

- Contar con los recursos en las cuentas disponibles para las diferentes fuentes en los tiempos y montos señalados contractualmente y en los que sean necesarios. Por ejemplo, en caso que en la etapa de operación sea necesario hacer un giro a una de las cuentas del PA, éste debe tener la disponibilidad (fuente de recursos) para llevar a cabo el desembolso (uso del recurso).
- Contar con el contrato entre el contratista (Sociedad de Propósito Específico) y la fiduciaria donde se establezcan honorarios y duración del contrato.
- En caso de emisiones en el mercado de capitales para la financiación del proyecto, la fiduciaria necesitará ser incorporada en el proceso de financiación ya que será ella quien realice los desembolsos a las partes interesadas (bondholders o shareholders, dependiendo del caso).

12.5.5. Necesidades del Accionista

Entre las necesidades del Accionista se encuentran:

- Contar con subcontratistas con las capacidades técnicas necesarias para el correcto desarrollo del contrato de APP, de manera que se minimicen potenciales deducciones por el incumplimiento de los indicadores de servicio, gestión y mejora continua.
- Contar con el músculo financiero individual y grupal (en caso de varios accionistas) para llevar a cabo el contrato, ya que es necesario disponer de recursos para (i) llevar a cabo la construcción y (ii) obtener el cierre financiero, ya que los bancos no optarían por apalancamientos que pongan en riesgo su aporte en el proyecto a través de deuda financiera.
- Contar con la retribución de su inversión que se encuentre en línea con la rentabilidad esperada por los accionistas.

12.5.6. Necesidades del Prestamista

Entre las necesidades del Prestamista se encuentran:

- Identificar potenciales riesgos asociados al desarrollo del contrato. Cualquier identificación de un riesgo que por su probabilidad de ocurrencia e impacto financiero sea considerable, puede generar una reacción de inquietud en el mercado financiero que impida la consecución del cierre financiero, de renegociaciones de la deuda o de nueva deuda.
- Contar con contrapartes financieramente fuertes (tanto los accionistas detrás de la Sociedad de Propósito Específico como la Entidad Contratante) y con un proyecto correctamente estructurado, que disponga de la suficiente capacidad de generación de caja (efectivo) para retribuirle al prestamista los aportes de deuda que hayan sido realizados.

13. Identificación de oportunidades reales de proyectos o actividades complementarias

El objetivo de la presente sección del documento es efectuar una identificación de oportunidades reales de proyectos o actividades complementarias y formular las opciones para vincular a los diferentes actores del sector privado en la explotación de dichas oportunidades que permita eventualmente una reducción de aportes públicos, así como un mayor retorno para el privado, que aumente el apetito del mercado.

Estas actividades son asignadas al inversionista privado en contratos bajo el esquema de Asociación Público Privada dado que este puede prestar dicho servicio con eficiencia, calidad, capacidad de innovación, flexibilidad para la selección de subcontratistas o terceros para su prestación generando económicas de escala y posee el conocimiento en la prestación del servicio.

La posibilidad de incorporar dichas oportunidades en el desarrollo de la nueva infraestructura para el hospital Juan Domínguez Romero en el municipio de Soledad Atlántico que se constituyan en una fuente de ingresos adicional para el proyecto depende principalmente de varios factores:

1. Análisis socioeconómico de la zona que permita identificar necesidades de la población y el poder adquisitivo del municipio de Soledad y áreas de influencia. (Ver análisis socioeconómico)
2. Ubicación geográfica del hospital dentro del municipio de Soledad Atlántico.
3. Potencial del mercado, en la medida que haya poca oferta y gran demanda por las actividades adicionales que se provean.
4. El espacio físico con el que se cuente en la provisión de la infraestructura.
5. Compatibilidad del desarrollo de dichas actividades en la infraestructura hospitalaria.
6. Complejidad del esquema del APP y potencial colocación del proyecto en el mercado colombiano.

Previo al análisis de dichos componentes se parte de un análisis de actividades complementarias obtenidas de la experiencia en proyectos de APP del sector salud en otros países y posibles actividades identificadas del estudio socioeconómico, una vez se han identificado las actividades a evaluar, se efectuará un análisis de las mismas bajo cada uno de los componentes mencionados anteriormente.

13.1. Actividades complementarias internacionalmente aplicadas en proyectos de APP del sector salud y nacionalmente compatibles con el desarrollo de infraestructura hospitalaria.

Para el desarrollo de estas actividades complementarias se incorpora en el diseño de la edificación áreas de aprovechamiento comercial que el asociado privado construirá y operara únicamente para la prestación de dichas actividades ya sea en nombre propio o a través de terceros a continuación se presenta una descripción de las actividades potenciales.

Tabla 60 Potenciales actividades complementarias a incluir en el contrato de APP

Actividad comercial	Descripción
Cafetería - Restaurante	El asociado privado es el responsable del servicio de cafetería – restaurante para visitas funcionarios y público en general diferente a pacientes, este es un servicio complementario pero de carácter obligatorio. El objetivo del servicio es proporcionar en general un espacio alternativo de alimentación y esparcimiento.
Estacionamientos para visitas de pacientes	El objetivo del servicio de estacionamiento será construir, habilitar y operar un espacio dentro del área de concesión, que permita el aparcamiento de vehículos diferentes a los de los funcionarios de manera que se facilite la accesibilidad, disponibilidad y seguridad. Se deberá discutir si los pacientes gozaran de un descuento especial en el uso del parqueadero o si el acceso al servicio de parqueadero por parte de los pacientes es gratuito.
Máquinas dispensadoras	El objetivo es ofrecer al público en general opciones de alimentación cercanas al área donde se encuentren.
Servicios bancarios	Espacios para el arrendamiento de cajeros automáticos
Areas multiservicio	Servicios de óptica, artículos para enfermos, fotocopias, floristería, cyber café etc.

A continuación se presenta un análisis de las ventajas y desventajas de la incorporación de servicios comerciales en un proyecto de APP.

Tabla 61 Ventajas y desventajas de los servicios comerciales en un proyecto de APP

Tipos de servicios a asignarse al privado	Subservicios	Ventajas	Desventajas
Servicios de explotación comercial	1.Cafetería - Restaurante 2.Estacionamientos para visitas de pacientes 3. Servicios de estacionamiento de funcionarios 4. Máquinas dispensadoras 5. Servicios bancarios 6. Servicios de sala cuna y jardín infantil 7. Áreas multiservicio: Servicios de óptica, artículos para enfermos, fotocopias, floristería, cyber café etc.	Eficiencia, calidad y capacidad de innovación en la prestación del servicio por parte del privado. Flexibilidad para la selección de subcontratistas o terceros para la prestación del servicio Internacionalmente estos servicios han sido asignados al inversionista privado. Han constituido una fuente de reducción de ingresos públicos en los proyectos de APP	Con relación al servicio de estacionamiento de funcionarios y sala cuna y jardín infantil se recomienda que dichos servicios se brinden bajo ingresos comerciales, con tarifas preferenciales para los funcionarios.

Fuente: realización KPMG

Como parte del análisis se presenta a continuación algunos casos analizados sobre la forma de incorporación de las actividades comerciales en contratos bajo el esquema de APP que demuestran la capacidad de los inversionistas privados para la asunción de dichas obligaciones y abren el espacio para definir en los próximos productos la forma de inclusión en el esquema de pago de las actividades comerciales que se establezcan.

1. Proyectos de cuarta generación de concesiones viales en Colombia

En los proyectos de cuarta generación de concesiones viales los servicios fueron divididos en dos (2) categorías:

a) Aquellos de carácter obligatorio, por los cuales no puede cobrar en ningún caso cargo alguno a los usuarios del servicio diferente del peaje establecido.

b) Los Servicios Adicionales, los cuales no son de carácter obligatorio y que pueden ser cobrados a los usuarios del servicio, generando Ingresos Comerciales que formarán parte de la Retribución del Concesionario.

Dentro de algunos de los servicios adicionales, se encuentran la venta de publicidad, la explotación comercial de las áreas de servicio mediante actividades tales como la venta de combustibles, alimentos, restauración, hostelería o mediante la celebración de contratos con terceros para la explotación de dichas áreas.

Para la prestación de estos servicios el contrato establece que los servicios adicionales se deben prestar en condiciones de eficiencia y competencia sin establecer indicadores específicos para los mismos.

Con relación a los ingresos comerciales el contrato estándar de cuarta generación de concesiones viales establece:

> *"Ingresos por Explotación Comercial" Se refiere a los ingresos brutos efectivamente obtenidos como consecuencia de la prestación de los Servicios Adicionales. Se tendrán como Ingresos por Explotación Comercial, para todos los efectos de este Contrato, no sólo los que reciba directamente el Concesionario, sino cualquier otra persona en la cual el Concesionario, sus socios o los Beneficiarios Reales del Concesionario, tengan cualquier participación o compartan de cualquier manera los resultados de su actividad económica. El dos coma dos por ciento (2,2%) de los Ingresos por Explotación Comercial será transferido a la Subcuenta Excedentes ANI. El noventa y siete punto ocho por ciento (97,8%) restante será consignado en la Subcuenta de Ingresos por Explotación Comercial como una de las fuentes para el pago de la Retribución –o de la Compensación Especial, cuando sea aplicable–.*"

2. Fiscalía de Cali

En los documentos publicados preliminares del proceso de la licitación de la Fiscalía de Cali se aprecia que corresponde a la obligación del Concesionario de realizar los estudios y diseños arquitectónicos y técnicos necesarios para construir por su cuenta y riesgo la construcción de la sede seccional de Santiago de Cali de la FGN incluyendo la entrega de las Instalaciones Técnicas y el Mobiliario,

las labores de Operación y Mantenimiento del Área Concesionada y el Área de Aprovechamiento Privado, en los términos y condiciones que se establezcan en el Contrato de Concesión.

El área de aprovechamiento privado es diseñada, construida y operada por el Concesionario destinada únicamente para la prestación exclusiva de servicios bancarios, cafetería o restaurantes a los usuarios y personal de la Fiscalía, en los términos y condiciones que se establezcan en el proyecto.

3. Experiencia UK

En los lineamientos del contrato del Reino Unido para el sector salud se observa que las áreas comerciales son definidas para ser construidas dentro del hospital y que consisten en las unidades de servicios de venta al público/financieras entregadas a terceras partes comerciales, el grado exacto de las áreas comerciales será determinado por los diseños del proyecto.

Por otra parte, se define el ingreso comercial como cualquier ingreso del proyecto relacionado con actividades comerciales de partes diferentes al Trust en el hospital, excluyendo los ingresos excluidos.

Desde el punto de vista del pago se establece que el proyecto deberá pagar al Trust cincuenta por ciento (50%) de la diferencia entre el ingreso comercial menos los gastos agregados de acuerdo con las clausulas estipuladas en el contrato.

Los montos a pagar por el proyecto al Trust deberán ser calculados con relación a cada año contractual, desde e incluyendo el primer año del contrato.

Las partes deben comunicar a la otra cualquier oferta sobre fuentes potenciales de ingreso comercial y su optimización, igualmente el precio a establecer por cualquiera de las actividades comerciales dentro del hospital y la promoción sobre dichas actividades comerciales.

El concesionario a cargo de la Asociación Público Privada tendrá el derecho a ser el primero en aceptar o declinar la aceptación de cualquier actividad comercial que genere ingresos comerciales.

4. Experiencia de CHILE

En Chile se han establecido como servicios complementarios la alimentación a visitas y público en general, estacionamientos para visitas de pacientes, instalación y explotación de máquinas dispensadoras, áreas multiservicio (óptica, artículos para enfermos, fotocopias, cajeros automáticos, florerías, cyber café, etc) y otros.

5. Servicios Comerciales desde el punto de vista del usuario.

Para observar la forma de incorporación de algunos de los servicios comerciales pero desde el punto de vista al público, a continuación de presenta el ejemplo de Children¨s Hospital con los diferentes servicios comerciales que ofrecer:

- Artículos de Tocador

La higiene personal y los artículos de tocador están disponibles para padres durante la hospitalización de su hijo. Los artículos incluyen la crema de afeitar, la navaja de afeitar, el enjuague bucal, el desodorante, la loción, el champú, el jabón, la pasta de dientes y el cepillo de dientes.

- Cajeros automáticos

Los cajeros automáticos en el primer y el tercer piso del hospital general y en el centro de investigación en el primer piso.

- Opciones de comidas y onces

El Hospital de niños tiene varias opciones para comidas y onces, incluyendo

  - Cafetería
  - Pop Stop Snack Bar
  - Moose on the Loose Cafe

    - Máquinas dispensadoras
- Asistencia en Comidas

Las familias que requieren del servicio de alimentación se deben poner en contacto con la Oficina de la Asistencia social Clínica.

- Asientos de bebé para el automóvil

Los asientos de automóviles de bebes están disponibles poniéndose en contacto el área Técnico de Seguridad del niño pasajero donde un trabajador social puede proporcionar la ayuda por horas para el préstamo de la silla de bebé. Están sujetas al inventario.

- Flores y regalos

Las flores y la entrega de regalos se pueden proporcionar al cuarto del paciente sujeto a la autorización del personal. El personal de la tienda notifica a los familiares en la oficina de recepción o de información sobre la disponibilidad de los artículos y los pueden recoger en el lugar de conveniencia.

- Tienda de regalos

La Tienda de regalos, está localizada en el piso 1, ofrece una amplia variedad de regalos, juguetes, globos, tarjetas de felicitación, revistas etc. La ropa, los artículos de tocador, las tarjetas telefónicas, los sellos, los recambios del globo de helio, los pases del autobús y los billetes de la lotería también están disponibles para conveniencia de los visitantes.

- Computadores portatiles

Los computadores portátiles están disponibles llamando al área encargada

- Productos de la lavandería

Los productos de la lavandería se pueden comprar en la Oficina de Bienvenida o Información.

- Teléfonos

El hospital es un edificio amistoso con el teléfono celular. Si está en un área donde esto no es el caso, le aconsejarán no usar su teléfono celular.

- Servicio de televisión

Todos los cuartos de pacientes en los pisos 4-9 tienen el acceso a una estación de entretenimiento e información que es accesible a través de la televisión donde se presentan los siguientes canales y servicios:

  - Canal de información del hospital (02)
  - Biblioteca del vídeo de la educación paciente
  - Películas a solicitud
  - Cuarto del juego de la TV
  - Nintendo Game Cube
- Entretenimiento para pacientes

El Hospital de niños de Pittsburgh ofrece el entretenimiento al paciente en el lado de la cama durante una estancia de una noche.

- Información paciente y centro de entretenimiento

Un centro de entretenimiento e información para pacientes está disponible en los cuartos de pacientes en los pisos 7–10. El centro es accesible a través de la televisión y presenta diferentes canales y servicios como los que se describen a continuación.

  - **Canal de Bienvenida**

    Permite al usuario unirse con todos los rasgos de entretenimiento (por ejemplo, videojuegos, películas a solicitud, etc). También muestra el listado del canal de cable.

  - **Canal Informativo del Hospital**

Información relacionada con los pacientes, incluso sesiones de reuniones/grupo, actividades y menús especiales de la cafetería.

- **Canal de Mensajería del Hospital**

  Proporciona la información general, incluso reconocimiento especial, acontecimientos de la comunidad y noticias del hospital.

- **Canal de cuidados**

  Contribuyendo al relajamiento del paciente.

- **C.A.R.E. con Imágenes guiadas y video biblioteca para la educación del paciente**

  Contiene vídeos de la asistencia médica educativos para pacientes, miembros de familia e invitados (Por ejemplo programas como es tiempo de Aprender Sobre la Diabetes, etc.).

- **Películas a demanda**

  Las películas presentan mandos de repetición de medios que permiten a los espectadores gravar un momento en una película y miren el resto más tarde.

- **Sala de Videojuegos y TV**

  Cuenta con juegos de “estrategia y habilidad” por la TV usando el mando a distancia o altavoz de la almohada.

- **Nintendo**

  Permite que se juegue video juegos de Nintendo populares directamente por la televisión.

- Programa de computador portátil por paciente

Los ordenadores portátiles son distribuidos por solicitud entre las 9 y 4 de la tarde de lunes a viernes, llamando al área técnica correspondiente. Para el efecto se requiere un ID estatal, el pasaporte, el permiso de conducir o ID militar.

14. Estudios técnicos, licencias, permisos y/o trámites ambientales requeridos para adelantar el proyecto. Identificación de la disponibilidad de servicios públicos.

Para el desarrollo del proyecto se deben considerar una serie de trámites y gestiones ante las autoridades locales, que permitan obtener las autorizaciones necesarias. A continuación se detallan los procedimientos y requisitos:

14.1. Requisitos generales para licencias de construcción y urbanismos: (Decreto 1469 de 2010)

- Copia del certificado de libertad y tradición del inmueble o inmuebles objeto de la solicitud, cuya fecha de expedición no sea superior a un mes antes de la fecha de la solicitud.
- Formulario único nacional para la solicitud de licencias
- Copia del documento de identidad del solicitante cuando se trate de personas naturales o certificado de existencia y representación legal, cuando se trate de personas jurídicas. Para el caso de ser una entidad pública quien tramita la licencia, se debe anexar copia del documento de identidad del representante legal, y el acta de posición.
- Copia del documento o declaración privada del impuesto predial del último año.
- Relación de la dirección de los predios colindantes al proyecto objeto de la solicitud.

Las licencias de construcción tienen asociado un costo de expensas de curaduría, asumido por el promotor del proyecto. Este costo se calcula en función del área construida licenciada; partiendo de la base que el área del proyecto está en torno a los 20.000m2, supondría unas expensas de 60.000.000 COP aproximadamente.

Requisitos adicionales para la licencia de urbanismo *(Decreto 1469 de 2010)*, la cual se tramita ante la curaduría urbana de Soledad:

- Plano topográfico del predio, predios o parte del predio objeto de la solicitud, firmado por el o los profesionales responsables, en el cual se indique el área, los linderos y todas las reservas, secciones viales, afectaciones y limitaciones urbanísticas debidamente amojonadas y con indicación de coordenadas.
- Plano de proyecto urbanístico, debidamente firmado por un arquitecto con matrícula profesional quien es el responsable del diseño.

- Certificación expedida por las empresas de servicios públicos domiciliarios o la autoridad o autoridades municipales o distritales competentes, acerca de la disponibilidad inmediata de servicios públicos en el predio o predios objeto de la licencia, dentro del término de vigencia de la licencia.

Las licencias de urbanismo tienen asociado un costo de expensas de curaduría, asumido por el promotor del proyecto. Este costo se calcula en función del área urbanizada licenciada; partiendo de la base que el área del terreno es 10.000m2, supondría unas expensas de 20.000.000 COP aproximadamente.

Requisitos adicionales para una licencia de construcción *(Decreto 1469 de 2010)*, la cual se tramita ante la curaduría urbana de Soledad

- Copia de la memoria de los cálculos y planos estructurales, de las memorias de diseño de los elementos no estructurales y de estudios geotécnicos y de suelos que sirvan para determinar el cumplimiento en estos aspectos del Reglamento Colombiano de Construcción Sismorresistente -NSR- 10.
- Una copia en medio impreso del proyecto arquitectónico, elaborado de conformidad con las normas urbanísticas y de edificabilidad vigentes al momento de la solicitud.
- Si el hospital genera modificaciones al sistema de tránsito que impacten negativamente la movilidad circundante y la de su zona de influencia, o se constituyan en un polo importante generador de viajes, deberán contar con un estudio de tránsito aprobado por la autoridad de tránsito competente, en el que se definan las medidas para prevenir o mitigar los citados impactos.

14.2. Autorización de vertimiento de aguas residuales al alcantarillado municipal

Trámite ante EDUMAS (Establecimiento de Desarrollo Urbano y Medio Ambiente de Soledad) – CAR (Corporación autónoma regional del Atlántico)
Normativa: Ley 99 de 1993 y Decreto 3930 de 2010

- Se debe diligenciar el Formulario Único Nacional para la autorización de vertimientos.
- Evaluación del proyecto

Esta autorización tienen un costo de acuerdo al caudal estimado que se entregará a la red de alcantarillado; los costos oscilan entre 8.000.000 COP y 14.000.000 COP.

Adicionalmente se debe realizar un estudio de caracterización de aguas residuales para el diligenciamiento del Formulario Único Nacional para la autorización de vertimientos; los cotos oscilan entre 3.000.000 COP y 5.000.000 COP.

14.3. Plan de manejo ambiental de residuos peligrosos: Trámite EDUMAS – CAR (Corporación autónoma regional del Atlántico)

Normativa:

- Decreto 4741 de 2005
- Manual de diligenciamiento web: http://www.crautonoma.gov.co/documentos/ManualDiligenciamientoWeb.pdf
- Política ambiental de residuos peligrosos: http://www.crautonoma.gov.co/documentos/politica_ambiental_gestion_integral_residuos_des_peligrosos.pdf
- Resolución 1362 de 2007
- Registro de generadores RESPEL
- Código internacional uniforme

Este plan es desarrollado por el gestor ambiental del hospital, una vez esté en operación el hospital.

14.4. Autorización para cargue y descargue

Trámite ante la secretaría de Transito y Trasporte del Municipio

14.5. Aprobación del proyecto por parte de la Secretaria de Salud Municipal.

Requisitos:
Revisión de infraestructura, procesos, dotación y el personal. Se deberá:

- Iniciar proceso para la inclusión del Proyecto en el plan bienal del consejo territorial de salud.
- Presentar los estudios y diseños a la secretaria de salud y obtener concepto de viabilidad para que incluya en el plan de red
- Solicitar el concepto del Ministerio de la protección social
- Inscripción del proyecto en el banco proyectos departamental y municipal

14.6. Solicitud de autorización del diseño de instalaciones radioactivas para su posterior construcción, bajo la modalidad de Licencia de Diseño y Construcción.

Trámite ante el Servicio Geológico Colombiano (SGC).
Normativa y requisitos: Decreto 9-0874 de 2014

ARTÍCULO 19. REQUISITOS. El interesado en obtener la licencia de diseño y construcción de instalación radiactiva deberá presentar al Órgano Regulador, o su Entidad delegada, la siguiente documentación:

- Solicitud de licencia, completamente diligenciada y firmada por el representante legal y el Oficial de Protección Radiológica (OPR) de la instalación (formato disponible en la página web del Órgano Regulador y su Entidad delegada);
- Evaluación preliminar de la seguridad de la instalación.
- Documento donde consten las características arquitectónicas del proyecto.
- Documento donde conste el cálculo de blindajes, el cual deberá ser elaborado y firmado por el Oficial de Protección Radiológica (OPR) de la instalación. Si el cálculo ha sido realizado por un experto cualificado, este deberá ser refrendado por el Oficial de Protección Radiológica (OPR) de la instalación.
- Recibo de pago por concepto de estudio técnico de la licencia – res

La expedición de esta autorización puede tardar hasta 60 días, dependiendo de las subsanaciones que solicite el Órgano regulador.

El servicio Geológico Colombiano, para la evaluación técnica de la documentación aportada, hace un cobro de 2.959.139 COP.

Adicionalmente cuando el proyecto entre en la etapa de operación, se hace necesaria la autorización del uso de estas instalaciones, a través de una vista de inspección que tiene un costo asociado de 3.678.992 COP.

14.7. Solicitud de autorización de aprovechamiento forestal para los individuos que se deben de remover debido a la construcción del hospital

Normativa y requisitos:
Decreto 1791 de 1996:

ARTICULO 58. Cuando se requiera talar, trasplantar o reubicar árboles aislados localizados en centros urbanos, para la realización, remodelación o ampliación de obras públicas o privadas de infraestructura, construcciones, instalaciones y similares, se solicitará

autorización ante la Corporación respectiva, ante las autoridades ambientales de los grandes centros urbanos o ante las autoridades municipales, según el caso, las cuales tramitarán la solicitud, previa visita realizada por un funcionario competente, quien verificará la necesidad de tala o reubicación aducida por el interesado, para lo cual emitirá concepto técnico. La autoridad competente podrá autorizar dichas actividades, consagrando la obligación de reponer las especies que se autoriza talar. Igualmente, señalará las condiciones de la reubicación o trasplante cuando sea factible.

Se debe entregar a la autoridad ambiental los siguientes documentos, para realizar la solicitud de aprovechamiento forestal de árboles aislados:

- Formulario único nacional de solicitud de aprovechamiento forestal árboles aislados
- Documentos que acrediten la personería jurídica del solicitante:

Sociedades: Certificado de existencia y representación legal

Juntas de Acción Comunal: Certificado de existencia y representación legal. Personería Jurídica y/o Certificación e Inscripción de Dignatarios (expedida por la Gobernación).

- Documentos que acrediten la calidad del solicitante frente al Predio

Propietario del inmueble: Certificado de libertad y tradición (fecha de expedición no superior a 3 meses)

Tenedor: Copia del documento que lo acredite como tal (contrato de arrendamiento, comodato, etc.) o autorización del propietario o poseedor.

Poseedor: Manifestación escrita y firmada de tal calidad.

Poder debidamente otorgado, cuando actúe como apoderado

- Copia de la escritura Pública del predio
- Plancha IGAC escala 1: 10.000 señalando ubicación predio y pozo
- Estudio hidrogeológico detallado que incluya prospección geoeléctrica e inventario de pozos en el área de influencia del predio, entre 500 mts a 1 Km

El estudio necesario para tramitar la autorización del aprovechamiento forestal, tiene un costo aproximado de 50.000.000 COP

14.8. Estudios técnicos para el desarrollo del proyecto

14.8.1. Estudio de suelos y geotecnia

Conjunto de actividades que comprenden el reconocimiento de campo, la investigación del subsuelo, los análisis y recomendaciones de ingeniería necesarios para el diseño y construcción de las obras en contacto con el suelo, de tal forma que se garantice un comportamiento adecuado de la edificación, protegiendo ante todo la integridad de las personas ante cualquier fenómeno externo, además de proteger vías, instalaciones de servicios públicos, predios y construcciones vecinas.

El Estudio de suelos deberá tener como alcance y obligaciones mínimo lo exigido por la normatividad vigente NSR 2010, en especial su Título H; ley 1400 de 1997 y las necesidades del proyecto. Con las siguientes actividades:

- Trabajo de campo (perforaciones apiques, fotografías etc.)
- Investigación geotécnica microzonificación.
- Ensayos de laboratorio
- Interpretación de la investigación
- Análisis de resultados de los trabajos de campo y laboratorio.
- Plano de localización de sondeos.
- Perfil estratigráfico del terreno.
- Informe escrito firmado.

Para el área del lote que se está evaluando, el estudio de suelos tardaría entre 3 y 4 se-manas, y tendría un costo de 25.000.000 COP aproximadamente.

14.8.2. Estudio Hidrológico y Plan de manejo ambiental

Antecedentes, Objetivos, Metodología, Marco Legal, Diagnóstico Ambiental, Determinación de las áreas de influencia, Caracterización del medio ambiente físico, Caracterización del medio ambiente biológico, Caracterización del medio ambiente humano, Caracterización del paisaje, Amenazas naturales, Identificación y calificación de impactos ambientales, Propuesta de medidas de prevención, mitigación y compensación, plan de manejo ambiental, Plan de seguimiento y control, los sustentos o guía que permitan lograr la emisión de la Licencia Ambiental, si se requiere.

El estudio comprenderá las fichas forestales y los tratamientos y clasificación, se tramitarán los permisos ambientales correspondientes según su tratamiento de tala, traslado, reposición, etc., según aplique de acuerdo con la autoridad ambiental y las exigencias o características del predio, si así lo requiere.

14.8.3. Plan de manejo social

Corresponde al estudio o informe social y/o antropológico que deba ser tenido en cuenta durante las fases de redacción del proyecto, etapa de construcción, y puesta en marcha de la edificación.

Tiene como objetivo realizar la caracterización socio demográfica del área de influencia del proyecto, con el fin de plantear el plan de gestión social acorde a las necesidades de la comunidad que habita el entorno; buscando mitigar los impactos que puedan generar el desarrollo del proyecto en sus diferentes fases.

El costo aproximado del Plan de Gestión oscila entre los 50.000.000 COP y 60.000.000 COP.

14.8.4. Estudio de tráfico y movilidad

Por tratarse de una zona conformada urbanísticamente dentro de un sector rural con desarrollos residenciales, y teniendo en cuenta que una vez entre en operación el hospital, implicará un mayor impacto para la zona en lo relacionado con la movilidad, se hace necesario desarrollar un estudio técnico de tráfico que provea la información preliminar para la toma de decisiones actuales y futuras. El estudio debe contener el análisis de la situación actual del tráfico, y del impacto que el proyecto y la demanda vehicular proyectada generarán sobre la movilidad de las vías directamente afectadas; Incluye un aforo vehicular, un análisis de la red vial existente y sus especificaciones técnicas:

- Recopilación y toma de la información.
- Diagnóstico de la situación actual.
- Evaluación de la situación con proyecto

El estudio de tráfico tiene un costo aproximado de 20.000.000 COP y de acuerdo al alcance planteado tardaría de 4 a 5 semanas.

14.8.5. Estudio y levantamiento de topografía

Se realiza con el fin de obtener el levantamiento topográfico del área a intervenir donde se desarrollará el proyecto, identificando linderos, afectación predial y ambiental que será plasmada en el plano topográfico.

El levantamiento topográfico debe realizarse tomando los registros de cartera electrónica de manera que el trabajo que se realice sea digitalizado con coordenadas reales amarradas a la red geodésica del Instituto Agustín Codazzi.

Se debe tener en cuenta todos los aspectos que puedan tener afectación en el desarrollo del proyecto como son: redes de agua potable, red de aguas servidas, instalaciones de gas y energía, construcciones existentes, postes de energía y/o teléfono, vegetación, áreas de conservación, cuerpos de agua, etc.

El informe contendrá:
- Reconocimiento del área a intervenir.
- Trabajo de campo (Planimetría y altimetría)
- Análisis interpretación de la información recolectada

Se deberá entregar la siguiente información:
- Carteras topográficas
- Análisis e interpretación de la información recolectada
- Plano topográfico general
- Plano topográfico específico (incluye curvas de nivel)
- Registro fotográfico

El levantamiento topográfico del lote tiene un costo aproximado de 30.000.000 COP, y tendría una duración de 4 a 5 semanas.

14.8.6. Estudio de arqueología preventiva y prospección arqueológica

Trámite ICANHN (Instituto Colombiano de Antropología e Historia)

Lineamientos:
- Diagnóstico arqueológico. Identificación de la existencia o ausencia de áreas arqueo-lógicas protegidas (no requiere autorización del ICANH)
- Prospección arqueológica y formulación del Plan de Manejo Arqueológico. Fase de exploración en detalle del área a intervenir (requiere previa expedición de autorización del ICANH).

Normativa y requisito:

Ley 1185 y su reglamentación. Legislación y normas generales para la gestión, protección y salvaguardia del patrimonio cultural en Colombia.

El estudio necesario para trámite ante el ICANHN, tienes un costo aproximado de 20.000.000 COP.

14.9. Disponibilidad de servicio públicos

14.9.1. Disponibilidad de servicio de acueducto y alcantarillado

En el Municipio de Soledad, el Servicio Público de Acueducto y Alcantarillado es prestado por la empresa Triple A S.A E.S.P. Los trámites y requisitos para la solicitud del servicio en el sector oficial son los siguientes:

- Carta de solicitud de nuevos servicios, firmado por el propietario del predio/o constructor
- Entrega del formulario de solicitud de nuevos servicios debidamente diligenciado.
- Entregar esquema de localización (Google Earth, Google Maps o Cartografía del Municipio) del predio con su referencia catastral referenciada al plano urbano del municipio o Distrito. Tamaño carta.
- Entregar el certificado de tradición y Libertad (actualizado) del predio donde se solicitó el servicio.
- Para persona natural, entregar fotocopia de la cédula ciudadanía, para persona jurídica fotocopia del RUT.
- Certificado de existencia y Representación Legal (Cámara de Comercio)
- Fotocopia de la CC del representante Legal.

Esta documentación la podrá enviar a través del correo electrónico cliente@aaa.com.co o al Fax No. 3614111. Quedamos atentos a su pronto envío para darle trámite a su requerimiento

Este trámite no supone ningún costo.

14.9.2. Disponibilidad de servicio de energía

En el Municipio de Soledad, el Servicio Público de Energía es prestado por la empresa Electrificadora del Caribe S.A E.S.P (Electricaribe). Los trámites y requisitos para la solicitud del servicio en el sector oficial son los siguientes:

- Solicitud del director o gerente de la entidad, debidamente autorizado por la ley correspondiente.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del director o gerente de la entidad.

- Copia de NIT (Número de identificación tributaria)
- Certificado de libertad y tradición expedida por la oficina de instrumentos públicos, con fecha de expedición menor a 3 meses.
- De no ser clara la dirección indicada en el certificado de tradición del inmueble, debe presentar un diagrama con la ubicación geográfica del predio o las coordenadas geográficas (x,y,z) del mismo.
- Para proyectos eléctricos es obligatorio presentar el cronograma de entrada de carga
- En caso de efectuar la solicitud en carácter de representante/delegado, de debe aportar la carta de autorización del propietario, indicando nombre y cedula, así como también el número de matrícula profesional del ingeniero contratista encargado del proyecto.

Este trámite no supone ningún costo.

14.9.3. Disponibilidad de servicio de gas natural

En el Municipio de Soledad, el Servicio Público de Acueducto y Alcantarillado es prestado por la empresa Triple A S.A E.S.P. Los trámites y requisitos para la solicitud del servicio en el sector oficial son los siguientes:

- El representante legal o un representante solicita a la empresa la cotización del servicio de gas natural. Esto se puede realizar por 3 medios:
- Carta: A través de una comunicación escrita dirigida a Gases del Caribe.
- Vía Telefónica: A través de una llamada telefónica a nuestra línea de atención al cliente (164)
- Personalmente: A través de una visita personal en nuestros puntos de atención.
- Adjuntar certificado de libertad y tradición
- Adjuntar ficha catastral y/o ubicación del predio

Este trámite no supone ningún costo.

PRIMER AVANCE DE LA JUSTIFICACIÓN FINANCIERA y PRIMER AVANCE DE LA JUSTIFICACIÓN LEGAL/COMERCIAL

15. Posibles fuentes de financiamiento del proyecto

En la presente sección se abordan las posibles fuentes de recursos con las que el Departamento del Atlántico financiaría la APP que tiene por objeto el desarrollo de la nueva infraestructura de la ESE Hospital Departamental Juan Domínguez Romero del Municipio de Soledad.

La sección se dividirá en los siguientes acápites: (i) primero se expone la situación financiera y fiscal del Departamento del Atlántico, (ii) segundo se analiza la viabilidad jurídica y financiera de cada uno de los posibles recursos, y (iii) por último, se presentan las conclusiones y recomendaciones que se proponen para estructurar la APP *sub examine*.

15.1. Panorama financiero y fiscal del Departamento del Atlántico

El análisis de la capacidad financiera del Departamento (que incluirá la revisión y análisis del Marco Fiscal de mediano plazo y del Plan Financiero Territorial de Salud) y del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero (PSFF) de la ESE Hospital Departamental Juan Domínguez Romero se presentará en el producto 4.

15.2. Recursos departamentales asignados al sector salud

Con el fin de identificar las posibles fuentes de financiación con las que cuenta el proyecto bajo estudio, se emplea la siguiente la metodología:

i. Se determinó el régimen legal para el uso de cada fuente y las posibles restricciones legales;

ii. Se identificó el uso actual de las fuentes de ingresos de salud que recibe el departamento;

iii. Se establecieron las fuentes de financiación alternativa que actualmente no están siendo empleadas para financiar infraestructura hospitalaria en el departamento y,

iv. Se evaluó el comportamiento histórico de estas fuentes de ingresos, para valorar su volatilidad. En consideración a que el proyecto debe estar financiado a mediano y largo plazo.

Cabe precisar que, para identificar las posibles fuentes de financiación, se consultaron los documentos elaborados ente 2013 y 2015 y el borrador del Plan Financiero Territorial de Salud 2016 - 2019, pues a pesar de haber sido expedidos en diferentes años son las publicaciones más recientes con las que esta Consultoría contó.

15.2.1. Recursos del sector salud

De acuerdo con el Concepto de Viabilidad del Plan Financiero de Salud del Departamento del Atlántico de noviembre de 2014, el Ente Territorial cuenta con una serie de ingresos corrientes e ingresos de capital que son empleados por el Fondo Departamental de Salud. Estos fondos provienen de las siguientes fuentes:

Figura 19 Composición de las fuentes de ingresos de salud del Departamento del Atlántico

Fuente: Realización KPMG con base en el Concepto de Viabilidad del Plan Financiero de Salud del Departamento, MSPS (2014).

Partiendo de los recursos departamentales actualmente asignados al sector salud y del uso que se puede dar a las diferentes fuentes identificadas por la reglamentación sectorial. Las siguientes son las potenciales fuentes de financiación públicas para la APP de infraestructura hospitalaria:

1. Estampillas
2. Rentas cedidas
3. Esfuerzos propios
4. Deuda financiera

Igualmente, existen otros recursos de carácter público que pueden ser útiles para presente proyecto, estos son:

5. Recursos del Sistema General de Regalías
6. Aportes de la ESE Hospital Juan Domínguez Romero
7. Recursos del Presupuesto General de la Nación (PGN)

En las siguientes subsecciones se analizarán individualmente cada una de las anteriores fuentes.

15.2.1.1. Estampillas

Análisis jurídico
Con el objetivo de establecer cómo podrían utilizarse estos recursos, primero se hace una breve introducción sobre la naturaleza jurídica del tributo. En segundo lugar, se analizan los pronunciamientos del Consejo de Estado sobre las ordenanzas departamentales que han intentado implementar la estampilla.

Teniendo en cuenta la importancia de estos recursos para el desarrollo de la infraestructura hospitalaria del Departamento del Atlántico, es preciso indicar que jurídicamente es viable que los montos recaudados por medio de la estampilla "Pro hospitales de primer y segundo nivel de atención" sean destinados para el desarrollo de la nueva infraestructura de la ESE Hospital Departamental Juan Domínguez Romero del Municipio de Soledad.

Sin perjuicio de lo anterior, a continuación se realizan algunas observaciones con la finalidad de evitar que la legalidad de dicho tributo sea controvertida en la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo.

Las estampillas detentan la naturaleza jurídica de ser rentas tributarias y, por ende, de conformidad con el artículo 338 de la Constitución Política, están sujetas al principio de reserva de ley, según el cual los elementos de la obligación tributaria deben estar contenidos en una Ley expedida por el Congreso de la República. En razón de lo anterior, la Ley 663 de 2001 autorizó a la Asamblea del Departamento del Atlántico a emitir la estampilla *"Pro hospitales de primer y segundo nivel de atención"*.

De acuerdo con esta última norma, los recursos recaudados mediante el tributo deben ser destinados a hospitales de primer y segundo nivel de complejidad para que sean invertidos en: (i) la construcción, ampliación y mantenimiento de la planta física; (ii) la adquisición, mantenimiento y reparación de equipos necesarios para el desarrollo y cumplimiento de las funciones propias de las instituciones, y (iii) la dotación de instrumentos y suministros requeridos para las áreas de laboratorio, centros o unidades de diagnósticos, biotecnología, microtecnología, informática y comunicaciones.

Igualmente, la Ley 663 de 2001 dispuso que: (i) la Asamblea Departamental del Atlántico era la encargada de determinar el valor de la tarifa a cobrar siempre que no exceda el 2% de la base gravable, y que (ii) dicho tributo sería indeterminado en el tiempo, es decir, una vez creada la estampilla tendría el carácter de permanente, a menos que fuera derogado por la Asamblea Departamental o una Ley posterior.

Con este fundamento, la Asamblea Departamental del Atlántico profirió las ordenanzas 027 de 2001 y 070 de 2009, por medio de las cuales autorizó el cobro de la estampilla. Sin embargo, en ambas ocasiones el Consejo de Estado anuló estos actos administrativos, por las siguientes razones:

Tabla 62 Razones para anular las estampillas pro hospitales 1 y 2

Acto Jurídico demandado	Sentencias	Fundamentos del Consejo de Estado
Ordenanza 027 de 2001	Consejo de Estado, Sección 4ª, Sentencias de: 1. 4 de junio de 2009. Rad. 2002-00975[52] y,	1. La primera decisión el Consejo de Estado declaró la nulidad de los artículos 5, 6, 8, 9 y 10 de la Ordenanza 027 de 2001. Lo anterior toda vez que dicha disposición infringió lo establecido por el artículo 5 de la Ley 645 de 2001 y lo señalado por la Corte Constitucional en la sentencia C 227 de 2002, por cuanto en el hecho gravado por la Ordenanza 027 de 2001 no intervenían funcionarios departamentales o municipales. 2. En la segunda decisión, el Consejo de Estado declaró la nulidad del artículo 20 de la Ordenanza 027 de 2001, por cuanto la disposición infringía el artículo 300 de la Constitución Política, los artículos 5 y 7 de la Ley 645 de 2001 y el artículo 6 de la Ley 663 de 2001.

52 Consejo de Estado Sección Cuarta, sentencia de 4 de junio de 2009. C. P.: William Giraldo Giraldo. Radicado No. 080012331000 2002 00975 01 (16086).

Acto Jurídico demandado	Sentencias	Fundamentos del Consejo de Estado
	2. 18 de marzo 2010 Rad. 2006-00693[53]	El Consejo de Estado concluyó que la norma demandada no delegaba la facultad de recaudar el impuesto (estampilla) a los funcionarios señalados por el artículo 6 de la 663 de 2001 (Secretaría de Hacienda Departamental y Tesorerías Municipales).
Ordenanza 070 de 2009	Consejo de Estado, sección 4ª, sentencia de 6 de agosto de 2014, Rad. 2010-000031.[54]	El Consejo de Estado declaró la nulidad del artículo 5 de la Ordenanza 070 de 2009 por cuanto existía una incongruencia entre el hecho generador y la base gravable de la estampilla *"Pro hospitales de primer y segundo nivel de atención"*. Al respecto este Tribunal afirmó que: *"[e]n el caso concreto, observa la Sala que de la simple comparación entre el hecho generador y la base gravable de la Estampilla Pro Hospitales de Primer y Segundo Nivel de Atención del Departamento del Atlántico, es claro que la base gravable fijada en la ordenanza demandada (art. 5) no resulta ser el aspecto cuantitativo del hecho gravado en el artículo 4 de la citada ordenanza, porque mientras el hecho generador se refiere a un documento -estado de cuenta- cuya cuantía no puede ser el valor de la transacción que certifica, la base gravable tiene que ver con el valor incorporado en el acto de transferencia de dominio de los bienes inmuebles que para su protocolización requieren del estado de cuenta o documento que acredite el pago del impuesto predial, sobre el cual se impone la estampilla"*.

Fuente: realización KPMG basada en la sentencia del Consejo de Estado de 4 de junio de 2009. Rad. 2002-00975, de 18 de marzo 2010 Rad. 2006-00693 y del 6 de agosto de 2014, Rad. 2010-000031.

[53] Consejo de Estado Sección Cuarta, sentencia de 18 de marzo de 2010. C. P.: William Giraldo Giraldo. Radicado No. 080012331000 2006 00693 02 (17420).

54 Consejo de Estado Sección Cuarta, sentencia de 6 de agosto de 2014. C. P.: Jorge Octavio Ramírez Ramírez. Radicado No. 08001233100020100003101 (20678).

Esto es, el Consejo de Estado declaró la nulidad de las ordenanzas que adoptaron el cobro de la estampilla, por cuanto estas infringieron las normas y principios que regulan los tributos al no contener los elementos y las características requeridos para predicar la legalidad de la mencionada renta tributaria.

Bajo estos lineamientos, si la Asamblea Departamental del Atlántico desea reintroducir el cobro de la estampilla *"Pro hospitales de primer y segundo nivel de atención"* debe atender a lo señalado por el Consejo de Estado. Esto es, debe existir congruencia entre el hecho generador y la base gravable. Además, solo podrán estar encargadas del recaudo la Secretaría de Hacienda Departamental y las Tesorerías Municipales.

15.2.1.2. Rentas cedidas

Análisis jurídico
Las rentas cedidas son recursos transferidos por la Nación a las entidades territoriales con destinación específica para el sector salud. Las rentas cedidas departamentales con destino al sector salud provienen de recursos recaudados de:

1. IVA cedido de licores, vinos y aperitivos
2. 8 puntos del Impoconsumo de cerveza
3. Loterías
4. Derechos de explotación de juego de apuestas permanentes o chance
5. Recursos transferidos por Coljuegos (Distintos a premios no cobrados)
6. Sobretasa de cigarrillos
7. 6% Impuesto al consumo de licores, vinos y aperitivos
8. Premios no cobrados

Se debe tener en cuenta que, si bien el artículo 35 de la Ley 1393 de 2010 habilita a los Entes Territoriales para que las rentas cedidas sean empleadas en proyectos de inversión de infraestructura hospitalaria[55], sólo podrán utilizarse hasta un 30% del total del dinero recaudado.

[55] "*Artículo 35. Recursos territoriales para el fortalecimiento de la red pública hospitalaria y para otros gastos en salud. Una vez se inicie la implementación del plan de transformación, hasta el 30% de la totalidad de los recursos de rentas cedidas que por ley se destinan a salud en la respectiva entidad territorial, se aplicarán al saneamiento de las deudas por prestaciones de servicios de salud, registradas en los estados financieros de las entidades territoriales a 31 de diciembre de 2009, no financiadas a la fecha de expedición de la presente ley;* ***para la inversión en infraestructura y renovación tecnológica de la red pública hospitalaria, de acuerdo con el estudio de red de servicios de cada entidad territorial****; para programas de salud pública, de acuerdo con el Plan Nacional de Salud Pública; para efectos de cofinanciar la operación de las Empresas Sociales del Estado que por*

De acuerdo con el artículo 4 de la Ley 1608 de 2013, los saldos no comprometidos de las rentas cedidas, junto con los excedentes financieros de las cuentas maestras, podrán ser empleados en "el fortalecimiento de la infraestructura, renovación tecnológica, el saneamiento fiscal y financiero que garantice la adecuada operación de las ESE"

15.2.1.3. Esfuerzos propios

Análisis jurídico
Los recursos denominados "esfuerzos propios" son utilizados por el Departamento para la cofinanciación del régimen subsidiado de la población pobre y vulnerable. Por tal motivo, jurídicamente es complejo que éstos puedan destinarse para financiar el desarrollo de una nueva infraestructura de una ESE.

En efecto, el ordinal 1 del artículo 44 de la Ley 1438 de 2011, por medio del cual se modificó el artículo 214 de la Ley 100 de 1993, establece que los departamentos deben financiar la UPC del Régimen Subsidiado con recursos de sus esfuerzos. El texto de la norma es el siguiente:

*"Artículo 214. **La Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado se financiará con los siguientes recursos**:*

*1**. De las entidades territoriales***
(...)
*2. Los recursos obtenidos como producto del monopolio de juegos de suerte y azar y los recursos transferidos por ETESA a las entidades territoriales, que no estén asignados por ley a pensiones, funcionamiento e investigación. Estos recursos se girarán directamente a la cuenta de la entidad territorial en el fondo de financiamiento del régimen subsidiado y **se contabilizarán como esfuerzo propio territorial** serán transferidas directamente por la Nación a través del mecanismo de giro directo establecido en la presente ley.*

*3. Sin perjuicio de lo previsto en el primer inciso del artículo 60 de la Ley 715 de 2001, del monto total de las rentas cedidas destinadas a salud de los departamentos y el Distrito Capital, se destinarán por lo menos el 50% a la financiación del Régimen Subsidiado o el porcentaje que a la entrada en vigencia de la presente ley estén asignando, si este es mayor. **Estos recursos se contabilizarán***

---

sus condiciones de mercado, constituyan un único oferente de servicios de salud en su área de influencia; y para la unificación del plan obligatorio de salud del Régimen Subsidiado al Contributivo." (Resaltado fuera de texto).

como esfuerzo propio territorial y no podrán disminuirse serán transferidas directamente por la Nación a través del mecanismo de giro directo establecido en la presente ley*."* (Destacado fuera de texto).

En este sentido, el artículo 49 de la Ley 1438 de 2011 establece que las entidades territoriales no podrán disminuir el monto que venían aportando para financiar en su territorio el régimen subsidiado en salud a menos que acrediten ante el Ministerio de Salud y Protección Social que existe una cobertura del 100% de la población, caso en el cual podrán destinar los excedentes de dichos recursos para financiar otro rubro del sector salud.[56]

En el caso concreto, es preciso señalar que, con corte al año 2015, el Departamento del Atlántico tuvo una cobertura del 97,4% de su población en el régimen subsidiado de salud. Por tal motivo, esta entidad territorial debe destinar los recursos de esfuerzo propios para garantizar la cobertura del 100%. Una vez cumplida esta meta, podrá destinar el excedente de dichos recursos a otros conceptos del sector salud, tales como el desarrollo de infraestructura hospitalaria.

15.2.1.4. Deuda financiera

Análisis jurídico
Es preciso señalar que el Departamento del Atlántico se encuentra facultado para adquirir deuda financiera en aras de sufragar el desarrollo de la nueva infraestructura de la ESE Hospital Departamental Juan Domínguez Romero del Municipio de Soledad. Lo anterior por cuanto dicha entidad territorial cumple con los índices de endeudamiento señalados por la Ley 358 de 1997 y sus normas reglamentarias.

Por tal motivo, a continuación se analizan las posibilidades que dicha entidad tiene para (i) suscribir contratos de empréstitos, (ii) acceder a la línea de redescuento con tasa compensada que ofrece Findeter, y (iii) obtener créditos otorgados por la Financiera de Desarrollo Nacional (FDN):

A. Empréstitos

[56] *"Artículo 49.* ***Recursos destinados para el Régimen Subsidiado por departamentos, distritos y municipios****.* ***Los montos de recursos que las entidades territoriales venían aportando para financiar la salud en su territorio no podrán disminuir salvo que se acredite, ante el Ministerio de la Protección Social, que está debidamente asegurada el 100% de la población o por insuficiencia financiera****.*
El pago de la Unidad de Pago por Capitación subsidiada para toda la población de los niveles 1 y 2 del Sisbén y otra elegible no afiliada al Régimen Contributivo tendrá prioridad sobre cualquier otro gasto en salud. ***Asegurado el 100% de esta población, podrán destinarse los recursos con esa destinación para financiar cualquier otro concepto de salud****."* (Resaltado fuera de texto).

De conformidad con lo establecido por el parágrafo segundo del artículo 41 de la Ley 80 de 1993 y el artículo 3 del Decreto 2681 de 1993, son operaciones de crédito público "*los actos o contratos que tienen por objeto dotar a la entidad estatal de recursos, bienes o servicios con plazo para su pago"*. Así, dentro de las operaciones de crédito público se encuentra la contratación de empréstitos por parte de entidades territoriales.

En efecto, el parágrafo segundo del artículo 41 de la Ley 80 de 1993 establece que: *"[s]in perjuicio de lo previsto en leyes especiales, para efectos de la presente ley se consideran* ***operaciones de crédito público las que tienen por objeto dotar a la entidad de recursos con plazo para su pago, entre las que se encuentran la contratación de empréstitos****, la emisión, suscripción y colocación de bonos y títulos valores, los créditos de proveedores y el otorgamiento de garantías para obligaciones de pago a cargo de las entidades estatales"* (Resaltado fuera de texto).

A su vez, el artículo 3 del Decreto 2681 de 1993, señala que: *"****[s]on operaciones de crédito público los actos o contratos que tienen por objeto dotar a la entidad estatal de recursos, bienes o servicios con plazo para su pago*** *o aquellas mediante las cuales la entidad actúa como deudor solidario o garante de obligaciones de pago.* ***Dentro de estas operaciones están comprendidas, entre otras, la contratación de empréstitos****, la emisión, suscripción y colocación de títulos de deuda pública los créditos de proveedores y el otorgamiento de garantías para obligaciones de pago a cargo de entidades estatales"* (Resaltado fuera de texto).

En relación con la contratación de empréstitos por parte de entidades estatales, el Capítulo II, Sección 1ª del Decreto 2681 de 1993 reglamenta los requisitos que éstas deben cumplir para la suscripción de dichos instrumentos contractuales. Así, el artículo 7 del Decreto 2681 de 1993 señala que los empréstitos tienen por objeto proveer a una Entidad Estatal de recursos, ya sea en moneda extranjera o nacional. Para ello, las entidades estatales se encuentran facultadas legalmente a contratar los créditos directamente.

Es preciso señalar que los empréstitos pueden ser de dos tipos, internos o externos, y dependiendo de uno u otro deberán cumplir con ciertos requisitos. En efecto, frente a la contratación de empréstitos externos por parte de Entidades Territoriales, el artículo 10 del Decreto 2681 de 1993 establece que para ello dichas entidades deberán contar con:

i. Concepto favorable por parte del Departamento Nacional de Planeación;

ii. Autorización para iniciar gestiones, impartida mediante resolución del MHCP; y,

iii. Autorización para suscribir el contrato y otorgar garantías al prestamista, impartida por el MHCP, con base en las correspondientes minutas definitivas.

Por otro lado, cuando las Entidades Territoriales contraten empréstitos de carácter internos, éstas se regirán por lo señalado en el Decreto 1222 de 1986 (Régimen Departamental) o en el Decreto 1333 de 1986 (Régimen Municipal), según sea el caso. Así, para el caso de los departamentos, el Decreto 1222 de 1986 dispone que deberán cumplir con los siguientes requisitos:

i. De conformidad con el artículo 217 del Decreto 1222 de 1986, el gobernador deberá realizar una solicitud a la asamblea departamental para que autorice un cupo de endeudamiento, la cual deberá ir acompañada de ***"****los siguientes documentos: plan o programa de inversiones, en el cual se demuestre la conveniencia y utilidad de las obras que se van a financiar y su sujeción a los planes y programas departamentales, así como la disponibilidad de recursos para atender oportuna y suficientemente el servicio de la deuda."*

ii. En los términos del artículo 216 del mismo decreto*, "[l]as asambleas departamentales autorizarán el cupo de endeudamiento que estimen conveniente, de acuerdo con la solicitud formulada por el gobernador y los planes y programas de desarrollo que éste presente".*

iii. De acuerdo con el artículo 218 del mismo estatuto normativo, si las operaciones se van a celebrar con cargo a un cupo de endeudamiento ya autorizado por la asamblea, deben ser solicitadas por el jefe de departamento administrativo o secretaría titular del proyecto de inversión y autorizadas *"mediante decreto del gobernador, en el cual se establecerá la destinación del producto del empréstito, sus condiciones financieras, la entidad ejecutora y las garantías que se otorgaran".*

iv. En cumplimiento de lo señalado por el artículo 3 de la Ley 819 de 2003, dichas operaciones de crédito público requerirán una valoración de pasivos contingentes que será aprobada por la Dirección General de Crédito Público del MHCP.

v. De conformidad con el parágrafo segundo del artículo 41 de la Ley 80 de 1993, *"con antelación al desembolso de los recursos provenientes de estas operaciones, éstas deberán registrarse en la Dirección General de Crédito Público del Ministerio de Hacienda y Crédito Público".*

En consideración a lo expuesto, es posible concluir que con fundamento en el parágrafo 2 del artículo 41 de la Ley 80 de 1993 y en el Decreto 2681 de 1993 el Departamento del Atlántico cuenta con la capacidad jurídica para acceder a operaciones de crédito público tales como los empréstitos siempre que cumpla con los requisitos establecidos para tal fin.

B. Línea de redescuento con tasa compensada de la Financiera de Desarrollo Territorial S. A. (Findeter)

Findeter cuenta con un portafolio de productos que incluye líneas de créditos tradicionales, así como líneas de redescuento de tasas compensadas[57], las cuales ofrecen tasas competitivas frente al mercado (tasas de DTF menos 3 puntos base). A estas líneas de crédito pueden acceder entidades territoriales, entidades públicas, entidades descentralizadas de orden nacional y territorial y entidades de derecho privado[58].

En relación con la línea de redescuento de tasas compensadas, el MSPS profirió la Resolución 327 de 2015, por medio de la cual estableció los procedimientos, requisitos de viabilidad y el seguimiento de aquellos proyectos que busquen acceder a esta financiación para el Desarrollo Sostenible de las Regiones en el Sector Salud.

Así, de conformidad con lo señalado por la Resolución 327 de 2015, la Subdirección de Infraestructura en Salud del MSPS es la encargada de realizar el seguimiento de los recursos asignados a los proyectos financiados con la línea de redescuentos con tasa compensada. Adicionalmente, la resolución dispone que quienes presenten los proyectos, deben tener como objetivo el mejoramiento de la integralidad, continuidad, oportunidad y resolutividad en la atención y que genere impacto en el mejoramiento de los servicios de salud a la comunidad. En todo caso, los proyectos deben contemplar un gasto de Interventoría Integral encargada de realizar el control y supervisión en la ejecución del proyecto.

C. Financiera de Desarrollo Nacional.

La Financiera de Desarrollo Nacional (FDN) es una entidad de carácter mixto, vinculada al MHCP y vigilada por la Superintendencia Financiera de Colombia, la cual tiene por objeto gestionar e incentivar la financiación y estructuración de proyectos de infraestructura, esto es moviliza recursos financieros para el desarrollo de infraestructura en Colombia.

En relación con los recursos que dispone la FND, es preciso indicar que éstos provienen de la venta de la participación en el gobierno de ISAGEN y serán parte del fondo Fondes, administrado por la FDN. Así, este fondo ayudará a reducir el coste de financiación de los proyectos de 4G, como a facilitar el camino para un uso más eficiente de los recursos públicos. La estrategia de financiación para los

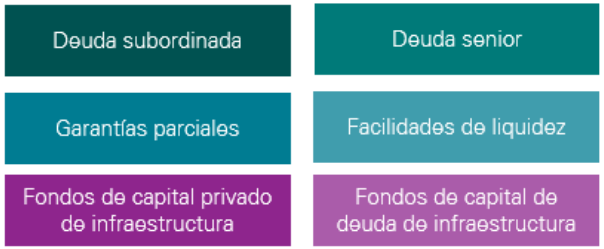
[57] El Decreto No. 2048 de 2014 del MHCP reglamenta la línea de tasa compensada para proyectos de infraestructura sostenible.

[58] Tomado de "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" (KPMG, 2015)

proyectos de estos BMDs incluye: deuda senior, garantías parciales para los créditos y extensiones de los plazos para amortización de la deuda.

Los servicios de financiación de proyectos que ofrece la FDN son los siguientes:

Figura 20 Servicios de financiación que ofrece la FDN



Fuente: realización KPMG con base en el Plan de Financiamiento de 4G.

FDN, a diferencia de Findeter, no posee líneas de crédito con tasas compensadas y hasta el momento dicha entidad no ha prestado recursos para la financiación de proyectos de infraestructura (carreteras de 4G), pero si ha funcionado como garante de liquidez para los inversionistas privados. En razón de lo anterior, es incierto que el proyecto acceda a líneas de crédito ofrecidas por FDN.

Por otro lado, existen fondos de capital, firmas privadas y entidades multilaterales, que han mostrado interés de participar en los proyectos de infraestructura hospitalaria del país.[59] La siguiente tabla analiza las ventajas y desventajas de cada una de estas fuentes de endeudamiento:

[59] Tomado del El Tiempo: "Devaluación acelera inversión extranjera en los hospitales ´top´" con fecha lunes 29 de febrero de 2016.

Tabla 63 Posibles proveedores de deuda financiera

Posibles proveedores de deuda financiera para el Departamento			
Financiadores	**Roles**	**Desventajas**	**Oportunidades**
Bancos locales	- Financiamiento inicial de los proyectos con posibilidad de salida luego de la construcción - Compromisos de compra de títulos senior no colocados / creadores de mercado	- Capacidad limitada por la cantidad de proyectos de infraestructura - No desean ser refinanciados - Percepción de altos riesgos - No familiarizados con el sector - Plazos cortos, tasas de interés altas	- Estandarización Project Finance - Ampliaciones de cupos - Desarrollo de nuevos productos. - Trámites más expeditos. - Asumen riesgo construcción
Inversionistas private equity	- Aportes de capital de riesgo (equity)	- - Experiencia internacional en este tipo de proyectos (solo infraestructura) - Limitado apetito por riesgo - Proceso demorado y costoso	- Transacciones piloto. - Creación asset class. - Productos estandarizados / fungibles - Garantías contra riesgos (Demanda)
Multilaterales	- Financiamiento de los proyectos a largo plazo con posibilidad de sustitución de los créditos al final del periodo de construcción - Garantías de crédito o compromiso de compra de los títulos junior (subordinados)	- Participación pequeña dólares - Tiempos de aprobación largos - Disponibilidad de recursos para proyectos en Colombia	- Intercambio información temprana - Desarrollo productos conjuntos - Tasas de interés bajas
Internacionales	- Aportes de capital de riesgo (equity) y/o tenedores de bonos de deuda en el periodo de operación.	- Desconocimiento parcial del mercado nacional	- Acercamientos y divulgación - Estructuras en pesos pero cross-border (bono 144 A)

Fuente: realización KPMG – Tomado de “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” (KPMG, 2015).

15.2.2. Otros recursos públicos

15.2.2.1. Recursos del Sistema General de Regalías (SGR)

Análisis jurídico

Los recursos provenientes del Sistema General de Regalías (SGR) pueden destinarse al desarrollo de infraestructura hospitalaria, pero la viabilización, priorización y ejecución de los recursos de regalías reviste algunas particularidades que deben ser analizadas.

El Acto Legislativo 05 de 2011 dispone que los recursos de inversión provenientes del SGR se deben usar para financiamiento de proyectos de desarrollo económico, social y ambiental de las entidades territoriales, para inversiones en ciencia, tecnología e innovación, y cualquier actividad que aumente la competitividad regional. Las inversiones deben procurar disminuir la brecha entre regiones y mejorar las condiciones socioeconómicas de los colombianos, de acuerdo con criterios de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), población y desempleo y con prioridad en las zonas costeras, fronterizas y de periferia.

El SGR está compuesto por tres tipos de fondos con diferentes destinaciones, a saber:

Figura 21 Tipos de fondos del SGR para financiación de proyectos

Fuente: Elaboración KPMG basado en Acto legislativo 05 de 2011.

Para acceder a estos recursos, las entidades beneficiarias deben presentar los proyectos de inversión ante los Órganos de Colegiados de Administración y Decisión (OCAD). Estos son los organismos encargados por la Ley para revisar, viabilizar, priorizar y aprobar los proyectos que requieran financiación del Sistema General de Regalías.[60] La competencia de los diferentes OCAD se determinará según la localización geográfica del proyecto y la fuente del SGR por la cual se busca financiar el proyecto (Fondo de Ciencia, Tecnología e Innovación (FCTeI), de Compensación Regional (FCR), de Desarrollo Regional (FDR), demás beneficiarios, asignaciones directas, entre otros).

Los OCAD verificarán el cumplimiento de requisitos y los estándares de pertinencia, viabilidad, sostenibilidad, impacto regional, y articulación con las políticas de las entidades territoriales.[61] Las decisiones de estos órganos son tomadas por mayoría y en concordancia con los planes de desarrollo locales y nacionales. Al decidir la aprobación de los recursos, el órgano puede designar a una entidad ejecutora del proyecto diferente del solicitante

[60] Artículos 3-6 y 26, Ley 1530 de 2012
[61] Artículo 2.2.4.1.1.4.1, Decreto 1082 de 2015

Los recursos podrán ser aprobados tanto para financiar proyectos de inversión, como para la estructuración de los mismos.[62] Estos también podrán incluir las fases de operación y mantenimiento dentro de su horizonte de realización, más no podrán financiarse gastos permanentes de las entidades territoriales[63].

Teniendo en cuenta la regulación para viabilizar, priorizar y ejecutar proyecto, a continuación se analizan algunas dificultades para obtener y utilizar fondos del SGR en el proyecto de APP para el desarrollo de la infraestructura de la ESE Hospital Departamental Juan Domínguez Romero del Municipio de Soledad.

A. Uso de recursos del SGR en proyectos de APP

Los recursos del SGR se pueden utilizar para financiar proyectos de APP, siempre y cuando éstos sean utilizados en proyectos de desarrollo económico, social y ambiental de las entidades territoriales. El procedimiento a seguir para utilizar esta fuente de recursos en una APP es el señalado en la Ley 1530 de 2012, el Decreto 1082 de 2015 y el Acuerdo 17 de 2013. En el presente documento no se describe el trámite específico que se debe seguir con el fin de obtener la autorización para utilizar estos los recursos, sino que el análisis se centrará en los asuntos que pueden ser controversiales o que dificulten un proyecto de APP.

i. Requisitos especiales para solicitar recursos de SGR

El Acuerdo 17 de 2013 de la Comisión Rectora del SGR regula en detalle el procedimiento y los requisitos para la viabilidad y aprobación de recursos del SGR ante los OCAD. Sin embargo, esta norma parece estar diseñada para la ejecución de contratos diferentes a los que podrían derivarse de la estructuración de una APP. Por tal motivo, algunos de los requerimientos, en nuestro criterio, son una barrera para la obtención de recursos de regalías destinados a proyectos de APP, debido a que no tienen en cuenta las características especiales de este tipo de esquema. En la presente sección se revisan aquellas exigencias de la Comisión Rectora del SGR que dificultan la presentación de proyectos de APP ante los OCAD.

El Acuerdo citado contiene requisitos generales y sectoriales para que las entidades beneficiarias de regalías hagan solicitudes a los OCAD de recursos del SGR. En particular, el anexo 12 determina las exigencias para proyectos relacionados con el sector salud. Los requisitos del Acuerdo 17 varían dependiendo de la fase de desarrollo en el que se encuentre el proyecto.

A continuación se revisan las exigencias de la Comisión Rectora del SGR que dificultan la presentación de proyectos de APP ante los OCAD. Se tienen dos comentarios básicos: i) la división en tres fases avance en que se separan los proyectos no responde a las necesidades de las APP. ii) Los requisitos específicos que se deben aportar ante los OCAD para solicitar los recursos.

[62] Artículo 22, Ley 1530 de 2012

[63] Art. 22, Ley 1530 de 2012

i) Se considera que el primer asunto que dificulta la utilización de recursos provenientes de las regalías, es la diferenciación de los niveles de avance del proyecto en fases Existen tres fases de desarrollo, la primera, denominada de perfil, la segunda, denominada de prefactibilidad y la tercera denominada de factibilidad. Dicha separación establece una división artificial del nivel de avance de los proyectos y parece diseñada para contratos en los cuales las entidades públicas señalan un alto nivel de detalle para la ejecución de los contratos. Contrario a esto las APP buscan que los particulares propongan a la administración soluciones alternativas en cuanto a diseños y financiación.

ii) En este aparte se señala los requisitos específicos que podrían ser problemáticos para el desarrollo de contratos de APP financiados con fondos del SGR, dependiendo de la fase:

En la **Fase 1** de desarrollo del proyecto, el Acuerdo exige entre otras cosas:

> *"4. Presupuesto desagregado con las actividades básicas que se financiarán para el proyecto de inversión presentado, incluyendo la interventoría contractual o las labores de apoyo a la supervisión a que refieren el artículo 83 de la Ley 1474 de 2011, especificando las fuentes de financiación con cargo a las cuales se pagarán dichos conceptos. En todo caso, estos costos deberán incluirse como componente del proyecto, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 38 del Decreto número 414 de 2013 y hacer parte del presupuesto presentado."*
>
> *"8. Certificado de la entidad territorial en el cual conste que el proyecto de inversión no está localizado en zona que presente alto riesgo y que está acorde con los usos y tratamientos del suelo definidos para su territorio en el Plan de Ordenamiento Territorial (POT), Plan Básico de Ordenamiento Territorial (PBOT), o Esquema de Ordenamiento Territorial (EOT), cuando aplique."*

Se considera que estas exigencias no se adaptan a las necesidades de una APP por requerir un alto nivel de detalle, en cuanto a las fuentes de financiación y a la localización del proyecto. Según estos requisitos, desde la fase 1 de estructuración del proyecto, cuando apenas se está estableciendo el perfil del mismo, ya sería necesario indicar la localización y si esta se encuentra acorde con los usos y tratamientos de los planes de ordenamiento territorial.

Los proyectos que se encuentran en la **Fase 2** de avance, además de incluir lo establecido para la fase 1, requieren:

> *"a) Estudio de alternativas de los predios, en donde se identifique y sustente técnica, jurídica y financieramente que soportan la selección del o los predios a comprar;*

b) El certificado de que trata el numeral 9 del artículo 7o del presente Acuerdo, deberá además especificar usos, tratamiento, índices de ocupación, y densidad aplicable al o los predios seleccionados;

c) Certificado de la Oficina de Planeación de la entidad territorial o la entidad competente, en el que conste que el o los predios cuentan con disponibilidad de servicios públicos, avalado por las empresas prestadoras del servicio, para los sectores que aplique;

d) Avalúo comercial del o los predios seleccionados, elaborado por el Instituto Geográfico Agustín Codazzi (IGAC), o la persona natural o jurídica competente;

e) Estudio de títulos donde se demuestre que el predio está libre de gravámenes e impedimentos para llevar a cabo de manera normal la compra."

Los requisitos para presentar proyectos ante los OCAD en fase 2, adolecen de los mismos problemas que en la fase 1. Es decir, se exige un alto nivel de detalle, por ejemplo: presentar la viabilidad técnica jurídica y financiera, los límites de uso, ocupación y densidad, certificados de disponibilidad de servicios públicos, avalúo comercial y estudio de títulos del predio o predios seleccionados.

Para proyectos que se encuentran en la fase 3, el acuerdo 17, además de los requisitos fase 1 y 2, requiere lo siguiente:

"5. Para acreditar la titularidad del inmueble, se deberá allegar:

a) Certificado de tradición y libertad con máximo tres (3) meses de expedición, donde conste que la propiedad corresponde al departamento, municipio, distrito o entidad pública, a excepción de los bienes de uso público que conforme a las normas vigentes no son sujetos de registro;
(...)

En el caso de los municipios y en aplicación del artículo 48 de la Ley 1551 de 2012, bastará que estos acrediten la posesión del bien objeto de intervención y su destinación al uso público o a la prestación de un servicio público.

6. Autorización para la intervención expedida por el Ministerio de Cultura y Plan Especial de Manejo y Protección, tratándose de proyectos de intervención en un bien inmueble de interés cultural del ámbito nacional.

7. Autorización para la intervención expedida por el Instituto Colombiano de Antropología e Historia de acuerdo con el Plan de Manejo Arqueológico, tratándose de proyectos de intervención al patrimonio arqueológico.
(…)

9. Diagnósticos, estudios, especificaciones técnicas, diseños, planos legibles de las obras contempladas en el proyecto que lo soporten técnica y financieramente, firmados por el profesional competente con su respectiva matrícula profesional, o acompañados por una certificación del representante legal o jefe de planeación de la Entidad Territorial o quien haga sus veces, en la que conste que los documentos y planos originales se encuentran debidamente firmados y con la matrícula profesional de los especialistas competentes.
(…)
12. Constancia del trámite de consulta previa que refiere la Ley 191 de 1995, expedida por el Ministerio de Relaciones Exteriores sobre la pertinencia del proyecto, cuando se trate de proyectos de integración y desarrollo fronterizo.

13. Autorización para la intervención a proyectos localizados en un área protegida pública del ámbito nacional o regional, expedida por parte de la autoridad competente definida en el Decreto número 2372 de 2010 (…)"

De las anteriores exigencias para obtener recursos del SGR se puede observar que en la fase 3 los requisitos son aún más estrictos, pues se supone que el proyecto ya está en nivel de factibilidad. Por tanto, requiere diseños, planos y especificaciones técnicas de las obras contempladas. Además, todas las autorizaciones regulatorias especiales ya deben haber sido tramitadas (consulta previa, de intervención de áreas protegidas, de intervención de inmuebles protegidos, entre otras).

Ahora, el anexo 12 del citado acuerdo establece los requisitos específicos para proyectos relacionados con el sector salud. En este anexo establece las siguientes exigencias que podrían ser problemáticas para una APP:

"I. Proyectos de construcción, ampliación, adecuación, remodelación y reposición de infraestructura, para la prestación de los servicios de salud en el territorio nacional:

1. Anexar los planos que incluyan los criterios y aspectos normativos contemplados en la Ley 400 de 1997 y las Resoluciones 4445 de 1996 y 14861 de 1985 del Ministerio de Salud y Protección Social, así como, al artículo 14 de la Ley 1618 de 2013, y deben relacionar las vías de acceso, topografía, construcciones existentes, si las hay, y la ubicación de las construcciones nuevas.

2. Certificado expedido por el Distrito o el Departamento, en el que conste que el proyecto está articulado con el diseño de la red pública de prestación de servicios de salud e incluido en el Plan Bienal de Inversiones en Salud del respectivo Distrito o Departamento aprobado por el Ministerio de Salud y Protección Social, en los términos establecidos en los artículos 54 y 65 de la Ley 715 de 2001 y la Resolución 2514 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social, cuando sean de control especial.

II. Proyectos de dotación y reposición de equipos biomédicos e industrial hospitalario, necesarios para la adecuada prestación de los servicios de salud que operan en el territorio nacional:

1. Anexar el listado detallado de los equipos, que deben tener en cuenta la normativa vigente para estas tecnologías tales como la Ley 9ª de 1979, el Decreto número 1769 de 1994, la Resolución 2400 de 1979, en lo relacionado con los planes de mantenimiento, el Decreto 4725 de 2005, la Resolución 1441 de 2013 y la normativa específica para la tecnología que se va a adquirir.

2. Para el caso de los proyectos de dotación de equipos para servicios de control especial definidos en la Resolución 5123 de 2006, certificado de que el proyecto es concordante con el Plan Bienal de Inversiones en Salud del respectivo Distrito o Departamento y aprobado por el Ministerio de Salud y Protección Social, en los términos establecidos en los artículos 54 y 65 de la Ley 715 de 2001 y la Resolución 2514 de 2012.

3. Cuando los proyectos de dotación no sean de control especial, se deberá considerar la Resolución 1985 de 2013."

El anexo 12 citado, señala que para obtener recursos para proyectos de construcción, ampliación, adecuación, remodelación de infraestructura en el sector salud deben aportarse todas las exigencias generales dependiendo de la fase del proyecto y especiales para el tipo de proyecto. Específicamente, establece que los planos a aportarse al OCAD requieren los elementos y el nivel de detalle establecidos en la Resolución 4445 de 1996 del MSPS. Además, certificar la existencia de vías de acceso, topografía y ubicación. Por otra parte, si el contrato incluye reposición de equipos, se requiere suministrar una lista detallada de los equipos necesarios y su concordancia con la normativa para cada tecnología. Todo lo anterior resulta restrictivo y contraproducente en las APP y resulta en una carga adicional para la entidad estatal contratante.

De lo anterior es posible deducir que el Acuerdo 17 establece requisitos altamente detallados para presentar proyectos para aprobación ante los OCAD. Dichas exigencias le restan flexibilidad a un contrato de APP en el cual un contratista puede proponer alternativas que redunden en una mejor calidad de la infraestructura y prestación de servicios.

Se consideran que estas exigencias son más adecuadas otro tipo de contratos. Por ejemplo, en los contratos de obra, la entidad estatal determina en detalle el tipo de proyecto que requiere que sea desarrollado por un contratista. Este a su vez deberá cumplir y hacer entrega de lo contratado. En contraste, un contrato de APP tiene un objeto más amplio y le otorga al contratista mayor libertad de cumplir con los objetivos contractuales, **todo dentro de unos estándares de calidad y niveles de servicio determinados.** Así mismo, es un contrato que se suscribe no solo para la construcción de la infraestructura, sino que incluye su operación y mantenimiento durante un plazo determinado. Los requisitos del acuerdo no están dirigidos a demostrar que el contratista es capaz

de llevar a cabo el proyecto de APP y mantener unos estándares altos, estos buscan probarle al OCAD que la infraestructura podrá ser construida sin contratiempos.

En el caso concreto de que el proyecto de APP para el Hospital de Soledad, Atlántico, requiera recursos del SGR, estos deben ser autorizados ante un OCAD y la propuesta presentada deberá cumplir con el nivel de detalle exigido por el anexo 12 del Acuerdo 17, así como los demás requisitos generales.

ii. Limitaciones de vigencias futuras de regalías

Debido a que los proyectos de APP se ejecutan a lo largo de un periodo extendido de tiempo, estos requerirán fuentes de financiación a largo plazo. Por tal motivo, la limitación legal de vigencias futuras de recursos provenientes del SGR a tan sólo 8 años constituye una restricción que podría afectar el desarrollo de proyectos de APP, entre estos el desarrollo de infraestructura hospitalaria.

El artículo 94 de la ley 1530 de 2012, determinó que las vigencias futuras en el SGR "no podrán expedirse para períodos superiores a 4 bianualidades que deberá corresponder al plazo máximo de ejecución de los proyectos de inversión". Esta norma introduce dos limitaciones: primero restringe la programación de pagos de fondos provenientes de regalías a los 8 años posteriores a la aprobación del proyecto. La otra estima que los recursos de los proyectos de inversión se ejecuten en un plazo máximo de 8 años.

Aunque no existe un plazo mínimo para la ejecución de proyectos de APP, es reconocido que estos son proyectos a largo plazo por la magnitud de las inversiones requeridas. Por lo tanto, la prohibición de comprometer vigencias futuras de regalías más allá de 8 años, limita la posibilidad de utilizar estos fondos para proyectos ejecutados a través de contratos de APP.

Teniendo en cuenta la anterior situación, es útil revisar cómo han manejado esta restricción otros proyectos financiados a través del SGR. En el contrato de concesión de navegabilidad del Río Magdalena con un presupuesto de más de 1 billón de pesos y una duración de 15 años, se pactaron una variedad de fuentes de financiación que serían utilizadas en diferentes tiempos. En razón al contenido del citado artículo 94 de la Ley 1530, las partes proyectaron que los recursos del SGR serían desembolsados y ejecutados en los años 1 y 3 del contrato. Así, no fue necesario solicitar vigencias futuras de regalías y se respetó el límite de 8 años para la ejecución de los recursos. En los restantes 11 años, se utilizan otras fuentes de financiación como vigencias futuras del PGN y aportes de Ecopetrol.

Así pues, en caso de considerarse que podrían destinarse recursos de regalías para un eventual contrato de APP para infraestructura hospitalaria en el municipio de Soledad, Departamento del Atlántico, la entidad ejecutora deberá estructurar los giros de recursos de regalías y su ejecución dentro de los 8 primeros años del contrato. Esta estructura financiera garantiza que se puedan utilizar recursos de regalías en proyectos de larga duración como las APP y que se puedan combinar diferentes tipos de fuentes

15.2.2.2. Aportes de la ESE Hospital Departamental Juan Domínguez Romero

Teniendo en cuenta que la ESE Hospital Juan Domínguez Romero será quien preste los servicios de salud en la infraestructura desarrollada con el eventual contrato de APP, se analizó la posibilidad que la ESE realizara pagos por la utilización de esta infraestructura y se recomendó que se considere que los aportes de la ESE se hagan en forma de "arriendo" por el uso de la infraestructura y dotación hospitalaria que le sería provista. Así, el contratista mitigaría el riesgo de incumplimiento de la ESE al garantizar pagos periódicos por el arrendamiento.

Para ello, se aconseja que el departamento del Atlántico y/o la Secretaría de Salud, actúe como garante de los pagos que la ESE provea al inversionista privado. Esto es, en caso que la ESE no realice los pagos en los montos y tiempos acordados, el contratante (departamento del Atlántico) responda por las obligaciones o compromisos que la ESE adquiere con el inversionista privado. Lo anterior no implica que la ESE no responda por los pagos, sino que deberá retribuir ese dinero directamente al Departamento al no haber respondido en los montos y plazos que le sean señalados para el pago de aportes, en las condiciones que se dispongan entre las partes públicas.

15.2.2.3. Recursos del Presupuesto General de la Nación (PGN)

De conformidad con lo establecido por el numeral 2 del artículo 42 de la Ley 715 de 2001, la Nación tiene la competencia *"de Impulsar, coordinar, financiar, cofinanciar y evaluar programas, planes y proyectos de inversión en materia de salud, con recursos diferentes a los del Sistema General de Participaciones"*. Con fundamento en la anterior disposición, el MSPS desarrolló el proyecto de inversión denominado *"Fortalecimiento de la capacidad instalada asociada a la prestación de servicios de salud en infraestructura y dotación hospitalaria nacional"*, el cual tiene como finalidad la cofinanciación de:

i. *"Proyectos de construcción, ampliación, adecuación, remodelación, reforzamiento sísmico estructural o reposición de la infraestructura física de las ESE"*, y

ii. *"Proyectos de adquisición de equipamiento biomédico, tecnológico, industrial hospitalario y mobiliario de las ESE"*.

Así, de conformidad con lo establecido por la Resolución 829 de 2015, los departamentos que presenten proyectos de *"Fortalecimiento de la capacidad instalada asociada a la prestación de servicios de salud en infraestructura y dotación hospitalaria nacional"* podrán acceder a estos recursos, siempre sean destinados a las ESE ubicadas dentro su territorio.

Igualmente, la Resolución 829 de 2015 dispone que aquellos departamentos que estén interesados en acceder a esta fuente de recursos, deberán cumplir con los criterios de elegibilidad de los proyectos, dentro de los cuales se encuentran los siguientes:

i. Que el proyecto cuente con el concepto técnico de viabilidad del MSPS;
ii. Que exista cofinanciación por parte del Departamento de no menos del 30% del valor total del proyecto;
iii. Que la ESE y el Departamento cumplan con lo establecido en el artículo 5 del decreto 2193 de 2004[64];
iv. Que el departamento presente los siguientes documentos:

a. Para proyectos de infraestructura:

- Concepto de la Secretaría Departamental de Salud sobre la conveniencia del proyecto en el marco del PTRRM de las ESE viabilizado por el MSPS.
- Programa Médico Arquitectónico (PMA).
- Comparativo de la capacidad física actual de la entidad versus la capacidad propuesta.
- Diseños arquitectónicos a escala 1:100, cumpliendo con los requisitos de la resolución No. 4445 de 1996 y demás normas complementarias.
- Estudios de ingeniería hidrosanitarios, eléctricos, estructurales, mecánicos y de gases medicinales.
- Presupuesto y cronograma detallados de obra.
- Certificado de libertad y tradición del inmueble.
- Certificado expedido por la oficina de curaduría urbana en el que se mencione que el proyecto cumple con lo preceptuado en el POT.
- Certificado expedido por planeación municipal donde conste que el lote no posee ninguna clase de riesgo.

b. Para proyectos de dotación hospitalaria[65]:

- Listado de equipamiento y mobiliario con la información solicitada en la Resolución 829 de 2015 (nombre, especificaciones técnicas, cantidad, precio, etc.)

[64] Decreto 2193 de 2004, *"Artículo 5. De la obligatoriedad del reporte de la información para acceder a programas de inversión de la Nación y de las entidades territoriales. El reporte integral y oportuno de la información, por parte de las entidades de que trata el artículo 2º del presente decreto, en los plazos y bajo los procedimientos aquí establecidos, es de carácter obligatorio y se constituye en requisito indispensable para acceder a los programas de inversión en salud del orden nacional y territorial."*

[65] De acuerdo con la resolución 829 de 2015, la dotación hospitalaria está compuesta por equipamiento industrial de uso hospitalario, equipamiento biomédico, equipamiento tecnológico y mobiliario.

- Mínimo dos cotizaciones por ítem de equipamiento y mobiliario.
- Cuadro comparativo que refleje análisis del cual se determina el presupuesto formal del proyecto, a partir de estas cotizaciones.
- Discriminar el presupuesto estimado del proyecto el valor del equipamiento o mobiliario del valor del transporte y la instalación.
- Certificación de garantía de la disponibilidad de la infraestructura y del personal de salud necesario para la puesta en funcionamiento, emitida por el representante legal de la Empresa Social del Estado.

Se debe tener en cuenta que la asignación de los recursos por parte del MSPS dependerá directamente de la disponibilidad presupuestal del proyecto de inversión "Fortalecimiento de la capacidad instalada asociada a la prestación de servicios de salud en infraestructura y dotación hospitalaria nacional".

15.3. Desembolsos y manejo de recursos a través del patrimonio autónomo

De conformidad con lo señalado en el artículo 24 de la Ley 1508 de 2012 *"[l]os recursos públicos y todos los recursos que se manejen en el proyecto deberán ser administrados a través de un* ***patrimonio autónomo constituido por el contratista****, integrado por todos los activos y pasivos presentes y futuros vinculados al proyecto (…)"*. Esto es, por expreso mandato legal, en los proyectos derivados de las APP todos los recursos destinados al proyecto, ya sea por la entidad estatal o por el contratista, así como aquellos que se deriven del mismo, deberán ser administrados y canalizados por intermedio de un patrimonio autónomo ("PA").

En razón de lo anterior, a continuación se exponen las particularidades que tendrían algunas de las fuentes de recursos expuestas en precedencia al ser giradas al PA, a saber:

A. Estampilla *"Pro hospitales de primer y segundo nivel de atención"*.

En principio, el Departamento del Atlántico no tendría inconveniente alguno para girar al patrimonio autónomo los recursos que recaude con ocasión del cobro de la estampilla *"Pro hospitales de primer y segundo nivel de atención"*. Lo anterior por cuanto, con ello, dichos recursos tendrían la destinación específica establecida por el artículo 2 de la Ley 663 de 2001.

Sin perjuicio de lo anterior, debe advertirse que de conformidad con lo señalado por el artículo 7 de la norma mencionada en precedencia, la Secretaría de Hacienda Departamental y las Tesorerías Municipales son las dependencias encargadas para recaudar

y trasladar estos recursos. Por tal motivo, dichas dependencias serán quienes giraran al PA los recursos recaudados mediante la estampilla *"Pro hospitales de primer y segundo nivel de atención"*.

B. Regalías.

Los recursos provenientes del SGR están destinados a las entidades territoriales beneficiarias. Según el artículo 19 de la Ley 1530 de 2015 el giro de las regalías es "*el desembolso de recursos que hace el Ministerio de Hacienda y Crédito Público* ***a cada uno de los beneficiarios del Sistema General de Regalías (…)".*** Son beneficiarios del SGR las **entidades territoriales**, las minorías étnicas y las Corporaciones Autónomas Regionales, entre otras personas naturales y jurídicas señaladas en la Ley.

Lo anterior implica que los recursos para el pago de un proyecto de APP deben pasar primero por las cuentas del ente antes de entrar al PA del proyecto. Esta estructura de giros puede representar un problema para la ejecución de contratos de APP, pues en ocasiones los recursos pueden verse retenidos en la entidad territorial.

El Decreto Único Reglamentario (DUR) del sector Administrativo de Planeación 1082 de 2015, determina que las apropiaciones del SGR se "*ejecutarán mediante* ***el giro de recursos*** *a los órganos del sistema, a las entidades beneficiarias de asignaciones directas y a* ***las entidades públicas designadas como ejecutoras por los órganos colegiados de administración y decisión****".* Es claro entonces que en un contrato de APP financiado en todo o en parte con fondos del SGR, los recursos serán girados a la entidad designada como ejecutora del proyecto por el OCAD.

Una vez recibido el dinero, las entidades receptoras deberán integrar en el presupuesto de la entidad mediante acto administrativo del jefe de la entidad ejecutoria o decreto del gobernador o alcalde. Estos órganos deberán contar con un sistema de registro y contabilización independiente para los recursos, según su destinación y proyecto y dentro de un capítulo independiente del presupuesto del respectivo órgano o entidad.[66] Dicho presupuesto tendrá una vigencia igual a la del presupuesto bienal del sistema general de regalías.

Las entidades beneficiarias deberán cumplir con el procedimiento que usualmente siguen para ejecutar los recursos girados por el SGR.[67] En tal sentido, la entidad ejecutora debe ordenar el gasto sobre las apropiaciones que se incorporen a su presupuesto. El Decreto 1082 autoriza a la entidad receptora para comprometer "*la totalidad de los recursos aprobados (…) que estén incorporados al presupuesto de la entidad, para lo cual la autoridad correspondiente en dicha entidad expedirá el certificado de disponibilidad*

[66] Decreto 1082 de 2015, Artículos 2.2.4.1.2.2.13 y 2.2.4.1.2.2.9**.**

[67] Decreto 1082 de 2015, Artículo 2.2.4.1.2.2.13.

presupuestal respectivo, que garantiza la existencia de la apropiación en el presupuesto para atender el compromiso que se pretende adquirir".[68]

Según lo dispuesto en el Artículo 24 de la Ley 1508 de 2012 todos los recursos desembolsados por la entidad contratante deberán girarse por parte de la entidad ejecutora a través del PA y no directamente al contratista. De acuerdo con las normas citadas, este sería el caso también cuando haya recursos del SGR involucrados en el proyecto.

Teniendo en cuenta que el MHCP no puede desembolsar los recursos directamente al PA del contrato de APP, pues quien ejecuta los recursos es la entidad territorial, existiría un riesgo que los recursos destinados al proyecto sean utilizados en otra actividad o resulten embargados en las cuentas del ente territorial. No obstante, esta es una contingencia que puede presentarse en cualquier contrato con el Estado.

Para prevenir este tipo de situaciones, la normatividad vigente estableció unas medidas que ayudan a garantizar que los recursos alcancen su destinación: i) en primer lugar, todos los giros del SGR a las entidades beneficiarias se manejan a través de un capitulo independiente dentro su presupuesto, separándolos de los gastos ordinarios de la entidad, ii) por otra parte, el contrato deberá contar un Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) donde quede registrado el compromiso presupuestal de la entidad, iii) según los artículos 62 y 70 de la Ley 1530, los recursos del SGR son inembargables, y iv) no desembolsar los recursos constituye un incumplimiento contractual y podría generar diferentes tipos de responsabilidades entre los gestores fiscales de la entidad.

A modo de ejemplo, en otros contratos de APP en los que ha habido participación de recursos del SGR los recursos fueron desembolsados a la entidad ejecutora designada por los OCAD. Precisamente, en el contrato de concesión de navegabilidad del Río Magdalena los fondos fueron girados a Cormagdalena como entidad ejecutora designada. Así mismo, esta entidad tiene la obligación asegurar la disponibilidad de los recursos y su destinación a la subcuenta específica en el fideicomiso del contrato.[69]

En resumen, aunque un desembolso directo del MHCP al PA sería una forma más eficiente y segura para manejar los recursos de regalías en proyectos de APP, la Ley y decretos no permiten tal operación. Por el contrario, los desembolsos se harán a las entidades beneficiarias de regalías o ejecutoras designadas por los OCAD. A su vez, estas seguirán los procesos ordinarios para la apropiación y desembolso de los recursos.

[68] Decreto 1082 de 2015, Artículo 2.2.4.1.2.7.4.

[69] CONTRATO DE APP No. 001 DE 2014, suscrito entre la Corporación Autónoma del Río Grande de la Magdalena – Cormagdalena- y Navelena SAS, 13 de septiembre de 2014.

16. Posibles fuentes de ingreso del proyecto.

Partiendo de las oportunidades reales de actividades complementarias que pueden ser incluidas como parte del contrato de APP, se debe evaluar la posibilidad de incorporarlas en el contrato de APP de la mejor manera posble. Para ello, la posibilidad de incorporar dichas oportunidades en el desarrollo de la nueva infraestructura para el hospital Juan Domínguez Romero en el municipio de Soledad Atlántico que se constituyan en una fuente de ingresos adicional para el proyecto depende principalmente de varios factores:

1. Análisis socioeconómico de la zona que permita identificar necesidades de la población y el poder adquisitivo del municipio de Soledad y áreas de influencia.
2. Ubicación geográfica del hospital dentro del municipio de Soledad Atlántico.
3. Potencial del mercado, en la medida que haya poca oferta y gran demanda por las actividades adicionales que se provean.
4. El espacio físico con el que se cuente en la provisión de la infraestructura.
5. Compatibilidad del desarrollo de dichas actividades en la infraestructura hospitalaria.
6. Complejidad del esquema del APP y potencial colocación del proyecto en el mercado colombiano.

Anexo 1 - Requerimientos relacionados con la infraestructura

Se deberán considerar las siguientes autorizaciones, las cuales serán revisadas con el Ministerio de Salud y Protección Social:

a) Licencia de construcción: trámite ante la curaría urbana de Soledad

Requisitos:
- Delineación expedida por la Secretaría de Planeación Municipal
- Copia del certificado de libertad y tradición del predio
- Escrituras del predio
- Impuesto predial del lote o lotes
- Información de los vecinos colindantes (Nombres completos y direcciones)
- Copia de la cédula de ciudadanía o Cámara de Comercio (si es persona jurídica) de quien tramita la licencia
- Para el caso de ser una entidad pública quien tramita la licencia, se debe anexar copia del documento de identidad del representante legal, y el acta de posesión.
- Estudio de suelos: Perforaciones de mínimo 15 metros

Normativa:

De acuerdo al Decreto 564 de 2006, Artículo Término para la expedición de licencias. Las entidades competentes y los curadores urbanos, según el caso, tendrán un plazo máximo de cuarenta y cinco (45) días hábiles para pronunciarse sobre las solicitudes de licencia.

b) Certificado de delineación urbana (normativa específica del lote): Trámite ante la Secretaría de Planeación Municipal (Ayuntamiento)

Requisitos:
- Ficha o Cédula catastral del predio o predios.

Normativa:

Acuerdo 041 – 1998, ARTICULO 159.- DE LA DELINEACION: Para obtener las licencias de construcción, es pre-requisito indispensable la delineación expedi-da por la Secretaría de Planeación Municipal. (Leyes 97 de 1.913, y 88 de 1.947, Inciso C del artículo 233 del C.R.M.) Este trámite puede tardar hasta 30 días hábiles

c) Autorización de vertimiento de aguas residuales al alcantarillado municipal: Trámite ante EDUMAS (Establecimiento de Desarrollo Urbano y Medio Am-biente de Soledad) – CAR (Corporación autónoma regional del Atlántico)

Normativa:
Ley 99 de 1993 y Decreto 3930 de 2010

d) Plan de manejo ambiental de residuos peligrosos: Trámite EDUMAS – CAR (Corporación autónoma regional del Atlántico)

- Normativa:
- Decreto 4741 de 2005
- Manual de diligenciamiento web http://www.crautonoma.gov.co/documentos/ManualDiligenciamientoWeb.pdf
- Política ambiental de residuos peligrosos
- http://www.crautonoma.gov.co/documentos/politica_ambiental_gestion_integral_residuos_des_peligrosos.pdf
- Resolución 1362 de 2007
- Registro de generadores RESPEL
- Código internacional uniforme

e) Arqueología preventiva: Trámite ICANHN (Instituto Colombiano de Antropología e Historia)

Lineamientos:
- Diagnóstico arqueológico. Identificación de la existencia o ausencia de áreas arqueológicas protegidas (no requiere autorización del ICANH)
- Prospección arqueológica y formulación del Plan de Manejo Arqueológico. Fase de exploración en detalle del área a intervenir (requiere pre-vía expedición de autorización del ICANH).

Normativa y requisito:
Ley 1185 de 2008 y formato “Registro de proyectos de investigación arqueológica”

f) Autorización para cargue y descargue: Trámite ante la secretaría de Transito y Trasporte del Municipio

Requerimientos:
Para algunos casos se requiere de un estudio de movilidad, que evalúe el im-pacto de la nueva infraestructura

g) Aprobación del proyecto por parte de la Secretaria de Salud Municipal.

Requisitos:
Revisan la infraestructura, los procesos, la dotación y el personal y existe tam-bién trámites ante la Secretaría de Salud Departamental.
Se deberá:

- Verificar que si aparece en el listado del plan bienal del consejo territo-rial de salud si no aparece iniciar proceso.
- Presentar los estudios y diseños a la secretaria de salud y obtener con-cepto de viabilidad para que incluya en el plan de red
- Solicitar el concepto del Ministerio de la protección social
- Revisar que se haya presentarse por calidad departamental parta visto bueno e inscripción en banco proyectos departamental y municipal

h) Solicitud de autorización del diseño de instalaciones radiactivas para su posterior construcción, bajo la modalidad de Licencia de Diseño y Construcción. Trámite ante el Servicio Geológico Colombiano (SGC).

Normativa y requisitos:
Decreto 9-0874 de 2014
ARTÍCULO 19. REQUISITOS. El interesado en obtener la licencia de diseño y construcción de instalación radiactiva deberá presentar al Órgano Regulador, o su Entidad delegada, la siguiente documentación:

- Solicitud de licencia, completamente diligenciada y firmada por el represen-tante legal y el Oficial de Protección Radiológica (OPR) de la instalación (formato disponible en la página web del Órgano Regulador y su Entidad delega-da);
- Evaluación preliminar de la seguridad de la instalación;
- Documento donde consten las características arquitectónicas del proyecto;
- Documento donde conste el cálculo de blindajes, el cual deberá ser elabora-do y firmado por el Oficial de Protección Radiológica (OPR) de la instalación. Si el cálculo ha sido realizado por un experto cualificado, este deberá ser refrendado por el Oficial de Protección Radiológica (OPR) de la instalación;
- Recibo de pago por concepto de estudio técnico de la licencia

(La expedición de esta autorización puede tardar hasta 60 días, dependiendo de las subsanaciones que solicite el Órgano regulador)

En relación con el terreno

En la elección de la ubicación del futuro hospital debe atenderse a una serie de criterios que permitan un buen desarrollo del proyecto, ya que una mala elección impediría obtener un resultado satisfactorio. Entre otros, se debe atender a los siguientes criterios[70]:

- Tamaño del solar: el solar debe ser en superficie equivalente al menos a la superficie construida total del edificio. Las razones para ello es disponer suficiente espacio para zonas exteriores y aparcamiento y para prever futuras expansiones. Este último es un requerimiento habitual en el desarrollo de nuevos hospitales.
- El terreno no debería tener pendientes superiores al 10% y su forma en superficie debe ser regular.
- La ubicación del hospital debe estar bien comunicada con ejes viarios principales. Además debe considerarse que un flujo importante de personas llega por transportes públicos, por lo que también este aspecto debe ser tenido en cuenta.
- Riesgos naturales: debe evitarse ubicar el hospital en zonas inundables y lo más lejano posible de fallas sísmicas conocidas.
- Fuentes contaminantes: el hospital debe ubicarse alejado de potenciales fuentes de contaminación como fábricas, ciertas producciones agrícolas, antenas de comunicación y cables de alta tensión, aeropuertos y otros.
- Infraestructuras básicas: la ubicación escogida deberá tener acceso inmediato a infraestructuras básicas como son al agua, la electricidad y las comunicaciones.

[70] Estos criterios se basan en la experiencia de los técnicos en materia de infraestructura hospitalaria.

Anexo 2 - 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.

Este sistema deberá ser tenido en cuenta para el desarrollo del APP en el hospital de Soledad, para
definir las necesidades del hospital en materia de habilitación, especialmente para la inclusión de nuevos servicios si este fuese el caso. Del mismo modo, se podrán definir algunos de los requisitos mínimos para los posibles participantes privados.

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

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.

Sistema Único de Habilitación – Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud

El Sistema Único de Habilitación es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, requerimientos básicos para entrar y permanecer en el sistema. La habilitación de servicios de salud está claramente definida y regulada en el sistema de salud colombiano para los prestadores de servicios de salud.

La habilitación de prestadores de servicios de salud debe cumplir con i) condiciones de capacidad tecnológica y científica, ii) condiciones de suficiencia patrimonial y financiera y iii) condiciones de capacidad técnico administrativa.

La Resolución 2003 de 2014 define los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. De acuerdo con la resolución en mención, todo prestador de servicios de salud debe estar inscrito en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS y tener al menos un servicio habilitado. La inscripción inicial de cada prestador en el REPS será por cuatro años y posteriormente podrá ser renovada por el término de un año, siempre y cuando haya realizado la autoevaluación y ésta haya sido declarada en el REPS, durante el cuarto año de inscripción inicial y antes de su

vencimiento. La inscripción y habilitación debe realizarse en los términos establecidos en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios de Salud adoptado con la misma resolución.

Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud serán las encargadas de verificar el cumplimiento de las condiciones exigibles a los prestadores de servicios en relación con las condiciones de capacidad técnico administrativa y de suficiencia patrimonial y financiera. De acuerdo con el decreto 1011 de 2006 el seguimiento a la implementación del Sistema Único de Habilitación, se realizará a través del REPS, sus novedades, el reporte de visitas de verificación y de los indicadores definidos por el Sistema de Información para la Calidad del MSPS.

Por su parte, la verificación del cumplimiento de las condiciones de capacidad tecnológica y científica se realizará conforme al plan de visitas que establezcan las Entidades Departamentales y Distritales de Salud.

De acuerdo a la Resolución 2003 de 2014, la autoevaluación deberá realizarse en los siguientes momentos:

- De manera previa a la inscripción del prestador y habilitación del o los servicios.
- Durante el cuarto año de la vigencia de la inscripción inicial del prestador y antes de su vencimiento.
- Antes del vencimiento del término de renovación anual de la inscripción.
- De manera previa al reporte de las novedades señaladas en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios de Salud.
- La inscripción de prestadores de servicios de salud y la habilitación de servicios de salud en el REPS, el reporte de novedades y las visitas son trámites gratuitos.

Novedades de los prestadores

De acuerdo a la Resolución 2003, los Prestadores de Servicios de Salud estarán en la obligación de reportar las novedades que se listan a continuación, ante la respectiva Entidad Departamental o Distrital de Salud, diligenciando el formulario de reporte de novedades disponible en el aplicativo del REPS, publicado en la página web de la Entidad Departamental o Distrital de Salud y, cuando sea del caso, deberán anexar los soportes correspondientes conforme a lo definido en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios de Salud. Se consideran novedades las siguientes:

Tabla 64. Novedades de los prestadores

Novedades del prestador	Novedades de la sede	Novedades de Capacidad Instalada	Novedades de Servicios
Cierre del prestador	Apertura o cierre de sede	Apertura de camas	Apertura de servicios
Disolución o liquidación de la entidad	Cambio de domicilio	Cierre de camas	Cierre temporal o definitivo de servicios
Cambio de domicilio	Cambio de nomenclatura	Apertura de salas	Apertura de modalidad
Cambio de nomenclatura	Cambio de sede principal	Cierre de salas	Cierre de modalidad
Cambio de representante legal	Cambio de datos de contacto (Incluye datos de teléfono, fax y correo electrónico)	Apertura de ambulancias	Cambio de complejidad
Cambio de director o gerente	Cambio de director, gerente o responsable	Cierre de ambulancias	Cambio de horario de prestación del servicio
Cambio del acto de constitución	Cambio de nombre de la sede, que no implique cambio de razón social	Apertura de sillas	Reactivación de servicio
Cambio de datos de contacto (Incluye datos de teléfono, fax y correo electrónico)	Cambio de horario de atención	Cierre de sillas	Cambio del médico especialista en trasplante
Cambio de razón social que no implique cambio de NIT		Apertura de sala de procedimientos	Cambio del médico oncólogo en hospitalización
		Cierre de sala de procedimientos	Traslado de servicio

Fuente: Resolución 2003 de 2014

Nota: Para efectos del reporte de las novedades definidas, los Prestadores de Servicios de Salud, deberán anexar los documentos incluidos en el numeral 3.5 del Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.

Requisitos para la inscripción y habilitación de servicios de salud en el REPS

De acuerdo a la Resolución 2003 de 2014, los Prestadores de Servicios de Salud que se inscriban y habiliten servicios en el REPS deberán cumplir lo siguiente:

- Determinar el servicio o los servicios a habilitar, de acuerdo con el REPS, incluyendo la complejidad y el tipo de modalidad en la que va a prestar cada servicio.
- Realizar la autoevaluación y la posterior declaración en el REPS.
- Ingresar al enlace de formulario de inscripción disponible en el aplicativo del REPS publicado en la página web de la Entidad Departamental o Distrital de Salud correspondiente, diligenciar la información allí solicitada y proceder a su impresión.

- Radicar el formulario de Inscripción ante la Entidad Departamental o Distrital de Salud respectiva y los demás soportes definidos a continuación:
- Certificado de Existencia y Representación Legal de la Institución.
- Copia del documento de identificación del representante legal.
- Certificación de suficiencia patrimonial y financiera, emitida por el revisor fiscal.
- Fotocopia de Tarjeta profesional de contador y/o Revisor Fiscal según aplique.
- Fotocopia del NIT.
- Fotocopia del RUT.
- Si la ESE declara servicio de Traslado Asistencial de Pacientes (Ambulancias), además debe anexar: copia de la tarjeta de propiedad de los vehículos y de la revisión técnico – mecánica, Si el modelo del vehículo es del año vigente no requiere presentar la revisión Técnico-Mecánica. El período de vigencia o de validez de la revisión técnico-mecánica para ambulancias es de un año.
- Si la ESE declara servicio de radiología e imágenes diagnósticas o de toma e interpretación de radiologías odontológicas, debe anexar la copia de la Licencia de Funcionamiento vigente de los equipos que se encuentren en el servicio.
- Para las Instituciones Públicas: fotocopia del acto administrativo de creación expedido por la autoridad competente.
- Procedimiento de inscripción de prestadores y habilitación de servicios en la Entidad Departamental o Distrital de Salud

De acuerdo a la Resolución 2003 de 2014, la Entidad Departamental o Distrital de Salud, una vez recibido el formulario de inscripción con los soportes establecidos en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios de Salud, deberá:

Ubicar el formulario de inscripción diligenciado por el prestador en la base de datos del REPS, disponible en la página web de la Entidad Departamental o Distrital de Salud.

Verificar que los soportes entregados con el formulario, correspondan a los previstos en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios de Salud. En caso de no corresponder, lo devolverá al prestador indicando la documentación o información faltante.

Asignar código al prestador si el formulario y los soportes se encuentran completos y cumplen con los requisitos establecidos.

Programar y realizar las visitas de verificación previa o de reactivación que le correspondan, según el caso, de acuerdo con su competencia y conforme a lo establecido en la presente resolución.
Enviar la documentación al Ministerio de Salud y Protección Social cuando se trate de servicios nuevos de oncología.

Radicar la inscripción del prestador y autorizar en el REPS la generación del distintivo de habilitación de los servicios, una vez cumplidos los requisitos anteriores.

Se considera inscrito el prestador que cumpla el anterior procedimiento, momento a partir del cual el prestador podrá ofertar y prestar los servicios de salud correspondientes.
Una vez la Entidad Departamental o Distrital de Salud, autorice en el REPS la generación del distintivo de habilitación de los servicios, el prestador deberá descargarlo, imprimirlo y publicarlo.

Visita de Verificación Previa

De acuerdo a la Resolución 2003 de 2014, se requerirá visita de verificación previa en los siguientes casos:

- La habilitación de nuevos servicios oncológicos, visita que se realizará por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.
- La habilitación de nuevos servicios de urgencias, hospitalización obstétrica, transporte asistencial y todos los servicios de alta complejidad, visita que se realizará por parte de la Entidad Departamental o Distrital de Salud.
- La inscripción de una nueva Institución Prestadora de Servicios de Salud, visita que se realizará por parte de la Entidad Departamental o Distrital de Salud, dentro de los seis (6) meses siguientes a la presentación de la solicitud. Se entiende solicitada la visita con la presentación del formulario de inscripción en las condiciones descritas en la sección “Requisitos para la inscripción y habilitación de servicios de salud en el REPS”, habiendo cumplido hasta el último de sus puntos.

Sistema Único de Acreditación

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 niveles superiores de calidad por parte de las IPS, las EAPB y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que **voluntariamente** decidan acogerse a este proceso. Este sistema ha sido actualizado con el fin de responder a las nuevas exigencias de los estándares internacionales y a la necesidad de impulsar las instituciones hacia nuevos desarrollos en los procesos de calidad que enfaticen en el enfoque dirigido a la obtención de resultados centrados en el paciente (Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario Colombia).

En caso que las disposiciones establecidas para el proyecto del hospital de Soledad lo requiriesen, se deberían de considerar los requisitos para la acreditación como una exigencia para el inversionista privado a largo plazo, esto de acuerdo a las necesidades técnicas y a la disponibilidad de recursos.

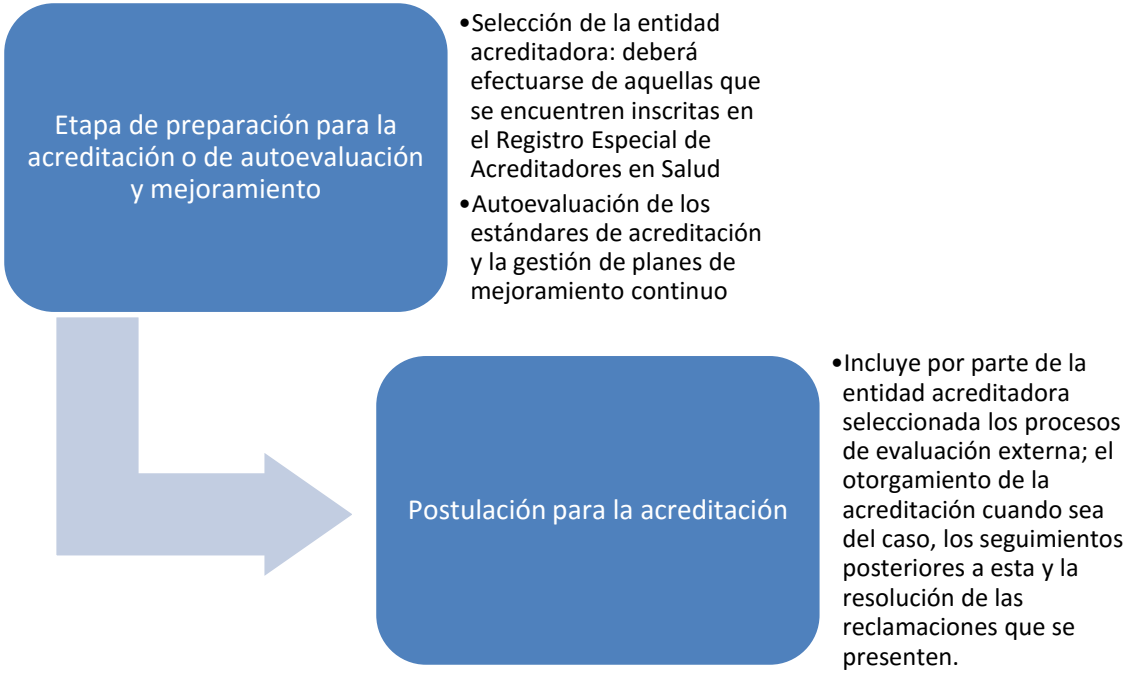
Sus estándares de la acreditación se basan en un enfoque sistémico que entiende la atención en salud como centrada en el usuario y su familia, en el mejoramiento continuo de la calidad y en el enfoque de riesgo; todos los estándares deben ser entendidos desde la perspectiva del enfoque de riesgo (identificación, prevención, intervención, reducción, impacto) y de la promoción de la excelencia (Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario Colombia).

La acreditación se encuentra regulada por la Resolución 2082 de 2014 y de acuerdo con el manual al cual se hace referencia, 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
- de mejoramiento de la calidad

La Superintendencia Nacional de Salud se encuentra a cargo de la evaluación y supervisión técnica.

Etapas del ciclo de acreditación
De acuerdo a la Resolución 2082 de 2014, el ciclo de acreditación considera las siguientes etapas:



Fuente: Resolución 2082 de 2014

Las instituciones prestadoras de servicios de salud de carácter público deberán implementar la etapa de preparación para la acreditación, utilizando para el efecto los correspondientes manuales de acreditación, adoptados por este Ministerio.

Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación en Salud

Los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación en Salud son:

- Manual de acreditación para empresas administradoras de planes de beneficios
- Manual de acreditación para los laboratorios clínicos

- Manual de acreditación para instituciones que prestan servicios de imagenología
- Manual de acreditación para instituciones que ofrecen servicios de habilitación y rehabilitación
- Manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario

De acuerdo al Manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario, el periodo de transición reconoce que el tiempo promedio de preparación de una institución para la acreditación en Colombia es de alrededor de tres años.

Concluir en este caso, que van a mirar del SOGC para efectos de este APP en relación on infraestructura y servicios.

Anexo 3 - Requerimientos para la adquisición de recursos

El proyecto de "Construcción y Dotación del nuevo Hospital Juan Domínguez Romero de Soledad", después de una revisión conjunta entre el Programa de Apoyo a la Participación Privada, la Subdirección de Salud del DNP, el Ministerio de Salud y de Protección Social, y la Secretaria de Salud del Atlántico se determinó que el proyecto se encuentra registrado en el plan bienal de inversiones 2014- 2015 viabilizado por el Ministerio de Salud y Protección Social y que esta iniciativa de inversión es necesaria para la red del departamento del Atlántico.

Como se mencionó en la consultoría de KPMG para la aplicación del modelo de APP en el sector salud en Colombia, para el desarrollo de infraestructura (requerimiento del proyecto en cuestión) se cuenta con las siguientes fuentes de recursos:

Tabla 65. Tipos de recursos Infraestructura y dotación equipos médicos

TIPOS DE RECURSOS	
Regalías	Los recursos del Sistema de Regalías pueden dirigirse a través de los planes bienales de inversión a construcción y mejoramiento de la infraestructura y dotación hospitalaria
Presupuesto General de la Nación – PGN	Apoyo a Hospitales Públicos (Convenios de Cofinanciación)
Recursos de las entidades territoriales	Prestación de Servicios Construcción y mantenimiento de la infraestructura pública hospitalaria

Fuente: Elaboración KPMG

Uso de las fuentes para el proyecto

A continuación se realiza una revisión preliminar de la pertinencia de dichos recursos para el proyecto en cuestión.

Regalías

En Colombia, la explotación de los recursos naturales no renovables y del subsuelo como hidrocarburos y minerales, entre otros, genera una contraprestación económica en favor del Estado, denominada regalía. El gobierno es el ente receptor de dichos recursos, de acuerdo con el Acto legislativo No. 05 de 18 de julio de 2011, que establece, “la ley determina, la distribución, objetivos, fines, administración, ejecución, control, el uso eficiente y la destinación de los ingresos provenientes de la explotación de los recursos

naturales no renovables precisando las condiciones de participación de sus beneficiarios. Este conjunto de ingresos, asignaciones, órganos, procedimientos y regulaciones constituye el Sistema General de Regalías".

Con la reforma a las regalías (Acto legislativo 05 de 2011), los recursos de inversión del Sistema General de Regalías (SGR) se destinarán al financiamiento de proyectos para el desarrollo económico, social y ambiental de las entidades territoriales; para inversiones en ciencia, tecnología e innovación; y, en general, para aumentar la competitividad de la economía, buscando mejorar las condiciones sociales de la población.

Se debe señalar que con estos recursos se podrán financiar proyectos de inversión y la estructuración de los mismos. Los proyectos podrán incluir las fases de operación y mantenimiento dentro de su horizonte de realización, más no podrán financiarse gastos permanentes de las entidades territoriales. (Art. 22, Ley 1530 de 2012).

Una de las características que deben tener todos los proyectos de inversión a ser financiados con los recursos del Sistema General de Regalías, es que deben guardar concordancia con el Plan Nacional de Desarrollo y con los planes de desarrollo de las entidades territoriales. (Art. 23, ley 1530 de 2012). La Ley de Regalías dispuso que cada OCAD deberá conformar comités consultivos, a quienes obligatoriamente debe solicitar su concepto sobre la conveniencia, oportunidad o solidez técnica, financiera y ambiental de los proyectos sometidos a su consideración.

La Ley de Regalías definió que los ejecutores de los proyectos deben ser entidades de naturaleza pública y le otorgó a los Órganos Colegiados de Administración y Decisión, la facultad de definir el ejecutor de cada proyecto aprobado por el respectivo OCAD. En este sentido, no sólo las entidades territoriales, sino otras entidades de naturaleza pública, tales como las universidades públicas o las empresas públicas, podrán ser designadas por el OCAD como ejecutoras de proyectos financiados con los recursos del SGR.

Se pueden cofinanciar proyectos presentados para ser financiados con recursos del SGR. Para ello, en la carta de presentación del proyecto a la Secretaría técnica del respectivo OCAD, se deberá señalar el valor total del proyecto, el monto de los recursos solicitados y el valor de la cofinanciación, especificando las entidades aportantes. (Art. 8 a 10, Acuerdo 013 de la Comisión Rectora).

Si bien el SGR cuenta con un sistema presupuestal propio, no se rige por un régimen de contratación distinto al vigente y aplicable a toda la contratación pública. Por tanto, la entidad ejecutora de los proyectos de inversión del SGR, debe garantizar la correcta ejecución de los recursos asignados y adelantar los procesos de contratación bajo las mismas modalidades, procesos y requisitos permitidos y definidos por las normas de contratación pública que estén vigentes y sean aplicables a la entidad pública respectiva. (Art. 28 Ley 1530 de 2012).

Las entidades territoriales receptoras de asignaciones directas, las entidades territoriales designadas como ejecutoras de un proyecto por un OCAD, y las que reciban recursos para el fortalecimiento de las oficinas de planeación y las secretarías técnicas de los OCAD, deberán crear un capítulo independiente en su presupuesto para los recursos del SGR, el cual para todos los efectos fiscales tendrá una vigencia igual a la del Presupuesto Bienal del SGR. (Art. 14, ley 1606 de 2012 y Art. 44, Decreto 1949 de 2012)

Según la Ley 1606 de 2012, es posible comprometer recursos de bienios posteriores, solicitando la autorización respectiva según la clase de regalía, así:

a) Para regalías directas: Requerirán autorización del OCAD departamental o municipal respectivo. Dichas autorizaciones no podrán exceder 4 bienalidades (plazo máximo de ejecución de los proyectos de inversión), ni exceder el 50% de las proyecciones anuales de ingresos del plan de recursos estimado por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público para el respectivo OCAD. La entidad territorial deberá contar con aprobación de su CONFIS o quien haga sus veces.

Los recursos relativos a las regalías directas se podrían destinar sin ningún problema al proyecto, habida cuenta que, de conformidad con el artículo 40 de la Ley 1530 de 2012, tales rentas tienen como finalidad “la financiación o cofinanciación de proyectos de inversión para el desarrollo social, económico y ambiental de las entidades territoriales”.

Así, teniendo en cuenta que la construcción de infraestructura hospitalaria mediante un esquema de APP implica la ejecución de un proyecto de inversión para el desarrollo social, no habría duda alguna en que los recursos provenientes de asignaciones directas de regalías pueden ser utilizados para el proyecto sub examine.

b) Para recursos del Fondo de Ciencia, Tecnología e Innovación, Fondo de Desarrollo Regional y 60% del Fondo de Compensación Regional: requerirá aprobación por parte del OCAD respectivo, con cargo al monto máximo de afectación de posteriores bienalidades de cada uno de los Fondos fijado por el Consejo Superior de Política Fiscal -CONFIS- y el monto máximo para cada OCAD, autorizado por la Dirección General del Presupuesto Público Nacional del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

En cuando a los recursos del Fondo de Ciencia, Tecnología e Innovación, estos no podrían ser destinadas a la ejecución del proyecto de infraestructura hospitalaria, pues según el artículo 29 de la Ley 1530 de 2012, dichos recursos sólo pueden ser utilizados para “incrementar la capacidad científica, tecnológica, de innovación y de competitividad de las regiones, mediante proyectos que contribuyan a la producción, uso, integración y apropiación del conocimiento en el aparato productivo y en la sociedad en general, incluidos proyectos relacionados con biotecnología y tecnologías de la información y las comunicaciones, contribuyendo al progreso social, al dinamismo económico, al crecimiento sostenible y una mayor prosperidad para toda la población.”

Así, dichos recursos deben ser utilizados en proyectos que contribuyan a la producción, uso, integración y apropiación del conocimiento en el aparato productivo y en la sociedad en general, con el fin de incrementar la capacidad científica, tecnológica, de innovación y de competitividad de las regiones.

Teniendo en cuenta que la construcción de infraestructura hospitalaria no tiene relación alguna con la producción, uso, integración, y apropiación del conocimiento en el aparato productivo ni en la sociedad en general, lo cierto es que destinar tales recursos a la ejecución del mencionado proyecto, podría implicar un uso no autorizado de dichas rentas presupuestales.

En ningún caso, dichas autorizaciones podrán exceder 4 bienalidades (plazo máximo de ejecución de los proyectos de inversión), ni exceder el 50% de las proyecciones anuales de ingresos del plan de recursos estimado por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público para el respectivo OCAD.

Frente a las APP

El artículo 23 del acuerdo 17 de 2013 del DNP indica que "[e]n los contratos de Asociación Público Privada (APP), deberá incluirse una cláusula que garantice, por parte del administrador del patrimonio autónomo, el cumplimiento del reporte de información requerida por el Sistema de Monitoreo, Seguimiento, Control y Evaluación, de conformidad con lo establecido en el Título IV de la Ley 1530 de 2012."

Frente al proyecto de salud

El acuerdo 17 de 2013 establece los requisitos de viabilización y aprobación en los siguientes términos:

I. Proyectos de construcción, ampliación, adecuación, remodelación y reposición de infraestructura, para la prestación de los servicios de salud en el territorio nacional: 1. Anexar los planos que incluyan los criterios y aspectos normativos contemplados en la Ley 400 de 1997 y las Resoluciones 4445 de 1996 y 14861 de 1985 del MSPS, así como, al artículo 14 de la Ley 1618 de 2013, y deben relacionar las vías de acceso, topografía, construcciones existentes, si las hay, y la ubicación de las construcciones nuevas. 2. Certificado expedido por el Distrito o el Departamento, en el que conste que el proyecto está articulado con el diseño de la red pública de prestación de servicios de salud e incluido en el Plan Bienal de Inversiones en Salud del respectivo Distrito o Departamento aprobado por el MSPS, en los términos establecidos en los artículos 54 y 65 de la Ley 715 de 2001 y la Resolución 2514 de 2012 del MSPS, cuando sean de control especial.

II. Proyectos de dotación y reposición de equipos biomédicos e industrial hospitalario, necesarios para la adecuada prestación de los servicios de salud que operan en el territorio nacional: 1. Anexar el listado detallado de los equipos, que deben

tener en cuenta la normativa vigente para estas tecnologías tales como la Ley 9ª de 1979, el Decreto 1769 de 1994, la Resolución 2400 de 1979, en lo relacionado con los planes de mantenimiento, el Decreto 4725 de 2005, la Resolución 1441 de 2013 y la normativa específica para la tecnología que se va a adquirir. 2. Para el caso de los proyectos de dotación de equipos para servicios de control especial definidos en la Resolución 5123 de 2006, certificado de que el proyecto es concordante con el Plan Bienal de Inversiones en Salud del respectivo Distrito o Departamento y aprobado por el MSPS, en los términos establecidos en los artículos 54 y 65 de la Ley 715 de 2001 y la Resolución 2514 de 2012. 3. Cuando los proyectos de dotación no sean de control especial, se deberá considerar la Resolución 1985 de 2013.

III. Proyectos de construcción, ampliación, adecuación, remodelación o reposición de infraestructura o dotación o reposición de equipos biomédicos e industrial hospitalario en municipios no certificados en salud y que cuenten con una ESE. Además de lo previsto en los títulos I y II según el tipo de proyecto, anexar el aval del departamento autorizando esta inversión en desarrollo de los principios de complementariedad, previsto en el literal (d) del artículo 4o de la Ley 1551 de 2012.

IV. Proyectos tendientes a la promoción de la salud, la prevención de enfermedad, la vigilancia o el control de eventos de interés en salud pública: 1. Resumen del impacto epidemiológico, social o económico que se pretende alcanzar con la ejecución del proyecto, cuando aplique. 2. Certificado que el proyecto se encuentra incluido en el Plan Territorial de Salud Pública. Lo anterior, en armonía con la Resolución 1841 de 2013.

Presupuesto General de Nación

De acuerdo con el numeral 42.2 del artículo 42 de la Ley 715 de 2001, la Nación, tiene entre sus competencias, la de “Impulsar, coordinar, financiar, cofinanciar y evaluar programas, planes y proyectos de inversión en materia de salud, con recursos diferentes a los del Sistema General de Participaciones”.

De acuerdo con lo anterior, el MSPS cuenta con el proyecto de inversión “Fortalecimiento de la capacidad instalada asociada a la prestación de servicios de salud en infraestructura y dotación hospitalaria nacional”. Para las vigencias 2015 – 2018 el MSPS ha presupuestado en el marco de gasto de mediano plazo recursos por COP 550.000.000.000.

Así, la Resolución 829 de 2015 dicta las disposiciones para las entidades departamentales y distritales que presenten para proyectos de las ESE de su jurisdicción. Es importante mencionar que el ámbito de aplicación de la resolución solo incluye a las ESE como beneficiarias de estos recursos.

Los recursos se destinarán para: (i) la cofinanciación de proyectos para construcción, ampliación, remodelación, reforzamiento estructural o reposición de la infraestructura física de las ESE, y (ii) los proyectos para adquisición de equipos biomédicos, tecnológicos, industriales, hospitalarios y mobiliarios de las ESE. La mencionada Resolución establece los criterios de elegibilidad para los proyectos, los cuales, deben cumplir con requisitos tales como:

Que el proyecto tenga concepto técnico de viabilidad emitido por el MSPS.
La Entidad Territorial debe demostrar la cofinanciación para la ejecución del proyecto, el cual, no debe ser inferior al 30% del valor total del proyecto. Los recursos deben ser diferentes a los asignados por el Ministerio, la cofinanciación puede provenir de diferentes fuentes.

Así mismo, se establece que para la selección de los proyectos de infraestructura y dotación hospitalaria que hayan iniciado su ejecución sin aportes por parte del MSPS y que necesiten recursos para su terminación, deben cumplir con lo establecido en el anexo técnico de la citada resolución, sin embargo, los requisitos en mención no se consideran, teniendo en cuenta que el proyecto objeto de la presente consultoría es nuevo.

La asignación de los recursos por parte del Ministerio estará sujeta a la disponibilidad presupuestal del proyecto “Fortalecimiento de la capacidad instalada a la prestación de servicios de salud en infraestructura y dotación hospitalaria nacional”.

El MSPS evaluará los proyectos y en dado caso, de encontrar irregularidades, informará a las entidades de vigilancia y control. De igual manera, el MSPS podrá solicitar acompañamientos para garantizar la adecuada ejecución de los proyectos.

Frente al proyecto de salud

Considerando que el alcance de la presente consultoría realiza una estimación inicial de las inversiones y costos necesarios para la implementación del proyecto, que abarque el desarrollo de la infraestructura (diseños y construcción), instalaciones técnicas, dotación de equipamiento biomédico, industrial, tecnológico y mobiliario, la prestación de servicios y la operación y mantenimiento tanto de la infraestructura como del equipamiento que se defina con el MSPS, y que la estimación final de estas inversiones y costos estarían a cargo del constructor privado participante en la APP, en esta etapa del proyecto no sería posible aplicar para la adquisición de recursos del Presupuesto General de la Nación.

Así mismo, a la fecha, el proyecto en cuestión no tiene concepto técnico de viabilidad emitido por el MSPS.

Teniendo en cuenta que con la estructuración bajo examen, los estudios y diseños nunca llegarían al nivel de detalle exigido en los requisitos procedentes para obtener la cofinanciación de la Nación mediante el desembolso de recursos provenientes del Presupuesto General de la Nación, lo cierto es que resulta necesario evaluar la posibilidad de proponer propuestas de modificación normativa a los decretos y resoluciones que establecen dichos requisitos. Para ello, en la presente consultoría el contratista analizará las normas pertinentes y propondrá, de considerarse pertinente, el texto de decreto o resolución que los modifique.

Recursos de las entidades territoriales

En lo que refiere al fortalecimiento de la infraestructura, el Plan Territorial de Salud (Ley 152 de 1994) como componente del plan de desarrollo, es el instrumento que define la política en salud con las correspondientes estrategias y acciones a implementar. Como sustento de lo anterior, el Plan Financiero Territorial (Leyes 1393 de 2010 y 1450 de 2011) busca generar un marco adecuado de planificación de los recursos del sector para que las entidades territoriales atiendan las responsabilidades a su cargo en el marco de sus competencias, con la identificación y consolidación de los requerimientos de recursos y fuentes de financiación.

El Plan Bienal de Inversiones en Salud (Ley 715 de 2001) tiene como propósito la planeación por parte de los departamentos y distritos de las inversiones en infraestructura física y en equipos biomédicos de control especial de las instituciones públicas, en el marco de las redes hospitalarias.

El Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de Redes de Empresas Sociales del Estado (Ley 1450 de 2011) por su parte, identifica las acciones necesarias para el mejoramiento de su operación y sostenibilidad, en términos del fortalecimiento de la prestación pública de servicios de salud en el marco de las redes hospitalarias. Para el caso de las ESE categorizadas en riesgo medio o alto, el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero (Leyes 1438 de 2011 y 1608 de 2013) busca restablecer su solidez económica y financiera.

Los recursos de las entidades territoriales se pueden dividir en:

Los Recursos propios.

Los recursos que dependen de la gestión del municipio y se recaudan con base en su potencial económico. Los ingresos son aquellos que en forma regular y periódica recauda el ente territorial por concepto de la aplicación de impuestos, tasas, multas y contribuciones, siempre que no sean ocasionales.

Rentas cedidas a las Entidades Territoriales con destinación específica al sector salud.

Una de los recursos susceptibles de ser destinados para el desarrollo de proyectos de infraestructura en el sector salud, son aquellas fuentes de recursos de propiedad de la Nación que son cedidas a las entidades territoriales, y que por ley tienen destinación específica para el sector salud departamental y municipal. Están constituidas por:

Los Juegos de Suerte y Azar: son aquellos juegos en los cuales, según reglas predeterminadas por la ley y el reglamento, una persona, que actúa en calidad de jugador, realiza una apuesta o paga por el derecho a participar, a otra persona que actúa en calidad de

operador, que le ofrece a cambio un premio, en dinero o en especie, el cual ganará si acierta, dados los resultados del juego, no siendo este previsible con certeza, por estar determinado por la suerte, el azar o la casualidad. Entre estos juegos se encuentran la lotería, las apuestas permanentes (chance), las rifas, los juegos localizados y otros juegos.
IVA cedido: es el impuesto al valor agregado generado por la venta de cervezas, licores, vinos, aperitivos y similares.

Estos recursos se encuentran regulados en el artículo 35 de la Ley 1393 de 2010:

"*Una vez se inicie la implementación del plan de transformación, hasta el 30% de la totalidad de los recursos de rentas cedidas que por ley se destinan a salud en la respectiva entidad territorial, se aplicarán al saneamiento de las deudas por prestaciones de servicios de salud, registradas en los estados financieros de las entidades territoriales a 31 de diciembre de 2009, no financiadas a la fecha de expedición de la presente ley; para* ***la inversión en infraestructura y renovación tecnológica de la red pública hospitalaria****, de acuerdo con el estudio de red de servicios de cada entidad territorial; para programas de salud pública, de acuerdo con el Plan Nacional de Salud Pública;* ***para efectos de cofinanciar la operación de las Empresas Sociales del Estado que por sus condiciones de mercado, constituyan un único oferente de servicios de salud en su área de influencia****; y para la unificación del plan obligatorio de salud del Régimen Subsidiado al Contributivo.*". (Negrillas fuera de texto).

Los excedentes y saldos de las cuentas maestras del régimen subsidiado de salud.

De acuerdo con el artículo 1 del Decreto 4693 de 2005, los recursos que se destinan a financiar el Régimen Subsidiado deberán manejarse por parte de las entidades territoriales en los respectivos Fondos de Salud, mediante cuentas maestras abiertas en instituciones vigiladas por la Superintendencia Financiera.

De acuerdo a la Ley 1608 de 2013, los recursos provenientes de los saldos de las cuentas maestras pueden ser destinados para el mejoramiento de la infraestructura y la dotación de la Red Pública de Instituciones Prestadoras de Salud, lo cual sin embargo está sujeto a muchas condiciones y limitaciones:

Debe estar absolutamente cubierta la financiación del Régimen Subsidiado de Salud, así como el costo de la prestación de servicios a la población pobre no asegurada, en relación con la cual son responsables los departamentos y distritos.
La ejecución de recursos para el mejoramiento y dotación deberá ser coordinada entre los municipios y los departamentos, y, en todo caso, las inversiones deberán estar incluidas en el Plan Bienal de Inversiones en salud del respectivo departamento o distrito.

Por otra parte, el artículo 4 de la Ley 1608 de 2013, señala que los excedentes financieros de las cuentas maestras y los saldos no comprometidos de la rentas cedidas, podrán ser utilizados en "el fortalecimiento de la infraestructura, la renovación tecnológica, el

saneamiento fiscal y financiero que garantice la adecuada operación de las ESE.", sin establecer para ello ninguna limitación o restricción adicional.

De acuerdo al Decreto 4693 de 2005, las entidades territoriales autorizarán el débito de estas cuentas con destino a las Instituciones Prestadoras de Salud únicamente cuando las Administradoras del Régimen Subsidiado sean objeto de la medida giro directo en los términos y condiciones señalados en el Decreto 3260 de 2004. Así, el decreto en mención establece el procedimiento para realizar giro directo de a las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS)[71]:

La medida de giro directo de los recursos procederá a solicitud de una o varias ARS, pero aplicará para todas las Administradoras del Régimen Subsidiado que tengan contrato vigente con la respectiva entidad territorial.

La solicitud de giro directo será presentada mediante escrito dirigido al Ministerio de la Protección Social-Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud, acompañada de los siguientes documentos:
Copia del contrato o contratos suscritos entre la entidad territorial y la ARS respecto de los cuales se pretende acreditar la existencia de la causal para la adopción de la medida;
Certificación del representante legal y del revisor fiscal de la ARS donde conste el valor pagado del contrato a la fecha y el valor adeudado discriminando los periodos a los que corresponde la deuda y el tiempo de mora.

Una vez recibidos los documentos correspondientes, el Ministerio de la Protección Social dará traslado de la solicitud y sus anexos a la entidad territorial respectiva con el fin de que esta se pronuncie dentro de los diez (10) días calendario siguientes al envío de la información y aporte o solicite las pruebas a que haya lugar para determinar la existencia o no de la causal de giro directo y dará cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 14 del Código Contencioso Administrativo.

Dentro de los diez (10) días calendario siguientes al vencimiento del plazo señalado en el numeral anterior el Ministerio de la Protección Social, mediante acto administrativo motivado y con base en los documentos que reposen en el expediente, decidirá sobre la procedencia o no del giro directo. Dicho acto administrativo será proferido por el Director General de Gestión de la Demanda en Salud del Ministerio de la Protección Social y se notificará a la entidad territorial y al solicitante. Contra el mismo procederán los recursos de ley y la apelación será resuelta por el Viceministro de Salud y Bienestar. Una vez en firme, el acto administrativo se comunicará a las demás ARS que operan en la entidad territorial.

[71] Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS): "Entidades que manejan (previo contrato con municipios y departamentos) los recursos que el Estado destina para atender a los beneficiarios del régimen subsidiado, es decir, las personas que no tienen dinero para cotizar al sistema de salud. Deben organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud autorizados en el POS para el régimen subsidiado. Pueden ser las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las Cajas de Compensación Familiar (CCF) y las Empresas Solidarias de Salud (ESS)". (Hospital Departamental San Juan de Dios, en la web: http://www.hospitalriosucio.gov.co/glosario.html)

Recursos provenientes del Lotto en Línea.

De acuerdo al Decreto 728 de 2013, los recursos del Lotto en Línea a la inversión en infraestructura de la red pública de IPS, podrán utilizarse en infraestructura siempre y cuando:

No haya obligaciones pensionales pendientes, o que tales obligaciones estén plenamente ciadas.
Esté plenamente financiado el saneamiento fiscal y financiero de las Empresas Sociales del Estado.

Otros recursos - Estampillas

Las estampillas es una de las herramientas que ha sido utilizado por las entidades territoriales para poder realizar inversiones en los hospitales públicos y las cuales se encuentran autorizadas por la Ley 663 de 2001.

Las estampillas son tributos documentales que tienen por objetivo satisfacer algunas necesidades de interés público nacional. Se deben clasificar presupuestalmente como impuestos en razón a que se pagan de manera obligatoria cuando el ciudadano incurre en el hecho generador que ha establecido la ley, sin que reciba o espere nada a cambio para sí mismo. Su recaudo es con destino al Estado subnacional (en cabeza de los entes territoriales) y los recursos recaudados no se invierten directamente en quienes pagan el impuesto, sino que atienden carencias en sectores determinados que afectan a todo el país. Por esta razón, en muchas ocasiones el impuesto de estampilla se autoriza con límites en su recaudo, en espera de que los recursos recaudados sean suficientes para atender el gasto social regional.

Referir en el documento el anexo, corresponiente al cronograma entregado en Excel. Ajustar dicho cronograma conforme a lo expuesto en la reunión y a los ajustes propuestos en el documento. Importante para próximas entregar anexar siempre el Proyecto en elaboración conforme minimo a la Metodologia Geneneral Ajustada, ir alimentándolo y desarrollando conforme a cada avance en el componente correspondiente.

Anexo 4 – Distribución de las camas según tipo en los municipios del Atlántico

Municipio	Población	Numero de camas																		
		Adultos	Cuidado Agudo Mental	Cuidado básico neonatal	Cuidado Intensivo Adulto	Cuidado Intensivo Neonatal	Cuidado Intensivo Pediátrico	Cuidado Intermedio Adulto	Cuidado Intermedio Mental	Cuidado Intermedio Neonatal	Cuidado Intermedio Pediátrico	Farmacodependencia	Institución Paciente Crónico	Obstetricia	Pediátrica	Psiquiatría	Transplante de progenitores hematopoyeticos	Unidad de Quemados Adulto	Unidad de Quemados Pediátrico	Total
Puerto Colombia	26.995	64	18	2	5	5	2	4		3	1	73	0	23	16	174				390
Barranquilla	1.223.967	2062	90	55	393	177	88	210	2	166	32	168	32	358	362	392	0	12	10	4609
Sabanagrande	32.332	4												3	4	110				121
Baranoa	58.432	24			6	7	0	6		10	0			16	13	15				97
Sabanalarga	99.259	48	2	9	16	10	6	12	0	10	3	3		13	18	12				162
Luruaco	27.230	6		2	7	5	3	7		6	2			2	3					43
Campo De La Cruz	15.753	12												8	0					20
Santo Tomás	25.453	2										10		2	1	10				25
Juan De Acosta	17.033	6												3	3					12
Soledad	632.014	213	0		27	23		20		31	0	0		48	79	0				441
Suan	8.664	2												2	2					6
Santa Lucía	11.494	0												3	0					3
Malambo	123.278	14												8	4					26
Piojó	5.142													1						1
Repelón	26.437	0												4	0					4
Ponedera	22.577	0		0										3	0					3
Manatí	15.913	0												2	0					2
Galapa	43.873	3												0	2					5
Candelaria	12.507																			
Palmar De Varela	25.485																			
Polonuevo	15.412																			
Tubará	11.024																			
Total	2.480.274	2460	110	68	454	227	99	259	2	226	38	254	32	499	507	713	0	12	10	5970

Fuente: REPS febrero 9 de 2016

Anexo 5 – Índice de camas hospitalarias por mil según tipo en los municipios del Atlántico

Municipio	Población	Indice por 1000 habitantes																		
		Adultos	Cuidado Agudo Mental	Cuidado básico neonatal	Cuidado Intensivo Adulto	Cuidado Intensivo Neonatal	Cuidado Intensivo Pediátrico	Cuidado Intermedio Adulto	Cuidado Intermedio Mental	Cuidado Intermedio Neonatal	Cuidado Intermedio Pediátrico	Farmacodependencia	Institución Paciente Crónico	Obstetricia	Pediátrica	Psiquiatría	Transplante de progenitores hematopoyetico	Unidad de Quemados Adulto	Unidad de Quemados Pediátrico	Total
Puerto Colombia	26.995	2,37	0,67	0,07	0,19	0,19	0,07	0,15	0,00	0,11	0,04	2,70	0,00	0,85	0,59	6,45	0,00	0,00	0,00	14,45
Barranquilla	1.223.967	1,68	0,07	0,04	0,32	0,14	0,07	0,17	0,00	0,14	0,03	0,14	0,03	0,29	0,30	0,32	0,00	0,01	0,01	3,77
Sabanagrande	32.332	0,12	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,09	0,12	3,40	0,00	0,00	0,00	3,74
Baranoa	58.432	0,41	0,00	0,00	0,10	0,12	0,00	0,10	0,00	0,17	0,00	0,00	0,00	0,27	0,22	0,26	0,00	0,00	0,00	1,66
Sabanalarga	99.259	0,48	0,02	0,09	0,16	0,10	0,06	0,12	0,00	0,10	0,03	0,03	0,00	0,13	0,18	0,12	0,00	0,00	0,00	1,63
Luruaco	27.230	0,22	0,00	0,07	0,26	0,18	0,11	0,26	0,00	0,22	0,07	0,00	0,00	0,07	0,11	0,00	0,00	0,00	0,00	1,58
Campo De La Cruz	15.753	0,76	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,51	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,27
Santo Tomás	25.453	0,08	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,39	0,00	0,08	0,04	0,39	0,00	0,00	0,00	0,98
Juan De Acosta	17.033	0,35	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,18	0,18	0,00	0,00	0,00	0,00	0,70
Soledad	632.014	0,34	0,00	0,00	0,04	0,04	0,00	0,03	0,00	0,05	0,00	0,00	0,00	0,08	0,12	0,00	0,00	0,00	0,00	0,70
Suan	8.664	0,23	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,23	0,23	0,00	0,00	0,00	0,00	0,69
Santa Lucía	11.494	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,26	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,26
Malambo	123.278	0,11	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,06	0,03	0,00	0,00	0,00	0,00	0,21
Piojó	5.142	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,19	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,19
Repelón	26.437	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,15	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,15
Ponedera	22.577	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,13	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,13
Manatí	15.913	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,13	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,13
Galapa	43.873	0,07	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,05	0,00	0,00	0,00	0,00	0,11
Candelaria	12.507	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Palmar De Varela	25.485	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Polonuevo	15.412	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Tubará	11.024	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total	2.480.274	0,99	0,04	0,03	0,18	0,09	0,04	0,10	0,00	0,09	0,02	0,10	0,01	0,20	0,20	0,29	0,00	0,00	0,00	2,41

Fuente: REPS febrero 9 de 2016

Anexo 6 – Resumen Identificación de los instrumentos dónde debe incluirse el proyecto

Los instrumentos a tener en cuenta se listan a continuación, junto con las consideraciones importantes y recomendaciones a tener en cuenta:

Tabla 66 Identificación de instrumentos y recomendaciones y/o comentarios respecto a los instrumentos

Instrumento	Plazos	Observaciones
Plan de Desarrollo Territorial (PDT)	**Presentación del PDT para aprobación del Concejo:** Abril de 2016 **Aprobación del Plan de Desarrollo Territorial:** Mayo de 2016	Según la ley 174 de 1994, artículo 40, el PDT deberá ser sometido a la consideración del Concejo o Asamblea dentro de los primeros 4 meses del respectivo periodo del Gobernador para su aprobación. Luego, el Concejo o Asamblea tendrá hasta 1 mes para aprobar dicho PDT. Tal como se menciona en el presente documento, se resalta la importancia de que el proyecto de fortalecimiento de la infraestructura hospitalaria en el Municipio de Soledad Atlántico figure en el PDT, de manera que este nuevo plan se encuentre alineado con el programa de gobierno de la nueva administración, el PDT de la administración anterior y reforce la importancia estratégica del proyecto a nivel departamental. Teniendo en cuenta que la estructuración del presente proyecto debería finalizar en septiembre de 2016 y éste estaría sometido a aprobación del departamento y que al momento de presentación del PDT no se cuenta con la información específica del proyecto, se recomienda incluirlo de manera general resaltando su importancia estratégica para el Atlántico.
Plan Territorial de Salud (PTS)	**Presentación del PTS para aprobación del Concejo:** Abril de 2016 **Aprobación del PTS:** Mayo de 2016 **Fecha para cargar el PTS al SISPRO:** 30 de junio de 2016	Según la resolución 1536 de 2015, el PTS debe ser presentado de manera simultánea con el PDT y deberá ser cargado al SISPRO a más tardar el 30 de junio de cada periodo de gobierno territorial para su aprobación. Dado que al momento de su presentación no se habrá culminado la estructuración integral del proyecto, se recomienda incorporar la intención de realizar el proyecto del hospital Juan Domínguez Romero, incluyendo la información del nuevo hospital con la que se cuente hasta el momento producto de esta consultoría, resaltando su importancia dentro del PTS así como que se está evaluando desarrollarlo bajo un esquema de asociación público privada.
Programa territorial de reorganización, rediseño y modernización de las redes de ESE.	**Acorde a la nueva política pública de salud del territorio**	De acuerdo con el análisis de esta estructuración se prevé que resultará necesario que el departamento ajuste el PTRRM. Para ello, se sugiere incorporar las recomendaciones del estudio del punto de atención en el contexto de la red de servicios, que se presentará en el siguiente producto, en la actualización del PTRRM del departamento. Es importante señalar que la actualización de este estudio debe ser anterior a la presentación del proyecto que está siendo estructurado, de manera que pueda ser aprobado y viabilizado por el MSPS:

Instrumento	Plazos	Observaciones
Plan de Ordenamiento Territorial	**Se deberá realizar al POT acorde con las características de predio que se utilice para el nuevo hospital.**	De acuerdo con la resolución 0425 de 2008, para la presentación de planes de acción en salud es necesario que los municipios cuenten con un plan de ordenamiento territorial. Al realizar una revisión preliminar del lote, la consultoría sugiere (por las condiciones del lote y su articulación con el POT actual) revisar lotes adicionales que puedan presentar mejores condiciones para el desarrollo del proyecto. Una vez analizadas las alternativas y se defina un lote seleccionado por el Departamento del Atlántico, se deberán hacer los cambios a los que haya lugar en el POT para incorporar el uso del suelo.
Plan Bienal de Inversiones en salud	**Fecha máxima de presentación por parte del Departamento**: Abril de 2016 **Fecha estimada de aprobación del plan bienal por parte del MSPS:** 30 de junio del 2016	Se recomienda de manera importante incluir el proyecto en los planes bienales de salud ya que i) es un requisito para la realización del proyecto (de acuerdo con la ley 715 de 2001, los planes de inversiones en salud deben ser aprobados por el Ministerio de Salud para que se pueda iniciar cualquier obra o proceso de adquisición de bienes o servicios) , ii) se refuerce la importancia estratégica del proyecto a nivel departamental ya que se evidencia una deficiencia en el estudio de redes del departamento y iii) se dé continuidad al plan bienal anterior, donde el presente proyecto se encontraba incluido y aprobado por parte del MSPS. No obstante, se debe tener en cuenta que el plan bienal de inversiones 2014 – 2015 está próximo a dejar de ser vigente y que de acuerdo con las resoluciones 2514 de 2012 y 1985 de 2013, la formulación de proyectos debe ser realizada por el Departamento dentro de los primeros 20 días calendario del mes de abril del año de inicio del periodo de gobierno del jefe de la entidad territorial (en este caso 20 de abril de 2016) y dentro de los 20 días calendario del mes de abril del tercer año de gobierno (en este caso 20 de abril de 2018). Teniendo en cuenta que para la próxima fecha de presentación no se cuenta con la información detallada del proyecto ya que no se encuentra completamente estructurado y aprobado, se recomienda incluir la intención del desarrollo del proyecto dentro del plan, destacando su importancia y enmarcado en la red departamental de salud, así como incluyendo un valor estimado de inversión. Teniendo en cuenta que para el 20 de abril del 2016 no se contará con la información respecto a los equipos biomédicos para la prestación de servicios de salud considerados como de control especial de oferta (ver Artículo 2, Resolución 2514 de 2012) y que vayan a ser incorporados en el contrato (en el caso eventual que así se considere en los resultados de la estructuración), se recomienda incorporar un estimativo de valor de la inversión, que será modificado una vez se cuente con la cotización del valor de la inversión. Se contará con dicha información en la presentación del producto 4 de la presente consultoría (actividad 3.1.3.2.1), con fecha de entrega 31 de Mayo de 2016. Una vez se cuente con la información del proyecto, será posible y necesario realizar ajustes, modificaciones o adiciones al plan aprobado para incluir el detalle del mismo, lo

Instrumento	Plazos	Observaciones
		cual estará sujeto a los tiempos señalados en el Artículo 4 de la Resolución 2514 de 2012.
Plan de acción en salud	**Fecha de presentación:** tras aprobación del PDT. **Fecha para cargar en el SISPRO en el primer año de gobierno:** una vez se ajuste el presupuesto. **Fecha para cargar anualmente:** 30 de enero de cada año	Según la resolución 1536 de 2015, este plan de acción en salud debe ser elaborado anualmente, en armonía con la agenda del plan de desarrollo territorial. Se recomienda incluir el proyecto en el plan de acción en salud una vez éste se encuentre estructurado y aprobado por la entidad territorial, dado que no se cuenta en esta fase con la información de año de ejecución del proyecto, valor estimado, entre otros, que son necesarios para el desarrollo de este plan.
Plan Financiero Territorial de Salud (PFTS)	**Fecha propuesta de presentación:** 31 de marzo de 2016	De acuerdo con la resolución 4015 de 2013 y la resolución 4834 de 2015, los departamentos y distritos deberán presentar a la Dirección de Financiamiento Sectorial del Ministerio de Salud y Protección Social un Plan Financiero Territorial de Salud. En ese sentido es necesario tener en cuenta que según la nombrada resolución, este plan debe presentarse cada 4 años, de manera que coincida con los periodos de gobierno de los alcaldes y gobernadores, siguiendo la metodología descrita en dicha resolución. Estos deben presentarse a más tardar el 31 de marzo del primer año institucional, que en este caso correspondería al 31 de marzo de 2016. Teniendo en cuenta que para la fecha de presentación del plan financiero territorial de salud no se contaría con el detalle de los usos y recursos que serán empleados para el desarrollo del proyecto, se recomienda incluir el proyecto antes del 30 de marzo, usando un estimativo del valor del proyecto que podrá ser ajustado una vez se culmine la estructuración del proyecto.
Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	La inclusión del proyecto dependerá de los resultados de la estructuración del proyecto	Dado que el proyecto que está siendo estructurado, dependerá de los resultados de la presente consultoría incluir el proyecto dentro del programa de Saneamientos Fiscal y Financiero de la ESE Hospital Juan Domínguez Romero, en caso que se considere adecuado y necesario incluir a la ESE como fuente alternativa de recursos. El Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero de la ESE Juan Domínguez Romero viabilizado por el MSPS será revisado en el producto 3 y 4 de la presente consultoría, tal como se menciona en el cuerpo del presente documento.
Marco Fiscal de mediano plazo del departamento – Plan financiero	**Fecha de presentación**: Antes del 15 de junio de cada vigencia fiscal	Teniendo en cuenta que para la fecha de presentación del plan financiero y el marco fiscal de mediano plazo se podría contar con el detalle de los usos y recursos que serán empleados para el desarrollo del proyecto, se recomienda realizar una constante comunicación con las secretarias de planeación y de hacienda del departamento.

Instrumento	Plazos	Observaciones
		Este instrumento no es indispensable para el proyecto de APP, pero incluir el proyecto dentro del Marco Fiscal de Mediano Plazo permitirá predefinir un flujo de recursos disponibles por parte del departamento que estén acorde a la situación fiscal del departamento. Adicionalmente, servirá para que el proyecto tenga una pre aprobación de las vigencias futuras que se requieran para el proyecto.
Inscripción al RUAPP	**Fecha de inscripción sugerida:** Diciembre de 2015	De acuerdo con el Decreto 1082 de 2015, artículo 2.2.2.1.5.3, el departamento debe realizar el registro del proyecto que está siendo estructurado en el Registro Único de Asociaciones Público Privadas (RUAPP) dentro de los 5 días hábiles siguientes a la celebración del contrato de la presente consultoría. Tras la finalización de la estructuración del proyecto, la entidad deberá realizar las respectivas actualizaciones de registro.
Inscripción a los Bancos de Proyectos	**Fecha de inscripción sugerida:** primera semana del mes de junio de 2016	Por requisito del Departamento, la inscripción en el Banco de Proyectos Departamental debe hacerse a más tardar la primera semana del mes de junio de 2016 empleando la información preliminar con la que se cuente en ese momento. Se recomienda realizar la inscripción del proyecto en el SUIFP al mismo momento que se realice la inscripción al Banco de proyectos departamental, en caso que el proyecto quiera concursar por recursos de inversión del Presupuesto General de la Nación (PGN) y/o por recursos del Sistema General de Regalías (SGR). Se sugiere actualizar la información del proyecto en los Bancos de Proyectos al finalizar la estructuración de la consultoría. Para la inscripción el proyecto debe ser remitido en la Metodología General Ajustada (MGA).

Fuente: realización KPMG en base a los documentos consultados

Corporación
TRANSPARENCIA
POR COLOMBIA
Capítulo Transparencia Internacional