

**Asociaciones Público Privadas para la Infraestructura Social en Salud:
Hacia la identificación de pautas para la definición de un modelo colombiano.**

**Universidad del Rosario
Facultad de Jurisprudencia
Bogotá, octubre de 2016**

**Asociaciones Público Privadas para la Infraestructura Social en Salud:
Hacia la identificación de pautas para la definición de un modelo colombiano.**

**Carlos Eduardo Guzmán Ramírez
Ana María López Muñoz**

Trabajo de grado para optar al título de Abogado

Asesor: Tatiana Margarita Oñate Acosta

**Universidad del Rosario
Facultad de Jurisprudencia**

Bogotá, octubre de 2016

Tabla de contenido

I. Introducción.....	4
a. Planteamiento del problema	14
b. Justificación	16
c. Objetivos	22
d. Metodología	23
II. Los modelos de referencia en las Asociaciones Públicos Privadas para el Sector Salud ...	24
A. El modelo del Reino Unido	24
i) Antecedentes y principales características del esquema	24
ii) Análisis de distribución de riesgos	29
iii) Nivel de servicio y estándares de calidad vs. retorno a la inversión	40
B. El modelo de Perú	45
i) Antecedentes y principales características del esquema	45
ii) Análisis de distribución de riesgos	53
iii) Nivel de servicio y estándares de calidad vs. retorno a la inversión	55
C. El modelo de Chile	59
i) Antecedentes y principales características del esquema	59
ii) Análisis de distribución de riesgos	63
iii) Nivel de servicio y estándares de calidad vs. retorno a la inversión	65
III. Hacia la identificación de un modelo colombiano de APP social	68
i) Antecedentes y principales características del esquema	68
ii) Análisis de distribución de riesgos	73
iii) Nivel de servicio y estándares de calidad vs. retorno a la inversión	74
iv) El modelo colombiano en comparación con los modelos del Reino Unido, Perú y Chile.....	76
IV. Propuestas para la distribución de riesgos, medición de niveles de desempeño y remuneración del inversionista privado en una APP para la infraestructura en Salud en Colombia	81
i) Distribución de riesgos	81
ii) Medición de niveles de desempeño	83
iii) Remuneración del inversionista privado.	86
V. Conclusión	87
VI. Bibliografía.....	95

I. Introducción

De acuerdo con el Artículo 1 de la Ley 1508 de 2012 de Colombia, las Asociaciones Público Privadas (en adelante “APP”) son “un instrumento de vinculación de capital privado, que se materializa en un contrato entre una entidad estatal y una persona natural o jurídica de derecho privado, para la provisión de bienes públicos y de sus servicios relacionados, que involucra la retención y transferencia, riesgos entre las partes y mecanismos de pago, relacionados con la disponibilidad y el nivel de servicio de la infraestructura y/o servicio.”

Según el Banco Mundial, una APP se refiere a un “acuerdo entre el sector público y el sector privado en el que parte de los servicios o labores que son responsabilidad del sector público son suministrados por el sector privado bajo un claro acuerdo de objetivos compartidos para el abastecimiento del servicio público o de la infraestructura pública” (Banco Mundial, 2012).

Sin embargo, para efectos de nuestro trabajo, creemos que la definición de APP que refleja de una mejor manera su alcance y enfoque, es la utilizada por Alonso, Pinto, Astorga & Freddi (2014), según la cual las APP son un “contrato a largo plazo entre una parte privada y una entidad pública, para brindar un activo o servicio público en el que la parte privada asume un riesgo importante y la responsabilidad de la gestión, y la remuneración está vinculada al desempeño”. El punto clave de este concepto y que de una u otra manera está incluido en la definición de la Ley 1508 de 2012 de Colombia, como se verá más adelante, es aquel que vincula la remuneración del inversionista privado a los niveles de desempeño.

Dentro de ese contexto, las APP han sido utilizadas para distribuir riesgos y fomentar el desarrollo de los países a través de la provisión de infraestructura. Así, se implementan para proveer bienes y servicios públicos tanto en los sectores de infraestructura productiva (carreteras, puertos, aeropuertos, trenes), como en el sector de infraestructura social (escuelas, universidades, hospitales, edificaciones públicas, etc.). En Colombia, para poder desarrollar proyectos en cualquiera de los dos sectores, ya sea infraestructura productiva o social, es necesario que el proyecto tenga un monto de inversión superior a seis mil salarios mínimos legales mensuales vigentes.

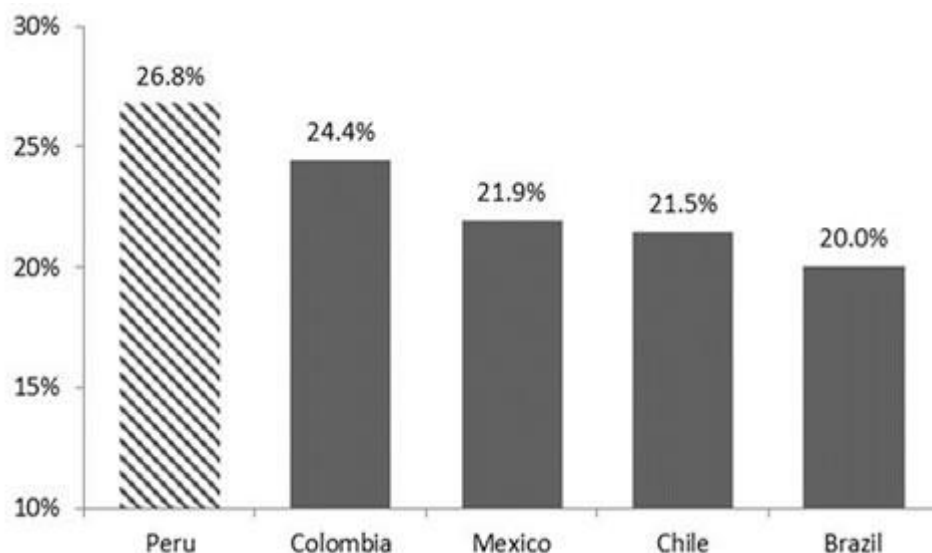
Bajo este esquema, como contraprestación por el bien o servicio prestado por el particular, el Estado le concede la explotación económica, es decir, permite que este recaude a su favor las tarifas por la prestación del servicio o la provisión del bien. Vale resaltar, que de acuerdo con la Ley 1508 de 2012, “el derecho al recaudo de recursos por la explotación económica del

proyecto, a recibir desembolsos de recursos públicos o a cualquier otra retribución, en proyectos de asociación público privada, estará condicionado a la disponibilidad de la infraestructura, al cumplimiento de niveles de servicio, y estándares de calidad en las distintas etapas del proyecto, y los demás requisitos que determine el reglamento.”

En la actualidad, el esquema de APP ha sido implementado por muchos países alrededor del mundo, tanto desarrollados como en vía de desarrollo. Lo anterior en virtud de que el esquema incentiva la participación de capital privado y ello deriva en un mayor desarrollo de infraestructura en los países. En muchas ocasiones el desarrollo de un país se ve retrasado por la falta o escasez de recursos públicos que permitan fondar proyectos tanto de infraestructura productiva como de infraestructura social. Es por esto que los Estados deben identificar modelos que incentiven a los inversionistas privados.

De acuerdo con el Fondo Monetario Internacional (FMI), la inversión en infraestructura de los países latinoamericanos como porcentaje de su Producto Interno Bruto es la siguiente:

Inversión en Perú en el contexto de América Latina, 2014
(Como porcentaje del PBI)



En diversos países, las APP se han convertido en una herramienta común para diseñar, construir, financiar, operar y mantener proyectos de infraestructura pública. En la actualidad en dichos países existen numerosos casos de éxito de proyectos estratégicos de APP tanto a

nivel nacional como local en una gran diversidad de sectores, que involucran no solo infraestructura productiva (vías, puertos, aeropuertos, etc.), sino también infraestructura social (colegios, hospitales, vivienda de interés social, cárceles, edificaciones públicas, hospitales, etc.).

En Colombia este esquema asociativo ha sido implementado tradicionalmente en infraestructura productiva, es decir, vías, puertos y aeropuertos. En este tipo de APP, el inversionista privado se encarga de la construcción o mantenimiento de una carretera, un puerto, aeropuerto u otro complejo asociado con el transporte de personas y bienes. Por medio de este modelo, se le otorga al privado la concesión para que mantenga en óptimas condiciones la prestación del servicio y la explote económicamente mediante el cobro de peajes, tarifas o tasas.

Por otro lado, la posibilidad que se introduce mediante el esquema de APP es la inversión en el sector de la infraestructura social¹. Mediante su introducción en este sector, se busca mejorar la prestación de servicios como la salud o los temas relacionados con las cárceles. El desarrollo de este tipo de infraestructura genera beneficios no solo para el Estado sino para los usuarios precisamente porque permite condicionar la remuneración del inversionista, a la efectiva prestación del servicio.

Según KPMG (2015), la experiencia nacional en materia de salud puede agruparse en estos tres modelos:

- (i) Modelo integral con un solo operador, en el que la Empresa Social del Estado (ESE) es la responsable ante las entidades correspondientes. En este modelo el operador está a cargo de la infraestructura, mantiene las instalaciones y presta todos los servicios clínicos.
- (ii) Modelo integral con varios operadores donde la ESE tiene la obligación de coordinar la prestación de todos los servicios y es la responsable ante las entidades. En este modelo existen diferentes operadores encargados de prestar los servicios de apoyo clínico y/o servicios asistenciales, se les entrega la infraestructura, entre otros.

¹ El artículo 3 de la Ley 1508 de 2012 señala que los contratos “también podrán versar sobre infraestructura para la prestación de servicios públicos”.

- (iii) Modelo integral con un solo operador (sin ESE) donde el operador mantiene las instalaciones y presta todos los servicios clínicos.

Con el sistema de APP, es posible que la entidad contrate al privado no solo para la construcción del hospital como tal, sino para el mantenimiento del mismo y su operación. Pero lo importante en este modelo es que el inversionista privado debe proveer los servicios bajo estándares de desempeño: (i) calidad; y (ii) disponibilidad. Estos estándares son fijados por la entidad pública al inicio del contrato y serán medidos y retribuidos según su cumplimiento. Es decir, el pago de la remuneración estará necesariamente ligado al cumplimiento de los niveles de calidad y disponibilidad. La exigencia en la calidad del servicio constituye el punto clave del esquema y esta es quizás la razón por la que el modelo ha tenido éxito a lo largo de diferentes países, pues la retribución o remuneración al privado estará vinculada a la efectiva prestación del servicio bajo condiciones de calidad.

Sobre lo anterior, es necesario mencionar que el esquema de APP no implica que el hospital se convierta en propiedad privada pues, por el contrario, al finalizar el contrato, el bien debe ser revertido al Estado en perfecto estado de funcionamiento. El tema de la privatización en materia de salud en Colombia ha generado un gran debate desde la expedición de la Ley 100 de 1993 por medio de la cual se creó el Sistema de Seguridad Social Integral y se habilitó a las entidades privadas a prestar el servicio de salud². Sin embargo, privatizar implica necesariamente sacar de la ecuación al sector público y esto no es lo que se propone en el esquema de APP. Por ello, resulta necesario hacer algunas precisiones sobre el régimen actual del sistema de salud colombiano.

El Preámbulo de la Ley 100 establece que “el sistema de seguridad social integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen las persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.” Si bien dicha Ley establece todo un esquema

²Ley 100 de 1993. Artículo. 4º- Del servicio público de seguridad social. La seguridad social es un servicio público obligatorio, cuya dirección, coordinación y control está a cargo del Estado y que será prestado por las entidades públicas o privadas en los términos y condiciones establecidos en la presente ley. Este servicio público es esencial en lo relacionado con el sistema general de seguridad social en salud. Con respecto al sistema general de pensiones es esencial solo en aquellas actividades directamente vinculadas con el reconocimiento y pago de las pensiones

para lograr una cobertura integral bajo objetivos de bienestar social, en la práctica los resultados de lo dispuesto en esta Ley no han sido los esperados. Por medio de la Ley 1751 de 2015, se reguló el derecho fundamental a la salud como como el conjunto articulado y armónico de principios y normas, políticas públicas, instituciones, competencias y procedimientos, facultades, obligaciones, derechos y deberes, financiamiento, controles información y evaluación que el Estado disponga, para la garantía y materialización del derecho fundamental de la salud.

El Sistema de Seguridad Social Integral incluye sistema de pensiones, riesgos laborales y de salud, y funciona con dos regímenes de afiliación: (i) el subsidiado; y (ii) el contributivo³. El primer régimen es aquel diseñado para quienes tienen capacidad de pago, y el segundo para la población con escasos recursos. Este esquema de doble régimen implica, por una parte, que los afiliados al régimen contributivo, deben pagar cotizaciones propias y, por otra, que la afiliación del subsidiado se financia mediante aportes del Estado y con transferencias del régimen contributivo. La Corte Constitucional, mediante SU-480 de 1997, efectuó un examen de la estructura financiera del Sistema de Seguridad Social en Salud y señaló que: “(i) los recursos que las EPS reciben –recaudan– por concepto de cotizaciones, copagos, bonificaciones y similares son recursos parafiscales que, en consecuencia, deben ser administrados en cuentas diferentes a los de los recursos propios de las EPS; para estos efectos, las EPS actúan como meros recaudadores de recursos públicos; (ii) para que las EPS cumplan sus funciones, el SGSSS les reconoce una UPC por cada afiliado, cuyo valor es definido por los órganos rectores del sistema atendiendo a criterios indicados en la ley 100; (iii) la UPC debe destinarse por las EPS a garantizar el contenido del Plan Obligatoria de Salud; (iv) no obstante, las EPS tienen derecho a una legítima ganancia.”

Tal como sostiene la Organización Panamericana de la Salud (2009), en el régimen contributivo, los afiliados deben afiliarse a alguna Empresa Promotora de Salud (EPS), que son las entidades encargadas del proceso de aseguramiento mediante el recaudo de las cotizaciones. Por su parte el régimen subsidiado, es administrado por EPS autorizadas, las Cajas de Compensación Familiar y las Empresas Solidarias de Salud, que son una modalidad de EPS con origen en las organizaciones comunitarias. Este modelo implica que las EPS deben contar con una red de prestadoras de servicios médicos, es decir, con Instituciones

³ Hay un tercer grupo poblacional denominado “participantes no asegurados” que no se encuentra afiliado a ninguno de los dos regímenes y “son responsabilidad de las alcaldías a través de las Empresas Sociales del Estado, en cada municipio, las cuales aportan recursos a los hospitales públicos para brindarles la prestación de los servicios (subsidio a la oferta)” (Organización Panamericana de la Salud, 2009, pág. 39).

Prestadoras de Salud (IPS) las cuales son clínicas y centros médicos. El Sistema de Seguridad Social en Salud reconoce a cada EPS un valor per cápita para la organización y garantía de la prestación de los servicios de salud denominado Unidad de Pago por Capitación (UPC)⁴.

La UPC tiene en cuenta factores de ajuste por género, edad y zona geográfica para cubrir los riesgos de ocurrencia de enfermedades que resulten en demanda de servicios de los afiliados a cualquiera de los regímenes vigentes. De acuerdo con el artículo 23 de la Ley 1438 de 2011, “El Gobierno Nacional fijará el porcentaje de gasto de administración de las Entidades Promotoras de Salud, con base en criterios de eficiencia, estudios actuariales y financieros y criterios técnicos. Las Entidades Promotoras de Salud que no cumplan con ese porcentaje entrarán en causal de intervención. Dicho factor no podrá superar el 10% de la Unidad de Pago por Capitación. Los recursos para la atención en salud no podrán usarse para adquirir activos fijos, ni en actividades distintas a la prestación de servicios de salud. Tampoco lo podrá hacer el Régimen Subsidiado.”

La Corte Constitucional⁵, al examinar la constitucionalidad de dicha norma señaló que:

“El componente de gastos de administración de la UPC no está afectado por la prohibición del inciso segundo y puede ser usado por las EPS para la adquisición de activos fijos, cuando ello sea necesario para garantizar la operación en estricto sentido de la EPS o con cargo a la utilidad razonable que el sistema les reconoce – recuérdese que según la nueva normativa esa utilidad está comprendida en el porcentaje que se reconoce como gasto de administración-. Esta interpretación es necesaria para garantizar el adecuado funcionamiento del SGSSS, pues ciertos activos fijos, como lo señala la definición contable, son requeridos para el giro ordinario de una empresa, como las EPS. Otros activos fijos pueden ser también adquiridos por las EPS con la porción de esos gastos de administración que corresponde a su utilidad, ya que en tanto recursos propios, pueden dedicarse a las finalidades que elija la entidad según su razón social. Con ese porcentaje de utilidad, y con sujeción a las reglas de integración vertical, las EPS pueden entonces invertir en infraestructura médica y de esa forma contribuir a la ampliación de la cobertura del SGSSS.”

⁴ La Unidad de Pago por Capitación — UPC garantiza la prestación de las tecnologías y servicios en salud contenidos en los planes de beneficios y constituye uno de los medios de que dispone el Estado para garantizar el derecho a la salud y el acceso oportuno a las tecnologías en salud. (Resolución 5593 de 2015).

⁵ C-262 de 2014. Magistrado Ponente: Jorge Ignacio Pretelt.

Lo anterior implica que un porcentaje de la UPC puede ser destinado por las EPS para la inversión en infraestructura pues esta inversión es necesaria para el funcionamiento de los hospitales y del sistema en general. Adicionalmente, el artículo 154 de la Ley 100 de 1993 establece que el Estado intervendrá en el servicio público de salud con el fin de organizar los servicios de salud en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad; evitar que los recursos destinados a la seguridad social en salud se destinen a fines diferentes, y garantizar la asignación prioritaria del gasto público para el servicio público de seguridad social en salud, como parte fundamental del gasto público social. Bajo este marco, se expidió la Ley 1608 de 2013, por medio de la cual se adoptaron medidas para mejorar la liquidez y el uso de algunos recursos del sector salud. Dentro de las medidas adoptadas por dicha Ley, se incluyó la instrucción de utilizar los recursos de las cuentas maestras del régimen subsidiado de salud en la inversión para el mejoramiento de la infraestructura y dotación de la red pública de IPS.

El esquema implementado con la Ley 100 ha generado un gran debate. Algunos, aunque reconocen imperfecciones, sostienen que es posible identificar grandes avances en el sistema de salud⁶, pero otros argumentan que el modelo “acrecienta la inequidad en salud, incrementa el gasto sin mejorar la calidad y se interesa muy poco en el bienestar y la satisfacción de los colombianos” (Vélez, 2016). “El sector público tiene limitaciones para fortalecer su oferta de servicios y de capacidad instalada, ya que existen ineficiencias de gestión, baja competitividad o capacidad institucional, entre algunos elementos (...) Adicionalmente, las ESE muchas veces carecen de los recursos para realizar inversiones de modernización de las instalaciones y los servicios” (KPMG , 2015, pág. 3).

En virtud de lo expuesto, resulta necesario identificar un modelo que permita mejorar las deficiencias del sistema de salud, vinculando el capital y la experticia del sector privado, sin que ello implique la privatización del sistema como tal. Como se explicará más adelante, mediante el esquema de APP es posible vincular el capital privado de manera que el Estado no tenga que efectuar inversiones altas e incluso en algunos casos no efectúe ninguna inversión⁷. Es precisamente esto lo que busca el esquema de APP mediante una distribución

⁶ “En Colombia se han identificado avances en materia del sistema de salud, particularmente con la entrada de la Ley 100 de 1993, gracias a la cual se conforma el Sistema General de Seguridad Social, con el que se incentiva la participación activa tanto del sector público como del privado. No obstante, a pesar de dichos avances, continúan existiendo imperfecciones y oportunidades de mejora.” (KPMG, 2015, pág. 3)

⁷ De acuerdo con la Ley 1508 de 2012 existen APP de iniciativa privada que requieren desembolso de recursos públicos y aquellos que no requieren desembolso de recursos públicos. En las APP que requieren desembolso de

de riesgos adecuada y un conjunto de requisitos que garanticen la adecuada prestación del servicio bajo estándares de calidad y disponibilidad del servicio. Esto podría implicar no solo la prestación de servicios clínicos, sino también la adecuada gestión de los hospitales y los servicios no clínicos que deben prestar.

Adicionalmente, uno de los propósitos que busca la implementación del esquema de APP es eliminar el problema que existe en Colombia sobre los denominados “elefantes blancos”. Este concepto hace referencia a proyectos, construcciones y obras públicas incompletas que no han sido puestas en funcionamiento, con inversiones y pérdidas millonarias. Tal como sostiene Bravo Orellana (2009), bajo el esquema de contratación tradicional el único objetivo resulta siendo la obra pública y no su mantenimiento u operación, y el contratista encargado de la construcción no tiene el más mínimo interés en lo que pueda suceder con la obra tras su construcción. El modelo de APP que se plantea a lo largo de este trabajo, busca que los proyectos de hospitales vayan más allá de la simple construcción de infraestructura hospitalaria. Resulta clave vincular al inversionista privado para el mantenimiento y operación del mismo a través de incentivos y correctivos. Por ello, los gobiernos han adoptado diferentes modelos según las necesidades de sus países, algunos incluyendo servicios clínicos y otros no.

Según Alonso, Pinto, Astorga & Freddi (2014), a lo largo del mundo existen tres tipos de modelos de APP para el servicio de salud, a saber: (i) “bata gris-verde”; (ii) “bata blanca”; (iii) “especializado”. El modelo “bata gris-verde” hace referencia a la concesión por parte del Estado de la construcción y explotación u operación de servicios no sanitarios, lo cual incluye, servicios patrimoniales, hoteleros o de servicios, pero no servicios clínicos. El modelo “bata blanca” prevé que, además de la gestión de servicios no clínicos, el privado efectivamente preste servicios clínicos. Por último, el modelo “especializado” está enfocado en concesionar determinados servicios dentro del hospital mas no la operación completa, bien sea que esta incluya la prestación de servicios clínicos o servicios no clínicos.

“El modelo más extendido es el “bata gris-verde” que da cuenta de más del 95% de los proyectos; sin embargo en América Latina la participación de proyectos de “bata blanca” es más relevante y llega al 40%” (Alonso, Pinto, Astorga, & Freddi, 2014, pág. 15). La relevancia mundial del modelo “bata gris-verde” puede ser el resultado de la dificultad que

recursos públicos, los recursos del Presupuesto General de la Nación no podrán ser superiores del 20% del presupuesto estimado de inversión del proyecto.

implica tanto para el Estado como para el privado, obligarse a prestar servicios clínicos. Sin embargo, el modelo “bata blanca” ha cobrado gran importancia en América Latina.

De acuerdo con Alonso, Pinto, Astorga Freddi & Corredera (2016), para febrero del año 2016 la cartera de proyectos de APP en salud, según el esquema, en América Latina y El Caribe se encontraba distribuida de la siguiente manera:

País	Bata Blanca	Bata Gris	Especializado	Total
Brasil	5	13	6	24
Chile		5		5
Colombia		1		1
México		13		13
Perú	3	10	3	16
Trinidad & Tobago			1	1
Total	8	42	10	60

Para comprender mejor estos modelos es necesario analizar cuáles son los servicios que cada uno incluye. A continuación se hará una breve explicación que será desarrollada a lo largo del trabajo. En el modelo “bata gris-verde” encontramos dos modalidades: (i) los servicios “bata gris” que corresponden a aquella modalidad en la que puede contratarse únicamente la construcción de infraestructura y dotación de equipamiento básico y clínico; el mantenimiento, reposición y la renovación de estos, la provisión de servicios no sanitarios como limpieza y vigilancia; y (ii) los servicios “bata verde” que incluyen apoyo de servicios no sanitarios como alimentación, nutrición, lavandería, archivo de documentos. Bajo este modelo, “el sector público es responsable de la administración general del centro, de proveer los restantes servicios (clínicos centrales), de la retribución al privado por los servicios prestados tras la puesta en marcha de la infraestructura – siempre que cumpla los estándares fijados – y del control, seguimiento y evaluación del cumplimiento del contrato” (Alonso, Pinto, Astorga, & Freddi, 2014, pág. 15).

Por otro lado, el modelo de APP “bata blanca” incluye, además de los servicios del modelo “bata gris-verde”, la provisión de servicios de salud, lo cual incluye servicios de diagnóstico y tratamiento, así como atención directa a la ciudadanía. Es decir, se debe proveer servicio público de atención sanitaria, ya sea primaria o especializada y, en general, la cartera de servicios asistenciales de la que dispondrá el centro de acuerdo con lo previsto por la entidad contratante. En este modelo, la remuneración del privado se basa en una cápita por persona asignada que cubre todas las prestaciones de la concesión, desde la construcción hasta el mantenimiento de servicios sanitarios y no sanitarios.

Según Alonso, Pinto, Astorga & Freddi (2014), el modelo de APP “especializado”, está dirigido a proveer servicios de apoyo clínico o logístico para toda una red de establecimientos. Bajo este modelo, “el privado es responsable de proveer el servicio, que puede incluir infraestructura, equipos, insumos y recursos humanos, cumplimiento con estándares de calidad definidos durante la vigencia del contrato”. Tal como sucede en los otros modelos, el pago está vinculado a indicadores de oportunidad y calidad del servicio, y será un canon anual o flujos separados.

a. Planteamiento y delimitación del problema.

La Ley 1508 de 2012 abre la posibilidad de que se vincule capital privado para proyectos de infraestructura social. Teniendo en cuenta que es un sector donde se presentan grandes atrasos, particularmente en el sector salud, es necesario conocer cómo se han desarrollado algunos proyectos de infraestructura social en Reino Unido, Chile y Perú pues los esquemas de estos tres países han demostrado ser exitosos de acuerdo con la medición realizada por el Índice Infrascop⁸. Para el año 2012, en una evaluación a nivel global, el Reino Unido obtuvo una puntuación de 80 sobre 100, lo cual lo sitúa como el país más desarrollado en la materia. A nivel regional, para el año 2014, Chile obtuvo una puntuación de 76.6 sobre 100 y Perú obtuvo una puntuación de 70.5 sobre 100, ambos ubicándose como unos de los países más desarrollados⁹.

Para poder determinar los principales aspectos que involucra la figura y analizar cómo podría implementarse en Colombia, este trabajo tiene como propósito estudiar los principales aspectos de los modelos del Reino Unido, Chile y Perú en su experiencia con la estructuración de APP para la construcción, mantenimiento y operación de infraestructura social con el fin de identificar aquellos aspectos que el modelo de APP social colombiano debería considerar, particularmente, en el sector salud para la estructuración de hospitales. Para desarrollar el tema, el trabajo se concentrará en determinar cómo funcionan las siguientes variables dentro de los contratos de APP: (i) construcción, mantenimiento y operación/explotación del servicio; (ii) retribución al particular por el servicio; (iii) niveles de desempeño, es decir, disponibilidad de infraestructura y estándares de calidad. En esa medida, el trabajo buscará responder a la siguiente pregunta: *¿Cuáles podrían ser los elementos a incluir en un modelo colombiano de APP social en salud?*

La relevancia de la pregunta se funda en el hecho de que la implementación del esquema de APP para servicios de salud puede implicar problemas por la dificultad de la implementación dependiendo de si se escoge un modelo “bata gris-verde” o un modelo “bata blanca”. Los inversionistas privados invierten en los proyectos de infraestructura productiva porque ven

⁸ El índice Infrascop es realizado por The Economist en conjunto con el Banco Interamericano de Desarrollo. Es un estudio que evalúa la capacidad de los países para entregar APP sostenibles en infraestructura. Este estudio tiene en cuenta seis criterios, a saber: (i) Marco legal y regulatorio (25%); (ii) Marco institucional (20%); (iii) Madurez operacional (15%); (iv) Clima de inversión (15%); (v) Instituciones financieras (15%); y (vi) Factor de ajuste sub-nacional (10%). (The Economist - Intelligence Unit, 2014)

⁹ Este tema se desarrolla más adelante en la Sección B de este Capítulo, en el cual se incluyen los rankings globales y regionales.

una oportunidad de negocio que se ve materializada a través del retorno a la inversión. Para estos casos, el inversionista privado obtiene una retribución atada, por ejemplo, al nivel de uso de la carretera, a través de los peajes. Como se mencionó anteriormente, uno de los aspectos más relevantes del esquema de APP es que el pago del inversionista está atado al cumplimiento de los niveles de calidad y disponibilidad del servicio. Esto no supone mayor dificultad en los proyectos de infraestructura productiva pues puede atarse a la entrega de tramos de una carretera, a la entrega por etapas de una construcción, entre otros. Sin embargo, el tema de salud implica mayor dificultad al momento de definir en el contrato los niveles del servicio que debe cumplir el inversionista privado precisamente por la sensibilidad que este tema conlleva.

Este es el punto central que debe analizarse para el tema de salud, pues deben identificarse elementos que no solo incentiven la participación privada por el retorno a la inversión, sino que a su vez generen satisfacción en los usuarios finales de servicios de salud o de la operación de un hospital excluyendo el servicio clínico. El esquema debe propender por que todas las partes involucradas en el proyecto se encuentren satisfechas, sin que el beneficio de alguna implique el sacrificio de la otra. Una de las críticas al modelo de APP para el sistema de salud, es que lo que representa un interés económico para el inversionista, puede traducirse en una menor calidad del servicio prestado al paciente e incluso en una no prestación de servicio. Por ello, es necesario analizar cómo se han implementado los esquemas de APP en países que han obtenido resultados satisfactorios y determinar cuáles son los puntos críticos que deben tenerse en cuenta en la definición de un modelo colombiano.

b. Justificación

Los servicios de salud pueden ser financiados tanto por el sector público como por el sector privado pero dado que la carga financiera que este sector requiere es de una gran magnitud, resulta necesario que el sector privado intervenga, no solo para proveer los servicios clínicos o complementarios de los hospitales, sino para aportar su *know how* y su capacidad de gestión a los diferentes proyectos (Karas & Selen). En ese sentido, Karas & Selen señalan que los Estados tienen determinados objetivos que han de cumplir con “responsabilidad soberana”. Ello quiere decir que el Estado debe utilizar su política soberana con sensibilidad frente a sus ciudadanos y frente a la comunidad internacional.

Según Karas & Selen, una política de salud cumple con el requisito de responsabilidad soberana por parte del Estado siempre que cuente con las siguientes características: (i) proveer un servicio de salud de calidad en el que se reduzcan las externalidades negativas y se aumenten las positivas; (ii) garantizar igualdad en la prestación de los servicios que permita el acceso de todos los ciudadanos a todos los tratamientos; (iii) proporcionar los servicios de manera eficiente para que el servicio no se vea afectado por la escasez de recursos; y (iv) hacer sostenible la financiación de los servicios, es decir, crear soluciones de financiación a largo plazo, lo cual deriva en un aumento en la calidad del servicio.

Dichos parámetros siguen sin poder cumplirse en Colombia, dada la escasez de recursos por parte del sector público. La falta de recursos y la corrupción, tanto del sector público como del sector privado, son los principales argumentos utilizados por el Gobierno colombiano para sustentar las múltiples problemáticas que enfrentan los colombianos día a día¹⁰. Ello no obsta para que se adopte un esquema o régimen que permita que el sistema de salud sea eficiente y que entregue a los ciudadanos una prestación efectiva bajo parámetros de calidad.

De acuerdo con Oscar Bernal, el sistema de salud colombiano “tiene una cobertura casi universal, los indicadores infantiles son buenos y los de mortalidad son superiores a una gran parte de los países americanos”. Sin embargo, un sistema de salud no requiere únicamente cobertura, es decir, que todos los ciudadanos puedan acceder al servicio, sino que a su vez

¹⁰ De acuerdo con Benjamín Herazo (2010), “la salud en Colombia presenta una evaluación negativa, debido a varias situaciones, entre las cuales algunas merecen unos breves comentarios: (a) la corrupción generalizada; (b) la injusticia e inequidad biológica, social, económica y política, lo cual ha generado los más altos índices de pobreza en el país, como los que presenta actualmente; (c) el considerar la prestación de servicios de salud como un negocio especulativo, que debe generar muchos ingresos y ganancias, y (d) la mentalidad curativa y no preventiva de empresarios, dirigentes, directivos y profesionales de la salud.”

reciban calidad en el servicio. Esto es lo que el sistema de APP permite mejorar pues dadas las características y exigencias en el cumplimiento de los niveles de servicio y estándares de calidad, puede ampliarse la cobertura de la mano con el aumento en la calidad del servicio.

La Constitución de 1991 establece que Colombia es un Estado social de derecho en el cual prima el interés general sobre el particular. En ese orden de ideas, es deber del mismo garantizar que se cumplan los fines esenciales del Estado mediante la provisión de diferentes bienes y servicios que contribuyan al mejoramiento en la calidad de vida de los ciudadanos. Así, el Artículo 48 de la Constitución establece el derecho irrenunciable a la seguridad social y cómo la cobertura de la misma debe ser ampliada progresivamente. En el mismo sentido, la Ley 100 de 1993, establece que “el servicio público esencial de seguridad social se prestará con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación”¹¹.

El mencionado Artículo 48 de la Constitución habilita la participación de los particulares en la prestación del servicio público de seguridad social¹². Antes de que se expidiera la Ley de APP, la provisión de dichos bienes y servicios se llevaba a cabo mediante la contratación de obras tradicionales tales como los contratos de concesión y los contratos de obra pública. Este

¹¹ Ley 100 de 1993. Artículo 2º- “Principios. El servicio público esencial de seguridad social se prestará con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación:

a) Eficiencia. Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente;

b) Universalidad. Es la garantía de la protección para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida;

c) Solidaridad. Es la práctica de la mutua ayuda entre las personas, las generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades bajo el principio del más fuerte hacia el más débil.

Es deber del Estado garantizar la solidaridad en el sistema de seguridad social mediante su participación, control y dirección del mismo.

Los recursos provenientes del erario público en el sistema de seguridad se aplicarán siempre a los grupos de población más vulnerables;

d) Integralidad. Es la cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y en general las condiciones de vida de toda la población. Para este efecto cada quien contribuirá según su capacidad y recibirá lo necesario para atender sus contingencias amparadas por esta ley;

e) Unidad. Es la articulación de políticas, instituciones, regímenes, procedimientos y prestaciones para alcanzar los fines de la seguridad social, y

f) Participación. Es la intervención de la comunidad a través de los beneficiarios de la seguridad social en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en su conjunto.

Parágrafo.-La seguridad social se desarrollará en forma progresiva, con el objeto de amparar a la población y la calidad de vida.”

¹² En el mismo sentido, el artículo 4 de la Ley 100 de 1993 establece que “La seguridad social es un servicio público obligatorio, cuya dirección, coordinación y control está a cargo del Estado y que será prestado por las entidades públicas o privadas en los términos y condiciones establecidos en la presente ley. Este servicio público es esencial en lo relacionado con el sistema general de seguridad social en salud. Con respecto al sistema general de pensiones es esencial solo en aquellas actividades directamente vinculadas con el reconocimiento y pago de las pensiones.”

tipo de contratación limitaba el rango de acción del Estado, impidiendo la ejecución de proyectos necesarios para el desarrollo del país.

Ante la ausencia de recursos públicos, la ineficiencia en el manejo de los mismos y las diferentes restricciones presupuestarias y fiscales, el Estado se vio obligado a buscar alternativas de financiación que no comprometieran únicamente el erario público. Como se mencionó anteriormente, en Colombia se utilizan diferentes formas contractuales previstas en la Ley 80 de 1993 y en la Ley 1150 de 2007, que permiten la vinculación de capital privado en proyectos estatales. Sin embargo, estas figuras prevén que el Estado pague anticipos en proyectos de concesión, no se hace una eficiente asignación de riesgos y, en general, los proyectos no están diseñados para atraer inversionistas (Departamento Nacional de Planeación, 2013).

En ese contexto surgieron los esquemas de APP introducidos por la Ley 1508 de 2012. Lo anterior con el fin de ampliar el rango de inversión y vincular al sector privado, sector que cuenta con el músculo financiero y la idoneidad necesarios para intervenir en proyectos de alto impacto socioeconómico. De acuerdo con el Departamento Nacional de Planeación (2013), desde su entrada en vigencia, esta Ley ha sido el marco para 234 que han dejado inversiones por más de 19 billones de dólares.

Los beneficios del nuevo esquema de contratación son principalmente: (i) rápida disponibilidad de la nueva infraestructura y sus servicios; (ii) permite la planeación óptima de los recursos fiscales, garantizando un esquema de pagos que se acople a las expectativas del marco fiscal vigente; (iii) incluye incentivos y deducciones que permiten que los proyectos sean entregados a tiempo y de acuerdo con lo presupuestado; (iv) estimulan la utilización de mejores estándares de calidad, contabilidad, análisis de riesgos, sistemas de costeo y sistemas de administración de recursos; y (v) los riesgos del proyecto son compartidos y/o transferidos entre el sector público y privado pues el riesgo lo asume la parte que esté en mejor capacidad para gestionarlo o mitigarlo (Departamento Nacional de Planeación , 2014).

De acuerdo con el Índice Infrascopes, si bien Colombia se ubica en el segmento de los países desarrollados de Latinoamérica, se encuentra en el quinto lugar con respecto a los otros países de la región (Ver Tabla No. 1).

Tabla No. 1 (The Economist - Intelligence Unit, 2014, pág. 8)

Table 1: OVERALL SCORES 2014				
	Rank		2014 score	▲
	1	Chile	76.6	+0.2
	2	Brazil	75.4	+3.8
	3	Peru	70.5	+0.9
	4	Mexico	67.8	+4.8
	5	Colombia	61.0	+1.4
	6	Uruguay	52.9	+3.4
	7	Guatemala	46.3	+2.8
	8	Jamaica	44.4	+14.1
	9	El Salvador	41.6	+2.3
	10	Costa Rica	39.0	-
	11	Honduras	37.7	+3.7
	=12	Paraguay	37.0	+7.1
	=12	Trinidad & Tobago	37.0	+2.6
	14	Panama	34.0	-
	15	Dominican Republic	24.2	-1.8
	16	Ecuador	22.1	+2.1
	17	Nicaragua	20.6	-
	18	Argentina	16.0	-1.6
	19	Venezuela	3.2	-2.1

MATURE (80-100)

DEVELOPED (60-79.9)

EMERGING (30-59.9)

NASCENT (0-29.9)

Es necesario mencionar que el Índice Infrascopie ubica a nuestro país, con respecto a los países del mundo, como un país emergente (Ver Tabla No. 2). Los países calificados como “*maduros*” son países como Reino Unido, Alemania, Japón y Estados Unidos. Es necesario resaltar que en Latinoamérica no hay ningún país que cuente con el puntaje necesario para estar situado dentro de la categoría “*maduro*”.

Tabla No. 2 (The Economist - Intelligence Unit, 2012, pág. 5)

2012 Eastern Europe and the CIS Infrascopio, 2012 Latin America and Caribbean Infrascopio and 2011 Asia Infrascopio, overview

Score range	Nascent 0-30	Emerging 30-60	Developed 60-80	Mature 80-100
Western Europe				UK
Balkans	Bosnia and Herzegovina	Albania	Croatia	
		Bulgaria		
		FYR Macedonia		
		Montenegro		
		Romania		
		Serbia		
Baltics		Estonia		
		Latvia	Lithuania	
Commonwealth of Independent States	Belarus	Armenia		
	Georgia	Kazakhstan		
	Kyrgyz Republic	Moldova		
	Ukraine	Russia		
East and Central Europe		Hungary	Slovenia	
		Poland		
		Slovakia		
		Turkey		
Latin America and the Caribbean	Argentina	Colombia	Brazil	
	Dominican Republic	Costa Rica	Chile	
	Ecuador	El Salvador	Mexico	
	Nicaragua	Guatemala	Peru	
	Paraguay	Honduras		
	Venezuela	Jamaica		
		Panama		
		Trinidad & Tobago		
		Uruguay		
Asia-Pacific	Mongolia	Bangladesh	Gujarat state	Australia
	Papua New Guinea	China	India	
	Vietnam	Indonesia	Japan	
		Pakistan	Korea, Rep.	
		Philippines		
		Thailand		

En la actualidad, el esquema de APP es utilizado en Colombia en gran parte para el desarrollo de proyectos de infraestructura productiva. Sin embargo, más allá de los problemas de infraestructura productiva, Colombia enfrenta problemáticas sociales mucho más relevantes que exigen de una atención inmediata. Los problemas se presentan particularmente en el sector salud, pues hay un déficit en la oferta y ello tiene un alto impacto social, ya que deriva en una calidad de vida precaria para los ciudadanos. En efecto, “en términos generales de capacidad, Colombia cuenta con cerca de 1.5 camas por cada 1,000 habitantes. Pero hay entidades territoriales con relaciones inferiores. Existe una brecha entre la capacidad de la oferta de servicios y lo que podría ser óptimo en términos de acceso real a los servicios” (Departamento Nacional de Planeación., 2014, pág. 9).

En ese contexto, es necesario analizar los elementos de los esquemas de APP como mecanismos para incrementar la inversión de capital privado en proyectos de infraestructura social en Colombia, especialmente en el sector salud. Para ello, se realizará un estudio comparado que analizará el modelo del Reino Unido como referente global. Posteriormente, se analizarán los modelos de Perú y Chile, los cuales son ejemplo de referencia en Latinoamérica. Finalmente, se propondrán algunos criterios para la identificación de los elementos a considerar dentro de la estructuración de un modelo que se adapte a las circunstancias colombianas para la inversión de capital privado en el sector de salud, particularmente, en hospitales. La financiación de proyectos de infraestructura de salud mediante el ingreso de capitales privados bajo la figura de APP puede ser una buena alternativa para mejorar la infraestructura en la prestación del servicio público de salud y en la administración y/o gestión de los hospitales.

c. Objetivos

Objetivo general: Identificar las pautas que permitirían definir un modelo colombiano de estructuración de APP social en el sector salud, a partir del estudio de los esquemas de APP en infraestructura social del Reino Unido, Perú y Chile.

Objetivos específicos:

Estudiar los esquemas de APP del Reino Unido, Perú y Chile como modelos de referencia de la APP en infraestructura productiva y social.

Presentar las principales semejanzas y diferencias del esquema de APP general de los modelos de referencia frente al modelo colombiano.

Analizar los puntos fundamentales de los modelos de referencia del Reino Unido, Perú y Chile con el fin de determinar cuáles de esos aspectos podrían ser incorporados en el modelo de APP social de Colombia para el desarrollo de infraestructura del sector salud, específicamente en la inversión social en hospitales.

d. Metodología

Para desarrollar el tema propuesto, se utilizará el método inductivo a partir del análisis del modelo de APP del Reino Unido pues este modelo no solo cuenta con un reconocimiento mundial y ha sido utilizado como referente en la implementación de la nueva ley de APP, sino que dicho país se ubica dentro de la categoría mejor calificada del Índice Infrascop. A nivel regional, se analizarán los modelos de Chile y Perú, ya que, de acuerdo con el Índice, estos tienen una mejor calificación dentro de Latinoamérica y representan un gran desarrollo a nivel regional y, a su vez, una realidad económica similar a la colombiana.

El estudio de los modelos ya mencionados nos permitirá identificar las pautas a tener en cuenta en la definición de un modelo de APP social en Colombia que esté llamado a incentivar la inversión privada en hospitales para el desarrollo de la infraestructura social en salud.

II. Los modelos de referencia en las Asociaciones Públicos Privadas para el Sector Salud

A. El modelo del Reino Unido

i) Antecedentes y principales características del esquema

El esquema de APP en el Reino Unido es conocido como la Iniciativa de Financiamiento Privado (“*Private Finance Initiative*” – “PFI”)¹³ y fue puesto en marcha por el Gobierno de Gran Bretaña en 1992 bajo el mandato conservador de John Major. “La iniciativa se introdujo como un medio para involucrar al sector privado en el diseño, construcción, financiamiento y operación de infraestructura pública con el objetivo de brindar alta calidad y buen mantenimiento de bienes que proporcionarían valor por dinero para los contribuyentes de impuestos” (Her Majesty’s Treasury, 2012, pág. 5).

De acuerdo con Alshawi (2009), las diferencias sustanciales entre la contratación pública tradicional del Reino Unido y el PFI son, entre otras, las siguientes: (i) la intervención del privado bajo el esquema tradicional es hasta tanto se termine la construcción, mientras que bajo PFI, es de por lo menos 25 años; (ii) los riesgos asumidos por el sector privado bajo el esquema tradicional son específicos al área de desarrollo y con responsabilidad limitada, en cambio, bajo PFI el alcance de los riesgos es mayor y estos son asumidos a largo plazo; (iii) en el esquema tradicional, la remuneración del contratista es una suma global o un porcentaje de comisión y en PFI la remuneración se efectúa mediante pagos anuales; y (iv) la responsabilidad por el diseño, la construcción y el financiamiento y operación bajo la contratación tradicional recae sobre la entidad contratante, en cambio, bajo PFI el responsable es el privado.

Desde la implementación del PFI, los gobiernos británicos han hecho uso de la iniciativa para licitar y negociar contratos. Con el fin de maximizar las capacidades disponibles para la implementación de políticas públicas, el Reino Unido ha dado paso a que el sector privado provea servicios que han sido tradicionalmente prestados por el sector público. Lo anterior ha incluido el desarrollo y la operación de infraestructura y, adicionalmente, el financiamiento de las inversiones necesarias para la prestación de servicios públicos.

¹³ La Iniciativa de Financiamiento Privado es una forma de APP que implica el trabajo conjunto entre el sector público y el sector privado. En un sentido más amplio, la APP puede cubrir todo tipo de colaboración encaminada a entregar políticas, servicios o infraestructura. Cuando la entrega de los servicios implica una inversión por parte del sector privado, esta forma de APP, se denomina PFI. (Beck et al., 2013, pág. 338)

De acuerdo con Millán (2009), el método de prestación de servicios por la vía de PFI brinda una oportunidad para la prestación de servicios públicos bajo condiciones económicamente más convenientes (“*most economically advantageous conditions*”). Para poder determinar la certeza de esto, es necesario efectuar un análisis a largo plazo de la relación costo - beneficio. El resultado del análisis arroja uno de los cambios más fundamentales en la industria de la construcción de las últimas décadas, a saber: la creación de un sector dedicado a la administración de instalaciones (“*facilities management*”), desarrollo de herramientas de evaluación de costos de ciclo de vida (“*life cycle costs*”) y un manejo completamente diferente de los incentivos para la industria.

Dado que los contratos de PFI involucran la prestación de servicios públicos a largo plazo, el gobierno británico, a través de sus instituciones reguladoras, se apartó de la idea de prestar servicios más baratos para adoptar el concepto de *Value for Money* (“Valor por Dinero”). El concepto cobró tanta importancia que el Her Majesty’s Treasury¹⁴ lo definió como “la combinación óptima de costos durante la totalidad del ciclo de vida de un proyecto y la calidad o capacidad para satisfacer los requerimientos de los usuarios” (Millán, 2009, pág. 10). Es decir, un proyecto genera o implica Valor por Dinero en la medida en que exista una combinación óptima entre los costos y la calidad.

Dado que la PFI otorgaba una solución a la escasez o falta de recursos y permitía completar proyectos sin necesidad de encontrar los fondos de capital necesarios para la inversión inicial requerida, esta se convirtió rápidamente en la opción más apetecida para los diferentes sectores del gobierno británico. Después del boom de las PFI, la *National Audit Office* (NAO)¹⁵ estableció la necesidad de que los departamentos gubernamentales analizaran detalladamente el volumen y la calidad de los servicios, así como la totalidad de los costos, en el largo plazo, sin importar el método para la adjudicación de contratos. Es decir, al menos desde 1999, la NAO defiende la tesis de utilizar las técnicas de costos de ciclo de vida para proyectos de todo tipo, sean estos vía PFI o no.

¹⁴ Her Majesty’s Treasury es el ministerio de la economía y las finanzas, encargado del control del gasto público y, en general, de fijar la dirección de la política económica del Reino Unido.

¹⁵ La NAO es la Oficina Nacional de Auditoría del Reino Unido, encargada de auditar las cuentas del gobierno central y entrega los reportes al Parlamento sobre la relación Valor por Dinero cumplida en proyectos y programas del gobierno. (National Audit Office, s.f.)

Desde el inicio de la PFI, el concepto de Valor por Dinero ha desempeñado un papel fundamental pues según Alshawi (2009), la PFI debe ser utilizada o implementada en los proyectos, únicamente cuando estos tengan como resultado Valor por Dinero. La selección de proyectos, así como su aprobación, están directamente ligadas al Valor por Dinero esperado de los mismos. Según Millán (2009), desde 2004 se introduce una novedad consistente en que el gobierno británico define formalmente que el método de la PFI deberá ser utilizado solo en la medida que la provisión de Valor por Dinero haya sido demostrada en los estudios preliminares. Esto podría asemejarse a la aprobación de los criterios mínimos de pre-factibilidad y factibilidad usada en Colombia para la aprobación de un proyecto de APP¹⁶.

Durante los años 80 e inicio de los 90, hubo varios proyectos de desarrollo de infraestructura de transporte que pueden considerarse como antecesores a la PFI. Los más importantes fueron: (i) Puente Isabel Segunda, también referido como “Dartford Crossing” – puente sobre el río Támesis, parte de la autopista de circunvalación de la ciudad de Londres; (ii) Puente de la Isla de Skye – puente de conexión a una de las islas más importantes de Escocia; y (iii) Túnel del Canal de la Mancha – túneles de conexión entre el Reino Unido y Francia – proyecto binacional (Millán, 2009, pág. 11).

Teniendo en cuenta lo anterior, es posible resaltar que hay antecedentes que permiten vislumbrar que el esquema del Reino Unido empezó con la financiación de infraestructura de transporte y, posteriormente, hizo tránsito a la financiación de todo tipo de infraestructura. Esta es la transición que está ocurriendo hoy en día en Latinoamérica. El éxito en la financiación de los proyectos mencionados anteriormente fue fundamental para avanzar en el desarrollo y financiamiento de todo tipo de infraestructura pública. La virtud del Gobierno Británico recayó en que no se concentró en un solo sector de infraestructura (por ejemplo en los servicios públicos), sino que cada secretaría, mediante sus agencias de estructuración de proyectos, creó un proyecto piloto para así impulsar la inversión social.

Millán (2009) cita como ejemplos de infraestructura social los siguientes casos:

¹⁶ En Colombia, la Ley 1508 de 2012 establece que las entidades, además de cumplir con los requisitos mínimos de estudios y evaluaciones costo-beneficio, también deben justificar la implementación de APP para cada proyecto. Adicionalmente, el artículo 31 del Decreto 1553 de 2014 de Colombia, señala que la entidad estatal que pretenda celebrar un contrato de APP debe presentar al Departamento Nacional de Planeación la justificación de utilizar el mecanismo de APP para el desarrollo del proyecto que pretende llevar a cabo.

- Escuelas: (“Department of Children, Schools and Families”) – Escuela John Colfox, en Dorset, primer proyecto PFI para una escuela individual, que fue seguido por numerosos proyectos de grupos de escuelas– firmado en Marzo 1998.
- Cárceles: Secretaría del Interior (“*Home Office*”), cuya responsabilidad por prisiones radica actualmente en el “Ministry of Justice”): Prisiones Parc (Bridgend, Gales del Sur) y Altcourse (Fazakerley, Liverpool) firmados en 1996.
- Hospitales: (“Department of Health”, a través de “Dartford & Gravesham NHS Trust”) – Hospital de Dartford y Gravesham – firmado Julio 1997.

La PFI fue puesta en marcha en 1994 cuando el gobierno creó el “*private finance panel*”. Este grupo de trabajo dio un impulso a los primeros contratos de PFI, que fueron firmados en 1995. Además, fue éste el grupo que coordinó las actividades necesarias para que cada secretaría principal del Gobierno Central tuviera proyectos pilotos de PFI.

Para que los proyectos se desarrollaran de mejor manera, el Gobierno reconoció la necesidad de: (i) “descentralizar las funciones de promoción de programas, gestión de proyectos y desarrollo de pautas sectoriales específicas, y (ii) apoyar a las autoridades locales en el desarrollo de proyectos en aquellas áreas de provisión de servicios públicos aptos para la utilización de la PFI, que por razones legales recaen en manos municipales” (Millán, 2009, pág. 14). Millán (2009) señala que como resultado de lo anterior, desde el inicio de la PFI, cada Departamento del Gobierno creó órganos coordinadores a nivel sectorial, es decir, las Unidades de PFI de cada Secretaría (por ejemplo, educación, salud y defensa).

“En el caso del Gobierno Local, se decidió crear un organismo coordinador central. Tras esto, en 1996 se creó el Programa de Asociaciones Público Privadas o “*Public Private Partnerships Programme*” – 4Ps, por parte de la Asociación de Autoridades Locales de Inglaterra y Gales. El objeto de la creación de 4Ps era satisfacer la demanda por políticas sectoriales, coordinación, recursos especializados y un centro de conocimiento. Las funciones principales de la entidad incluían: apoyar a las autoridades locales en el desarrollo de proyectos novedosos, producir guías de buenas prácticas, estudios de casos entre otros estudios” (Millán, 2009, pág. 14).

Es probable que el éxito del Reino Unido en el desarrollo de su industria de la PFI haya sido el hecho de que lo hizo de una manera descentralizada. Las funciones de Promoción, Estructuración, Regulación y Coordinación Técnica, rara vez se encuentran en cabeza de la

misma entidad. Según Millán (2009), esto responde a la combinación de los siguientes factores:

- El hecho que no exista una ley de PFI, sino una armonización de regulaciones y normativas vigentes que hacen más fácil su ejecución e implementación.
- La separación institucional entre sectores (así como los efectos financieros y contables que ésta causa) y específicamente el encargo de algunos factores a las ciudades como la definición en temas relativos a la educación y el medio ambiente.
- Las características técnicas específicas a cada sector.
- El impacto generado en el mercado fue tan grande que como resultado se crearon los programas de inversión principales de la industria de la PFI y esto repercutió en la aparición de sectores especializados en cada sector requerido por el Estado. Esto quiere decir que estos fueron lo suficientemente grandes como para que una serie de participantes se especializara o encontrara nichos en sectores específicos. Esto demostró que existían varias razones comerciales por las que los diferentes sectores debían ser tratados de manera individual.

El crecimiento de la competencia contribuyó a que el tamaño de las responsabilidades no pudiera ser asumido por una sola entidad. Por ejemplo, en el caso de la infraestructura social – salud en este caso – se puede ver que la entidad encargada de la misma es el Fideicomiso del Servicio Nacional de Salud o NHS (según se define más adelante) que administra las instalaciones correspondientes, con el apoyo de la Unidad PFI de la Secretaría de Salud (“*Community Health Partnerships*”) en el caso del programa de Fideicomisos de Financiamiento de Mejoría Local (“LIFT”)¹⁷ (Millán, 2009, pág. 18).

En 1948 el Reino Unido creó el sistema de salud llamado *National Health Services* (“NHS”) con la idea de que una buena asistencia médica debe estar a disposición de todos los ciudadanos, independientemente de la capacidad adquisitiva. El programa LIFT ha apoyado algunos de los requerimientos que han sido claves en el desarrollo de la política del NHS, tales como el Departamento de Salud y Calidad y las Estrategias de Productividad y Prevención. En el 2004, se creó la primera empresa LIFT y desde entonces se han abierto 314

¹⁷ Es el programa de inversión en salud primaria diseñado para llevar a cabo el cambio en la provisión de salud local incentivando la financiación privada para la construcción y el mantenimiento de instalaciones modernas e integradas, con el fin de proporcionar múltiples servicios de salud en más lugares (Building, 2005).

edificios, algunos todavía en construcción, y esto ha generado impactos no solo económicos sino sociales, especialmente en zonas deprimidas (Community Health Partnerships, 2014).

La iniciativa LIFT se introdujo con el fin de satisfacer necesidades de inversión que surgieron por el mal estado de las instalaciones de atención primaria existente, también ha permitido identificar algunas preocupaciones y falencias del sistema de contratación PFI/APP tradicional (Beck et al., 2013). Las principales diferencias entre LIFT y la contratación PFI tradicional radican en que el programa LIFT supone que: (i) el Estado sea propietario de las empresas, por ejemplo, de Community Health Partnerships; (ii) la estructura del gobierno corporativo de las empresas LIFT implica que el director pertenezca al sector público; y (iii) requiere la colaboración entre empresas LIFTS locales y directivos del NHS, lo cual puede derivar en conflictos de interés (Beck et al., 2013, pág. 14).

Algunas de las debilidades¹⁸ de la contratación tradicional PFI han generado ineficiencias de tal magnitud que el requerimiento de Valor por Dinero, explicado más adelante, no ha sido satisfecho en algunos casos. Por ello, el gobierno del Reino Unido ha dado un nuevo enfoque mediante la implementación de algunas reformas a esta contratación denominado PF2. Algunas de estas reformas son la publicación de la totalidad de las cuentas del Estado (“*Whole of Government Accounts*”) para mejorar la transparencia de obligaciones derivadas del PFI, el lanzamiento del Programa de Ahorro PFI con el fin de mejorar la optimización de recursos, la efectividad de los costos y la transparencia de los proyectos y, por último, la introducción de nuevas disposiciones para el aseguramiento y la aprobación de proyectos importantes para fortalecer la vigilancia y control (Her Majesty’s Treasury, 2012, pág. 6).

Con respecto a la financiación de capital, el Gobierno tratará de tener una participación minoritaria, administrada por personas con experiencia en comercio e inversiones, ubicados en una unidad del Departamento del Tesoro enfocada en aspectos comerciales. Con respecto a la inversión de capital privado, el Gobierno buscará inversionistas interesados en el largo plazo y, para ello, implementará un sistema de competencia.

En general, el propósito es asegurar que la contratación sea mucho más rápida y más barata sin sacrificar la calidad de los servicios. En ese sentido, el HM Treasury señala como puntos

¹⁸ Según Her Majesty’s Treasury (2012), la contratación PFI ha sido demorada y costosa tanto para el sector público como para el sector privado y los contratos no han sido lo suficientemente flexibles como para reflejar los requerimientos del servicio. Se ha presentado una falta de transparencia en las obligaciones futuras de los contribuyentes de impuestos y en el retorno a la inversión del privado. Además, en algunos casos se han transferido riesgos inadecuados al privado, resultando en un mayor costo para el sector público.

clave: (i) la fijación de un límite para la fase de licitación, el cual no podrá superar 18 meses contados a partir del proyecto de licitación y hasta la escogencia del mejor oferente; (ii) el fortalecimiento del control en la preparación de los proyectos, mediante controles adicionales en temas presupuestarios en la etapa de pre-adquisición; y (iii) la flexibilización en la provisión de los servicios. En el sector salud se está analizando la conveniencia de implementar el PF2 en los hospitales de Sandwell y West Birmingham, con el fin de proveer nueva financiación y permitir la consolidación de los servicios y la reorganización entre los hospitales y la comunidad.

En el sector salud existe la preocupación de que los inversionistas privados han obtenido ganancias y beneficios demasiado elevados en comparación con el servicio recibido por los usuarios. Adicionalmente, las críticas¹⁹ apuntan a que los problemas se han generado ya que la contratación efectuada por NHS fue hecha de manera impulsiva por el optimismo causado por la gran cantidad de financiación que recibía y a la falta de experiencia de los directores de los proyectos. Sin embargo, de acuerdo con un reporte emitido por NAO en el año 2010²⁰, la mayoría de los contratos del sector salud se han desarrollado de manera satisfactoria o mejor, y han cumplido con las expectativas. Los contratos de hospitales bajo PFI, son adjudicados y administrados por fiducias locales en las que los contratos financian con capital privado no solo la construcción de hospitales sino el mantenimiento y la prestación de otros servicios complementarios²¹.

Otra recomendación hecha para mejorar el esquema sugiere que cuando NHS opte por construir un nuevo hospital utilizando PFI, el fideicomiso o sus consejeros financieros, deben comparar el nuevo hospital con otros proyectos que sean semejantes en tamaño, para identificar los costos más comunes y verificar cuál es el nivel requerido para lograr el mayor valor por dinero para los contribuyentes de impuestos (Roe & Craig, 2004, pág. 43).

¹⁹ Periódicos como Independent y The Guardian exponen algunas críticas frente al esquema y explican los estragos financieros que ha generado el PFI en el sector salud.

²⁰ Este informe se centra en la relación calidad-precio alcanzado por los contratos PFI de hospitales una vez que están en funcionamiento. Se encontró que la mayoría de los contratos de hospitales PFI son bien administrados. Adicionalmente, el bajo nivel de las deducciones y los altos niveles de satisfacción indican que están alcanzando actualmente la relación calidad-precio esperado en el momento de la firma de los contratos (National Audit Office, 2010, pág. 8).

²¹ Hay diferentes tipos de fiducias encargadas de la administración de los contratos, a saber: (i) el 39% de los contratos son administrados por fiducias de fundaciones; (ii) el 49% por fiducias del NHS; y (iii) 12% por fundaciones de atención primaria (PCT). (National Audit Office, 2010, pág. 4)

ii) Análisis de distribución de riesgos

Tal como se mencionó anteriormente, la prueba crucial en relación con el progreso de un proyecto o programa de APP/PFI u otra forma de APP, es la demostración de Valor por Dinero, a través de una adecuada relación costo –beneficio y de una distribución de riesgos entre las partes. “En la contratación PFI, es un requisito fundamental que los riesgos sean distribuidos de la mejor manera entre el privado y la entidad, es decir, que los riesgos sean asignados a la parte que esté en mejor capacidad de manejarlos y controlarlos” (Alshawi, 2009, pág. 4). Según Alshawi (2009), el UK Treasury Taskforce estableció los tipos de riesgos asociados a los proyectos PFI, algunos de los cuales señalamos a continuación:

1. Riesgo de disponibilidad: la cantidad del servicio prestado sea menor a la requerida en virtud del contrato.
2. Riesgo de construcción: la construcción no sea terminada a tiempo, según las especificaciones y el presupuesto.
3. Riesgo de demanda: el nivel de demanda sea mayor o menor del planeado.
4. Riesgo de mantenimiento: el costo de mantenimiento difiera de lo presupuestado.
5. Riesgo operacional: los costos de la prestación del servicio difieran del presupuesto, o el servicio no pueda ser prestado.
6. Riesgo de tecnología: los servicios sean prestados con una tecnología no óptima.

Según lo expuesto por Corner (2006), el manejo de los riesgos bajo el esquema de contratación tradicional no ha sido el más eficiente pues los costos de los proyectos no han sido calculados de manera precisa, el manejo de los riesgos ha sido débil y no han existido los incentivos suficientes para asegurar que los proyectos sean completados satisfactoriamente. Un ejemplo de lo anterior es el hospital Guy’s and St Thomas cuyo costo pasó de ser de £124 millones a £160 millones.

La Guía para la Evaluación de Valor por Dinero del Her Majesty’s Treasury (2006) establece tres etapas del proceso de evaluación de Valor por Dinero en iniciativas de inversión del tipo PFI:

1. Evaluación a nivel de Programa: Hace referencia a la elaboración del plan de negocios general para la iniciativa sectorial;

2. Evaluación a nivel de Proyecto: Esta evaluación se refiere a un proyecto específico, e incluye una evaluación preliminar acerca del mecanismo de adjudicación, es decir, determinar si se utilizará o no, el esquema de contratación de APP; y
3. Evaluación en la contratación: Debe hacerse una revisión regular durante el proceso de licitación de un contrato en particular, para asegurar que el proyecto pueda conseguir sus objetivos dada la demanda del mercado, y la capacidad del mismo.

En la Guía se establece que las iniciativas por la vía APP/PFI deben ser realizadas únicamente cuando demuestren representar Valor por Dinero. Es por esto que la Guía excluye el concepto de propuestas más baratas pues debe encontrarse un balance satisfactorio entre los costos del proyecto y la calidad y disponibilidad del servicio que será prestado. Sumado a lo anterior, se determina que para manejar apropiadamente un proceso de adjudicación de un contrato, es necesario identificar cuáles son los factores que influyen sobre el Valor por Dinero de la iniciativa. Estos son algunos de los factores establecidos por la Guía:

- La distribución óptima de riesgos entre las partes, es decir, asignarlos a quién tenga mejor capacidad de manejarlos.
- Enfocarse en los costos de todo el desarrollo del proyecto y no solo en los iniciales o de construcción.
- Una planeación oportuna e integral de los servicios relacionados con las instalaciones (por ejemplo, mantenimiento) y consideración de la inclusión (o no) de los servicios no-relacionados con las instalaciones (por ejemplo, limpieza).
- La existencia de una flexibilidad suficiente que asegure que cualquier cambio en las especificaciones originales pueda ser acomodado durante el desarrollo del proyecto.

De acuerdo con la NAO (2010), existen cuatro áreas principales en las que las fiducias de NHS defienden el Valor por Dinero en las relaciones con los inversionistas privados. Estas áreas son: (i) interpretación del alcance del contrato para defender la posición de la fiducia en caso de disputas contractuales; (ii) gestión del proceso de cambio para garantizar cambios en la construcción y el servicio; (iii) cumplimiento de sus obligaciones para asegurar la transferencia del riesgo prevista y (iv) garantizar que el nivel de calidad esperado sea el entregado.

La administración de los riesgos es uno de los temas centrales desde el inicio de los procesos de APP. La tasación del valor del impacto de los riesgos en el costo del proyecto es un tema clave en el método del Comparador del Sector Público (PSC). “En teoría, por la vía de la implementación del PSC, se determina el valor de los riesgos transferidos (o no) por el sector público al sector privado. Como resultado, es posible determinar el Valor por Dinero que un método de asignación de contratos tradicional proveería en relación a un método de APP” (Millán, 2009, pág. 58).

Ahora bien, para llevar a cabo la evaluación de riesgos, se puede hacer cualquier tipo de medición posible, teniendo en cuenta que deben surtir tres etapas: (i) identificar los riesgos; (ii) evaluar los riesgos; y (iii) controlar o mitigar los riesgos. Estas etapas son vitales pues si hay un error en las mismas, se viciarían todos los estudios posteriores y las estimaciones financieras. Adicionalmente, el control de riesgos es aquel que se plasma en el contrato de lo que fue establecido en la etapa de identificación. Si algún riesgo no fue plasmado en el contrato y genera algún inconveniente entre las partes, esto acarrearía problemas durante la ejecución del mismo.

Para la identificación de riesgos de las APP/PFI británicas, se usan dos fuentes. La primera, es la metodología de “*Optimism Bias*”, o tendencia al optimismo, que fue publicada por la Secretaría del Tesoro en 2003, como parte de sus pautas para la evaluación de proyectos. “Sobre la base de un estudio acucioso de proyectos de inversión de capital público, se establecieron estadísticamente: (i) los factores contribuyentes a retrasos y sobrecostos más comunes, (ii) las frecuencias habituales en cada caso y (iii) la contribución de cada uno de estos factores a los retrasos y sobrecostos correspondientes” (Millán, 2009, pág. 59).

Con base en los estudios, la Secretaría del Tesoro decidió incluir en los proyectos de inversión la inclusión de una estimación de riesgo proporcional a los resultados de dicho estudio de proyectos pasados. Esto con el fin de que las experiencias previas sirvieran para determinar cuáles eran los riesgos. Esta metodología sugiere un listado de riesgos “típicos” que ha sido acumulado por el gobierno británico a través de los años. Por lo tanto, esta combina los dos tipos de recomendaciones claves para la identificación de riesgos.

La segunda metodología, se refiere a las pautas de administración de proyectos y programas de la “Office of Government Commerce” (OGC). Esta metodología establece procedimientos de mejores prácticas y procedimientos específicos para asegurar acumulación de

conocimiento y disponibilidad del mismo a nivel central. Para acumular conocimiento, estas pautas requieren la realización de revisiones formales al completar proyectos. Por otro lado, para poner el conocimiento a disponibilidad central, se llevan a cabo recolección de estudios de casos y actividades de intercambio de conocimientos (Millán, 2009, pág. 60).

Millán (2009) señala que dentro de la metodología del “Optimism Bias”, se establece un valor típico máximo de 4% de retrasos (medido en tiempo) y un 24% de sobrecostos (medido en dinero). Los riesgos más importantes identificados en la metodología son los siguientes:

- Capacidad deficiente de los contratistas: factores de contribución de 4% a retrasos y 9% a sobrecostos.
- Disputas y Reclamos: factores de contribución de 4% a retrasos y 29% a sobrecostos.
- Plan de Negocios inapropiado (es decir, errores en el estudio de costo beneficio inicial): factores de contribución de 31% a retrasos y 34% a sobrecostos.
- Disponibilidad de financiamiento público: factores de contribución de 8% a retrasos.
- Relaciones Públicas: factores de contribución de 8% a retrasos y 2% a sobrecostos.
- Permisos y Aprobaciones: factores de contribución de 9% a retrasos.
- Condiciones económicas externas: factores de contribución de 11% a sobrecostos.

En su artículo, Millán (2009) señala que durante la etapa de control de riesgos se consideran actividades como la distribución de riesgos entre las partes, la mitigación de riesgos o las acciones tendientes a minimizar los riesgos no transferidos, y la revisión regular de riesgos, lo cual incluye un monitoreo constante del progreso del proyecto. A pesar de lo anterior, la definición de la distribución de riesgos entre las partes está definida por la guía de estandarización de Partnerships UK²², entidad que ha compilado soluciones y pautas contractuales para cada área de riesgo común de proyectos de APP.

²² Partnerships UK es la entidad encargada de definir los parámetros mínimos a cumplir, así como los estándares generales aplicables a los sectores.

A continuación se expone la matriz de distribución de riesgos que reúne algunos elementos generalmente pactados dentro de los contratos PFI²³

RIESGO	DISTRIBUCIÓN		
	Autoridad	Proveedor	Compartido
Autorizaciones de Construcción Requeridas			
Retraso como resultado de no obtener permisos iniciales.	✓		
Retraso como resultado de no obtener permisos finales.		✓	
Aumento de costos relativos a permisos iniciales.	✓		
Aumento de costos relativos a permisos finales.		✓	
Riesgo de obtención de otros permisos y licencias para completar la construcción de las instalaciones.		✓	
Diseño y Construcción			
Falta de cumplimiento con las especificaciones de la Autoridad		✓	
Retraso y/o costos adicionales relativos a al proceso de diseño		✓	
Retraso en la conclusión de trabajos de remediación ecológica comprometidos.			✓
Fallas de construcción en relación a la solución de diseño.		✓	
Errores en las estimaciones de programa de construcción o retrasos en el programa.		✓	
Errores en las estimaciones de costos de construcción o sobre-costos de construcción.		✓	
Fallas, errores y/o quiebra de proveedores y subcontratistas.		✓	

²³ Tomado de Asociaciones Público-Privadas para el Desarrollo de Infraestructura y la Provisión de Servicios Públicos, Experiencia del Reino Unido. Germán Millán, 2009.

Fallas en la administración del proyecto.		✓	
Falta de mano de obra.		✓	
Huelgas por parte de la mano de obra del proyecto.		✓	
Protestas (no consideradas Fuerza Mayor).		✓	
Condiciones ambientales, incluyendo condiciones climáticas.		✓	
Hallazgos Arqueológicos		✓	
Falla en obtener la certificación de las obras		✓	
Eventos de seguridad patrimonial e industrial		✓	
Reclamos de terceras partes		✓	
Eventos de Fuerza Mayor		✓	
Eventos de Compensación		✓	
Otros eventos de Retraso		✓	
Defectos en las obras		✓	
Operación de los Servicios de Apoyo			
Errores en la estimación de costos para la provisión de servicios		✓	
Variaciones a las estimaciones de costos para la provisión de servicios al momento del ejercicio de comparación	✓		
Aumento en los costos para la provisión de servicios de apoyo		✓	
Variaciones sobre el costo de servicios públicos			✓
Interrupción de servicios públicos		✓	
Disponibilidad de instalaciones		✓	

Fallas en desempeño de servicios de apoyo		✓	
Fallas, errores y/o quiebra de subcontratistas		✓	
Falta de mano de obra.		✓	
Huelgas por parte de la mano de obra del proyecto.		✓	
Protestas (no consideradas Fuerza Mayor).		✓	
Condiciones ambientales, incluyendo condiciones climáticas.		✓	
Eventos de seguridad patrimonial e industrial		✓	
Eventos de Fuerza Mayor			✓
Eventos de Compensación			✓
Mantenimiento de las Instalaciones			
Defectos ocultos en las nuevas instalaciones		✓	
Defectos ocultos en las instalaciones existentes			✓
Fallas de cumplimiento con los estándares contractuales de mantenimiento		✓	
Errores en la estimación de costos de mantenimiento y reemplazo de activos		✓	
Cambios			
Cambio a los requerimientos de la Autoridad	✓		
Cambios solicitados por el Proveedor		✓	
Cambios de diseño solicitados por el Operador		✓	

Tecnología y Obsolescencia			
Cambio tecnológico y obsolescencia de activos	✓		
Finanzas			
Disponibilidad de financiamiento		✓	
Riesgo de tasa de interés antes del cierre financiero	✓		
Riesgo de tasa de interés después del cierre financiero		✓	
Cambio de precio por inflación			✓
Ahorros por re-financiamiento del contrato			✓
Legislación y Regulaciones			
Cumplimiento con la legislación y regulaciones aplicables a las obras		✓	
Cambio de legislación general		✓	
Cambio de legislación específico	✓		
Cambio de legislación específico y discriminatorio	✓		
Impacto de las regulaciones relativas a la protección de las condiciones de empleo		✓	
Terminación			
Terminación por faltas de la Autoridad	✓		
Fallas del Proveedor o sus subcontratistas que implican la intervención por parte de los financistas del contrato		✓	

Terminación por faltas del Proveedor o sus subcontratistas		✓	
Terminación por faltas de la Autoridad			✓
Seguros			
Variación en el costo de las pólizas de seguro		✓	
Daños a las instalaciones por riesgos no asegurados		✓	
Disponibilidad de pólizas de seguro			✓
Pólizas inadecuadas para reconstruir instalaciones después de siniestro			✓
Valor Residual			
Error en la estimación del valor de los activos del Proveedor al final del contrato		✓	
Valor de los bienes raíces al final del contrato	✓		
Bienes raíces no requeridos al final del contrato	✓		
Costo de reposición de las Instalaciones a la condición requerida en el contrato.		✓	
Impuestos			
Cambios a la legislación tributaria en general		✓	
Cambios a la tasa del IVA	✓		
Otros cambios a la legislación relativa al IVA	✓		

iii) Nivel de servicio y estándares de calidad vs. retorno a la inversión

Tal como lo señala Corner (2006), el privado comenzará a recibir pagos en la medida en que la provisión de servicios que debe prestar efectivamente inicie y la continuidad de los pagos dependerá del cumplimiento de los criterios de rendimiento, es decir, de la calidad del servicio, todo ello con el fin de lograr Valor por Dinero. En el esquema del Reino Unido, el inversionista privado recibe pagos anuales, como se explicará más adelante.

De acuerdo con Millán (2009), existen mecanismos de regulación de los niveles de servicio, los cuales generalmente incluyen los siguientes tipos genéricos de especificaciones:

- Especificaciones Técnicas: que definen las características físicas de un ítem. Las especificaciones tradicionales de construcción (de obras civiles o edificación) caen dentro de esta categoría.
- Especificaciones de Desempeño Operacional: corresponden a una extensión lógica y natural de las Especificaciones Técnicas.
- Especificaciones Funcionales: definen las tareas a ser desempeñadas y/o los resultados a ser alcanzados por un producto o ítem, sin describir el método para lograrlo.
- Especificaciones de Resultados Último: define los resultados últimos a ser alcanzados por la organización del cliente.

En suma, de acuerdo con lo establecido por Millán (2009) las especificaciones de un contrato APP/PFI deben definir los servicios a ser prestados, de manera que se cree un ambiente:

- Seguro (seguridad patrimonial e industrial);
- Limpio (ambiente de trabajo, uso);
- Sustentable (incluyendo objetivos ambientales específicos);
- Legalmente apropiado (regulaciones aplicables); y
- Operacional continuo (regulan interrupción de servicios).

Dichos servicios deben ser llevados a cabo de una manera discreta, es decir, sin interferir con la provisión de los “servicios centrales” (por ejemplo, los servicios médicos en el ambiente de la salud), pero que al mismo tiempo apoye activamente la prestación de los mismos.

Las diferencias fundamentales que incluyen las especificaciones para contratos de PFI, en comparación con las de otros contratos, son las siguientes: (i) Estas incluyen la integración de los servicios de Diseño, Construcción, Operación y Financiamiento; (ii) El contrato es de largo plazo (típicamente, 20-30 años) y, por lo tanto, la definición debe lograr, dentro de lo posible alejarse de la contingencia actual, y mantenerse en el tiempo; (iii) Al ser de largo plazo, ello implica que el proveedor deberá optimizar su inversión sobre ciclo de vida del proyecto y los indicadores de gestión deberán permitir la libertad al proveedor para que éste lo logre; (iv) El énfasis de las especificaciones de PFI está puesto en la prestación del servicio y no en el activo a ser utilizado para prestarlos; y (v) Si el contrato está bien estructurado, se logra una transferencia real de riesgos, por la vía de pagar por los servicios: (a) solo cuando éstos son prestados, (b) no cuando se requerían, pero no estuvieron disponibles, y (c) (opcional) tampoco cuando no se requerían (riesgo de demanda) (Millán, 2009, pág. 42).

Tal como señala Millán (2009), con el fin de crear Valor por Dinero en contratos de APP/PFI, es necesario que exista una transferencia real de riesgos, que sea consistente con el análisis del Comparador del Sector Público. La transferencia de riesgos se logra mediante la distribución de riesgos contractuales usando los indicadores (KPI por inglés de “Key Performance Indicators”)²⁴. Los indicadores a su vez, exigen una relación con el Mecanismo de Pagos (o Mecanismo de Deducciones) del Contrato. Lo importante en estos casos es que los riesgos sean definidos de manera clara, precisa y medible y se establezca cuál sería su impacto financiero para que así se logre una efectiva transferencia de riesgos (Millán, 2009, pág. 43).

De conformidad con Millán (2009), “las especificaciones requeridas por un Contrato PFI están directamente ligadas a las características técnicas de los servicios contratados;” cada organismo coordinador ha desarrollado documentos estándares para su sector. Estos estándares abarcan tanto mecanismos de pago como especificaciones. (Millán, 2009, pág. 44)

²⁴ De acuerdo con David Parmenter, experto en indicadores de rendimiento, una KPI son "medidas centradas en los aspectos del desempeño de la organización que son los más críticos para el éxito actual y futuro de la organización". Adicionalmente, Parmenter sostiene que "su frecuencia es alta (horas, días), todo el personal debe entender la medida y que acción correctora requiere y que la responsabilidad de la acción puede recaer en un equipo." (David Parmenter, s.f.)

Millán señala que los documentos estándar también proveen un punto de partida para las partes del contrato, estandarizados por sector y que proveen ciertos mecanismos como los que se muestran a continuación:

- Transferencia de conocimiento, para evitar la creación y re-creación de ideas para casos similares;
- Estandarización de políticas comerciales; y
- Ahorro en costos de transacción importantes, ya que la industria tiende a aceptar los estándares aplicados habitualmente como riesgos intrínsecos del negocio.

Bajo este esquema de especificaciones y características incluidas en los documentos estandarizados, se desarrolla también el sistema de pagos bajo el cual el inversionista privado obtiene el retorno de su inversión. Según lo que establece Millán (2009), el mecanismo de pagos del Reino Unido se basa en dos principios fundamentales: (i) disponibilidad de los servicios; y (ii) desempeño de los servicios. El primer principio, está atado a la posibilidad de uso y acceso por parte de usuarios a la instalaciones y a los servicios. El segundo, está enfocado ya no solo al acceso que tengan los usuarios al servicio o instalaciones, sino a la calidad de estos. Un aspecto clave del primer principio es que cada vez que un área no está disponible, se realizan deducciones al pago. En el segundo principio, el pago estará sujeto a la calidad del servicio, entonces el mecanismo debe incluir (i) nivel de calidad requerido; (ii) el método de medición de la calidad de los servicios; y (iii) las consecuencias en la falla de calidad sobre el pago.

Millán (2009), sostiene que en el Reino Unido los mecanismos de pago varían dependiendo de los sectores contratados. El primer modelo es el mecanismo por disponibilidad de plazas o unidades, utilizado en su mayoría para servicios carcelarios, donde el indicador es el número de plazas para prisiones. El segundo, es el mecanismo basado en la prestación completa del servicio, utilizado en hospitales en el que la definición de los parámetros de disponibilidad de espacios es clave y fundamental para la operación de servicios sanitarios. El tercero, es el mecanismo con componentes de niveles de uso o demanda, usado en autopistas o tranvías en los que se pagan peajes o boletos.

Dado que el trabajo se centra en la infraestructura social en salud, a continuación analizamos cada uno de los mecanismos descritos anteriormente, buscando su aplicación para dicho sector. En primer lugar, el mecanismo por disponibilidad de plazas o unidades, el Estado

paga al inversionista privado por la efectiva disponibilidad de plazas o unidades. Para el sector salud, este mecanismo podría utilizarse definiendo como plazas o unidades, las camas efectivamente disponibles para el público en las clínicas.

En segundo lugar, el mecanismo basado en la prestación completa de servicios hace referencia a un pago único sobre el supuesto de que el privado prestará todos los servicios, es decir, para el caso del sector salud, no solo servicios clínicos sino también complementarios. Lo anterior implica que la autoridad contratante debe fijar, incluso antes de la etapa de diseño, los niveles de servicio y estándares de calidad que debe cumplir el privado, pues el pago único estará supeditado a su cumplimiento. Es necesario que la autoridad establezca qué espera por parte del privado y que esto sea tenido en cuenta en todas las etapas del proyecto (Diseño, Construcción, Mantenimiento y Operación) pues, si no se establece como un todo, se corre el riesgo de que un error en alguna etapa impacte la ejecución/explotación del proyecto. Estas especificaciones que deben ser incluidas en el contrato son las que definen el alcance, los objetivos, el propósito y los requerimientos de desempeño y, al mismo tiempo, son las que determinan la asignación de riesgos.

Algunas de estas especificaciones enfocadas en la atención clínica pueden ser: camas y habitaciones disponibles, qué edades atenderá el hospital, si solo tendrá consulta externa o si contará con hospitalización y urgencias, si prestará servicios de laboratorio y cuántas personas deberá atender diariamente, horarios de atención, número de médicos y enfermos disponibles dentro de los horarios de atención y/o en urgencias, tipos de especialidades de los médicos disponibles en la sala de urgencias dependiendo del grado de siniestralidad (cirujanos, ginecoobstetras, pediatras, ortopedistas, gastroenterólogos), si habrá un mayor número de médicos disponibles durante los fines de semana, cuántas salas de cirugía tendrá el hospital, número de días máximo que debe transcurrir entre una llamada de un paciente para una cita médica y el día en que efectivamente es atendido, entre otros. Tratándose de servicios no clínicos complementarios, la autoridad tendrá que definir temas relativos a la prestación de servicio de lavandería, restaurante, seguridad.

Por último, el mecanismo con componentes de nivel de uso es aquel asociado con la demanda del servicio por parte del público. Su uso más común es en autopistas cuya retribución es sobre el número de carros que fluyan por los diferentes corredores viales. Para el tema del sector salud, esto podría relacionarse con el pago per cápita o por cada asegurado, bajo el cual la autoridad realiza un pago al privado por cada paciente. Tal como señala Bravo Orellana, el

operador recibe el pago por asegurado independientemente de si este utiliza o sobre utiliza los servicios, de tal manera que se traslada el riesgo al privado. Es decir, si se enferman más pacientes de los esperados, el privado asume este costo y si se enferman menos pues ello deriva en una ganancia para el privado. Sobre esto, es necesario mencionar que ello no impactará negativamente a los pacientes pues, por el contrario, el privado tendrá un incentivo para mantener a la población sana, bien sea desde programas de prevención, hasta una adecuada atención inicial que impida que el paciente tenga que volver a la clínica en más oportunidades, es decir, ello se traduce incluso en una mejor atención para los pacientes.

B. El modelo de Perú

i) Antecedentes y principales características del esquema

Según Umezawa & Reaño (2013), el desarrollo de las APP en Perú inició en la década de los 90 a partir de diferentes reformas estructurales orientadas a promover inversión privada y a reducir la intervención estatal. Ello se vio reflejado en el otorgamiento de proyectos a inversionistas privados, en actividades que estaban tradicionalmente en cabeza del Estado. Las reformas fueron garantizadas mediante la expedición de la Constitución Política del Perú en 1993, la cual proclamó como pilares fundamentales la economía social de mercado y el rol subsidiario del Estado. En el 2009 se expidió la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud con el fin de garantizar asistencia médica a toda la población peruana. Sin embargo, para el año 2012, el 38.1% de la población no se encontraba asegurada. De acuerdo con The Global Health Group (2014), Perú cuenta con una capacidad de solo 1.5 camas en hospitales por cada 1.000 ciudadanos así como 1.1 médicos por cada 1.000 ciudadanos.

La primera ley de concesiones fue expedida en 1996 y reemplazada por la Ley de APP de 2008. Las APP están definidas en el Artículo 11 del Decreto Legislativo N° 1224, como “una modalidad de participación de la inversión privada, en las que se incorpora experiencia, conocimientos, equipos, tecnología, y se distribuyen riesgos y recursos, preferentemente privados, con el objeto de crear, desarrollar, mejorar, operar o mantener infraestructura pública y/o proveer servicios públicos bajo los mecanismos contractuales permitidos por el marco legal vigente” (Ministerio de Economía y Finanzas de Perú, s.f.).

En Perú la APP se entiende como un modelo de contratación que abarca los componentes principales de las mejores prácticas internacionales las cuales son: asignación adecuada de riesgos a aquella parte (Estado o privado) que esté en mejor capacidad de administrarlos, acuerdo común recogido en contratos de largo plazo y aplicación del valor por dinero en todas las fases del proyecto. Al igual que en Colombia, puede haber APP de iniciativa privada o pública²⁵. Según lo plantea The Global Health Group (2014), en este esquema existen dos tipos de proyecto: (i) los auto-sostenibles y (ii) los cofinanciados. El primer tipo hace referencia a contratos que son financiados mediante el pago de tarifas por parte de los

²⁵ Decreto Legislativo N° 758. “Las personas jurídicas podrán presentar iniciativas que identifiquen el proyecto a contratar, señalando sus lineamientos generales que contendrán, como mínimo, las bases de su factibilidad económica y técnica. Dichos lineamientos, tienen carácter confidencial y reservado. Cuando el organismo concedente considere que el proyecto antes indicado y su ejecución se adaptan al procedimiento de concesión, podrá optar entre licitar su ejecución o promover un concurso de proyectos integrales, guardando la confidencialidad de quien tuvo la iniciativa y de los demás participantes. (...)”

usuarios, contratos que requieren garantías financieras mínimas por parte del gobierno (menos del 5% del valor de la inversión) y contratos que exigen garantías financieras no gubernamentales que tienen una baja probabilidad de requerir recursos públicos (menos del 10% de probabilidad durante los primeros 5 años). En el segundo tipo, se incluyen los contratos que requieren pagos periódicos por parte del gobierno al privado para la construcción y/u operación y mantenimiento, y contratos que exigen garantías financieras no gubernamentales con altas probabilidades de requerir recursos públicos.

Otra de las características del modelo es que a partir de la adjudicación del contrato, el adjudicatario deberá constituir una sociedad de propósito especial (SPE) para la ejecución del proyecto. De este modo, se aíslan las inversiones, ingresos, costos y riesgos asociados. En adición a lo anterior, el Seguro Social en Salud (ESSALUD)²⁶ y la sociedad operadora deben constituir un fideicomiso de administración y garantía al cual se destinarán los pagos de la retribución por el servicio. Es necesario aclarar que si bien ESSALUD es una entidad del gobierno, esta cuenta con autonomía y, por ende, el derecho de celebrar contratos de APP sin necesidad de que medie aprobación por parte del gobierno central.

Lo anterior fue compilado en el Decreto Legislativo N° 1224 el cual establece que en los contratos de APP debe existir una adecuada distribución de riesgos entre las partes, y que en una APP participan el Estado y uno o más inversionistas privados. Adicionalmente, se indica que todas las fases del desarrollo de una APP deben contemplar el principio de Valor por Dinero, buscando la combinación óptima entre los costos y la calidad del servicio público ofrecido a los usuarios, a lo largo de la vida del proyecto (Ministerio de Economía y Finanzas de Perú, s.f.).

De otro lado, el Artículo 11 del Reglamento del Decreto Legislativo N° 1224, también establece que las modalidades de las APP incluyen todos aquellos contratos en los que se propicia la participación activa del sector privado y se le transfieren riesgos; y donde además la titularidad de la infraestructura pública, según sea el caso, se mantiene, revierte y transfiere al Estado. Estas modalidades pueden ser la concesión, operación y mantenimiento, gestión, así como cualquier otra modalidad contractual permitida por ley.

²⁶ El sistema de aseguramiento peruano cuenta con un sistema “doble”. Por un lado, se encuentra ESSALUD, entidad pública encargada de proveer aseguramiento en salud a las personas con trabajos formales y personas retiradas y sus familias. Por el otro, está la opción privada que implica que la persona contrate un seguro a través de las Entidades Prestadoras de Salud, que pueden ser privadas o públicas, el cual proporciona cuidados a través de su propia red de proveedores y contratistas. (The Global Health Group, 2014).

Esta delimitación encuentra gran similitud con el modelo contractual colombiano el cual tiene como ejes fundamentales la transferencia de riesgos y una reversión de la propiedad al Estado, lo que se traduce en la conservación del dominio por parte del Estado. Esto demuestra entonces que podríamos estar frente a algo llamado el modelo marco latinoamericano. Éste entendido como el modelo de PFI del Reino Unido y adoptado en los países más exitosos en las prácticas de asociaciones público privadas como lo son Colombia, Chile y Perú. Los tres países que se estudian en el presente trabajo usan la misma ley modelo – aunque introducen variaciones, conservan la esencia, pues como se verá más adelante, todos los modelos presentados a lo largo de este análisis tienen como eje fundamental el Valor por Dinero.

A continuación se muestra un cuadro del Ministerio de Economía y Finanzas de Perú en el cual se explica mejor el esquema contractual de APP y sus principales características:

Elementos	Descripción
Contratos de largo plazo	Los contratos de APP tienen una duración máxima de 60 años (incluyendo ampliaciones y renovaciones) y, en el caso de Iniciativas Privadas Cofinanciadas, una duración mínima de 10 años.
Rol del privado	Participación activa del sector privado (diseño, construcción, financiamiento, operación, mantenimiento, etc.), lo cual implica la transferencia al privado de una gran parte de los riesgos del proyecto según se defina en el contrato de APP. Sector público define objetivos de interés público y/o la política de precios (tarifa) y controla cumplimiento de los objetivos fijados.
Modo de financiamiento	Se financia total o parcialmente por el sector privado.
Modo de repago	El repago a las fuentes de financiamiento del proyecto de APP está en función de la clasificación del proyecto: cofinanciado o autofinanciado, y pueden originarse de fondos públicos, o directamente desde los usuarios
Distribución de riesgos	El reparto de los riesgos se realiza en función al perfil del proyecto así como las capacidades respectivas de las partes en

	cuestión para evaluarlos, controlarlos y gestionarlos.
Empaquetamiento de actividades	Las actividades necesarias para el desarrollo de un proyecto (diseño, financiamiento, construcción, operación y mantenimiento) se combinan y se encuentran a cargo del inversionista. Si bien la responsabilidad sobre determinadas actividades puede variar entre proyecto y proyecto, bajo una APP, la gestión de la infraestructura pública y/o servicio público queda en manos del privado.

Es posible decir que el modelo de APP peruano tiene características que en el fondo son casi iguales al modelo colombiano. La pregunta que surge entonces, y que será resuelta más adelante, es qué tan avanzado se encuentra el sistema colombiano en materia de infraestructura de salud y cuáles son los elementos diferenciadores que permiten que el modelo peruano sea un referente en esta materia.

Según el Artículo 11 del Decreto Legislativo 1224 de la República del Perú, los tipos de proyectos que se pueden desarrollar por vía de asociaciones público privadas son los siguientes: “la infraestructura pública en general, como las redes viales, redes multimodales, ferrocarriles, aeropuertos, puertos, plataformas logísticas, infraestructura urbana, de recreación y cultural, infraestructura penitenciaria, de riego, de salud y de educación; así como, los servicios públicos, como los de telecomunicaciones, energía y alumbrado, de agua y saneamiento y otros de interés social, relacionados a la educación, salud y el ambiente, como el tratamiento y procesamiento de residuos, entre otros”.

También están incluidos los tipos de proyectos descritos en el Artículo 30 de dicho Decreto, entre estos se encuentran proyectos para el desarrollo de servicios vinculados a la infraestructura pública o servicios públicos que requiere brindar el Estado peruano, los proyectos de investigación aplicada y/o innovación tecnológica, y aquellos proyectos que no contengan componente de inversión. “Este tipo de proyectos se realizan a través de un procedimiento simplificado, el cual se justifica en razón a que los montos de inversión en estos proyectos son menores o no tienen componente de inversión en infraestructura. Por tanto, la complejidad en su diseño no exige el nivel y el detalle de estudios que requiere un proyecto de gran envergadura de infraestructura pública y servicios públicos” (Ministerio de Economía y Finanzas de Perú).

Dada esta posibilidad, se podría pensar que se pueden dividir los servicios, es decir, contratar a diferentes privados para la prestación de diferentes servicios dentro de un solo complejo hospitalario. Por ejemplo, en un hospital operado bajo el esquema de contratación tradicional se contrata a una empresa de aseo para efectuar las tareas de limpieza del complejo de salud. En el modelo de APP, lo ideal es contratar al privado para la ejecución completa de un proyecto incluyendo el diseño, la construcción, el mantenimiento y la explotación. En cualquier caso, la entidad puede contratar al privado bajo un modelo “bata gris-verde” o bajo el modelo “bata blanca” es decir: (i) para diseñar, construir y mantener la infraestructura hospitalaria y prestar únicamente prestar servicios no clínicos; o (ii) para la prestación completa del servicio de salud y dentro de este se entiende que el prestador del servicio y titular de la APP deberá hacer la limpieza y demás servicios complementarios

La separación de servicios en un nivel en el que se contrate a múltiples privados para la prestación de diferentes servicios dentro de un mismo hospital puede generar problemas en el control fiscal y de gestión. En Colombia, la práctica sugiere que toda la prestación de un servicio debe ser hecha por una sola persona jurídica, es decir, que un privado de una carretera va a ser el encargado del desarrollo y prestación de todo el servicio. En el caso de un colegio, el privado deberá llevar a cabo todas las labores para que el servicio de educación se preste de manera correcta (aseo, contratación de profesores, servicio de alimentos, etc.).

Por otro lado, en Perú no es posible hacer todos proyectos vía APP por más de que encuadren en la lista taxativa del citado Artículo 11. La limitación que se presenta consiste en que, si bien los proyectos pueden ser de la naturaleza de los del mencionado Artículo, deben tener un valor monetario mínimo para así poderse financiar mediante recursos del sector privado. La regla está planteada del siguiente modo: “proyectos de relevancia nacional deben tener un Costo Total de Inversión o Costo Total del Proyecto, no en los casos que no contengan componente inversión, mayor a los diez mil (10,000) UIT²⁷. Esto se asemeja con el requisito dispuesto en la ley colombiana según el cual, solo los proyectos que superen que superen seis mil (6.000) salarios mínimos mensuales vigentes pueden ser desarrollados mediante APP.

Para el caso de proyectos que sean de competencia de los Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales, el Costo Total de la Inversión o Costo Total de Proyecto, en el caso de que no contenga componente de inversión, debe superar las siete mil (7,000) UIT para que sean promovidos bajo esta modalidad” (Ministerio de Economía y Finanzas de Perú, s.f.). Con

²⁷ Unidad Impositiva Tributaria: Equivalente en el 2016 a S/ 3,950.

respecto a este límite el Ministerio de Economía y Finanzas de Perú, señala que "es necesario debido a que, especialmente en el caso de los Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales, las entidades podrían embarcarse en proyectos con montos de inversión pequeños que no justifiquen los costos y tiempo que genera un proceso de promoción de una APP".

Enfocándonos hacia la experiencia peruana en el desarrollo de infraestructura de salud, es necesario mencionar que "de acuerdo a los resultados del II Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos del sector Salud de 1996 realizado por el Ministerio de Salud, en el país habría 7306 establecimientos de salud; de los cuales, 472 son hospitales, 1.849 centros de salud y 4868 puestos de salud. Del total de hospitales, el 28.8% pertenecen al Ministerio de Salud, 42.8% son clínicas privadas lucrativas, 15.0% de hospitales de ESSALUD), 4.2% de Sanidad de las Fuerzas Armadas y Fuerzas Policiales y el 3.2% de Empresas Privadas. El 74.3% de centros y el 99.6% de los puestos de salud, pertenecen al sector público" (Bravo Orellana, Pontificia Universidad Católica del Perú, 2013, págs. 125-126).

Es en este contexto que en 2008 surgió la primera experiencia por medio de la institución ESSALUD, pionera en la suscripción de contratos APP para el sector salud. El proyecto consistió en concesionarle a una empresa del sector privado no solo la prestación del servicio de salud, sino también en la administración, mantenimiento y demás servicios para el buen funcionamiento de la unidad hospitalaria. ESSALUD es un organismo público descentralizado, con personería jurídica de derecho público interno, adscrito al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, cuya finalidad es dar cobertura a los Asegurados y sus afiliados, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación (Bravo Orellana, Pontificia Universidad Católica del Perú, 2013, pág. 134).

Según Bravo (2009), "cuando se realizó el análisis de APP en el Perú –en los hospitales de ESSALUD- se compararon los costos de operación de la oferta, que se incluía en la adjudicación de las dos APP en hospitales, con los costos de operación de servicio hospitalarios similares, operados por el Estado o por la seguridad social. El resultado fue que eran más costosos." Las características comunes de los contratos del sector salud que celebra ESSALUD son: (i) Estandarizado; (ii) Auto-sostenibles²⁸; (iii) Derivados de iniciativas privadas; y (iv) Desarrollados bajo el modelo de costos.

²⁸ "Son contratos auto-sostenibles, lo cual significa que quienes pagan por el servicio son los asegurados. Para evitar duda alguna, se separaron los recursos económicos de la cobranza que se realiza antes de que ingresaran a

En Perú existen dos tipos de modelos para la estructuración de los contratos de APP: (i) el modelo de costos y (ii) el modelo de demanda. En el primer modelo, el Estado asume el riesgo de demanda y, en el segundo, este riesgo es asumido por el privado. De esto dependerá la elección del contrato, es decir, si el Estado puede generar cambios en la demanda, el contrato será desarrollado bajo el modelo de costos, de lo contrario será bajo el modelo de demanda. Este último modelo implica que los ingresos del proyecto serán el resultado del comportamiento de la demanda mientras que bajo el modelo de costos hay unos pagos periódicos según el costo de capital.

En Perú, los contratos han sido estructurados bajo el de modelo de costos dado que ESSALUD tiene la potestad de asignar más o menos asegurados a un hospital u otro, lo que no puede hacer el operador. El modelo de costos genera beneficios para todas las partes involucradas. Dado que los ingresos del privado estarán supeditados a los costos, este deberá propender por efectuar una gestión eficiente y por controlar los gastos. Según Bravo (2009), el control de costos se obtiene a través de la reducción de la siniestralidad y esto último se logra aumentando la prevención y habilitando unidades de atención primaria. Llevando a cabo esto, el país tendrá una población sana, el privado obtiene ventajas económicas y el Estado genera bienestar social.

Algunos de los proyectos bajo modalidad de APP, desarrollados por ESSALUD son: (i) contratos para la gestión logística de almacenes y farmacias por un periodo de 10 años en las que se constituyó el derecho de superficie, la construcción de infraestructura, equipamiento e implementación y gestión administrativa de materiales de la red de farmacias; y (ii) contratos de hospitales con una duración de 30 años que comprenden equipamiento de camas, laboratorios, servicios de radiodiagnóstico, centros obstétricos, entre otros²⁹.

Uno de los aspectos más relevantes del esquema de este país es que a través de ESSALUD ha promovido proyectos de APP desarrollados y ejecutados mediante el modelo de “bata blanca”, lo cual supone un reto desde cualquier punto de vista por las implicaciones que este modelo conlleva. Como se mencionó anteriormente, el modelo de “bata blanca” supone que el privado “no solamente ha de promover la infraestructura, equipamiento, sino también los

ESSALUD, los que se derivaban a un fideicomiso” (Bravo Orellana, Pontificia Universidad Católica del Perú, 2013, pág. 136)

²⁹ Ver Asociaciones Público Privadas en el sector salud. Sergio Bravo Orellana (2009).

servicios asistenciales y administrativos para el funcionamiento autónomo de la unidad hospitalaria” (Bravo Orellana, Pontificia Universidad Católica del Perú, 2013, pág. 134).

Dentro de las experiencias de Perú en APP de salud encontramos tres proyectos relacionados con hospitales, todos llevados a cabo por ESSALUD y son ejemplo de proyecto tanto de iniciativa privada como de iniciativa pública: (i) Hospital Alberto Leopoldo Barton Thompson; (ii) Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente; y (iii) Torre Trecca. Los proyectos incluyen servicios tales como sala de emergencias, consulta externa, hospitalización, cirugías, atención de obstetricia, centros de diagnóstico y tratamiento, cirugía ambulatoria, entre otros. Estos proyectos son ejemplo tanto de contratación APP para diseño, construcción, mantenimiento y operación de nuevos hospitales, como de la transformación de un hospital ya existente pero abandonado, como es el caso de Torre Trecca. Estos proyectos pueden ser tomados como referencia en esta materia sobretodo porque implican la implementación del modelo “bata blanca” y van más allá de la simple construcción de la infraestructura, para proveer una atención médica integral.

ii) Análisis de distribución de riesgos

Como en los demás países, los riesgos asociados a los proyectos APP son principalmente, riesgos de ingeniería y construcción, explotación y de operación del proyecto, de mercado (compra-ventas), financieros del proyecto, políticos, de fuerza mayor, legales y documentales, medioambientales, operativos, tecnológico, entre otros, los cuales variarán dependiendo de la fase en la que se encuentre el proyecto. En ese sentido, los riesgos de la fase de construcción son aquellos relacionados con el diseño, entregas de la construcción o retrasos, permisos licencias y sobrecostos. Estos riesgos pueden ser mitigados a través de la experiencia del constructor, la revisión por técnicos y expertos, garantías de cumplimiento, y pólizas de seguros.

En la fase de operación, los riesgos más relevantes son los de ingresos, fallas en la operación o en la disponibilidad, sobrecostos y problemas en el suministro de insumos. Los anteriores riesgos pueden ser mitigados a través de estudios de mercado, diversificación de los ingresos, fondos de reserva, garantías del gobierno central, separación de las tarifas de inversión y de operación, pólizas de seguro, garantías de proveedores, entre otros. Igualmente, existen riesgos financieros y legales que se presentan a lo largo de toda la ejecución del proyecto, los cuales pueden ser mitigados a través de coberturas de moneda, niveles de apalancamiento, niveles de cobertura de la deuda, cobertura de tasa fija, asilamiento legal a través de fideicomisos y verificaciones de expertos técnicos.

El punto clave está en asignarlos de la manera adecuada para evitar impactos negativos en el proyecto. Así, de acuerdo con Tejerina (2014), hay algunos riesgos que necesitan mitigación, otros requieren investigación y otros que demandan monitorización. A los primeros se les aplican planes de actuación correctivos, a los segundos, planes de actuación preventivos, y, a los últimos, planes de actuación detectivos. Los criterios expuestos por Tejerina para asignar los riesgos son principalmente la predictibilidad de la demanda; la necesidad de tarifas socialmente eficientes; capacidades de ingeniería y de gestión; predictibilidad del flujo de caja del proyecto; inflación; capacidad de gestionar el riesgo y controlarlo; capacidad de trasladarlo a precios razonables.

A continuación se expone una matriz elaborada por Tejerina (2014), en la que es posible verificar no solo las ventajas de la asignación de riesgos en el esquema de APP frente a la obra pública tradicional sino, la distribución de los riesgos bajo APP.

	OBRA PÚBLICA	APPS
Proyecto Ejecutivo / Ingeniería		
Contingencias Ingeniería		
Construcción		
Operación y Mantenimiento		
Riesgo de Ingreso / Tráfico / Demanda		
Riesgo Ambiental		
Riesgo de Financiamiento		

 Privado
  Compartido
  Público

Dicho esquema es muestra de las ventajas que conlleva el esquema de APP pues no solo releva de algunos riesgos al sector público sino que ambos sectores comparten riesgos y ello implica que pueden gestionarlos de tal manera que el proyecto resulte satisfactorio para ambas partes. La propuesta hecha por Tejerina (2014) en relación con la asignación de riesgos es que se debe asignar el riesgo de variación de precios al Estado y establecer mecanismos de ajustes al PPO en caso este sea factor de competencia, debiendo estar preestablecidos contractualmente.

iii) Nivel de servicio y estándares de calidad vs. retorno a la inversión

La sociedad operadora percibirá una retribución mensual denominada retribución por el servicio (RPS). “El monto de esta incluye lo siguiente: a) Los costos de inversión en infraestructura, que equivalen a la *Retribución por Inversión en Infraestructura (RPI-I)*. Es el pago periódico que hacen los asegurados de ESSALUD permite la recuperación de la inversión en infraestructura, llámese las edificaciones de los hospitales o los almacenes. b) Los costos de inversión en equipamiento que equivale a la *Retribución por Inversión en Equipamiento (RPI-E)*. Los hospitales, la torre de consultorios y los sistemas logísticos necesitan de equipos, los cuales son inversiones del operador, que se recuperan mediante un pago periódico. c) Conceptos *Retribución por Operaciones (RPO)*. d) Los costos de operación asistencial, que equivalen a la *Retribución por Operación Asistencial (RPOA)*. Los hospitales, como la torre de consultorios necesitan de médicos, enfermeras que con otros costos llegan a ser los costos de la operación asistencial. e) Los costos de operación y mantenimiento administrativos, que equivalen a la *Retribución por Mantenimiento y Operación (RPMO)*” (Bravo Orellana, Pontificia Universidad Católica del Perú, 2013, págs. 139-140).

“ESSALUD en coordinación con la sociedad operadora constituirán un fidecomiso, el cual se denominará *Fidecomiso de Administración y Garantía* y debe estar constituido a más tardar en la fecha de inicio del periodo de inversión. A este fidecomiso se destinarán los pagos del RPS. El elemento principal de las estructuraciones de financiamiento de proyectos realizadas por ESSALUD es que los recursos financieros necesarios de las cobranzas a los asegurados se iban—con un amplio factor de cobertura— a las cuentas de un fidecomiso, que luego distribuía estos entre todas las obligaciones detalladas en el acápite anterior y según las prelación que se concordó en el contrato” (Bravo Orellana, Pontificia Universidad Católica del Perú, 2013, pág. 140).

Ferreyros (2013) sostiene que uno de los puntos clave del esquema del Perú es la separación de la retribución por inversión y la retribución por mantenimiento y operación, lo cual ha facilitado el financiamiento pues se logra además separar los riesgos en cada etapa de tal manera que los riesgos de la fase de operación y mantenimiento, no condicionen el retorno a la inversión de la infraestructura en la etapa de construcción.

La Ley establece que los niveles de servicio deberán estipularse dentro de los contratos. Es por esto que en los contratos de APP peruanos hay todo un capítulo dedicado a los niveles de servicio (Bravo Orellana, Pontificia Universidad Católica del Perú, 2013, pág. 7). Así, el Decreto Legislativo 1012 de 2008 establece que las entidades públicas identificarán los niveles de servicio que se busca alcanzar, a partir de un diagnóstico sobre la situación actual, señalando su importancia en las prioridades nacionales, sectoriales, regionales y locales, según sea el caso, en el marco de las cuales desarrollan los proyectos de inversión. Decreto legislativo 1012 de 2008.

Dentro de lo que debe incluirse en los contratos de APP se encuentran los compromisos firmes. Estas son las obligaciones a cargo del Estado de pagar al privado una contraprestación por la realización de los actos previstos en el contrato de APP, destinados a la ejecución de proyectos de infraestructura y/o servicios públicos que cumplan con los parámetros asociados a la inversión y con los niveles de servicio por parte del privado establecidos en el contrato (Decreto Legislativo 1012).

En Perú, la relación entre los niveles de servicio y el retorno de la inversión depende de la efectividad de la prestación del servicio, el cual debe ser prestado efectivamente so pena de recibir multas pecuniarias y descuentos en los pagos. Hinojosa (2013), sostiene que dentro de todos los contratos se estipulan mecanismos de pago basados en disponibilidad, y uso por el servicio, así como la presencia de deducciones en casos de incumplimientos del nivel de servicios pactados genera incentivos a la reducción de costos, a la eficiencia y a generar valor por dinero.

La meta en caso de los hospitales es que desde el momento en que se solicita un servicio por parte de un usuario hasta que se le asigne una cita solo pueden pasar cinco días. Si por alguna razón transcurren más de cinco días para la asignación de una cita, el privado va a ser multado por la prestación no efectiva del servicio y no alcanzar el nivel de servicio estipulado en el contrato. El estímulo para los privados prestadores de los servicios es no ser multados pecuniariamente por no alcanzar el nivel de servicio deseado (Bravo Orellana, Pontificia Universidad Católica del Perú, 2013, pág. 7).

Lo anterior quiere decir que el sector público paga al sector privado por resultados, es decir, en función de la disponibilidad de la infraestructura y desempeño de servicio contratado –

niveles de servicio en limpieza, recepción, restauración, entre otras variables–, dependiendo de las características de cada proyecto la prestación del servicio. Decreto legislativo 1012.

Dado que en Perú se contempla la posibilidad de que el proyecto incluya la completa operación del hospital incluidos servicios clínicos y servicios complementarios, la remuneración es un aspecto crucial. Tal y como sostiene Ferreyros (2013), la remuneración del privado está dividida de acuerdo con las etapas claves del proyecto, es decir, la remuneración varía dependiendo si el proyecto está en fase de construcción o de operación. De acuerdo con The Global Health Group (2014), en la etapa de construcción o de inversión de la infraestructura, el gobierno efectúa un pago mensual por un determinado tiempo (RPI-I). El esquema también contempla una retribución mensual por inversiones en los equipos e incluso se establece cómo se efectuará el reemplazo de los equipos médicos tras determinado periodo (RPI-E). Por último, para la etapa de operación se establece un pago per cápita cubriendo determinado número de pacientes asegurados y se diferencia la retribución por asistencia clínica de la retribución por mantenimiento y operación diferente a la asistencia clínica, incluso se diferencian retribuciones por asistencia de urgencias de retribución por consulta externa.

Sin embargo, frente a este punto resulta clave analizar qué se entiende por los niveles de desempeño, o bien, cómo han sido estructurados o definidos estos parámetros de niveles de servicio y estándares de calidad dentro de los contratos de APP. La identificación y definición de estos indicadores de desempeño es quizás el reto más importante no solo porque su incumplimiento implicará un no pago o una deducción en la retribución del privado sino porque es lo que garantizará que los pacientes no sufran consecuencias negativas.

De acuerdo con The Global Health Group (2014), en las APP de Perú el privado es responsable de proveer servicio a los pacientes durante 24 horas al día y por los 365 días del año de manera ininterrumpida, debe cumplir con las políticas generales de ESSALUD y debe crear un plan interno para evaluar su desempeño, el cual debe ser aprobado previamente por ESSALUD. Algunos de los indicadores específicos que han sido utilizados son (i) la calidad de los servicios médicos, evaluado por los mismos pacientes y debe cumplir con una satisfacción del 90%; (ii) reducir la mortandad por cáncer de mama, efectuado mediante la detección temprana, para lo cual debe enviar un reporte mensual y cumplir con que al menos el 60% de las mujeres con más de 40 años que tengan cáncer reciban un diagnóstico

temprano; y (iii) administración de los medicamentos de tal manera que el reporte mensual que debe enviar incluya un logro de entrega del 99% de las prescripciones.

C. El modelo de Chile

i) Antecedentes y principales características del esquema

De acuerdo con un artículo publicado por KPMG (2014), Chile es una de las economías más prósperas de la región, se destaca por el crecimiento más rápido que la media y su gasto en infraestructura como un porcentaje del Producto Interno Bruto de alrededor del 5%. Dicho artículo señala que para que dicha prosperidad continúe, el país debe adelantarse con las APP para satisfacer las necesidades de sus compañías y ciudadanos pero no solo a través de infraestructura productiva, sino a través de proyectos tales como hospitales y prisiones. Dentro de este contexto de economías emergentes de Latinoamérica surgió el esquema de concesiones.

El sistema de concesiones chileno se implementó en la década de los 90 para enfrentar el déficit de infraestructura que tenía el país pues este problema no podía ser superado únicamente con recursos públicos. Así, se implementó con el fin de vincular al sector privado no solo para que los privados se encarguen de la financiación de las obras públicas, sino con el fin de aumentar la eficiencia en la gestión de las obras y de la inversión. El sistema de concesiones chileno ha sido tremendamente exitoso, quizás uno de los con mejores resultados en Latinoamérica, basta señalar a este respecto que hasta al año 2010 se han adjudicado 67 proyectos por una inversión aproximada de US\$11.700 millones. La Administración del presidente Sebastián Piñera, que asumió el 11 de marzo de 2010, comprometió una inversión de US\$8.000 millones, vía concesión de obra pública, durante su período hasta 2014 (Ibarra Coronado, 2011).

De acuerdo con Ibarra Coronado (2011), a diferencia de lo que se entiende por concesión en otros países, en Chile se denomina concesión todo proyecto de participación público-privada, realizado en el marco de la Ley de Concesiones, independientemente de si su fuente de pago es total o parcialmente privada o pública. La concesión de obra pública es una de las modalidades en que se manifiesta la asociación público - privada en Chile. Mediante esta figura el Estado encarga a un privado la ejecución, conservación o reparación de una obra pública fiscal a cambio del derecho a explotarla en los términos estipulados en el respectivo contrato de concesión.

En el esquema de Chile, existen APP tanto de iniciativa pública como de iniciativa privada. De acuerdo a lo dispuesto en el Artículo 2º inciso 2º y siguientes del DS MOP N° 900 de

1996 (Reglamento de Concesiones), “las personas naturales o jurídicas podrán postular ante el Ministerio de Obras Públicas la ejecución, reparación o conservación de obras públicas, a cambio de su explotación, mediante el sistema de concesión, siempre que la obra no esté, al momento de la presentación, siendo estudiada por el Ministerio de Obras Públicas para ser ejecutada mediante este mismo sistema.”

Tal como lo señala Toro Cepeda (2009), el Sistema de Concesiones chileno, incluye los siguientes tipos de proyectos, desde la perspectiva de su fuente de pago:

- a) Proyectos cuya fuente de pago proviene íntegramente de sus usuarios.
- b) Proyectos cuya fuente de pago proviene de sus usuarios y de presupuesto público diferido en el tiempo.
- c) Proyectos cuya fuente de pago proviene íntegramente del presupuesto público diferido en el tiempo.

Tras la implementación de este sistema, fue posible impulsar una gran cantidad de proyectos que han permitido el desarrollo de este país. Al principio, el sistema era utilizado únicamente para proyectos de infraestructura productiva como carreteras, aeropuertos e infraestructura urbana, dejando de lado los proyectos relacionados con infraestructura social como cárceles y hospitales. Sin embargo, tras la década de los 90, el gobierno empezó a darle importancia al sector salud y buscó formas para mejorar la prestación del servicio de salud.

Según The Global Health Group (2014), en el 2005 el gobierno chileno efectuó una reforma que pretendía conceder cubrimiento universal en salud a toda su población. Este proyecto es conocido como Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE) y define unos paquetes de prestaciones mínimas para Fonasa (asegurador público) y para Isapres (asegurador privado). Esto quiere decir que el esquema de salud chileno también prevé un asegurador privado y uno público como sucede en Colombia y Perú.

En el año 2004 se dio inicio a la primera APP en el sector salud para el Complejo Hospitalario Salvador, el cual fue reemplazado en el 2006 por los proyectos en Maipú y La Florida. En estos proyectos se vinculó al sector privado para el diseño, construcción, provisión y montaje del equipamiento industrial, mantenimiento de la infraestructura y prestación de servicios no clínicos de apoyo para los dos hospitales de mediana complejidad

ubicados en las comunas de Maipú y La Florida ubicados en la Región Metropolitana de Santiago. El diseño, provisión, montaje y mantenimiento del equipamiento clínico, así como los servicios clínicos, serán de exclusiva responsabilidad del Ministerio de Salud del Gobierno de Chile (Bravo Orellana, 2013).

La construcción de ambos hospitales se terminó en 2013 y su inauguración se efectuó en ese mismo año. Otro de los proyectos bajo el esquema de APP es un hospital en Antofagasta, el cual se licitó a finales de 2012 y en este fue posible corregir los errores cometidos en los proyectos de Maipú y La Florida. Los tres hospitales se encuentran bajo el esquema de DCOT (Diseñar, Construir, Operar y Transferir). Es decir, el privado está encargado del mantenimiento de la infraestructura del hospital y de servicios no clínicos como lavandería, seguridad, limpieza. En los primeros dos hospitales se excluyeron de los contratos los equipos médicos e informáticos, pero tras la licitación de Antofagasta se incluyeron dada la inevitable relación con la operación.

De acuerdo con Toro Cepeda (2010), en desarrollo de los programas hospitalarios de Maipú y la Florida se hizo una inversión de USD\$243 millones, se construyeron dos hospitales de mediana complejidad, cada uno con una superficie de 60.00m² y 360-380 camas. Los servicios asociados a la infraestructura y equipos son: (i) diseño, construcción y mantención de la infraestructura; (ii) provisión y mantención de equipamiento industrial; y (iii) provisión y mantención de mobiliario no clínico. En cuanto a los servicios de apoyo no clínico, se incluyeron los siguientes: (i) aseo y limpieza general, manejo de residuos sólidos y control sanitario de vectores; (ii) gestión de ropería y vestidores; y (iii) alimentación de pacientes y funcionarios. Además, el proyecto contaba con la prestación de algunos servicios especiales tales como cafetería, seguridad y vigilancia, estacionamientos de vehículos, y jardín infantil. Por último, el 2% de la superficie se utilizó para alimentación del público en general y áreas multiservicios.

El régimen económico de dicho proyecto se puede sintetizar en los siguientes puntos clave: (i) el Estado, a través del Ministerio de Salud, otorgó subsidios fijos a la construcción (SFC) y a la operación (SFO), para el primero se establecieron pagos anuales por 8 años, y para el segundo, pagos semestrales a 30 semestres³⁰; (ii) el plazo de la concesión se fijó en 18 años;

³⁰ En aquellos proyectos que no son autofinanciables en el periodo de concesión solo con el cobro de tarifas a los usuarios, ha sido necesario que el Estado concurra con aportes del presupuesto público para el financiamiento de las obras. Este aporte no excede del 30% de la inversión requerida, es decir, el privado debe proveer el 70% restante. Para su pago se fijan cuotas y así el Estado se asegura de que está pagando por una obra

(iii) se estableció un pago variable por día por cama adicional a aquel número establecido en el contrato; (iv) se incluyó un régimen de compensaciones por sobredemanda de cama; y (v) el privado recibirá los ingresos comerciales por la explotación de servicios comerciales y servicios no obligatorios del contrato. Sobre los pagos de los subsidios es importante mencionar que el pago del SFC se inició una vez terminada la construcción y aprobada la puesta en servicio definitiva de las obras. Por otro lado, el pago del SFO, comenzó una vez aprobada la puesta en servicio definitiva de las obras y se encuentra supeditado al cumplimiento del nivel de servicios establecido en las bases de licitación (Ministerio de Salud & Ministerio de Obras Públicas, 2008).

Según lo expuesto por Ferreyros (2013), el éxito del esquema chileno se debe a un adecuado marco institucional dentro del cual se destacan las siguientes características: El Ministerio de Obras Públicas centraliza la ejecución y promoción de las obras; los contratos tienen una clara y justa distribución de riesgos; se exigen pólizas de responsabilidad sobre los activos de la concesión; la institucionalidad y mecanismos de control imponen al sistema equilibrios y contrapesos; los bancos, compañías de seguros y fondos de inversión pueden participar en el financiamiento de estas concesiones.

Es necesario mencionar que los proyectos de APP en Chile han vinculado al sector privado “para el diseño, construcción, provisión y montaje del equipamiento industrial, mantenimiento de la infraestructura y prestación de servicios no clínicos de apoyo” (Bravo Orellana, Pontificia Universidad Católica del Perú, 2013, pág. 125). Lo anterior implica que los servicios clínicos están excluidos de las responsabilidades que debe asumir el privado del proyecto. Este esquema corresponde al modelo “bata gris-verde” mencionado anteriormente, bajo el cual se celebra el contrato de APP para la construcción de obra pública y para la explotación u operación de servicios no sanitarios como hoteleros, de logística, limpieza, entre otros.

Tal como señalan Alonso, Pinto, Astorga & Freddi (2014), el sistema chileno no contempla la implementación del esquema “bata blanca” sino que se inclina más por el modelo “bata gris” e incluye el diseño, construcción, operación y mantenimiento de la infraestructura, provisión de mobiliario no clínico, gestión de lavandería, alimentación de pacientes, cafeterías, seguridad y vigilancia, entre otros.

en funcionamiento. (Toro Cepeda, Programa para el Impulso de Asociaciones Público-Privadas en Estados Mexicanos , 2010, pág. 54)

ii) Análisis de distribución de riesgos

Como se mencionó anteriormente, existen proyectos que pueden financiarse únicamente con recursos privados y a través del cobro de tarifas a los usuarios de las obras y, por ello, no se compromete el presupuesto público y los proyectos pasan directamente a la etapa de inversión. Sin embargo, cuando la modalidad de ejecución requiere parcial o totalmente, recursos públicos, se debe demostrar la conveniencia de ejecutar el proyecto con la intervención del sector privado. En este último caso, cobra gran importancia el concepto de Valor por Dinero, mencionado en capítulos anteriores.

La figura del Valor por Dinero se deriva de la comparación del costo del Proyecto Público de Referencia, o costo de provisión pública ajustado por riesgo, con el costo del Proyecto de APP, o costo de la provisión privada, ajustado por los ahorros estimados derivados de la eficiencia del sector privado en la administración de costos y riesgos.

Como sucede con los esquemas de APP de otros países, con el fin de minimizar los costos de mitigar los riesgos inherentes al proyecto, estos son asignados al agente que esté mejor preparado para afrontarlos. Los riesgos deben ser analizados en el ámbito financiero, institucional, de ingeniería, construcción, operación y mantenimiento del proyecto de concesión. En la gestión del riesgo se han establecido fases para identificarlos y controlarlos de una mejor manera, a saber: (i) identificar los potenciales peligros del proyecto y de actividades relacionadas al mismo; (ii) evaluar los riesgos asociados a los peligros; (iii) asignar el riesgo a la parte que esté en mejor capacidad para enfrentarlo; y (iv) evaluar la medida apropiada para mitigarlos.

Tipo de riesgo	Agente asignado
Etapa de Construcción	
Riesgo de diseño conceptual y planificación	Riesgo generalmente retenido por el Concedente, sin embargo a través de procesos de precalificación últimamente transfiriendo en mayor responsabilidad al Privado.
Riesgo de sobre costo y sobre-plazo en expropiaciones	Riesgo retenido por el Concedente, quien lo mitiga con una gestión temprana para tener disponible los terrenos, con una apropiada valorización previa de éstos y con plazos suficientes para entregarlos a la Sociedad Concesionaria.
Ingeniería y construcción	Generalmente este riesgo es transferido íntegramente a la Sociedad Concesionaria, la cual a su vez lo transfiere a las compañías Consultoras y Constructoras de Obras y Equipos. Asociado a este ítem se encuentran los riesgos asociados a topografía y geología del terreno, cambios de servicio, procesos constructivos y otros que pueden provocar sobre costos y sobre-plazos en la etapa de

Tipo de riesgo	Agente asignado
	construcción.
Etapas de Explotación	
Riesgos de tráfico e Ingresos	Riesgo generalmente compartido entre la Sociedad Concesionaria y el Concedente bajo un diseño de este último de garantías sustentadas en ingresos (garantía de ingresos mínimos). También es posible complementar estas garantías con mecanismos de cobertura de largo plazo como valor presente de los ingresos (MVPI), en el cual el plazo de la concesión es variable.
Operación y Mantenimiento	Riesgo asumido íntegramente por la Sociedad Concesionaria a través de su Empresa Operadora generalmente subcontratada. En este caso es fundamental determinar si no existirán acciones de terceros agentes públicos o privados que alteren la estimación de los costos de este ítem. De igual forma es necesario precisar los estándares y mecanismos de control.
Riesgo de tecnología	Riesgo tradicionalmente asumido por la Sociedad Concesionaria a través de su Empresa proveedora de tecnología, sin embargo la particularidad de nuestro caso, podría modificar significativamente la asignación de este riesgo, al existir permanentes innovaciones que incluso podrían modificar significativamente las acciones de los servicios involucrados en el CBC.
Riesgo de regulación y legislación	Riesgos retenidos por el Estado, donde la Sociedad Concesionaria asume la concesión con conocimiento de cómo el Estado regulará y bajo el régimen legal imperante.
Riesgo de fuerza mayor	Riesgo asumido por el Estado en los casos no asegurables.
Riesgos financieros	Riesgo compartido entre la Sociedad Concesionaria y el Estado generalmente este último incorpora instrumentos o garantías en los proyectos que tienen como objetivo facilitar el financiamiento con lo cual se reduce la necesidad de capital propio de la Concesionaria o la utilización de garantías corporativas.

**Fuente:* (Toro Cepeda, Banco Interamericano de Desarrollo, 2009, págs. 96-97)

Teniendo en cuenta lo anterior, el tipo de medida que se adoptará para mitigar o evitar el riesgo, dependerá del tipo de riesgo. De acuerdo con Toro Cepeda (2009), algunas de estas estrategias son: (i) reducir el riesgo, es decir, reducir directamente la probabilidad de ocurrencia de una falla, por ejemplo, contar con un buen estudio de demanda e ingresos minimiza la posibilidad de tener ingresos reales menores a los estimados; (ii) evadir el riesgo, por ejemplo, mediante estudios ambientales y del suelo para evitar realizar actividades en áreas con significación ambiental; (iii) mitigar el impacto mediante planes de contingencias de emergencias en caso de accidentes o contar con pólizas de seguros; y (iv) aceptar el riesgo, lo cual implica que la parte debe entender que el riesgo ya no puede ser reducido, evitado o mitigado y que emprender cualquier acción revestiría mayores costos.

iii) Nivel de servicio y estándares de calidad vs. retorno a la inversión

Alonso, Pinto, Astorga & Freddi (2014), señalan que al igual que el modelo peruano, en Chile se prevé un modelo de pago diferenciado. Esto quiere decir que el pago estará vinculado a cada etapa del proyecto, una remuneración vinculada a la inversión y otra relacionada con la operación del proyecto. The Global Health Group (2014), sostiene que la remuneración por la operación tiene componentes tanto fijos como variables. El componente fijo hace referencia a un pago por el costo de la operación, asumiendo un nivel mínimo de ocupación. El componente variable se relaciona con la actividad real o efectiva e incluye: (i) camas ocupadas; (ii) servicios adicionales; (iii) pagos extras por exceder los parámetros de desempeño dentro de un periodo de 6 meses; (iv) mayor ocupación; (v) por servicios de alimentación. Cabe resaltar que el gobierno no provee ningún pago por adelantado y empieza a pagar por los servicios una vez la construcción esté terminada y el hospital empiece su operación.

Es necesario mencionar que en el 2010 se expidió la Ley 20.410 mediante la cual se modificó la Ley de Concesiones y se introdujeron cambios importantes al modelo de concesión. De acuerdo con el Artículo 1 de dicha Ley, “las concesiones que se otorguen contemplarán la obligación del privado de cumplir, durante toda la vigencia de la concesión, con los niveles de servicio, estándares técnicos o ambos, establecidos en las respectivas bases de licitación, para las diferentes etapas y condiciones de la concesión.”

En el mismo sentido, el Artículo 29 de dicha Ley establece que “las bases de licitación deberán indicar explícitamente los niveles de servicio exigidos para la etapa de explotación, sus respectivos indicadores y las sanciones.” Lo anterior implica que el privado tendrá la obligación, de cumplir con los niveles de servicios o estándares técnicos y que ante un eventual incumplimiento procederán las sanciones correspondientes. Si bien este esquema no supedita los pagos al inversionista en razón del cumplimiento de los niveles y calidad de servicio, sí contempla la posibilidad de que el Ministerio de Obras Públicas imponga sanciones. Según Alonso, Pinto, Astorga & Freddi (2014), solamente en el modelo chileno la superación de los estándares fijados en los objetivos de desempeño supone un incentivo para el privado pues incrementa la cuantía de esta parte variable del canon anual.

Dado que el esquema chileno es un modelo “bata gris”, la identificación de los indicadores de desempeño implica una menor dificultad que aquellos modelos que incluyen “bata blanca” o incluso “bata gris-verde”. Por ejemplo, para los servicios de limpieza habrá que tener un mínimo de personas dependiendo del tamaño del hospital. En cuanto a la alimentación de los pacientes podrá fijarse en el contrato un mínimo de cantidad de comida por paciente atendido, cumplimiento en el horario fijado para alimentar a los pacientes. Igualmente para servicio de lavandería podrían fijarse estándares de satisfacción del paciente.

De acuerdo con The Global Health Group (2014), el contrato define una gran variedad de indicadores de desempeño que se pueden agrupar de la siguiente manera: (i) Entrega de los servicios, lo cual se refiere a la disponibilidad y calidad de los servicios definidos en el contrato³¹; y (ii) “*Never Events*”, que son eventos que no deberían ocurrir bajo ninguna circunstancia dentro de un hospital porque ponen en riesgo la vida e integridad de los pacientes.

Adicionalmente, el desempeño es evaluado a través de un sistema de puntuación (100 puntos) que mide el nivel de servicio y calidad en general, durante un periodo de 6 meses. En la medida en que el privado no cumple o incurre en algún retraso su puntuación ira disminuyendo y si, al final, obtiene una puntuación total de menos de 85 puntos, el Ministerio de Obras Públicas podrá imponer multas adicionales. Este sistema también es utilizado para determinar si el privado es elegido para recibir los bonos por exceder los niveles de servicio y cumplir a cabalidad o incluso de mejor manera la calidad señalada en el contrato.

El valor de las multas varía dependiendo de la gravedad del incumplimiento y deben ser pagadas al Ministerio de Obras Públicas dentro de los 30 días siguientes a la notificación de incumplimiento. Si el privado no efectúa dicho pago, el Ministerio puede obtener el respectivo pago de las garantías financieras que ha debido suscribir el privado.

Adicionalmente, el esquema chileno prevé que el Ministerio de Obras Públicas pueda modificar las características de las obras y/o servicios contratados con el fin de incrementar los niveles de servicio y técnicos establecidos en las bases de licitación o por razones de interés público debidamente fundadas. Como consecuencia de ello, se compensará

³¹ En el primer grupo se incluyen dos niveles, a saber: el nivel de inconformidad, es decir, cuando el privado no entrega el servicio bajo los estándares de calidad, y el nivel de incumplimiento, es decir, cuando el privado no puede corregir el error del nivel 1 dentro del tiempo otorgado para hacerlo o cuando el privado simplemente no cumple un servicio que no tiene periodo de corrección.

económicamente al privado, cuando corresponda, por los costos adicionales en que éste incurra.

En adición a lo anterior, el Artículo 30 bis establece que:

“Durante la vigencia del contrato de concesión, el Ministerio de Obras Públicas, a objeto de verificar la buena marcha de la concesión y el debido cumplimiento de las obligaciones del concesionario, podrá requerir de éste la entrega de la información de los subcontratos que haya celebrado para la ejecución de la obra y la prestación del servicio, e información cierta relativa a su contabilidad, gestión empresarial y sistemas de atención a usuarios.”

Así, es posible identificar uno de los aspectos más importantes de la ley de Chile, esto es, la facultad de modificación por parte del Ministerio de Obras Públicas con el fin de incrementar los niveles de servicio. Esto resulta crucial pues se garantiza el cubrimiento de las necesidades del interés público en la medida en que estas varíen durante el tiempo. Otro aspecto esencial de este esquema es que la asignación de riesgos se hace de tal manera que resulte más eficiente para el proyecto pues el riesgo es asumido por la parte que se encuentre en la mejor capacidad para reducirlo, evitarlo o mitigarlo.

III. Hacia la identificación de un modelo colombiano de APP social.

i) Antecedentes y principales características del esquema

Los proyectos de infraestructura en Colombia pueden estar regidos por la Ley 80 de 1993 (en adelante “Ley 80”) y la Ley 1150 de 2007 (en adelante “Ley 1150”), o por el régimen señalado en la Ley 1508 de 2012. Ello por cuanto si la inversión no supera los seis mil salarios mínimos legales mensuales vigentes, el proyecto no podrá ejecutarse a través de APP, sino que deberá desarrollarse bajo el régimen previsto en la Ley 80 y Ley 1150.

En el régimen contemplado en la Ley 80 y la Ley 1150, la retribución puede consistir en derechos, tarifas, tasas, valorización, o en la participación que se le otorgue al privado en la explotación del bien, o en una suma periódica, única o porcentual, entre otras posibilidades. En cambio, en el régimen de APP, la remuneración está condicionada a la disponibilidad de la infraestructura³², al cumplimiento de niveles de servicio, y estándares de calidad en las distintas etapas del proyecto. Lo anterior implica que dentro del contrato deben incluirse indicadores de calidad para medir el desempeño del contratista. Adicionalmente, bajo el régimen de concesiones se pagaba por obras mientras que bajo la ley de APP es posible pagar por los servicios que presta la infraestructura.

Las APP fueron introducidas en Colombia a través de la Ley 1508 de 2012, norma que en su Artículo 1 establece que las APP son “un instrumento de vinculación de capital privado, que se materializan en un contrato entre una entidad estatal y una persona natural o jurídica de derecho privado, para la provisión de bienes públicos y de sus servicios relacionados, que involucra la retención y transferencia de riesgos entre las partes y mecanismos de pago, relacionados con la disponibilidad y el nivel de servicio de la infraestructura y/o servicio.”

Las APP pueden ser utilizadas para todos los proyectos en los cuales las entidades del Estado encarguen a un inversionista privado el diseño y construcción de una infraestructura y sus servicios asociados, o su construcción, reparación, mejoramiento o equipamiento, actividades todas estas que deberán involucrar la operación y mantenimiento de dicha infraestructura. También pueden versar sobre infraestructura para la prestación de servicios públicos.

³² De acuerdo con el artículo 4 del Decreto 1467 de 2012, la infraestructura está disponible cuando está en uso y cumple con los niveles de servicio y los estándares de calidad establecidos en el respectivo contrato.

Las características principales de las APP son las siguientes:

- La retribución se establece en función de la disponibilidad y el nivel de servicio de la infraestructura o servicio objeto del contrato. Esto significa que el inversionista privado solo verá el retorno de su inversión en la medida en que cumpla con ciertos niveles de disponibilidad y de servicio. En este sentido, la utilidad del inversionista se deriva de su derecho de explotación de la infraestructura y puede provenir de tarifas que se cobren a usuarios o de pagos directamente realizados por la Administración.
- Los contratos para la ejecución de proyectos de APP pueden tener un plazo máximo de hasta treinta (30) años, incluidas las prórrogas que se llegaren a pactar.
- Se incentiva la participación y el cumplimiento de los inversionistas privados al establecer mecanismos para retribuir la correcta ejecución del proyecto.
- Las iniciativas privadas solo podrán requerir de recursos públicos hasta un 30% del valor estimado de inversión. En el caso de proyectos de infraestructura vial, se limita al 20% del valor estimado de inversión.
- A la terminación del contrato, se debe revertir la infraestructura a la Administración.
- No se requiere estar inscrito en el Registro Único de Proponentes – RUP para participar en la licitación bajo el esquema APP ni para proponer una APP de iniciativa privada.

La Ley 1508 de 2012 establece dos tipos de APP: aquellas que nacen de la iniciativa de entidades públicas y las que se originan por iniciativa privada. En los proyectos de iniciativa privada, el privado propone el diseño y construcción de una infraestructura y sus servicios asociados, o su construcción, reparación, mejoramiento o equipamiento así como la operación y mantenimiento de la infraestructura. Para ello, deberá estructurar el proyecto en dos etapas: (i) Pre factibilidad; y (ii) Factibilidad. En la etapa de pre factibilidad, el privado debe presentar los documentos preliminares del proyecto, entre los cuales se incluyen: estudios técnicos, legales, financieros y de mercado, entre otros.

En la etapa de factibilidad el originador debe desarrollar en un mayor grado de detalle los documentos entregados en la etapa de pre factibilidad. En general, deberán presentarse estudios de factibilidad técnica, económica, ambiental, predial, financiera y jurídica del proyecto, así como determinar el valor de los estudios detallando los costos. Además, como

parte de la justificación financiera deben identificarse, definirse y evaluarse los riesgos del proyecto (probabilidad e impacto), así como su estrategia de manejo, monitoreo y mitigación. El originador deberá adicionalmente, presentar una propuesta para la distribución de riesgos junto con una matriz de los mismos.

Dentro de las APP de iniciativa privada se incluyen APP de iniciativa privada que requieren desembolso de recursos públicos y proyectos de APP que no requieren desembolso de recursos públicos. Es importante mencionar que para el primer tipo de proyectos de APP, los recursos del Presupuesto General de la Nación, de las entidades territoriales o de otros fondos públicos, no podrán ser superiores al 20% del presupuesto estimado de inversión del proyecto (Art. 17, Ley 1508 de 2012). En todo caso, debe tenerse en cuenta que de acuerdo con el Artículo 18 de la Ley 1508 de 2012, las solicitudes de adiciones de recursos y el valor de las prórrogas en tiempo sumadas, no podrán superar el 20% de los desembolsos de los recursos públicos originalmente pactados.

Por otro lado, los proyectos APP de iniciativa pública, la entidad pública le encarga al inversionista privado el diseño y construcción de una infraestructura y sus servicios asociados, o su construcción, reparación, mejoramiento o equipamiento así como la operación y mantenimiento de la infraestructura. Estos proyectos revisten una importancia estratégica para las entidades públicas, por lo que, son las mismas entidades estatales las encargadas de estructurarlos, contratarlos y vigilar su ejecución. Una APP de iniciativa pública se diferencia de v.gr. un contrato de obra pública, no solo en la forma en que se estructura sino en otros aspectos del contrato, como la distribución de riesgos y la remuneración del contratista que – como vimos- se establece en función de la disponibilidad y el nivel de servicio de la infraestructura.

Tal como ocurre en el caso de las APP de iniciativa privada, para este caso la ley también impone la obligación a la Administración de estructurar estos proyectos en 2 fases, a saber: la Pre Factibilidad y la Factibilidad. Igualmente, el Artículo 13 de la Ley 1508 de 2012 señala que los contratos para la ejecución de proyectos de APP de iniciativa pública, las adiciones de recursos del Presupuesto General de la Nación, de las entidades territoriales o de otros fondos públicos al proyecto no podrán superar el 20% del valor del contrato originalmente pactado.

De acuerdo con el Departamento Nacional de Planeación (2014), la entidad pública debe tener un método para presentar, sustentar y analizar la idea del proyecto en cuestión y, para

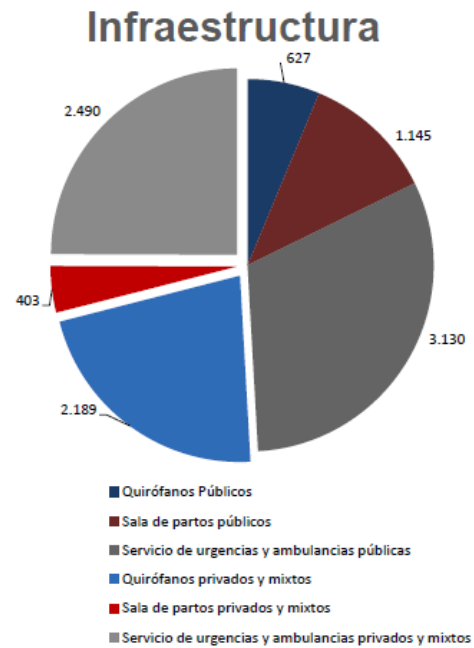
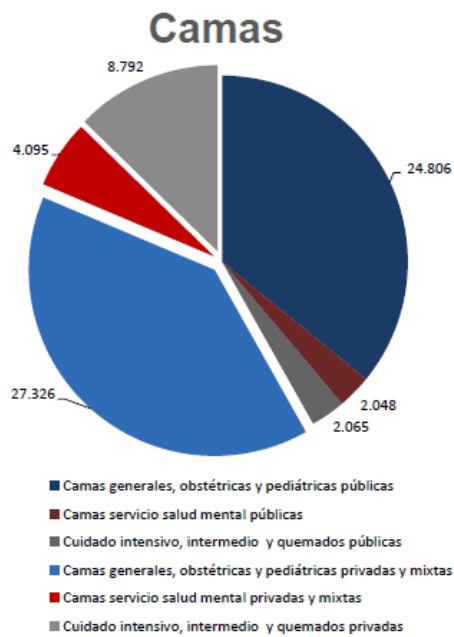
ello, recomienda el método de las cinco justificaciones, creado por el Reino Unido y utilizado con éxito por países como Canadá, Australia, Irlanda, entre otros. Las cinco justificaciones recomendadas, y que deben implementarse en todas las etapas del proyecto, son:

- (i) Justificación Estratégica - ¿El proyecto es necesario desde un punto de vista social y se alinea a las políticas públicas y prioridades del Gobierno?
- (ii) Justificación Económica - ¿El proyecto representa la mejor opción de proyecto y mejor ruta de contratación?
- (iii) Justificación Financiera - ¿El proyecto es viable financieramente?, ¿Lo podrá pagar la entidad pública en el tiempo con vigencias futuras de su presupuesto?
- (iv) Justificación Comercial - ¿El proyecto es bancable comercialmente?, en otras palabras, ¿el proyecto es suficientemente atractivo para atraer capital privado para su financiamiento?
- (v) Justificación Gerencial - ¿El proyecto es realizable con los recursos humanos y presupuestales?

En el tema del sector salud, The Global Health Group (2014) estimó que para el año 2012 Colombia gastaba 6.8% de su Producto Interno Bruto, aproximadamente US\$530 per cápita en servicios de salud. El gasto público para salud representaba un 75.8% del gasto público total. Como se mencionó en la Introducción, Colombia expidió la Ley 100 de 1993 con el fin de garantizar una cobertura universal. No obstante lo anterior, Colombia enfrenta un continuo problema en el sistema de salud como consecuencia de la corrupción y abuso de los recursos por parte de las EPS. Para ponerle fin a esta crisis, el gobierno ha expedido diferentes leyes³³ con el fin de incrementar la regulación, mejorar la asistencia médica e incrementar la cobertura, se han liquidado diferentes EPS y se han invertido billones de pesos con el fin de arreglar los hospitales.

Según el Departamento Nacional de Planeación (DNP) (2014, para el año 2013 Colombia contaba con la capacidad e infraestructura en temas relacionados con servicios de salud que se muestra a continuación:

³³ Ley 1438 de 2011, Ley 1122 de 2007 y la Ley 1751 2015 (Ley Estatutaria de Reforma a la Salud).



El Departamento Nacional de Planeación 2014 señala que 42% de la capacidad instalada de camas y el 49% de la capacidad instalada por quirófanos, salas de partos, urgencias y ambulancias son provistas por el sector público. A partir de estas cifras, la vinculación del capital privado podría ser una alternativa viable para lograr superar estos déficits en el sector salud.

The Global Health Group (2014), señala que el DNP tiene fuertes intereses en poner en marcha las APP para este sector pero hasta el momento, según Alonso, Pinto, Astorga Freddi & Corredera (2016), solo existe un proyecto de APP en salud que se encuentra todavía en fase de estudio. Por lo anterior, no es posible analizar ningún proyecto que pueda aportar experiencias positivas o negativas al respecto y, en esa medida, resulta necesario estudiar los modelos de otros países con el fin de identificar aspectos que permitan desarrollar las APP en este sector.

ii) Análisis de distribución de riesgos

De acuerdo con el Artículo 4 de la Ley 1150, “los pliegos de condiciones o sus equivalentes deberán incluir la estimación, tipificación y asignación de los riesgos previsibles involucrados en la contratación. En las licitaciones públicas, los pliegos de condiciones de las entidades estatales deberán señalar el momento en el que, con anterioridad a la presentación de las ofertas, los oferentes y la entidad revisarán la asignación de riesgos con el fin de establecer su distribución definitiva.”

En el mismo sentido, el Artículo 4 de la Ley 1508 de 2012, establece que los esquemas de APP se pueden utilizar cuando los estudios económicos o de análisis de costo beneficio, o los dictámenes comparativos, demuestren que son una modalidad eficiente o necesaria para su ejecución. En relación con los riesgos, dicho Artículo establece que los instrumentos deben contar con una eficiente asignación de riesgos, atribuyendo cada uno de ellos a la parte que esté en mejor capacidad de administrarlos, buscando mitigar el impacto que la ocurrencia de los mismos pueda generar sobre la disponibilidad de la infraestructura y la calidad del servicio.

En ese sentido, cabe resaltar que tanto para los proyectos de APP de iniciativa pública como para los de iniciativa privada, dentro de los requisitos exigidos por dicha Ley para abrir procesos de selección o para la estructuración de proyectos de agentes privados, se encuentra la necesidad de incluir una adecuada tipificación, estimación y asignación de los riesgos, posibles contingencias y la matriz de riesgos asociados al proyecto³⁴. Así, “los riesgos asignados serán aquellos que se definan en la estructuración del proyecto, entre otros, pero sin limitarse: (i) la ampliación del plazo inicial; (ii) la modificación del alcance del proyecto; (iii) el incremento de peajes y tarifas; y (iv) subcuentas y excedentes del patrimonio autónomo.

De acuerdo con el Capítulo VII del Decreto 1467 de 2012, la entidad estatal es la responsable de la tipificación, estimación y asignación de los riesgos que pueden generarse en los proyectos de APP. La entidad contratante deberá solicitar la aprobación de la valoración de obligaciones contingentes a su cargo ante el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

³⁴ Artículos 11 y 14 de la Ley 1158 de 2012

iii) Nivel de servicio y estándares de calidad vs. retorno a la inversión

En Colombia, de acuerdo con el Artículo 5 de la Ley 1508 de 2012, “el derecho al recaudo de recursos por la explotación económica del proyecto, a recibir desembolsos de recursos públicos o a cualquier otra retribución, en proyectos de asociación público privada, estará condicionado a la disponibilidad de la infraestructura, al cumplimiento de niveles de servicio, y estándares de calidad en las distintas etapas del proyecto, y los demás requisitos que determine el reglamento.” La infraestructura se entiende como disponible cuando está en uso y cumple con los niveles de servicio y los estándares de calidad establecidos en el respectivo contrato. Según el Decreto 1467 de 2012³⁵, por estándares de calidad debe entenderse las características mínimas inherentes al bien o al servicio objeto del contrato. En cuanto al nivel de servicio, dicho Decreto señala que este es la condición o exigencia que se establece para un indicador de gestión para definir el alcance y las características de los servicios que serán provistos.

Lo anterior quiere decir que solo en la medida en que la infraestructura esté disponible para su uso, y cumpla con los niveles de servicio y estándares de calidad establecidos en el contrato, el inversionista privado recibirá la remuneración. En el tema de infraestructura en salud, resulta clave identificar los indicadores de desempeño dada la sensibilidad que implica prestar servicios que involucran la vida e integridad de las personas. En Colombia, estos indicadores se conocen como Indicadores de Gestión y están definidos en el Artículo 2 del Decreto 1467 de 2012, según el cual son un “instrumento definido por la entidad estatal competente que permite medir el cumplimiento de los objetivos y vincular los resultados con la satisfacción de los mismos. El conjunto de indicadores deberá permitir contar con información suficiente para tomar decisiones informadas.”

Según el Artículo 6 de dicho Decreto, los niveles de servicio y estándares de calidad definidos en los contratos de APP deben responder a las características de cada proyecto, y ser: específicos, medibles, viables, pertinentes y oportunos (lo que se conoce en inglés como SMART: Specific, Measurable, Achievable, Realistic, Timely)³⁶. El Departamento Nacional de Planeación sugiere que dentro del contrato, deben incluirse como indicadores de gestión

³⁵ Dicho Decreto reglamenta la estructuración y ejecución de los proyectos de APP tanto de iniciativa privada como pública, contemplados en la Ley 1508 de 2012.

³⁶ Ver: “*A model of Output Specifications for Public-Private Partnership Projects.*” 2013.

las siguientes variables: disponibilidad de espacios, disponibilidad y calidad de alimentación, calidad en el aseo, mantenimiento de equipos, provisión de energía ininterrumpida, cumplimiento de condiciones para el tratamiento de residuos, entre otros.

Otro de los puntos esenciales dentro del esquema colombiano es que el Artículo 8 del Decreto 1467 de 2012 prevé la posibilidad de efectuar deducciones proporcionales sobre la remuneración del inversionista privado en escenarios de incumplimiento de los niveles de servicio y estándares de calidad³⁷. Sin embargo, para que dichas deducciones operen es necesario que estén expresamente incluidas en el contrato. Otro aspecto contemplado por este Artículo es que el contrato puede prever una especie de periodo de corrección, en virtud del cual no operará la deducción correspondiente en los eventos en que el privado restablezca dentro de ese término el parámetro que incumplió.

El Artículo 5 del mismo Decreto, señala que las partes pueden pactar una remuneración por etapas, previa aprobación del Ministerio u órgano cabeza del sector o quien haga sus veces a nivel territorial, siempre y cuando el proyecto se encuentre totalmente estructurado y cumpla con las siguientes condiciones:

- a) El proyecto haya sido estructurado en etapas contemplando unidades funcionales de infraestructura³⁸, cuya ejecución podría haberse realizado y contratado en forma independiente y autónoma, y la unidad que se va a remunerar esté disponible y cumpla con los niveles de servicio y estándares de calidad previstos para la misma.
- b) El monto del presupuesto estimado de inversión de cada unidad funcional de infraestructura sea igual a superior a ciento setenta y cinco mil salarios mínimos mensuales legales vigentes (175.000 SMLMV).

³⁷ Artículo 8 del Decreto 1467 de 2012. “Mecanismos de deducciones graduales por Niveles de Servicio y Estándares de Calidad. Los Niveles de Servicio y los Estándares de Calidad, estarán expresamente establecidos en el contrato, y podrán contemplar un esquema de gradualidad, en virtud del cual se efectuarán deducciones proporcionales sobre las retribuciones previstas. En los contratos podrá establecerse la posibilidad de no aplicar las deducciones a las que hace referencia el presente artículo, cuando el Nivel de Servicio y Estándar de Calidad afectado fuere restablecido a los parámetros contemplados en el contrato en el plazo definido para dicho efecto. Los valores a descontar estarán sujetos a mecanismos de actualización de la retribución. En todo caso, en el respectivo contrato deberá definirse claramente aquellos eventos constitutivos de incumplimiento del contrato como consecuencia de no alcanzar el nivel de servicio y estándar de calidad previsto para el efecto (...)”

³⁸ El Decreto 1467 de 2012 define las unidades funcionales de infraestructura como un “Conjunto de estructuras de ingeniería e instalaciones indispensables para la prestación de servicios con independencia funcional, la cual le permitirá funcionar y operar de forma individual cumpliendo estándares de calidad y niveles de servicio para tal unidad, relacionados con la satisfacción de la necesidad que sustenta la ejecución del Proyecto de Asociación Público Privada.”

iv) El modelo colombiano en comparación con los modelos de Reino Unido, Perú y Chile.

A continuación se expondrán brevemente las diferencias y similitudes del modelo colombiano con cada uno de los modelos expuestos a lo largo de este trabajo.

Diferencias y similitudes con el Reino Unido.

La similitud más importante entre el modelo colombiano y el modelo británico radica en que ambos prevén el concepto de Valor por Dinero en la contratación de los proyectos APP, situación que se ve reflejada en la justificación costo-beneficio que deben hacer las autoridades para sustentar la viabilidad de la APP en determinado proyecto. Sin embargo, el sistema del Reino Unido contempla la evaluación del Valor por Dinero a nivel programa, a nivel proyecto y a nivel de seguimiento y monitoreo. Este último aspecto resulta clave pues no solo se evalúa en el sector sino en el proyecto como tal.

Igualmente, en ambos países, la financiación de proyectos de infraestructura de servicios públicos empezó en el sector de la infraestructura productiva pero, dadas las circunstancias de déficit en la prestación de servicios como la salud, el esquema mutó para permitir el desarrollo de estos proyectos. Si bien en Colombia no se preveía la prestación de servicios, la Ley 1508 permitió que esto fuera implementado y se contempla no solo la construcción y diseño de la infraestructura, sino el mantenimiento y la provisión de servicios complementarios dentro de los contratos para así prevenir problemas a futuro.

Los dos modelos contemplan un límite en la duración del contrato, término después del cual, el inversionista privado debe devolver al Estado todo lo incluido en el contrato. Otro aspecto clave es que ambos modelos incluyen la identificación de riesgos ex ante para asignarlos a la parte que esté en mejor capacidad de gestionarlos y de mitigarlos o eliminarlos.

No obstante lo anterior, el punto esencial que ambos modelos comparten es la relación necesaria entre la remuneración del inversionista privado a la disponibilidad y calidad de los servicios. Esto quiere decir que la remuneración del privado estará supeditada no solo a que este último efectivamente preste el servicio, sino también a que el servicio cuente con los estándares de calidad establecidos en el contrato.

Dentro de este marco, los esquemas incluyen mecanismos de pago relacionados con disponibilidad de plazas y otros relacionados con la prestación completa del servicio. Cualquiera de estos estará ligado tanto a la disponibilidad como al cumplimiento de la calidad exigida dentro del contrato.

Sin embargo, el modelo colombiano carece de entidades como el NHS que estén encargadas de la promoción de proyectos de infraestructura social en salud y de su manejo y administración. La descentralización del Reino Unido genera diferentes facultades de contratación para las entidades regionales especializadas en diversos temas. Este es un punto que podría ser implementado en Colombia pues la experiencia de determinados organismos puede llegar a ser muy útil.

Otro aspecto esencial del modelo del Reino Unido es el grado de organización que existe no solo para evaluaciones del concepto de Valor por Dinero, sino en la valoración de los riesgos. La creación de metodologías como el *Optimism Bias* o el *OGC* son efectivas en la medida en que identifican de manera constante los diferentes costos y riesgos que pueden presentarse en estos proyectos. La posibilidad de que las entidades cuenten con fuentes que compilen experiencias previas e indiquen los diferentes factores de retrasos y sobrecostos ayuda a que estas evalúen de mejor manera y lleven a cabo con la planeación adecuada la asignación de riesgos.

Adicionalmente, el Reino Unido cuenta con una estandarización sobre las características técnicas mínimas que deben cumplirse dentro de cada sector, las tareas que deben desempeñarse y los resultados últimos que deben alcanzarse.

Diferencias y similitudes con Perú.

Tal y como sucede con el Reino Unido, Colombia y Perú también comparten la implementación del concepto de Valor por Dinero pues el proyecto será desarrollado y ejecutado a través de APP únicamente en la medida en que genere valor por dinero. En el mismo sentido, se prevén todas las fases de identificación, mitigación y gestión de los riesgos. Al igual que en Colombia, debe constituirse un patrimonio autónomo. En cuanto a la duración del contrato, en Perú también se prevé un límite. El modelo del Perú también exige un monto de capital mínimo para poder desarrollar el proyecto a través de APP, ello con el fin de evitar desgastes.

Una de las características con las que cuenta el modelo del Perú que podría ser implementada en el modelo colombiano es la posibilidad de separar la retribución o remuneración por inversión de la remuneración por mantenimiento y operación. Ello generaría beneficios para ambas partes pues por un lado, se dividen los riesgos de cada etapa y, por el otro, constituye un incentivo para el inversionista privado pues la remuneración de la primera etapa no estará supeditada a los resultados de la segunda etapa.

Como ocurre con el esquema del Reino Unido con NHS, en Perú existe una entidad encargada de estructurar y promocionar los proyectos de APP en salud, y esto es algo de lo que carece Colombia. Si bien Colombia cuenta con la Agencia Nacional de Infraestructura, esta entidad se enfoca únicamente en proyectos de infraestructura productiva y el sector salud necesita de la atención de una entidad que se dedique a esto. La concentración de esta tarea en una entidad que se encargue no solo de promocionar las APP en salud sino que consolide estadísticas y estandarice determinados documentos y mecanismos de distribución de riesgos sería muy importante para mejorar el sistema colombiano.

En Perú, al momento de la adjudicación del contrato, debe constituirse una sociedad de propósito especial que será la encargada de conseguir los fondos, contratar, supervisar y, en general, construir y operar para luego transferirla al Estado al finalizar la vigencia del contrato. La ventaja de este requisito resulta en un incentivo para los accionistas en la medida en que se protege su patrimonio ante potenciales riesgos del proyecto.

Adicionalmente, ambos esquemas prevén que la remuneración del privado esté ligada al cumplimiento de los estándares de calidad y la disponibilidad del servicio. Sin embargo, el punto clave del sistema peruano es que ante el incumplimiento por parte del privado no solo en la disponibilidad de los servicios sino en los estándares de calidad, se efectuarán descuentos de su remuneración y se impondrán multas. Como se mencionó anteriormente, en Colombia se realizan descuentos únicamente en la medida en que estén expresamente pactados en el contrato, y no se prevé la imposición de multas de manera automática.

Con respecto a las deducciones, la implementación de una política de deducciones dentro del contrato cobra gran importancia pues el privado estará enfocado en mantener la buena calidad para evitar que se le descuente de su remuneración. Para lograr esto de manera satisfactoria, es necesario que dentro del contrato se identifiquen de manera clara y expresa los eventos de

incumplimiento que generarían las deducciones y la proporción en que se efectuarían las mismas.

Otro aspecto fundamental del Perú, es el gran avance del sistema reflejado en la implementación del modelo de “bata blanca” en algunos de sus proyectos del sector salud. Este es quizás el aspecto más crucial pues implica que el privado esté a cargo de todas las etapas del proyecto e incluso preste servicios médicos que deberán ajustarse a los estándares de calidad y niveles de disponibilidad, lo cual generará interés por parte del privado durante todo el proyecto en la medida en que diseñará e implementará cada etapa pensando en la retribución de la siguiente. Lo relevante será entonces identificar cómo serán identificados los indicadores de desempeño en estos modelos que prevén la prestación completa del servicio.

Igualmente, el modelo de costos que ha sido utilizado en los contratos de APP es un gran aporte pues se incentiva a los inversionistas privados a disminuir sus costos para recibir mayores ingresos, sin descuidar la calidad y los estándares del servicio necesarios para que medie remuneración y se eviten sanciones y penalidades. Es necesario mencionar que una reducción de costos no implica necesariamente una afectación negativa del paciente pues una reducción de costos puede darse a través de programas de prevención que reduzcan la siniestralidad y, en esa medida, la población se mantiene sana y el inversionista reduce costos de tratamientos especializados.

La desventaja del modelo peruano radica en que, por ejemplo, dentro de un hospital puede haber diferentes inversionistas privados operando diferentes servicios. Esto puede generar mayores costos de gestión y administración e incluso derivar en ineficiencias graves para los usuarios. Esto podría ocurrir en Colombia si se llegara a implementar el modelo de APP “especializado” y se suscribiera un contrato para cada uno de los servicios necesarios dentro del hospital. En ese sentido, esto no es recomendable pues en últimas, el Estado deberá ejercer vigilancia y control sobre un sinnúmero de contratos y sociedades privadas y esto derivará en una gestión ineficiente.

Diferencias y similitudes con Chile.

Chile y Colombia comparten varios aspectos dentro de sus esquemas. El más relevante y que comparten todos los sistemas estudiados es el de la exigencia del Valor por Dinero. Adicionalmente, ambos prevén que la remuneración del privado este supeditada a la disponibilidad de los servicios y a la calidad de los mismos.

El sistema chileno también incluye la adecuada distribución de riesgos en virtud del cual la mayoría de los riesgos van a ser trasladados al privado. Si la aceptación de los múltiples riesgos por parte del privado se ve reflejada en su remuneración, esto releva al Estado no solo de lidiar con el riesgo mismo, sino que para el privado puede no ser tan costoso manejarlos o mitigarlos pues cuenta con la experiencia y la capacidad necesarias para hacerlo.

En la práctica, los proyectos de APP chilenos se han ejecutado con base en el modelo “bata gris”, es decir, excluyen la prestación de servicios clínicos. Adicionalmente, en Chile se incluyó la posibilidad de que el Ministerio de Obras Públicas modifique los términos del contrato con el fin de adecuarlo a nuevas necesidades y de incrementar los niveles de servicio y técnicos establecidos en la licitación. Esta posibilidad resulta beneficiosa para ambas partes del contrato, en la medida en que no solo se exigen estándares de calidad más altos, sino que en el evento en que esto genere costos adicionales al privado, ello le será compensado. En este mismo sentido, el Artículo 22 de la Ley 1508 de 2012 establece que los contratos para el desarrollo de APP incluirán las cláusulas excepcionales, tales como la de caducidad, modificación unilateral, terminación unilateral y demás.

Adicionalmente, un aspecto clave del esquema de APP chileno, es que no solo vincula la remuneración del privado al cumplimiento de los niveles de desempeño, sino que genera un incentivo adicional al prever la posibilidad de que si los niveles de desempeño son superados, el privado recibirá una remuneración adicional. En suma, este modelo establece: (i) imposición de multas si el privado incumple con los niveles de desempeño; y (ii) remuneración adicional si los niveles de desempeño son superados.

IV. Propuestas para la distribución de riesgos, medición de niveles de desempeño y remuneración del inversionista privado en una APP para la infraestructura en Salud en Colombia.

El contrato de APP debe incluir tres aspectos fundamentales, a saber: (i) la tarifa por el servicio público; (ii) las características técnicas que debe poseer la infraestructura; (iii) los índices de servicio de operación que regulan los aspectos bajo los cuales el privado debe prestar el servicio; y (iv) el régimen de distribución de riesgos, incluyendo las garantías. Por ello, a continuación exponemos algunas propuestas sobre la distribución de riesgos que debe plasmarse en los contratos, los mecanismos para medir los niveles de servicio y la remuneración del privado.

i) Distribución de riesgos.

Es importante mencionar que el régimen de APP no pretende que haya una transferencia de la totalidad de los riesgos por parte de la entidad pública contratante al inversionista privado pues hay ciertas responsabilidades que deben permanecer en cabeza del Estado. Sin embargo, a través del contrato es posible que el número de riesgos retenidos por el Estado sea menor. Las estipulaciones contractuales variarán dependiendo del tipo de modelo escogido, es decir, si el proyecto se desarrollará mediante “bata gris”, “bata gris-verde” o “bata blanca”. En ese sentido, entre más complejo sea el modelo, el número de riesgos aumentará y, por lo tanto, las partes deberán efectuar una asignación de riesgos más rigurosa y exigente.

Por otro lado, el contrato deberá establecer qué etapas estarán a cargo del privado, es decir, las prestaciones deben estar definidas en este dependiendo si adoptará modelo “bata gris”, “bata gris-verde” o “bata blanca” y ello debe ser fiel reflejo de las prioridades del Estado frente a cada proyecto en particular. Los riesgos que estarán en cabeza del privado son aquellos que se encuentran temporalmente más cercanos al inicio y puesta en funcionamiento del proyecto, es decir, las etapas de diseño y construcción deberán correr por cuenta del inversionista privado. En este caso, los sobrecostos no previstos por el privado al momento de celebrar el contrato, deberán ser asumidos por este.

En cuanto a los riesgos de operación y mantenimiento, es necesario resaltar que, si bien estos se encuentran en cabeza del privado, el Estado no puede relevarse de su obligación de control con el pretexto de que la otra parte es la encargada. El Estado debe cumplir las funciones de vigilancia y control a través de las entidades públicas, como la Contraloría General de la

Nación pues como se mencionó anteriormente, en Colombia existe la posibilidad de que la financiación inicial incluya dinero del Estado. La entidad contratante debe evaluar todos los riesgos que podrían existir dentro de un proyecto, evaluando si el proyecto involucrará o no la prestación de servicios clínicos pues en el primer caso, los riesgos asociados al proyecto pueden ser más altos. Si bien los proyectos de APP para infraestructura productiva y los de infraestructura social comparten muchos de los riesgos, el sector salud comporta mayores desafíos en la estructuración de riesgos por el hecho de que involucra la vida e integridad de seres humanos.

Por lo anterior, en el evento en que se opte por el modelo “bata blanca” el inversionista privado, que ha de contar con la experiencia necesaria para desarrollar este tipo de proyectos, deberá asumir no solo los riesgos de costos, sino los riesgos de tecnología (asociados con los equipos médicos), reclamos por parte de los pacientes, variaciones en las pólizas de seguro, fallas en el servicio, fallas en los servicios públicos, falta de mano de obra (médicos y enfermeros). Lo mismo sucederá para los casos en los que se adopte el modelo “bata gris-verde”, en los que el privado asumirá las fallas de construcción, los retrasos en la provisión de los servicios complementarios, fallas en el cumplimiento de los estándares de calidad, entre otros.

Una parte esencial de la asignación de riesgos es la incorporación de mecanismos que permitan mitigarlos. Estos mecanismos pueden incluir: (i) la constitución de un patrimonio autónomo para el manejo del flujo de dinero; (ii) la exigencia de pólizas de acuerdo con lo establecido en el Decreto 1082 del 2015; (iii) la inclusión de cláusulas de indemnidad dentro del contrato estatal; y (iv) la exigencia de garantías bancarias. En ese sentido, si la entidad estatal escoge el modelo “bata blanca” es recomendable que esta exija a los inversionistas el otorgamiento de las garantías mencionadas, en conjunto con otro tipo de medidas. Dichas medidas pueden implicar la inclusión de cláusulas en las que se estipule la capacitación constante del personal que presta servicios médicos a cargo del inversionista privado, la terminación del contrato por parte de la entidad ante una tasa de mortalidad elevada o por índices elevados de quejas o demandas por malas prácticas, la realización de auditorías constantes por parte de la entidad.

ii) Medición de niveles de desempeño.

Según Alonso, Pinto, Astorga & Freddi (2014), “los contratos consideran un conjunto de indicadores de supervisión que incluyen los siguientes ámbitos: (i) de satisfacción del usuario y del servicio; (ii) de calidad, lo cual se traduce en la oportunidad de la atención y en la seguridad del paciente; (iii) de resultados, lo cual incluye: complicaciones del embarazo, mortalidad por cáncer; cobertura de cáncer prioritario; complicaciones por diabetes mellitus e hipertensión arterial o población protegida.” Teniendo en cuenta lo anterior, se debe incluir dentro del contrato cómo se evaluarán los niveles de desempeño y cómo se efectuará la remuneración. Para ello, se propone que, tras la identificación sobre el modelo será utilizado en el proyecto la entidad establezca los parámetros de desempeño o indicadores de gestión. Si el proyecto pretende la provisión de la infraestructura y de servicios no clínicos, deberán identificarse estándares para cada uno de los servicios. Así, si se trata de la limpieza, podrán identificarse aspectos como número de personas a cargo de la limpieza dependiendo del tamaño del hospital, si habrá un encargado general por piso o por sector, encuestas al interior de los baños o tomas de muestras aleatorias en diferentes horas para evaluar el nivel de limpieza.

En cuanto a la alimentación de los pacientes, pueden establecerse requisitos mínimos nutricionales, requisitos de idoneidad de los proveedores de alimentos, encuestas de satisfacción tras cada comida, mínimos de cantidad. En cuanto al servicio de lavandería podría establecerse una relación entre libras de ropas de cama, en proporción con el número de pacientes hospitalizados. El servicio de parqueadero podría incluir una relación entre número de parqueaderos disponibles en relación con el flujo de pacientes. Igualmente, el servicio de seguridad podría estar atado al número de cámaras de monitoreo disponibles por piso o sección, y un número mínimo de personal de seguridad dependiendo el tamaño y las áreas que incluya el hospital (por ejemplo, si el hospital prevé un área de atención psiquiátrica deberá tener un mayor número de personal de seguridad, lo mismo sucederá con el área de pediatría por el especial cuidado que esto requiere) e incluso el número de personal de seguridad disponible podrá establecerse teniendo en cuenta la ubicación del hospital.

El aspecto más crítico se encuentra en la identificación de niveles de disponibilidad y calidad del servicio cuando el modelo es “bata blanca” pues es el que implica mayores riesgos para los pacientes. Así las cosas, el contrato deberá incluir qué tipos de servicios médicos prestará el hospital, es decir, si serán servicios de atención ambulatoria o si se harán procedimientos

especializados, etc. Adicionalmente, en términos de disponibilidad, pueden establecerse mínimos de disponibilidad de camas y habitaciones en relación con el número de pacientes que acudan al hospital. Asimismo, deberán incluirse especificaciones sobre máximos de tiempos de atención entre la llamada a solicitar una cita médica y el día en que tenga la cita, tiempos máximos de atención entre la llegada al área de urgencias y la efectiva atención.

Otro aspecto clave será el número de médicos disponibles en relación con el número de pacientes e incluso el número de médicos disponibles en relación con los siniestros (por ejemplo, si existe un número alto en la atención de partos, pues tendrá que haber un mayor número de médicos obstetras en la sala de urgencias). Sobre este punto, es necesario mencionar que el contrato no debe incluir solo un número de médicos sino un mínimo de requisitos de idoneidad en la selección del personal médico y de enfermería. Para ello, se pueden incluir obligaciones de capacitaciones mínimas anuales/mensuales para los médicos y enfermeros. En ese mismo sentido, establecer un número mínimo de salas o espacios físicos disponibles para atender los diferentes siniestros resulta esencial. Igualmente, podrán establecerse los horarios de atención de los laboratorios y un mínimo de pacientes a atender dentro de dichos horarios.

En el caso de los equipos médicos, es importante incluir métodos que permitan que el riesgo de obsolescencia sea mínimo, es decir, que el privado debe estar en constante mejora de los equipos. Adicionalmente, deben incluirse porcentajes de ocupación y uso de las máquinas pues si de acuerdo con estudios y estadísticas previas, el hospital tiene equipos que no son utilizados, el dinero invertido en estos y en su mantenimiento podría redireccionarse a otros procedimientos que requieran mayor inversión y atención dentro del hospital.

Para poder lograr las metas y objetivos en los niveles de disponibilidad y calidad de los servicios descritos anteriormente, el inversionista privado y la entidad contratante deberán cumplir con tres aspectos fundamentales. El primer aspecto está enfocado a la adopción de manuales de procedimiento o políticas internas por parte del inversionista, que deben ser aprobadas previamente por el Ministerio de Salud, o las secretarías de salud locales. El segundo, hace referencia a los procedimientos de auditorías tanto internas como externas, que evalúen el efectivo cumplimiento de las políticas tanto en el corto como en el largo plazo. El tercero, implica un compromiso fuerte, tanto por parte del privado como de la entidad, en la adopción de sistemas de investigación, reporte y análisis que arrojen de manera permanente estadísticas sólidas sobre cada uno de los requisitos de niveles de disponibilidad y calidad del

servicio. Esto hace referencia no solo a estadísticas a nivel proyecto, sino que el objetivo ha de implicar también la comparación del proyecto con otros proyectos similares.

Frente a lo anterior, el modelo de monitoreo semestral y de puntuación de los niveles de servicio adoptado por Chile, ofrece grandes beneficios pues permite evaluar la operación como un todo para que, con base en esto, se determinen las posibles deducciones o la eventual imposición de multas por el incumplimiento. Sobre este aspecto, es necesario resaltar la posibilidad que tiene el privado de corregir su incumplimiento durante determinado periodo pues puede que en algunos casos el incumplimiento se derive de hechos ajenos a su voluntad. Por ello, será fundamental que los contratos incluyan no solo eventos de incumplimiento claros sino periodos de corrección razonables. En ese mismo sentido, es necesario que no solo se prevean deducciones por incumplimiento de los niveles de desempeño, sino que los contratos incluyan incentivos económicos como la entrega de bonos adicionales, como los previstos en el modelo Chileno, para los eventos en los que el privado supere los niveles de desempeño pactados en el contrato.

iii) Remuneración del inversionista privado.

La remuneración del inversionista privado debe estar ligada al cumplimiento de los niveles de servicio y de los estándares de calidad establecidos en el contrato. Alonso, Pinto, Astorga & Freddi (2014), señalan que existen dos formas de estructurar los pagos del inversionista: (i) pago integrado; y (ii) pago diferenciado. El primer modelo hace referencia a una cuota única que incluye el pago del capital utilizado para inversión y el pago del capital utilizado para la entrega de servicios. El segundo, separa el pago por capital de inversión, del capital utilizado en operación o entrega de servicios. Consideramos que el mecanismo que debe adoptar la legislación colombiana es el del pago diferenciado ya que permite diferenciar los riesgos y flujos de dinero en cada etapa y esto facilita la financiación del proyecto. Es importante mencionar que el hecho de que se adopte el mecanismo de pago diferenciado no implica que las etapas deban adjudicarse a inversionistas privados diferentes pues como hemos reiterado a lo largo del estudio, es necesario vincular al inversionista durante toda la vida del proyecto.

Adicionalmente, es necesario identificar cuáles son los componentes del pago, a saber: (i) derechos de pago por el servicio; (ii) deducciones; e (iii) incentivos. Los derechos de pago deben efectuarse una vez la infraestructura se encuentre disponible y en pleno funcionamiento. Esta suma puede incluir sumas fijas y sumas variables, es decir, un porcentaje que será predefinido en el contrato y otro porcentaje que variará dependiendo de aspectos operacionales que como menciona Vasallo Magro (2015) pueden clasificarse como ingresos regulados e ingresos no regulados.

Los regulados son aquellos inherentes a la operación del centro de salud y servicios clínicos y complementarios, que pueden ser por ocupación del hospital, número de pacientes atendidos y el cumplimiento de niveles de servicio y estándares de calidad. Dentro de la cláusula que regule lo relativo a remuneración o pago variable, deben identificarse de manera clara y expresa los eventos de incumplimiento que generarían las deducciones y la proporción en que se efectuarían las mismas. Lo mismo ha de ocurrir con la suma que será entregada al inversionista en los eventos en que supere las metas establecidas. Los ingresos no regulados pueden derivar de locales comerciales arrendados por el inversionista dentro de la infraestructura hospitalaria para comercio de bienes o servicios profesionales, publicidad.

V. Conclusión

Como se mencionó anteriormente, las APP son un “contrato a largo plazo entre una parte privada y una entidad pública, para brindar un activo o servicio público en el que la parte privada asume un riesgo importante y la responsabilidad de la gestión, y la remuneración está vinculada al desempeño” (Alonso, Pinto, Astorga, & Freddi, 2014, pág. 7). Esta definición resume los aspectos clave de la contratación mediante APP: (i) es un contrato a largo plazo pero ello no implica que el bien vaya a permanecer en cabeza del sector privado, pues por el contrario, tras varios años de operación privada, en los que el inversionista asume los riesgos de inicio del proyecto y aprende a gestionarlos y manejarlos, revierte el bien al Estado quien para ese entonces debería tener a su cargo un hospital en condiciones óptimas; (ii) el inversionista privado asume una gran parte de los riesgos asociados al proyecto y tiene a su cargo la gestión de los mismos; (iii) la remuneración está necesariamente ligada al cumplimiento de los estándares de calidad y niveles de disponibilidad del servicio. Si bien las APP son reconocidas como mecanismos de asignación y transferencia de riesgos al privado lo cual disminuye la carga financiera del Estado pues se releva de asumir riesgos que podría no gestionar o mitigar, al evaluar las ventajas que ofrecen todos los aspectos mencionados, se debe tener en cuenta que el sector salud implica mayores retos por la importancia de atender pacientes.

El sistema de salud colombiano ha enfrentado diversos problemas debido a la deficiente prestación de los servicios de salud, la carencia de recursos y la corrupción. Si bien la Ley 1508 de 2012 permite la vinculación de capitales privados mediante el esquema de APP, la utilización de este esquema ha sido poco común en el sector salud. El objetivo de este trabajo estaba enfocado a identificar algunas pautas para la definición de un modelo de APP encaminado a la estructuración de infraestructura para la prestación de servicios de salud en Colombia. El punto clave de las APP en materia de salud, es lograr un equilibrio entre la satisfacción del usuario, el inversionista y el Estado. En ese sentido, el principal reto es poder identificar criterios y factores que permitan entregar a los pacientes servicios de calidad, sin que ello implique altos costos para el inversionista y el Estado. Es decir, establecer parámetros que reflejen costos razonables que no deriven en el sacrificio de la calidad del servicio pues para el sector salud el principal problema no es de costos sino de calidad del servicio.

El concepto del Valor por Dinero como requisito *sine qua non* de la implementación de un proyecto de APP resulta en un aspecto crucial de este modelo pues mediante esta figura se propenderá por obtener una combinación óptima entre la disponibilidad y calidad del servicio, y los costos del mismo.

Tras un estudio de KPMG contratado por el DNP en 2015 para evaluar la experiencia nacional de participación privada en salud, se pudo establecer que:

- a. Existe una falta de experiencia institucional por parte de las entidades estatales al momento de contratar y durante la ejecución del contrato.
- b. No hay una política nacional clara sobre el tema.
- c. Los proyectos carecen de estudios y planeación previos, lo cual puede traer graves consecuencias financieras.
- d. No se tiene claro cuáles son los riesgos y, por consiguiente, no están cuantificados.
- e. No hay indicadores de desempeño lo cual dificulta la medición de los servicios que se están prestando.

Con base en lo anterior, es posible decir que para mejorar el sistema de APP en salud en Colombia existen retos importantes. Para que el esquema de APP pueda implementarse en Colombia para el desarrollo de infraestructura de salud, es necesario emprender programas que estandaricen documentos, que evalúen los verdaderos riesgos de los proyectos en específico y se creen estadísticas que permitan asignar los riesgos de mejor manera. Esto implica que se deben elaborar buenas prácticas con base en los problemas identificados en el estudio. Este tema es de vital importancia pues si el Estado colombiano busca mejorar su sistema de salud bajo el esquema de APP, debería fortalecer y obtener una planeación mejor en la etapa de contratación para así atraer al sector privado. Para un inversionista, la seguridad jurídica se presenta como un aspecto clave al momento de hacer una inversión y si el inversionista no recibe información clara, va a ser muy difícil atraer capital privado.

Es necesario vincular el capital privado desde el inicio del proyecto y hasta el mantenimiento y operación del mismo, de tal manera que el inversionista privado entenderá el propósito y alcance de todo el proyecto y lo guiará de acuerdo a lo que lo necesite la demanda. Esto debe hacerse por dos razones. La primera, es necesario que los servicios, clínicos o no clínicos, estén en cabeza de un único inversionista privado que entienda las necesidades del hospital y

de los usuarios de manera integral, y no solo para algunos aspectos. La segunda, es que el privado va a utilizar desde el principio los materiales más idóneos para la construcción pues tendrá a su cargo el mantenimiento y si no cumple con la calidad pactada en el contrato, será objeto de multas y de deducciones sobre su remuneración. La tercera, la concentración de las etapas en un solo privado evita ineficiencias en la gestión y control de los contratos, pues lo contrario generaría mayores costos para las entidades encargadas de vigilar el cumplimiento.

Del Reino Unido podemos rescatar la estandarización de los contratos la cual juega un papel vital puesto que las entidades tienen una mejor guía al momento de asignar riesgos. Adicionalmente, el “*Optimism Bias*” ayuda a que las entidades efectúen una mejor distribución de riesgos en la medida en que aporta las estadísticas sobre los riesgos reales de los contratos y los costos generados por esto. Las pautas del “*Optimism Bias*” incluyen unos estudios acuciosos que son de gran utilidad y que, en conjunto con los estudios de OGC, establecen procedimientos de conocimiento y de actualización a las entidades. Adicionalmente, la evaluación del Valor por Dinero a nivel programa, proyecto y monitoreo constante del contrato genera la seguridad de que el proyecto no solo es viable sino que va a generar satisfacción en el usuario final del servicio.

El modelo implementado en Perú incluye dos puntos claves que pueden ser adoptados por Colombia. El primero es el hecho de que se separe la retribución por construcción de la retribución por mantenimiento. Este constituye un punto clave puesto que se incentiva al privado a que mantenga bien la prestación del servicio después de su inversión inicial y del pago hecho por concepto del mismo. El segundo aspecto esencial radica en que el Estado peruano tiene la posibilidad de efectuar no solo descuentos o deducciones, sino también a imponer multas a los inversionistas privados ante eventos de incumplimiento de los niveles de servicio y estándares de calidad. Si bien Colombia cuenta con la posibilidad de hacer deducciones cuando dicha posibilidad esté prevista en el contrato, las deducciones y la imposición de multas en el esquema peruano son automáticas, es decir, no es necesario que estén pactadas en el contrato.

En adición a ello, la implementación del modelo “bata blanca” resulta interesante en la medida en que la operación completa estaría a cargo de un solo privado que tendría un mejor entendimiento de las necesidades de la demanda en todos los niveles. Sin embargo, este tipo de modelo debería utilizarse únicamente para hospitales de baja complejidad o unidades de atención primaria pues en hospitales de alta complejidad podría resultar riesgoso porque la

asistencia sanitaria conlleva mayor incertidumbre y es un sector con gran volatilidad. Separar la operación de servicios clínicos de la operación de servicios no clínicos es perfectamente viable. Si bien es importante que el privado esté vinculado con algo más allá que la construcción de la obra, no es menos cierto que su conocimiento sobre la demanda por parte de los usuarios finales no está necesariamente ligado a ello. En el evento en que se pretenda implementar el esquema de “bata blanca” en Colombia, los requisitos de capacidad que deben acreditarse durante la primera fase de contratación deben ser muy acuciosos y especializados.

Igualmente, implementar el modelo de “bata gris” podría generar más problemas de “elefantes blancos” a lo largo del país. Por ello, el modelo que debe implementarse en Colombia es el modelo “bata gris-verde” que vincule al privado desde el diseño y la construcción de la obra, hasta la explotación y operación de servicios no clínicos. Ello en razón de que en la actualidad, el país no solo tiene problemas por el mal manejo de las EPS sino de los hospitales como tal, derivados de desfalcos y robos millonarios por parte de los administradores.

Del esquema chileno puede adoptarse la posibilidad de que existan incentivos para el inversionista privado en la medida en que supere los niveles de servicio y estándares de calidad esperados. Este modelo de incentivos que implica una evaluación global semestral genera que el inversionista no solo cumpla con lo estrictamente necesario, sino que se esfuerce un poco más y ello deriva en un mayor bienestar para el usuario final. Como se mencionó anteriormente, si dentro de esa evaluación semestral se comprueba que el inversionista no cumplió con los estándares de calidad, la autoridad no deduce algún valor de su remuneración como sucede en Perú, sino que procede a imponer multas.

Sobre este aspecto, es necesario mencionar que en Colombia, el Artículo 17 de la Ley 1150 de 2007, prevé que el debido proceso será un principio rector en materia sancionatoria de las actuaciones contractuales. Lo anterior no impide la adopción del esquema de multas, sino que exige que: (i) la multa haya sido pactada; y (ii) la decisión de imponer la multa debe estar precedida de audiencia del inversionista que cuente con un procedimiento que garantice el derecho al debido proceso del mismo. Dado que esto podría suponer deficiencias en el esquema colombiano, es recomendable que para una mayor eficiencia en el manejo y control de la disponibilidad y calidad del servicio, todos los contratos de APP incluyan expresamente la posibilidad de hacer deducciones proporcionales en casos de incumplimiento. Para ello, el contrato tendrá que identificar expresamente no solo los niveles de desempeño que tendrá que

cumplir y los eventos de incumplimiento, sino la efectiva tasación de la deducción en caso de que ocurra un evento de incumplimiento.

En cuanto a los mecanismos de pago, es de resaltar que, tal como sucede en Chile, Perú y Reino Unido, Colombia también los vincula directamente a la efectiva disponibilidad del servicio y al cumplimiento de los estándares de calidad. Esto es una ventaja clara pero a este esquema debe adicionársele que los pagos sean por la prestación completa del servicio y no pagos parciales efectuados en función de la disponibilidad de unidades o plazas, o en función de la demanda pues estos dos últimos mecanismos pueden generar que se descuiden algunas áreas del proyecto. Realizar las deducciones a ese pago total es importante pues así el inversionista cuidará la calidad y disponibilidad de todo el servicio contratado. Efectuar el pago por etapas terminadas y no por plazos, tiene como consecuencia que el privado efectivamente cumpla con lo pactado en el contrato y no que deje el proyecto incompleto tras recibir alguno de los pagos. Así las cosas, bajo el esquema de APP, el privado percibirá su remuneración únicamente tras la puesta a disposición de la infraestructura o de la disponibilidad del servicio.

Colombia cuenta con un muy buen esquema y una ley que permite el desarrollo de los proyectos. Sin embargo, aún quedan esfuerzos por hacer en el desarrollo en la infraestructura social y, por ello, es necesario crear incentivos y atraer más inversión por parte del sector privado para así poder generar un crecimiento en el sector y un mejoramiento en la calidad de la prestación del servicio. El sistema de aseguramiento por medio de pólizas como las de calidad del servicio, seriedad de la oferta y responsabilidad civil generan que el Estado esté protegido ante eventuales problemas con los inversionistas privados. Por otro lado, la inversión mínima de 6000 salarios mínimos, establecida por la Ley 1508, es esencial pues garantiza que solo los proyectos de alto impacto sean financiados por este medio y así no se desgaste el aparato estatal.

El estudio de KPMG (2015), propone algunos factores que deben ser implementados para el adecuado desarrollo de APP en sector salud. Estos factores se traducen en: (i) inversión en recursos humanos, es decir, en la contratación de personas con experiencia; (ii) aprovechamiento del sector privado tanto en el diseño y construcción como en el mantenimiento de la infraestructura y la prestación de los servicios en general; (iii) aprovechamiento de los posibles aportes tecnológicos y de gestión y administración. Otra de las propuestas es que los privados se encarguen de la administración de centros de salud ya

construidos y que construyan centros de salud y luego los operen. Es necesario que, de ser posible, toda la operación del proyecto esté en manos de un solo privado para evitar ineficiencias en la gestión y facilitar el manejo de las relaciones entre las entidades contratantes y los inversionistas privados.

Otro de los aspectos que debe implementar el modelo colombiano es aquel que incluyen el sistema del Reino Unido, Perú y Chile sobre la creación de unidades o entidades adscritas al gobierno, encargadas de la promoción, desarrollo y vigilancia de los proyectos de APP especializados en salud. Como se mencionó, en la actualidad Colombia cuenta con la Agencia Nacional de Infraestructura pero su énfasis está dirigido a infraestructura productiva y no a salud como sucede con la NHS del Reino Unido y ESSALUD en Perú que, si bien representa el seguro social, también es una entidad con facultades de contratación y ha sido clave en el desarrollo de las APP en salud de dicho país.

Entre tanto, es necesario aclarar que, tal como sucede en modelos de APP de infraestructura productiva, el modelo de salud implica que, previo a la celebración del contrato, el inversionista privado deberá cumplir con los requisitos habilitantes señalados en las diferentes licitaciones, los cuales deben ser diseñados pensando no solo para la construcción de la infraestructura sino para todas las etapas del proyecto. La diferencia con el sector salud radica en que las entidades estructurarán las licitaciones dependiendo del modelo que pretendan implementar para el proyecto, es decir, si será “bata gris”, “bata gris-verde” o “bata blanca”. A partir de ello, se deberá evaluar la capacidad y experiencia de los particulares para el diseño, construcción y/u explotación u operación del proyecto en general.

Adicionalmente, debe mediar una etapa previa en la que se evalúe si la APP genera Valor por Dinero, es decir, si resulta más ventajosa frente a otra opción de contratación tradicional. Para ello, la entidad contratante deberá efectuar estudios en los que se evalúen riesgos generales asociados con el tipo de proyecto, y riesgos específicos del proyecto como tal, teniendo en cuenta las particularidades del lugar donde se construirá, las necesidades de la población, entre otros. Para esto, la autoridad debe tener en cuenta que no se trata simplemente de una relación costo-beneficio entre la entidad y el privado, sino que debe evaluar su viabilidad frente al beneficio final del paciente.

Después del estudio hecho, puede concluirse que el esquema de APP ofrece una solución al problema de la salud que se ha presentado en Colombia en los últimos años. Por un lado, el

modelo de APP ya ha sido puesto en práctica en otros sectores de la infraestructura arrojando muy buenos resultados por lo cual el país cuenta con alguna experiencia en el desarrollo de este modelo de contratación. Por otro lado, con la implementación de un modelo de APP se podría mejorar la cobertura en regiones donde la prestación del servicio de salud ha sido deficiente pues, como se dijo anteriormente, la remuneración del privado depende de la efectiva prestación del servicio. Los incentivos y requisitos de disponibilidad permiten que los proyectos sean entregados a tiempo y bajo los costos presupuestados, pues en el evento contrario, el privado debe asumir los costos y las deducciones correspondientes por no contar con la disponibilidad necesaria o no cumplir con el estándar mínimo.

Mediante la contratación bajo el modelo de APP de construcción y mantenimiento habría una gran oportunidad de mejorar la infraestructura hospitalaria la cual no ha podido ser mejorada por el Estado dada la falta de recursos. Es decir, incluso si las entidades contratantes escogen el “modelo bata gris-verde”, al menos uno de los diferentes problemas del sector salud podría superarse pues de este modo se estaría enfrentado el problema de los elefantes blancos y de la corrupción relacionada con la administración del hospital como tal.

En suma, las APP proveen una rápida disponibilidad de nueva infraestructura, contribuyendo a mejorar los niveles de crecimiento económico, desempleo y competitividad de las regiones, sin que se sacrifique el beneficio del usuario final del servicio. El modelo también ofrece ventajas comerciales pues tal como señalan Alonso, Pinto, Astorga & Freddi (2014), el privado puede llevar a cabo alianzas estratégicas con otras empresas que permitan la vinculación de innovaciones tecnológicas y realizar compra y adquisición de bienes sin la rigidez de las normas sobre contratación estatal.

Mediante la implementación de APP en el sector salud podría disminuir la corrupción pues al involucrar a contratistas privados se usarían recursos privados para la construcción, administración y prestación de servicios pues el pago por parte del Estado se efectuará solo cuando medie una efectiva prestación del servicio bajo estándares de calidad. Es por eso que las APP son un mecanismo esencial para el desarrollo de infraestructura social y del Estado colombiano. Bajo el esquema de contratación tradicional el tema de los indicadores de servicio o niveles de desempeño es nulo mientras que en el modelo de APP esto constituye el núcleo esencial.

Por último, las APP mejoran la gobernabilidad y transparencia. Esto trae como consecuencia la utilización de mejores estándares de calidad, contabilidad, análisis de riesgos, sistemas de costeo y sistemas de administración de recursos. El aporte de experiencia, tecnología y conocimiento del sector privado al sector público genera un valor agregado que puede resultar en la satisfacción de los usuarios finales. Es importante mencionar que todo esto puede lograrse siempre y cuando se haga con voluntad política y siempre que los gobiernos promuevan esta forma asociativa como modelo de desarrollo económico y social.

VI. Bibliografía

- Alborta, G., Stevenson, C., & Triana, S. (noviembre de 2011). *Banco Interamericano de Desarrollo*. Obtenido de <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=37809306>
- Alonso, P., Pinto, D., Astorga, I., & Freddi, J. (noviembre de 2014). *Banco Interamericano de Desarrollo*. Obtenido de https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/6697/Serie_de_notas_%20t%C3%A9cnicas_sobre_%20asociaciones%20p%C3%ABlico-privadas_%20en_el_sector_de_la_salud_de_Am%C3%A9rica_Latina%20.pdf
- Alshawi, M. (20 de noviembre de 2009). *Organisation for Economic Co-operation and Development*. Obtenido de <https://www.oecd.org/mena/47562550.pdf>
- Astorga, I., Alonso, P., Pinto, D., Freddi, J., & Corredera, M. (julio de 2016). *Inter-American Development Bank*. Obtenido de <https://publications.iadb.org/handle/11319/7751?locale-attribute=en>
- Banco Mundial*. (08 de noviembre de 2012). Obtenido de <http://ppp.worldbank.org/public-private-partnership/es/asociaciones-publico-privadas/definicion>
- Beck, M., Toms, S., Mannion, R., Brown, S., Fitzsimmons, D., Lun, N., & Greener, I. (enero de 2010). *National Institute for Health Research*. Obtenido de http://www.nets.nihr.ac.uk/_data/assets/pdf_file/0003/64299/FR-08-1618-156.pdf
- Bernal, O. (s.f.). Qué hacer con el Sistema de Salud en Colombia. (U. d. Andes, Entrevistador)
- Bravo Orellana, S. (2 de agosto de 2013). *Pontificia Universidad Católica del Perú*. Obtenido de <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/derechoadministrativo/article/viewFile/13472/14099>
- Bravo Orellana, S. (02 de 08 de 2013). *Pontificia Universidad Católica del Perú*. Obtenido de <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/derechoadministrativo/article/viewFile/13472/14099>
- Building. (2005). Cost model: LIFT healthcare schemes. *Building - UK*, <http://www.building.co.uk/cost-model-lift-healthcare-schemes/3058064.article>.
- Community Health Partnerships. (2014). *Community Health Partnerships*. Obtenido de http://www.communityhealthpartnerships.co.uk/uploads/images/file/Corporate%20Publications/Amion%20Report_2014%20version.pdf
- Corner, D. (2006). *Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos*. Obtenido de <http://www.oecd.org/unitedkingdom/43479923.pdf>
- David Parmenter. (s.f.). *David Parmenter*. Obtenido de <http://davidparmenter.com/#>
- Departamento Nacional de Planeación. (25 de marzo de 2014). *Departamento Nacional de Planeación*. Obtenido de

<https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Participacin%20privada%20en%20proyectos%20de%20infraestructu/Guia%20de%20APP%20%20Capitulo%201.pdf>

Departamento Nacional de Planeación. (Abril de 2013). *Medellín*. Obtenido de <https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpccontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Emprendimiento/Secciones/Plantillas%20Gen%C3%A9ricas/Documentos/2013/APP/DNP%20-%20APP%20en%20Infraestructura%20en%20Colombia.pdf>

Departamento Nacional de Planeación. (julio de 2014). *Infraestructura social en Salud: una oportunidad para el desarrollo de las APP*. Obtenido de <http://www.larepublica.co/sites/default/files/larepublica/Panel%20APP%20sector%20Salud%20-%20FND%2010%20de%20Julio%20de%202014%20VF.pdf>

Dirección Nacional de Planeación. (Julio de 2014). *Infraestructura social en Salud: una oportunidad para el desarrollo de las APP*. Obtenido de <http://www.larepublica.co/sites/default/files/larepublica/Panel%20APP%20sector%20Salud%20-%20FND%2010%20de%20Julio%20de%202014%20VF.pdf>

DNP. (2015). Participación privada en proyectos de infraestructura social. Bogotá D.C. .

El Espectador. (19 de julio de 2012). *El Espectador*. Obtenido de <http://www.elespectador.com/noticias/salud/los-tres-males-del-sistema-de-salud-articulo-361405>

El País. (22 de febrero de 2015). *El País*. Obtenido de <http://www.elpais.com.co/elpais/economia/noticias/este-confuso-futuro-salud-conley-estatutaria>

Encinas, J. (julio de 2014). *Agencia de Promoción de la Inversión Privada - Perú*. Obtenido de http://www.proinversion.gob.pe/RepositorioAPS/0/1/JER/SEMINARIO_CAF_PI/IUK_Presentacion_3_OBC_Met_prep_evaluacion_aprobacion_proyectos.pdf

Ferreiros, G. (2013). APP como alternativa de Inversión en Infraestructura. *Moneda - Banco Central de Reserva del Perú*, 20-24.

Gobierno de Chile . (s.f.). *Comisión Económica para América Latina y el Caribe*. Obtenido de http://www.cepal.org/ilpes/noticias/paginas/0/53020/CHILE_Patricio_Borgono.pdf

Guarín, P., & Torres, L. (2015). *Procuraduría General de la Nación*. Obtenido de <http://www.procuraduria.gov.co/portal/media/file/cartilla1.pdf>

Guía para la Evaluación de Valor por Dinero del Departamento del Tesoro . (s.f.). *omnimediastudio*. Obtenido de <http://www.omnimediastudio.com/demo/itesm/DAPPIS/html/m4/doc/evaluacion-valor-por-dinero.pdf>

Her Majesty's Treasury. (diciembre de 2012). *Government UK*. Obtenido de https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/205112/pf2_infrastructure_new_approach_to_public_private_partnerships_051212.pdf

- Her Majesty's Treasury. (15 de diciembre de 2014). *UK Government*. Obtenido de <https://www.gov.uk/government/publications/private-finance-initiative-projects-2014-summary-data>
- Herazo, B. (2010). *Universidad de La Rioja*. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3986883.pdf>
- Hinojosa, S. A. (abril de 2013). *Banco Central de Reserva del Perú*. Obtenido de <http://www.bcrp.gob.pe/docs/Publicaciones/Seminarios/2013/app-2013/app-2013-hinojosa.pdf>
- HM Treasury. (2006). *Government UK*. Obtenido de https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/252858/vfm_assessmentguidance061006opt.pdf
- Ibarra Coronado, R. (Diciembre de 2011). La Ley de Concesiones de Obras Públicas chilena en el tiempo. *Revista Colombiana de Derecho Internacional*, 183-222 . Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-81562011000200007
- Javed , A. (2013). *PolyU Institutional Research Archive*. Obtenido de <http://ira.lib.polyu.edu.hk/handle/10397/6201>
- Karas, G., & Selen, U. (s.f.). *Journal of Life Economics*. Obtenido de http://www.jlecon.com/Makaleler/360224239_2%20UfukSELEN&GokselKARAS.pdf
- Ke, Y., Wang, S., & Chan, A. (2010). Obtenido de <http://learn.tsinghua.edu.cn/homepage/2002990155/Paper/KeYongJian-RiskAllocationInPPPInfrastructureProjects-ComparativeStudy.pdf>
- Kerguelén, C. (marzo de 2008). *Ministerio de Salud*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/CALIDAD%20EN%20SALUD%20EN%20COLOMBIA.pdf>
- KPMG . (2015). *Departamento Nacional de Planeación*.
- KPMG. (2015). *Departamento Nacional de Planeación*. Obtenido de https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Participacin%20privada%20en%20proyectos%20de%20infraestructu/01092015_Resumen%20Ejecutivo%20Salud%20APP%20v.1.pdf
- KPMG. (2015). Participación privada en proyectos de infraestructura. Bogotá D.C, Colombia.
- KPMG Way, KPMG en Chile. (2014). Infraestructura en Latinoamérica: Estrechando la brecha. *The KPMG Way*, 16-19. Obtenido de <https://www.kpmg.com/CL/es/IssuesAndInsights/ArticlesPublications/Documents/2015-01-kpmg-the-kpmg-way-07.pdf>
- Millán, G. (2009). *Programa para el Impulso de Asociaciones Público-Privadas en Estados Mexicanos*. Obtenido de <http://www.piappem.org/file.php?id=234>

- Ministerio de Desarrollo Social. (s.f.). *Ministerio de Desarrollo Social*. Obtenido de <http://sni.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/quienes-somos/descripcion/>
- Ministerio de Economía y Finanzas de Perú. (s.f.). *Ministerio de Economía y Finanzas*. Obtenido de http://www.mef.gob.pe/index.php?option=com_content&view=article&id=3971&Itemid=100270&lang=es
- Ministerio de Salud, & Ministerio de Obras Públicas. (enero de 2008). *Coordinación de Concesiones de Obras Públicas*. Obtenido de <http://www.concesiones.cl/proyectos/Documents/Programa%20Hospitalario%20Maipuu%20-%20La%20Florida/prospecto%20de%20inversion.pdf>
- National Audit Office*. (s.f.). Obtenido de <https://www.nao.org.uk/>
- National Audit Office. (17 de junio de 2010). *National Audit Office*. Obtenido de <https://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2010/06/101168es.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud . (septiembre de 2009). *Organización Panamericana de la Salud* . Obtenido de http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil_Sistema_Salud-Colombia_2009.pdf?ua=1
- Owen, J. (11 de abril de 2015). Crippling PFI deals leave Britain £222bn in debt. *Independent*.
- Roe, P., & Craig, A. (2004). *Centre for Policy Studies*. Obtenido de <https://www.cps.org.uk/files/reports/original/111028110829-PFI.pdf>
- Tejerina, R. M. (28 de noviembre de 2014). *Congreso del Perú*. Obtenido de http://www4.congreso.gob.pe/DGP/CCEP/curso/2014/c-11-26-2014/Sesion_2.pdf
- The Economist - Intelligence Unit. (2012). *PPP Knowledge Lab*. Obtenido de <https://pppknowledgelab.org/eiu-infrascopes-series>
- The Economist - Intelligence Unit. (2014). *PPP Knowledge Lab*. Obtenido de <https://pppknowledgelab.org/eiu-infrascopes-series>
- The Economist. (2014). *PPP Knowledge Lab*. Obtenido de <https://pppknowledgelab.org/eiu-infrascopes-series>
- The Global Health Group. (junio de 2014). *PricewaterhouseCoopers*. Obtenido de <https://www.pwc.com/mx/es/industrias/archivo/2014-06-lecciones-aprendidas.pdf>
- Toro Cepeda, J. (diciembre de 2009). *Banco Interamericano de Desarrollo*. Obtenido de <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=35797606>
- Toro Cepeda, J. (Diciembre de 2009). *Banco Interamericano de Desarrollo*. Obtenido de <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=35797606>
- Toro Cepeda, J. (enero de 2010). *Programa para el Impulso de Asociaciones Público-Privadas en Estados Mexicanos* . Obtenido de <http://www.piappem.org/file.php?id=89>

- Umezawa, A., & Reaño, M. E. (2013). *Círculo de Derecho Administrativo*. Obtenido de <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/derechoadministrativo/article/view/13467>
- Vasallo Magro, J. M. (julio de 2015). *Banco de Desarrollo de América Latina*. Obtenido de <http://scioteca.caf.com/handle/123456789/758>
- Vélez, M. (29 de febrero de 2016). Una mirada a la crisis de las EPS colombianas. (E. Espectador, Entrevistador)
- Vize, R. (28 de agosto de 2015). Corbyn's right. PFI is an unaffordable mistake for the NHS. *The Guardian*.
- World Bank Group. (18 de noviembre de 2008). *The Public-Private Partnership in Infrastructure Resource Center for Contracts, Laws and Regulations (PPPIRC)*.