



¿Son las Alianzas Público Privadas una alternativa para garantizar el acceso universal a la salud de la población pobre y más vulnerable en Colombia y Perú?

Lorena Liliam Monsalve Morales



This policy research has been carried on with the financial support of
Fondation Assistance Internationale - FAI

Fondation Assistance Internationale - FAI
Lugano - Svizzera



The Policy Research Working Paper Series disseminates the findings of work in progress to encourage the exchange of ideas about development issues. The papers carry the names of the authors and should be cited accordingly. The findings, interpretations, and conclusions expressed in this paper are entirely those of the authors. They do not necessarily represent the views of the Cooperation and Development Network and its affiliated organizations.

¿Son las Alianzas Público Privadas una alternativa para garantizar el acceso universal a la salud de la población pobre y más vulnerable en Colombia y Perú?

Investigadora: Lorena Liliam Monsalve Morales

I. Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) a nivel mundial, al menos 400 millones de personas carecen de acceso a uno o más servicios sanitarios básicos. Cada año 100 millones de personas se ven abocadas a la pobreza y 150 millones se enfrentan a graves problemas económicos por tener que pagar servicios de salud de su propio bolsillo; alrededor del 32% en promedio de los gastos de salud de cada país corresponde a pagos realizados por los pacientes de su propio bolsillo. A escala mundial, dos tercios (38 millones) de los 56 millones de muertes que se producen cada año siguen aún sin registrarse (OMS, 2016).

A pesar del progresivo crecimiento la región de América Latina sigue siendo una de las más inequitativas del mundo. La cobertura universal y el acceso universal a servicios de salud es agenda aún pendiente. En la región existen aún millones de personas que no tienen acceso a servicios de salud integrales (Ministros de Salud de las Américas, 2008).

La investigación fue realizada gracias a la donación del Comitato Internazionale per lo Sviluppo dei Popoli (CISP), la Cooperation and Development Network (CDN), y la Fondation Assistance Internationale (FAI). Fue supervisada por la Escuela Latinoamericana de Cooperación Internacional para el Desarrollo (ELACID) de la Universidad de San Buenaventura (USB). A este respecto, brindo mis más sinceros agradecimientos a Gabriella Petrina de la CDN, e Ibelis Blanco y Mercedes Posada de la ELACID, sin su apoyo esta investigación no hubiera sido posible. Asimismo agradezco el espacio brindado por el Grupo de Investigación en Salud y Prácticas Sociales (SYPRES) de la Facultad de Ciencias de la Salud de la USB para la presentación de resultados.

II. Objetivos de la investigación y metodología

El alcance de la investigación es de tipo exploratorio y explicativo. El objetivo es realizar un análisis comparativo sobre los alcances del régimen subsidiado de acceso a la salud para poblaciones vulnerables y por debajo de la línea de la pobreza, y las alianzas público-privadas para garantizar el acceso universal a la salud en Perú y Colombia en los últimos 5 años. El propósito es analizar los avances en dos países de renta media, Colombia y Perú, respecto al acceso universal de la salud, así como las estrategias de implementación público-privadas con el apoyo de la cooperación internacional, un tema poco estudiado; resultados; lecciones aprendidas; y agenda pendiente.

Son objetivos específicos de la investigación a) analizar los avances en Colombia y Perú respecto al acceso universal de la salud en los últimos 5 años a través del régimen subsidiado o régimen no contributivo de salud; e b) Identificar estrategias de implementación público-privadas en ambos países que garanticen el acceso a la salud de población vulnerable y por debajo de la línea de la pobreza que no cuentan con acceso a un seguro de salud privado.

La metodología utilizada en la investigación fue definida como mixta. Implicó la utilización de técnicas cuantitativas (análisis de datos censales e información estadística) y cualitativas (revisión de información secundaria, entrevistas en profundidad a informantes clave y observación) para la recolección y el análisis de la información.

Se ha identificado además el análisis de un estudio de caso por cada país a fin de recoger información sobre resultados de implementación de experiencias público-privadas para garantizar el acceso a los servicios de salud a población por debajo de la línea de pobreza y sin acceso a un seguro de salud privado.

La selección de la muestra fue de tipo intencional o por conveniencia, utilizándose además la selección de casos por actores: especialistas en salud, actores públicos, privados y sociedad civil. Las técnicas utilizadas para la recolección de información fueron entrevistas en profundidad a actores clave y observación. En cuanto a la búsqueda de información secundaria se revisaron más de 250 artículos relacionados con la temática en bibliotecas especializadas como PubMed y la OMS; se analizaron artículos de libre acceso publicados en los últimos 10 años; y aquellos que dieran cuenta sobre estudios descriptivos de experiencias públicas-privadas para garantizar el acceso a la salud de población vulnerable, y brindaran información sobre aprendizajes, funcionamiento de estas alianzas, así como lecciones aprendidas.

A fin de terminar de analizar el escenario de la investigación la revisión se complementó con la identificación de literatura gris en Google y otros portales menos especializados pero relacionados con la temática del caso. De esta revisión se puede informar que ha sido posible identificar publicaciones relacionadas con experiencias puntuales de trabajo conjunto entre el sector público y el sector privado o la sociedad civil en la región. No obstante, estas publicaciones no abordan necesariamente información sobre las experiencias en sí mismas de las alianzas establecidas, resultados, lecciones aprendidas, principios y agenda pendiente entre otros.

III. El acceso universal a la salud en América Latina

América Latina sigue siendo una de las regiones más desiguales del mundo a pesar del creciente y progresivo crecimiento, pues éste no parece tener un impacto significativo en el total de la población. Según las proyecciones de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) para el año 2015 la tasa de pobreza para la región se situaría en el 29.2% y la tasa de pobreza extrema en el 12.4%, 175 millones de personas se encontrarían en situación de pobreza por ingresos, 75 millones de las cuales estarían en situación de indigencia (CEPAL, 2015b). La región aún tiene desafíos importantes para abordar la desigualdad en salud y la inequidad de los determinantes sociales de la salud¹ (Monteiro de Andrade et al., 2015).

Los esfuerzos iniciados en la región a partir de la década de 1990 para la expansión de la cobertura universal de salud, especialmente para los ciudadanos pobres, se ha caracterizado según Atun et al., (2015) por estar sustentada en principios de equidad, solidaridad y acción colectiva para superar las desigualdades sociales, lo que constituye una particularidad distintiva de la reforma del sistema de salud latinoamericano. La expansión económica mundial del 2000 al 2008 ayudó a varios países de la región a combinar incentivos de lado de la

¹ Algunos de los determinantes de salud y enfermedad intrínsecamente relacionados serían el nivel socioeconómico, la educación, el empleo, la vivienda, y la exposición a agentes físicos y ambientales que interactuarían entre sí e influirían en forma acumulativa sobre la salud y la carga de enfermedad de los individuos y las poblaciones, estableciendo desigualdades e inequidades entre y a lo largo del territorio de los países (Monteiro de Andrade et al., 2015).

demanda implementados a través de transferencias monetarias condicionadas con políticas del lado de la oferta, para fortalecer los sistemas de salud, ampliando de esta manera el acceso de las poblaciones más vulnerables e introducir la cobertura universal de la salud.

En el período 1990-2015 la región mostró grandes progresos al reducir notablemente todos los indicadores relacionados con la mortalidad en la niñez en línea con los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Todos los países de América Latina y el Caribe redujeron sustancialmente la mortalidad infantil. Sin embargo, los promedios regionales ocultan grandes disparidades entre los países como en la subregión caribeña donde se tuvieron reducciones modestas si se comparan sus resultados con otros países como Brasil, El Salvador y México que tuvieron una reducción superior al 65% en mortalidad infantil. El mismo patrón es observable respecto a la reducción de la mortalidad de la niñez, otro indicador de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (CEPAL, 2015a).

El sistema de aseguramiento en muchos de los países de la región se caracteriza por ser un sistema inequitativo, segmentado y fragmentado donde el acceso y la calidad de los servicios no funcionan de la misma manera para toda la población, situación que de no corregirse pondría en entredicho el logro de las metas del objetivo tres de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la agenda hacia el 2030, que tiene como meta el “garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”. Para la OMS/OPS, (2014) algunas de las barreras que impedirían los avances hacia el acceso universal de la salud y la cobertura universal de la salud para la región son:

- Barreras de acceso y grupos excluidos, cambios en las necesidades.
- Modelos de atención y redes de servicios ineficientes, que no logran responder adecuadamente a las necesidades actuales, con un primer nivel de atención de escasa capacidad resolutive y gestión.
- Segmentación y fragmentación en los sistemas y servicios de salud.
- Déficit del financiamiento en salud y/o ineficiencias.
- Debilidad de la rectoría y gobernanza de la autoridad de salud, para hacer frente a los nuevos retos, incluyendo la participación social e intersectorial.
- Resultados de salud por debajo de las expectativas, en algunos casos inaceptables, aumento de costos e ineficiencias, y retos para la sostenibilidad de los sistemas.

En este escenario, la cooperación internacional ha jugado un papel crucial llamando la atención sobre la necesidad de impactar de forma directa sobre la necesaria cobertura universal de los servicios de salud en la región. El 53º Consejo Directivo aprueba, el 3 de octubre del año 2014, la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud para la región de América Latina*, en la 66.a Sesión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas, que establece cuatro líneas estratégicas simultáneas e interdependientes (OMS/OPS, 2014):

- a) ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades;
- b) fortalecer la rectoría y la gobernanza;
- c) aumentar y mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la eliminación del pago directo que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios; y
- d) fortalecer la coordinación multisectorial para abordar los determinantes sociales de salud que garanticen la sostenibilidad de la cobertura universal.

Definición sobre *cobertura de salud y acceso universal a la salud según la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud para la región de América Latina*

“La **cobertura de salud** se define como la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población, lo cual incluye la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnologías de la salud (incluyendo medicamentos) y financiamiento. La cobertura universal de salud implica que los mecanismos de organización y financiación son suficientes para cubrir a toda la población. La cobertura universal no es suficiente por sí sola para asegurar la salud, el bienestar y, la equidad en salud, pero sienta los fundamentos necesarios.

El **acceso universal a la salud** se define como la ausencia de barreras de tipo geográfico, económico, sociocultural, de organización o de género. El acceso universal se logra a través de la eliminación progresiva de las barreras que impiden que todas las personas que utilicen servicios integrales de salud, determinados a nivel nacional, de manera equitativa”.
(OMS/OPS, 2014, p. 1)

Culminada la era de los Objetivos de Desarrollo del Milenio los defensores de la cobertura universal han visto la oportunidad de incorporar su visión sobre sistemas de salud más sólidos y equitativos en el marco de desarrollo post 2015 (Horton, R.; Das, 2015, p.53), con resultados exitosos. La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, aprobada en septiembre de 2015 por la Asamblea General de las Naciones Unidas, recoge parte de esta visión e incluye dentro del Objetivo 3, Salud y Bienestar de los Objetivos de Desarrollo Sostenible las metas específicas 3.7 y 3.8 relacionadas con el acceso universal a los servicios de salud y la cobertura sanitaria universal. La Agenda corresponde una guía de referencia para los próximos 15 años que necesita del trabajo cooperativo de diversos actores del sector público, privado, y la sociedad civil en su conjunto.

Objetivo de Desarrollo Sostenible N°3: Salud y Bienestar
Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades

Meta 3.7:

De aquí a 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.

Meta 3.8:

Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esencial de calidad y el acceso a medicamentos y vacuna inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos.

Acceso a la salud en Colombia y Perú

En la región de América Latina y el Caribe, Colombia y Perú son algunos de los países que mayor crecimiento han reportado durante los últimos años. Ambos países se encontrarían según el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) dentro del grupo de países con alto desarrollo humano. El valor del Índice de Desarrollo Humano (IDH) para el Perú en el año 2013 fue de 0.737; mientras que para Colombia fue del 0.711. Ambos países

ocuparon respectivamente los puestos 82 y 98 del ranking de 187 países evaluados por el (PNUD)².

No obstante, al igual que en el resto de la región, esta bonanza no parece redistribuirse con equidad, pues su progresivo crecimiento no ha implicado necesariamente una mejora sustantiva en el desarrollo del total de su población. Las brechas se hacen aún más evidentes si se toma en consideración aspectos como educación, salud y nivel de vida que afecta de manera prioritaria a la población con menos oportunidades y en situación más vulnerable.

En Colombia, se calcula que más del 60% de la población indígena se encuentra por debajo de la línea de pobreza, y al menos el 34.53% de la población indígena no tiene acceso a la salud (PNUD, 2016). Situación semejante ocurre en Perú donde un estudio realizado en la región Amazonas bajo la conducción de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud en el Perú (OPS/OMS Perú) concluyó que la prevalencia de desnutrición crónica de los niños y niñas indígenas casi duplica la de los niños y niñas no indígenas, y es más del triple que el promedio nacional. El parto institucional sólo llegaba al 13.8% entre las mujeres de las poblaciones indígenas, frente al 61% de las no indígenas (OPS/OMS, 2012).

Una estrategia para hacer frente a esta problemática ha sido el establecer sistemas de salud solidarios a fin de garantizar el acceso de población pobre, pobre extrema y vulnerable a los servicios de salud, a través de seguros de salud subsidiados financiados prioritariamente por el Estado.

En este sentido, la protección constitucional de los derechos de la salud parece ser un factor contextual relevante, en Colombia esto ayudó de forma radical a la unificación de paquetes de beneficios para los asegurados (Bossert et al., 2014). La promulgación de la Ley 100 de 1993 en Colombia sentó las bases para la creación del Sistema de Seguridad Social Integral garantizando en su Artículo 1º la universalidad de la protección para todas las personas, sin ninguna discriminación y en todas las etapas de la vida. En el Perú si bien la Constitución Política de 1993 reconoce en sus Artículos 7º, 10º y 11º el derecho universal y progresivo de toda persona a la seguridad social, garantizando el libre acceso a las prestaciones de salud a través de entidades ya sean públicas, privadas o mixtas (Wilson, Velásquez, & Ponce, 2009), la Ley “Marco de Aseguramiento Universal en Salud”, no se promulgó sino hasta el 8 de abril del año 2009.

En cuanto a organización y pagos, Colombia fue clasificada por Bossert et al. (2014) como altamente fragmentada en comparación con otros países como Costa Rica, Chile, México, Brasil y Ecuador, ya que el país tiene un gran número de aseguradoras privadas que compiten por afiliados bajo el Sistema General de Seguridad Social (SGSS) y que a su vez determinan de manera autónoma como pagar a los proveedores de sus redes. No obstante, el número de aseguradoras públicas y privadas, todas ellas son forzadas según normativa a proporcionar los mismos paquetes de beneficios básicos a la misma prima, lo que proporciona una mayor uniformidad del servicio. Según la Ley 1438 del año 2011 se iguala el Plan Obligatorio de Salud (POAS) para los regímenes contributivo y subsidiado.

En el Perú, el sistema de aseguramiento se encuentra bajo la custodia y gestión del Ministerio de Salud que agrupa a la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD); las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) públicas, privadas o mixtas; y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) públicas privadas o mixtas entre las

²PNUD. Human Development Report. Sustaining Human Progress: reducing vulnerabilities and building resilience, Peru. Recuperado el 26 de Febrero de 2015, de http://hdr.undp.org/sites/all/themes/hdr_theme/country-notes/PER.pdf

que se encuentran los hospitales, las clínicas, los institutos de alta complejidad, y los puestos y centros de salud. A diferencia de Colombia en el Perú aún no se proporcionan los mismos paquetes de beneficios básicos sobre una misma prima, por cuanto el servicio de salud en el Perú aún no es del todo uniforme encontrándose diferencias sustanciales en la atención y prestación de los servicios. A través del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) según el Decreto Supremo N° 016-2009 se establecen, a partir del año 2009, un listado priorizado de condiciones asegurables e intervenciones que como mínimo deben ser financiadas a todos los asegurados, el PEAS se implementa de manera progresiva y por pilotos.

En cuanto a cobertura Colombia y Perú han incrementado considerablemente en los últimos años el total de personas que cuentan con un seguro de salud. En Colombia este porcentaje sobrepasa el 95% de la población, mientras que en el caso de Perú el problema de la cobertura es aún una preocupación, el porcentaje de población que cuenta con algún seguro de salud aún no sobrepasa el 90%.

Además, todos los países de la región han aumentado el porcentaje del gasto total en salud de su Producto Bruto Interno (PIB) en los últimos 10 años, no obstante la inversión de salud en Colombia y Perú está por debajo del promedio de la región que es del 7.5%. Desde el año 2004 al año 2014 Colombia habría aumentado un 1.38% el gasto total en salud; mientras que el Perú habría aumentado en estos últimos 10 años el 0.75% respecto al gasto total en salud realizado en el año 2004 (Ver Tabla 1).

Tabla 1. Gasto total en salud en % del Producto Bruto Interno en América Latina (2005-2014)

País	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Argentina	6.9	6.7	6.5	6.7	7.6	6.6	5.9	5.0	5.0	4.8
Bolivia	5.7	5.2	5.0	5.0	5.8	5.4	5.5	5.6	6.0	6.3
Brasil	8.3	8.4	8.3	8.2	8.7	8.3	8.1	8.3	8.5	8.3
Chile	6.7	6.2	6.4	6.9	7.4	7.0	7.0	7.2	7.5	7.8
Colombia	5.8	6.1	6.3	6.6	7.0	6.8	6.6	6.9	6.8	7.2
Costa Rica	7.7	7.8	8.4	9.0	9.7	9.7	9.7	9.6	9.5	9.3
Cuba	9.4	7.7	10.4	10.8	11.8	10.2	10.6	8.6	9.5	11.1
Ecuador	5.9	5.9	5.9	5.7	5.6	5.9	5.9	6.5	7.3	9.2
El Salvador	7.2	6.7	6.3	6.2	6.8	6.9	6.8	6.7	7.0	6.8
Guatemala	6.8	7.1	6.9	6.7	6.8	6.6	6.3	6.3	6.3	6.2
Haití	4.4	5.7	5.6	5.9	6.7	8.1	10.4	9.9	8.1	7.6
Honduras	7.8	7.6	7.9	8.4	8.8	8.5	8.6	9.8	9.2	8.7
México	6.0	5.8	5.9	6.1	6.6	6.4	6.0	6.2	6.3	6.3
Nicaragua	6.1	6.3	6.9	7.0	6.8	6.6	6.4	8.0	8.4	9.0
Panamá	7.5	7.0	6.3	6.8	7.6	8.1	7.5	7.3	8.1	8.0
Paraguay	6.1	6.4	6.4	7.1	9.1	9.1	9.4	10.3	10.5	9.8
Perú	4.7	4.5	4.6	4.7	5.4	5.0	4.9	5.2	5.2	5.5
República Dominicana	4.3	4.3	4.3	4.2	4.4	4.1	4.2	4.3	4.1	4.4
Uruguay	11.2	11.2	8.2	8.2	8.8	8.6	8.6	8.7	8.7	8.6
Venezuela	4.7	4.9	5.3	4.0	5.8	5.0	5.2	4.8	4.9	5.3

Fuente: OMS: Observatorio mundial de la salud. Banco de datos <http://apps.who.int/ghodata/?vid=110#>.
Elaboración propia.

Según la CEPAL para el año 2006 el porcentaje promedio del gasto directo de los hogares en salud habría sido para la región de América Latina del 37.35 %, ubicándose Colombia (7.4%) y Perú (31.2%), por debajo del promedio (ver Tabla 2). No obstante, según Atun et al. (2015) el porcentaje del gasto directo de bolsillo para el año 2010 habría sido para Colombia del 17.0%, y para el Perú del 38.4%, uno de los porcentajes más altos en la región. A su vez los autores mencionan que el gasto en salud por persona sería en Colombia de US\$432.0, mientras que en el Perú sería de US\$289.0.

Del total de la población afiliada en ambos países más del 50% de la población accede a un seguro de salud a través del régimen subsidiado, esto quiere decir que más de la mitad de la población asegurada en ambos países tiene dificultades para acceder a un seguro contributivo (pago del seguro a cuenta del asegurado y/o su empleador) y se encuentra en situación vulnerable. Más aún, esta situación podría agravarse si algún familiar sufriera una enfermedad catastrófica como cáncer, o algún otro tipo de enfermedad traumática que implicara un gasto de bolsillo importante para la familia, lo cual podría enfatizar su vulnerabilidad y situar a esta familia por debajo de la línea de la pobreza o en pobreza extrema.

Tabla 2. Gasto directo de los hogares en salud como porcentaje del gasto total en salud en América Latina 1995-2006

País	Años											
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Argentina	27.9	29.8	28.0	28.3	27.8	28.2	29.0	27.8	30.7	26.4	24.0	23.5
Bolivia	27.8	27.8	28.5	31.1	35.1	32.6	31.7	29.4	27.8	26.5	22.0	23.9
Brasil	38.8	40.8	38.1	38.4	38.4	37.6	34.6	32.5	32.4	30.6	37.7	36.4
Chile	26.9	24.5	25.9	24.9	23.9	23.3	22.8	22.6	22.0	23.4	23.6	23.1
Colombia	35.1	30.1	30.2	22.6	17.2	11.3	11.7	10.0	7.5	7.5	7.5	7.4
Costa Rica	20.6	20.8	21.4	20.9	20.9	20.5	22.2	23.1	23.2	26.8	26.3	27.4
Ecuador	32.5	30.1	34.7	48.1	51.0	58.7	57.0	53.4	51.4	50.1	51.0	48.3
El Salvador	60.8	57.5	59.5	55.6	53.5	51.8	50.7	49.9	49.2	47.4	43.6	34.0
Guatemala	59.1	60.8	57.9	47.4	44.3	54.0	55.7	57.1	55.4	56.1	56.8	66.0
Honduras	40.6	41.5	41.2	41.1	42.2	38.0	38.1	38.4	37.0	36.1	33.5	34.7
México	56.2	56.6	53.1	51.8	50.1	50.9	52.4	53.2	52.8	51.9	51.7	51.3
Nicaragua	35.1	40.3	49.9	49.7	51.8	42.6	42.1	45.5	38.5	41.1	39.8	41.9
Panamá	26.9	30.7	26.4	27.7	27.6	25.9	27.1	25.3	27.6	24.2	24.6	26.3
Paraguay	57.9	52.0	52.6	48.3	47.2	53.0	56.4	53.5	51.1	47.9	51.9	53.1
Perú	38.3	39.0	40.9	36.8	34.8	33.6	34.1	34.8	32.5	32.6	32.2	31.2
República Dominicana	57.0	59.6	52.8	49.3	46.7	47.1	50.1	47.8	47.0	49.1	45.6	40.5
Uruguay	13.1	15.5	19.3	17.4	14.3	14.2	14.2	14.3	16.0	16.9	16.6	14.7
Venezuela	50.6	51.6	58.0	61.7	56.3	53.2	54.6	56.2	57.3	53.3	50.7	51.3

Fuente: CEPAL- División de Estadísticas. Unidad de Estadísticas Sociales, cálculos realizados en base a los datos disponibles en el Global Health Observatory de WHO - <http://apps.who.int/ghodata/>. Elaboración propia.

A continuación se presenta un cuadro con características elementales del régimen subsidiado en ambos países: normativa que regula el acceso universal a la salud, la existencia de un sistema de aseguramiento, el tipo de régimen existente, financiamiento de la atención, y quienes se encontrarían a cargo de la prestación de servicios de salud (Ver Tabla 3).

Tabla 3. Cuadro comparativo sobre las características del acceso universal a la salud en Colombia y Perú

País	Acceso universal a la salud	Sistema de aseguramiento en salud	Tipo de régimen de aseguramiento	Financiamiento de la atención	Prestación del servicio de salud del régimen subsidiado
Colombia	Sí a través de la Ley 100 de 1993, mediante la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social (SGSS) y se incentiva a la participación de los sectores público y privado	A cargo del Sistema General de Seguridad Social (SGSS), integrado además por Ministerio de Salud y Protección Social; las Entidades Promotoras de Salud (EPS); y las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), que son los hospitales, las clínicas, laboratorios, entre otros.	Subsidiado y contributivo. La afiliación y prestación de servicios del régimen subsidiado se realiza a través de las EPS-S .	A través del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA). El presupuesto proviene de los recursos provenientes del Gobierno y de los aportantes del régimen contributivo, entre otros asignados por ley.	Esta a cargo de las EPS-S para el régimen subsidiado.
Perú	Sí a través de la Ley marco de aseguramiento universal en salud, Ley 29344 del año 2009.	Conforman parte del Sistema el Ministerio de Salud (MINSa); la Superintendencia de Salud (SUSALUD); las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) públicas, privadas o mixtas; y las Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud (IPRESS) públicas, privadas o mixtas entre ellas hospitales, clínicas, institutos de alta complejidad, puestos y centros de salud.	Contributivo, semicontributivo y subsidiado. La prestación de servicios para el régimen subsidiado es a través de establecimientos de salud de los Gobiernos Regionales y del MINSa a nivel nacional, regional y local.	A través del Sistema Integral de Salud (SIS) que financia el régimen subsidiado y parte del régimen semicontributivo a través de fuentes establecidas por ley. El régimen contributivo se financia con los aportes realizados por cuenta de los asegurados o del empleador de éstos.	A cargo de los establecimientos de salud del MINSa, y otros hospitales y clínicas si hubiera convenios para la atención.

Fuente: Varios. Elaboración propia

IV. Asociaciones público-privadas para garantizar el acceso a la salud de la población más vulnerable: la evidencia internacional

Las alianzas público privadas son consideradas actualmente como una importante posibilidad para reducir las brechas de equidad en salud, a fin de que más población en condición de pobreza y con limitados recursos puedan acceder a un servicio de calidad. Estas pueden ser de diferente índole y pueden incluir como contrapartes además del sector público, a la sociedad civil, organismos no gubernamentales e instituciones filantrópicas, entre otros.

A este respecto, es relevante señalar que a pesar que las alianzas entre el sector público y el sector privado no son acciones recientes en la región, no es fácil brindar una definición exacta sobre lo que son, cómo funcionan, y cuáles son los principios que las definen. En la práctica las alianzas y los espacios de cooperación conjunta entre el sector público y el privado se redefinen según los actores y sus intereses. Esto se aplica inclusive para la figura de las Asociaciones Público Privadas (APP), sobre las cuales hay un creciente interés en los últimos años.

Las investigaciones en este sentido parecen escindir-se según Astorga et al., (2016) en dos ámbitos de interés. Uno es el referido a las asociaciones público privadas que realizan acciones conjuntas para garantizar el acceso al servicio de salud, sin que esto implique una participación del sector privado en la gestión del servicio. El otro ámbito creciente de interés corresponde a las experiencias de APP que han comprometido la participación del sector privado en la gestión y administración de las instalaciones de salud, que antes eran de administración pública.

Respecto al primer ámbito de interés cabe anotar que si bien las asociaciones público privadas existen desde hace mucho tiempo, aún no es mucho lo publicado sobre ellas, y el resultado de estas experiencias en la región.

La mayor parte de artículos especializados son estudios realizados en Europa, Norteamérica, Canadá, África y Asia, pocos de ellos están referidos a la región de América Latina, a pesar de lo mucho que esta podría aportar respecto a experiencias de acción intersectorial y participación social para lograr una cobertura universal de salud como lo demuestran los estudios de caso analizados por (Monteiro de Andrade et al., 2015) en Cuba, Chile, Colombia y Brasil. Estos estudios ponen de manifiesto además el rol desempeñado por la actuación local en los servicios de atención primaria para reducir las inequidades en el acceso y gradualmente la cobertura universal de salud, explorando la intensidad de la intersectorialidad, los mecanismos de gestión, y las estrategias empleadas para enfrentar los desafíos encontrados.

Aún no existe evidencia suficiente sobre el impacto de estas alianzas, asociaciones y/o acciones conjuntas entre sector público y el privado en lo que respecta a la forma en la que se conforman estas alianzas, su funcionamiento como un proceso de aprendizaje, implementación, monitoreo y evaluación, a fin de identificar lecciones aprendidas y evidencia para otro tipo de experiencias similares en la región.

Asimismo, es poco el acceso a conocimientos sobre evidencia, experiencias y recursos necesarios que contribuyan a una mejor toma de decisiones respecto a la implementación de la cobertura universal de salud, según Horton y Das (2015) este acervo no existe. Las naciones no siempre tienen fuentes confiables e independientes de información sobre las ventajas y desventajas, así como los beneficios y daños no previstos de una determinada política en relación con otra.

La Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 llama la atención sobre la necesidad de propiciar la plena participación social y comunitaria, así como el fortalecimiento de la atención primaria de salud de todos los agentes de transformación, incluyendo el sector privado a fin de alcanzar las metas nacionales de salud. Asimismo, reconoce el importante rol que tiene el sector privado, con y sin fines de lucro, en la prestación de los servicios de salud, por lo que se hace necesaria su regulación por parte de las autoridades sanitarias para alcanzar las metas nacionales de salud (Ministros de Salud de las Américas, 2008, p.13), así como su registro, análisis y estudio.

El desafío de América Latina sobre estos temas se hace evidente, pues si bien existen experiencias de cooperación y coordinación de acciones intersectoriales integradas, en la práctica, una real integración de las políticas, la programación conjunta, el diseño, la elaboración de programas, su implementación y su evolución representa un gran desafío (Monteiro de Andrade et al., 2015), más aún si incluimos en este análisis las experiencias de cooperación y coordinación conjunta con actores del sector privado.

Respecto al segundo ámbito de interés mencionado por Astorga et al., (2016) la investigación sugiere que a pesar del crecimiento de las publicaciones sobre APP, la mayor parte de las revisiones sistemáticas coinciden en que los estudios y las publicaciones existentes no son rigurosas y no existe suficiente evidencia para determinar que en general las APP tengan un mejor impacto sobre la prestación del servicio de salud respecto a la prestación del servicio de salud brindado por el sector público. Se señala además que las evaluaciones difieren mucho entre sí, por cuanto las experiencias sobre APP son diversas en lo que se refiere a contexto, contratos, alcance, plazos y gobernanza entre otros aspectos, lo que limita la comparación entre ellas e inclusive respecto al accionar del sector público.

Menciona Alonso et al., (2015) que el significativo crecimiento de las APP en las dos últimas décadas como una alternativa para la gestión de los servicios de salud no ha ido siempre a la par con la producción de evidencia rigurosa sobre el impacto de este mecanismo en la optimización de la infraestructura y los servicios de salud. Más aún, según Patouillard, Goodman, Hanson, y Mills (2007) se dispone de información limitada sobre la medida en que el sector privado y con fines de lucro ha ampliado con éxito el acceso a los servicios de salud de calidad para poblaciones pobres y en situación de vulnerabilidad.

La revisión realizada por Roehrich, Lewis y Gerard (2014) que incluyó el análisis de más de 1400 documentos sobre APP publicados en las dos últimas décadas evidencia también que la literatura sobre APP sigue siendo aún fragmentada a pesar de la significancia de este fenómeno. Los autores señalan que existe una conceptualización relativamente limitada y una investigación empírica profunda, aún no hay consistencia o desarrollo acumulativo en las publicaciones sobre el tema.

Por otro lado, la revisión realizada por Basu, Andrews, Kishore, Panjabi y Stuckler (2012) encontró que algunos reportes exponían dinámicas competitivas complejas entre el sector privado y público. Primero, parecía existir un efecto de exclusión entre los servicios del sector privado y del sector público durante la expansión de la prestación. Pues este proceso implicaba la transferencia de fondos públicos y personal al sector privado, seguido por la reducción de los presupuestos de servicio del sector público y la disponibilidad de personal. En ocasiones los fondos del sector público se asignaban cada vez más a asociaciones público-privadas sin acompañar cambios en la demanda, por ende el presupuesto efectivo por paciente del sector público se redujo.

Otro aspecto importante señalado por los autores es la identificación de demandas sin fundamento respecto a las asociaciones público privadas. Citando como ejemplo el Banco Mundial los autores mencionan que éste ha afirmado firmemente que la inversión en asociaciones público-privadas mejoraría la eficiencia y eficacia en el sector de la salud, no obstante varias de sus publicaciones revelaron que estas afirmaciones no estaban respaldadas por datos o los datos no suministraban suficiente detalle. Los autores llaman la atención a este respecto sobre la necesidad de abordar potenciales conflictos de intereses de estas agencias y sus implicaciones para la investigación y la presentación de datos, por cuanto los reportes de estas agencias suelen ser muy citados en la literatura académica sobre evaluación y desempeño del sistema de salud (Basu et al., 2012: 10).

La evidencia señala además que los factores contextuales juegan un importante rol, por cuanto no es fácil trasladar la experiencia de los sistemas de salud de los países de altos ingresos a países de ingresos bajos y medianos. Las condiciones regulatorias por ejemplo tendrían un papel primordial en la eficacia de la provisión de los sectores público y privado, más en países con ingresos bajos y medios la capacidad reguladora es mucho más débil que en países con ingresos altos (Basu et al., 2012: 10).

Un aspecto importante a señalar es que si bien las asociaciones público privadas conocidas como APP han tenido un considerable éxito en la construcción de infraestructura como son vías de comunicación y carreteras, aún no son suficientes las experiencias relacionadas con la utilización de este mecanismo en proyectos de impacto social como son educación, salud y saneamiento básico en la región.

Para los casos de Colombia y Perú la evidencia es aún muy escasa. En Colombia hasta el presente según el Registro Único de APP (RUAPP) del Departamento Nacional de Planeación de Colombia no ha sido implementada ninguna APP en lo que se refiere a salud. Existen actualmente 6 registros de proyectos ingresados por la Secretaría de Salud de Bogotá que (hasta el 2016)se encuentran actualmente en estudio o prefactibilidad, ninguno de ellos aún ha sido adjudicado o se encuentra en implementación.

En Perú tres de las cuatro APP adjudicadas son administradas por EsSalud³ y sólo una de ellas por el Ministerio de Salud. A pesar de que el Sistema Integral de Salud cuenta con convenios con EsSalud para la atención de algunos de sus pacientes, la atención de salud brindada por las APP es esencialmente para personas que cuentan con un seguro social. Otro aspecto a ser importante de señalar es que las APP se encuentran principalmente en las grandes ciudades, en el caso de Perú esencialmente en las ciudades de Lima y el Callao. Actualmente no existe ninguna APP en ciudades o distritos fuera de la capital, están pendientes aún de ser convocados según ProInversión tres nuevos Centros Hospitalarios de Alta Complejidad en Piura, Chimbote y Lima, todas propuestas de APP realizadas por EsSalud.

³ El Seguro Social de Salud EsSalud es un organismo público descentralizado, con personería jurídica de derecho público interno, adscrito al Sector Trabajo y Promoción Social, que tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas y prestaciones sociales que corresponde al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud en el Perú. Tomado de <http://www.essalud.gob.pe/>.

V. Estudios de caso⁴

Perú y Colombia tienen una experiencia e historia diferente respecto a la regulación y los caminos recorridos para garantizar el acceso universal a la salud. Ambos países, al igual que muchos otros de la región, han establecido como estrategia para ello la implementación de un seguro de salud subsidiado para aquellas personas que no cuentan con capacidad de pago. No obstante, es evidente que el seguro de salud subsidiado no es suficiente para garantizar el acceso de este derecho a la población más vulnerable. En este escenario, en ambos países es posible identificar estrategias o movimientos impulsados desde la sociedad civil o el sector privado para garantizar el cierre de esta brecha. El objetivo de incluir estudios de caso en la investigación es conocer y aprender de estas experiencias.

La identificación de los estudios de caso en Colombia y Perú se realizó en base a la revisión bibliográfica realizada, entrevistas, así como sugerencias de especialistas en el tema. El estudio de caso en Colombia fue una propuesta de la Prof. Jacqueline Hernández, Especialista en Gerencia de los Servicios de Salud, y docente de la Universidad de San Buenaventura, quien ha sido una gran ayuda para entender la forma como se viene desarrollando el sector en Colombia. En el caso del Perú los estudios de caso fueron el resultado de entrevistas y conversaciones con varios especialistas en el tema, entre ellos médicos, especialistas en salud del sector privado y del Ministerio de Salud (MINSa).

1. La Fundación Juan Felipe Gómez Escobar en Cartagena de Indias, Colombia

Fundada en el año 2001 en la ciudad de Cartagena de Indias, la fundación Juan Felipe Gómez Escobar tiene como misión transformar la realidad de la infancia y adolescencia más vulnerable, al trabajar por el desarrollo integral y la protección de los niños, niñas de la primera infancia, y madres adolescentes que viven en condición de pobreza extrema en la ciudad de Cartagena. La Juanfe, como es conocida por sus beneficiarios, tiene dos objetivos estratégicos: la reducción de la mortalidad infantil y el empoderamiento de madres adolescentes, a través de programas enfocados en la atención integral en salud, el cuidado psicológico y afectivo; y la formación para el trabajo (Fundación Juan Felipe Gómez Escobar, 2016). La población objetivo de la Fundación son niños de cero a cinco años de edad (dependiendo de cada programa) y adolescentes primigestantes de 13 a 19 años de edad en situación de pobreza y pobreza extrema según el puntaje dado por el SISBEN, todos ellos por su condición cuentan con un seguro subsidiado.

La Juanfe es una entidad sin ánimo de lucro que busca romper ciclos de pobreza sin asistencialismo a través del empoderamiento de sus beneficiarias. Actualmente la Fundación tiene sedes en Colombia (Bogotá y Cartagena de Indias), España y Estados Unidos. La atención a sus beneficiarios se realiza en la sede de Cartagena de Indias en el Complejo Social de 13,000 m² construido con el apoyo de socios locales y extranjeros. Considerando los resultados y el

⁴ Brindo mis más sinceros agradecimientos al personal de la Fundación Juan Felipe Escobar, quienes me acogieron con paciencia y apertura al contar su experiencia de trabajo; al Dr. Manuel Ruiz y al Ing. Julio Escudero por compartir su tiempo y experiencia respecto al trabajo que viene siendo implementado por la Minera Antamina; a Álvaro Quintana docente investigador de la Corporación Universitaria Rafael Núñez de Cartagena quien hizo posible el conocer varias de las experiencias que se vienen implementando en la ciudad de Cartagena; al Dr. Wilfredo Solís Tupe por sus observaciones y opiniones, y a todas las personas que con su compartir y su tiempo ayudaron a hacer posible esta investigación, accedieron a ser entrevistados y brindaron su opinión sobre este tema. A todos mis más profundos agradecimientos.

impacto del trabajo de la Fundación, instituciones como el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y la ONG ACTEC de Bélgica ha identificado el modelo de la Juanfe como una solución innovadora al problema del embarazo adolescente, una de las causas del ciclo de pobreza en Latinoamérica y el mundo⁵.

Con el fin de cumplir sus objetivos de la Juanfe mantiene alianzas y convenios con socios locales y extranjeros. Entre los socios nacionales y locales están el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y la Alcaldía de Cartagena con quienes mantiene un convenio.

El modelo de intervención de la Juanfe para disminuir la mortalidad infantil y el empoderamiento de madres adolescentes

El modelo de intervención utilizado por la Fundación es un modelo de 360°, implica una intervención integral que impacta en diferentes aspectos de la vida de las adolescentes. A través del modelo las adolescentes reciben acompañamiento psicológico; atención en salud para ellas y sus pequeños en el Centro Médico Juan Felipe Institución Prestadora de Salud (IPS); y formación en actividades productivas, todo ello en el Complejo Social de la ciudad de Cartagena.

El modelo implementado por la Juanfe es el resultado de 14 años de trabajo. En un principio el trabajo de la fundación se centró en la disminución de la mortalidad infantil, pero “con el tiempo se identificó un problema mayor y más complejo que era una de las principales causas de estas muertes: el embarazo adolescente” (Fundación Juan Felipe Gómez Escobar, 2016), por ende desde el año 2012 se empieza a trabajar el actual modelo de intervención a madres adolescentes que ha sido capitalizado por la Fundación a modo de franquicia. Actualmente el trabajo de la Juanfe se desarrolla alrededor de estos dos objetivos que a su vez se subdividen en programas y proyectos según sea el caso como puede apreciarse en la siguiente tabla:

Tabla 1. Objetivos, programas y proyectos de la Fundación

Objetivo 1. Reducción de la mortalidad infantil	Objetivo 2. Empoderamiento de las madres adolescentes
Programas	Proyectos
<ul style="list-style-type: none"> • Plan Padrino de Cunas. • Centro Médico Juan Felipe IPS. 	<ul style="list-style-type: none"> • Madres Adolescentes Primigestantes-Fase I. • Madres Adolescentes en Seguimiento-Fase II. • Oficina de Empleo y Emprendimiento. • Centro Integral de Desarrollo Infantil (CIDI).
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Son proyectos de alto impacto social. ✓ Deben ser auto sostenibles en el mediano y largo plazo. ✓ Cada proyecto es manejado por un especialista o un Director de proyecto. 	

Fuente: <https://juanfe.org>. Elaboración propia.

Cada programa tiene como requisito el tener un alto impacto social; ser autosostenible a mediano y largo plazo; y ser manejado por un especialista o un Gerente de proyecto.

En cuanto a la reducción de la mortalidad infantil la fundación desarrolla dos programas. El primero es el Plan Padrino de Cunas que busca salvar la vida de niños y niñas entre 0 y 24 meses de edad en riesgo de muerte o desnutrición y se encuentra bajo la responsabilidad del

⁵ Ver: <https://juanfe.org/nuestra-historia-p/nace-una-empresa-social/>

Centro Médico. A través del plan los padres reciben educación sobre el cuidado de sus niños y hábitos de vida saludables, así como la prevención de enfermedades.

El segundo programa que asegura la reducción de la mortalidad infantil es el Centro Médico Juan Felipe IPS, que brinda atención de primer nivel a las madres adolescentes (y sus hijos) de las Fases I, II y III del programa de intervención de madres adolescentes, y el Plan Padrino de Cunas. La IPS factura la atención en salud a los programas de la Fundación⁶, de realizarse un copago de parte de las beneficiarias, éste es simbólico. El Centro médico además realiza el seguimiento de los pacientes del Plan Padrino de Cunas durante cinco años.

En cuanto al empoderamiento de las madres adolescentes, la Fundación asegura su funcionamiento a través de cuatro proyectos independientes entre sí para su gestión, pero funcionalmente integrados. Pasada la etapa de selección las adolescentes inician el Programa Madres Adolescentes Primigestantes-Fase I, que tiene una duración de seis meses y está dirigido a jóvenes de entre 13 y los 19 años de edad. Esta etapa es el inicio del modelo de 360° de la Fundación. Al terminar esta etapa las adolescentes cuentan con un proyecto de vida definido; están productivamente orientadas; y todas ellas planifican para prevenir un segundo embarazo adolescente.

Las jóvenes que hubieran demostrado compromiso y un excelente desempeño durante la primera fase ingresan al programa de Madres Adolescentes en Seguimiento-Fase II, donde se prioriza “la formación y capacitación de las jóvenes para que éstas puedan acceder con mayor facilidad a la vida laboral y en la consecución de recursos” (Fundación Juan Felipe Gómez Escobar, 2016). Las jóvenes reciben formación en carreras como: cocina internacional, hotelería y logística, y belleza integral. Las mejores tienen la posibilidad de acceder a una beca para continuar con sus estudios de educación técnica, tecnológica y/o profesional. Durante esta etapa la fundación continúa realizando el acompañamiento psicológico y de salud tanto a las madres como a sus hijos.

La posibilidad que tienen las jóvenes adolescentes de estudiar y de capacitarse abre una nueva perspectiva en ellas hacia su vida futura que imaginaban antes truncada con el embarazo temprano, en palabras de una de las beneficiarias:

“Yo me enteré de la Juanfe porque una prima estudiaba aquí y varias conocidas de la casa también estaban metidas aquí y siempre la gente habla muchas buenas cosas (...) que ayudaba a las jóvenes en el sentido de que nos ayuda a salir adelante o sea que porque tuvimos un hijo a no quedarnos estancadas allí a cuidar pelaos como dicen vulgarmente en la calle, sino que aprendamos una profesión y saquemos a nuestros hijos adelante. Vine aquí e hice todo el proceso de selección (...) y pasé y estaba bien contenta, una dicha grandísima con decirte que en mi casa yo estaba todo el día sin hacer nada, porque no tenía los recursos con que estudiar y atender a mi hijo (...). Se aprenden muchas cosas, se aprende lo social en lo que uno estudia. A nosotros nos daba la clase organización de eventos (...) hablamos con la psicóloga, hay clases de habilidades sociales, hay clases de acción ciudadana, de resolución de conflictos a cómo tratarnos con las compañeras porque somos muchos, somos distintos, venimos de barrios distintos, distintas personalidades, distintos carácter y allí nos guían a que nos podamos tolerar (...). Cuando yo le dije a ella (mamá) que estaba embarazada yo me acababa de graduar y ella siempre se decepcionó de mí, estaba resentida conmigo, pero ya eso pasó, porque ella tenía las esperanzas que yo fuera a la Universidad, que yo concluyera mis estudios, porque ella decía que si no puede ser la Universidad, si no estudias una carrera no puede ser alguien en la vida y

⁶ Entrevista a Marina Karina Salazar, Gerente de la IPS de la Fundación Juan Felipe Escobar.

ella si quería que yo lo fuera y ahora yo lo estoy logrando aquí, me están ayudando (...)espero ser la mejor porque premian a la mejor estudiante, le dan beca para estudiar” (Mujer, 19 años).

La tercera fase corresponde a la Oficina de Empleo y Emprendimiento que identifica e investiga el mercado para responder a las demandas y necesidades de los empleadores locales. Esta información retroalimenta las otras fases del modelo de intervención y fortalece la formación de las jóvenes estudiantes. La Oficina de Empleo también canaliza información sobre posibles empleadores locales y ofertas de empleo, a su vez realiza el seguimiento del desempeño laboral de las jóvenes en coordinación con los empleadores⁷, contribuyendo a romper el círculo de la pobreza de estas jóvenes.

Por su parte el Centro Integral de Desarrollo Infantil (CIDI) brinda soporte y tranquilidad a las madres adolescentes a través del cuidado de los niños de dos a 24 meses de edad mientras las madres están siendo capacitadas por la Fundación. Además se fortalece las capacidades de las jóvenes respecto al cuidado, la nutrición y la salud integral de los niños⁸.

La misión de La Juanfe está acompañada además por varios actores entre ellos empresarios nacionales, internacionales y agencias de cooperación internacional, así como el Gobierno Nacional y Local que en conjunto buscan la ejecución de soluciones reales a la pobreza.

La Juanfe como una empresa social exitosa – Estudio de caso en Colombia

Desde su constitución la Presidenta de la Fundación, Catalina Escobar, visionó el funcionamiento de la Juanfe como una empresa social. Una empresa autosostenible y comprometida con la disminución de la mortalidad infantil, y el empoderamiento de madres adolescentes en situación vulnerable para romper los ciclos de pobreza en la ciudad de Cartagena. Para ello, la Juanfe gestiona cada uno de los programas y los proyectos de forma independiente. Cada proyecto o programa tiene un Gerente, y mantiene un centro de costos independiente, cada unidad es independiente en costos, lo que permite medir el comportamiento de cada uno de los programas y su funcionamiento. Actualmente la Juanfe genera alrededor del 40% de su presupuesto anual a través de unidades de negocio como la panadería, la tienda de la fundación, la venta del modelo de intervención a madres adolescentes, eventos, exposiciones de arte, entre otros.

Alrededor del 60% del presupuesto es financiado por inversionistas sociales nacionales, extranjeros, y la cooperación internacional. La fidelidad de los inversionistas sociales y la sostenibilidad de los programas dependen de la presentación de proyectos exclusivos, y la transparencia en la rendición de cuentas y la conquista de metas establecidas, cuyos reportes son enviados de forma periódica a los aportantes.

Actualmente el modelo de intervención de madres adolescentes de la Juanfe se ofrece como una franquicia a través del Departamento de Replicabilidad, cuya sede se encuentra en Bogotá, a fin de impactar sobre la situación de las madres adolescentes en diferentes partes del mundo y a su vez generar más ingresos para los programas que se desarrollan en Cartagena. La adquisición de la franquicia implica la transferencia de los conocimientos y herramientas adquiridas por la Fundación, la posibilidad de visitar la experiencia que se lleva a cabo en Cartagena, y el acompañamiento del equipo técnico de la Fundación.

⁷ Entrevista Lila López, Gerente de la Oficina de Empleo y Emprendimiento, Fundación Juan Felipe Escobar.

⁸ Entrevista a Tatiana Piñera, Gerente del CIDI, Fundación Juan Felipe Escobar.

Hasta el 2016 la Juanfe ha logrado empoderar alrededor de 3274 madres adolescentes en condiciones de extrema pobreza; se han salvado más de 4051 bebés a través del Plan Padrino de Cunas; y se han atendido más de 160,000 pacientes en el Centro Médico Juan Felipe IPS. La estrategia desarrollada por La Juanfe ha recibido varios premios importantes a nivel nacional e internacional, y el modelo ha sido adaptado en otros países como Panamá y Uruguay⁹, con perspectivas también hacia México, y espacios locales como Medellín y el Chocó¹⁰.

A fin de medir el impacto que tiene la fundación en el empoderamiento de madres adolescentes para romper el ciclo de pobreza la Juanfe en conjunto con el BID y la ONG ACTEC se encuentran implementando una evaluación de impacto cuya línea de base se ha iniciado en el año 2016.

Lecciones aprendidas y agenda pendiente

Es necesario construir y fortalecer alianzas entre los sectores público y privado, así como la sociedad civil para romper ciclos de pobreza y mejorar el bienestar de las comunidades vulnerables de Cartagena. El éxito de varios de los casos de la Fundación se basa en un modelo de intervención integral y multidisciplinario que incluye además la participación de inversionistas sociales. Más, es necesario una mayor voluntad política e inversión social de parte de del sector público para impactar de forma importante en los indicadores de bienestar de la población.

Otro aspecto importante es la necesidad de intervenir de forma temprana en las madres adolescentes primigestantes, según la experiencia de la Fundación hay más posibilidades de romper el ciclo de pobreza en adolescentes con un solo hijo, por cuanto aún es posible que estas puedan seguir estudiando y puedan trabajar, más aún si la familia les apoya con el cuidado del niño. La capacitación e instrucción de la madre impacta de forma directa sobre el bienestar de su niño y su familia.

Si bien la Juanfe brinda varios beneficios para asegurar la participación de las niñas y adolescentes como pasajes para el transporte, comida y meriendas durante los horarios de clase, además del cuidado infantil de niños de dos a 24 meses, no todas las participantes terminan el programa de forma exitosa. La pobreza y la falta de apoyo de la familia son algunos de los principales motivos como describe a continuación una de las participantes sobre el retiro de algunas madres adolescentes del programa:

“hay muchas que vivían muy lejos, que las parejas no las dejaban, que no tenían para la casa, allí había una compañera que ya se retiró porque ella tenía un negocio, ella vendía frutas en las calles, ella vive en San Francisco y de aquí a San Francisco ella tenía que coger una buseta para el mercado y se demoraba una hora y de allí tenía que coger otro transporte, otros 15 minutos, mientras que llegaba (...) En total no le daba el tiempo porque en el transcurso tenía que ir al mercado para comprar las cosas, para prepararlas, para poner y el tiempo no le daba, el tiempo no le daba, y su mamá trabajaba pero como eran varios hermanos lo de la mamá no alcanzaba para todos y entonces ella tenía que trabajar para su hijo y ella no veía la forma y entonces dijo “no puedo seguir viniendo”, porque lo principal era eso, ella no viene por la situación de tiempo, y no podía, otra compañera se retiró también por lo mismo, porque tenía que trabajar para darle a la hija y así van pasando y otras que se retiran por qué no quieren estudiar, no quieren salir adelante” (Mujer 19 años).

⁹ Ver: <https://juanfe.org>

¹⁰ Entrevista a Ileana Stevenson, Directora de la Fundación Juan Felipe Escobar.

Considerando los recursos limitados con los que cuenta la Fundación y el gran número de madres adolescentes en Cartagena, se hace necesario también el optimizar cada vez más el proceso de selección de las jóvenes que participarán en el programa, medir la motivación de los jóvenes para marcar la diferencia.

2. Obras por Impuestos - Estudio de caso en Perú

Obras por impuestos es una herramienta política creada en el Perú y sin precedentes en otros países. Fue establecida en mayo de 2008 bajo la Ley N° 29230, Ley que impulsa la inversión pública regional y local con participación del sector privado. Su objetivo es impulsar la ejecución de proyectos de inversión pública de impacto regional y local, mediante la suscripción de convenios con los gobiernos regionales y/o locales y con la participación del sector privado.

Lo novedoso de esta herramienta es la implementación de proyectos de inversión pública a manos del sector privado a cambio del pago de impuestos. Es decir; en lugar de realizar el pago de impuestos en efectivo la empresa privada realiza el pago a través de la construcción de un proyecto de inversión pública, sin que el gobierno nacional, regional o local movilice fondos públicos para ello durante la implementación del proyecto.

Los proyectos deben ser viables y pueden ser propuestos por el sector público o en su defecto pueden ser producto de una iniciativa de la empresa privada. La empresa privada recupera el dinero gastado hoy a través del descuento del impuesto a la renta hasta el 50% del año fiscal subsiguiente y hasta por 10 años, sin intereses y con cargo a sus recursos del canon, sobre-canon, regalías, rentas de aduana y participaciones.

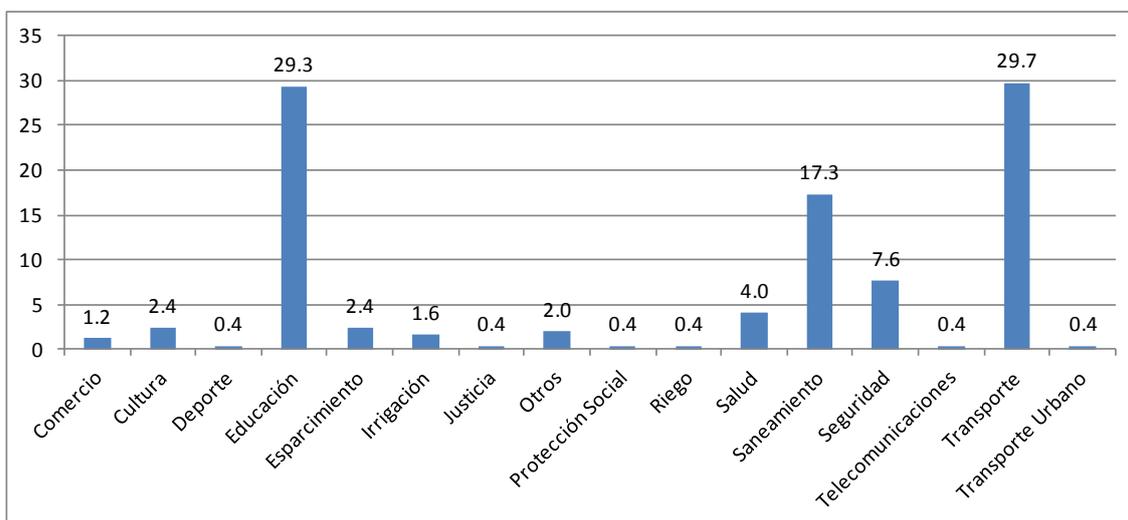
El mecanismo de obras por impuestos permite financiar todo tipo de proyectos de inversión pública en armonía con las políticas y planes de desarrollo nacional regional y/o local. Implica el trabajo conjunto y cercano entre el sector público y el sector privado durante la identificación y priorización de los proyectos de inversión; la construcción del expediente técnico; la implementación del proyecto de inversión; la supervisión del mismo, y su aprobación. El sector privado asume además entre sus costos la elaboración del expediente técnico y los riesgos de la implementación del proyecto de inversión.

Desde su creación la Ley 29230 y su reglamento ha sufrido varias modificaciones. Actualmente, las mancomunidades locales y mancomunidades regionales, además del gobierno central también pueden participar de esta iniciativa; se han ampliado las fuentes de financiamiento a través de recursos determinados provenientes de fondos señalados por el Ministerio de Economía y Finanzas; y se ha incluido en los contratos la operación y mantenimiento bajo la modalidad de asociaciones público privadas, entre otros cambios significativos. Algunos de los beneficios de la Ley 29230 para los gobiernos regionales y gobiernos locales, la empresa privada y la sociedad pueden observarse el siguiente gráfico:



Fuente: Dirección de Inversiones Descentralizadas-Proinversión.

Desde su creación han sido adjudicadas a empresas privadas 249 obras por impuestos, con un total de 2674 millones de soles de inversión ejecutada a enero del 2017. El total de población beneficiada estimada es de 13,063,378 habitantes. Actualmente ya son 104 las obras por impuestos concluidas. El mayor porcentaje corresponde a los sectores de transporte (29.7%), educación (29.3%), saneamiento (17.3%) y seguridad (7.6%), el resto de sectores no sobrepasa el 4% del total de obras por impuestos adjudicadas como puede apreciarse en el siguiente gráfico.



Fuente: Dirección de Inversiones Descentralizadas-Proinversión. Elaboración propia.

En cuanto a salud aún es poco lo avanzado considerando que este mecanismo empezó a funcionar desde el año 2008. El total de obras por impuestos adjudicadas desde el año 2010 hasta el año 2016 en salud han sido 10. Sólo una de ellas se encuentra concluida; cuatro corresponden a proyectos de Municipalidades Distritales; cuatro corresponden a proyectos del Gobierno Regional; y dos al Ministerio de Salud. Las empresas del sector privado vinculadas con la implementación de estos proyectos son en su mayoría compañías mineras (8), y empresas de telefonía, banca, seguros (1) y alimentos (1) como puede apreciarse en el siguiente cuadro.

Departamento	Entidad Pública	Empresa	Estado	Nombre del Proyecto de Inversión Pública	Inversión Ejecutada (Millones de Soles)	Total de Población Beneficiada
Lima	MD Chilca	Kallpa Generación S.A.	Concluido	Ampliación y mejoramiento de la capacidad resolutive de la Unidad del Centro Materno Infantil Nuestra Señora de la Asunción de María en el Distrito de Chilca, Provincia de cañete, Departamento de Lima.	0.4	14,768
Moquegua	MD Carumas	Southern Peru Copper Corporation	Adjudicado	Mejoramiento y ampliacion de los servicios de salud del Centro de Salud Carumas, Distrito de Carumas - Mariscal Nieto - Moquegua.	9.4	5,253
Puno	GR Puno	Telefónica, BCP y Pacífico	Adjudicado	Ampliación y mejoramiento de la capacidad resolutive del Hospital de apoyo San Martín de Porres de Macusani, Provincia de Carabaya - Puno	77.5	73,946
La Libertad	GR La Libertad	Barrick - BBVA	Adjudicado	Fortalecimiento de la capacidad resolutive para atención integral de salud del Hospital César Vallejo Mendoza como establecimiento de salud categoría II-1, Santiago de Chuco - La Libertad.	36.1	61,170
Ancash	MD Independencia	Compañía Minera Antamina S.A.	Adjudicado	Mejoramiento y ampliación de los servicios de salud en la Microrred Palmira, Distrito de Independencia - Huaraz - Ancash.	10.7	24,378
Ancash	MD Ticllos	Compañía Minera Antamina S.A.	Adjudicado	Mejoramiento de los servicios de salud del puesto de salud de Ticllos en la localidad de Ticllos, Distrito de Ticllos - Bolognesi - Ancash.	1.7	1,486
Ancash	GR Ancash	Compañía Minera Antamina S.A.	Adjudicado	Mejoramiento de los servicios de salud del Centro de Salud Chiquian, Distrito de Chiquián, Provincia de Bolognesi, Región Ancash.	9.4	10,476
Cajamarca	GR Cajamarca	Nestlé Perú	Adjudicado	Mejoramiento del crecimiento y desarrollo de los niños y niñas desde la gestación hasta los 5 años de edad en la Provincia de Chota, Región Cajamarca.	8.8	902,239
Ancash	Ministerio de Salud - MINSAL	Compañía Minera Antamina S.A.	Adjudicado	Mejoramiento de los Servicios de Salud del Establecimiento de Salud Huari, distrito y provincia de Huari departamento de Ancash	77.6	102,129
Huánuco	Ministerio de Salud - MINSAL	Compañía Minera Antamina S.A.	Adjudicado	Mejoramiento y Ampliación de los Servicios de Salud del Establecimiento de Salud Uata, distrito de Uata, provincia de Huamalíes - Región Huánuco	67.2	47,449

Fuente: Dirección de Inversiones Descentralizadas-Proinversión. Elaboración propia.

La inversión ejecutada en proyectos relacionados a los servicios de salud ha sido de 298.7 millones de soles¹¹. Se calcula que el total de la población beneficiaria es de 1,243,294 habitantes. La ampliación, mejora y fortalecimiento de estos establecimientos y servicios de salud por parte del sector privado no ha significado para el sector público un gasto efectivo hoy. Los costos y riesgos han sido asumidos por la empresa privada. La empresa privada recupera los gastos realizados a través del descuento de su impuesto a la renta en los subsiguientes años; la población se ve beneficiada con la implementación de estos proyectos de inversión pública hoy; sin que esto implique gasto del sector público durante su implementación, lo que corresponde un mecanismo novedoso.

Estas obras tienen un impacto importante en distritos y provincias con un alto porcentaje de Población en Proceso de Desarrollo e Inclusión Social (PEPI), definida como aquella población que reúne al menos tres de las cuatro condiciones siguientes: hogares que residen en centros poblados rurales; hogares donde el jefe de hogar o su cónyuge aprendieron a hablar en lengua originaria; hogares en los que la jefa del hogar o la cónyuge del jefe de familia no ha completado el nivel de educación primaria; y hogares que por su bajo nivel de ingresos, están ubicados en el quinto y nivel más bajo de la distribución del gasto per cápita a nivel nacional (Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, 2013: 14) .

Una de las empresas con mayor participación en este tipo de mecanismos es la Compañía Minera Antamina S.A. cuya área de influencia se encuentra en las regiones de Ancash, Huánuco y Lima. Antamina se ha adjudicado desde el año 2013 un total de 17 proyectos de

¹¹ Al tipo de cambio actual, esta cantidad sería de 38'208955.22 euros.

inversión a través del mecanismo de obras por impuestos relacionados con salud, saneamiento, transporte, entre otros¹².

Del total de proyectos 5 corresponden estrictamente a obras por impuestos relacionadas con el sector de salud. Aparte, la compañía a través de convenios con municipios locales y regionales complementa la oferta brindada por el sector público a través de acciones específicas como son el financiamiento de especialistas en establecimientos de salud públicos, la entrega de medicinas, apoyo humanitario a familias con enfermedades catastróficas o de muy alta complejidad como cáncer e incapacidad, entre otras.

Respecto a la experiencia Antamina en la participación del mecanismo de obras por impuestos menciona el Dr. Manuel Ruíz, responsable de los Proyectos de Salud y Educación de la Gerencia de Desarrollo Sostenible de la empresa:

“El mecanismo de obras por impuestos y la ley de obras por impuestos también ha ido cambiando.. Empezó con temas netamente de ladrillos y cementos, infraestructura, y ahí es donde entramos (...) nos ha costado muchos años que todas las entidades públicas y la entidad privada aprendan a manejar este mecanismo, aprendan a operativizar este mecanismo, porque se encontraron muchas trabas en Contraloría, en el MEF, en el mismo sector de salud (...) lo cual a veces hacía difícil que se pueda implementar estas cosas (...). Fue mejorando la norma, sabemos que ahorita la ley de obras por impuestos ya no sólo es ladrillo y cemento podrían darse proyectos de obras por impuestos en temas de desnutrición por ejemplo, de mejora de capacidades específicas, pero todavía estamos expectantes de qué experiencias exitosas pueden haber para nosotros empezar a tallar (...).Nos queda claro que en infraestructura el equipamiento y financiamiento de recursos humanos mejora la oferta de los recursos de salud pero no te mueve necesariamente todos los indicadores, entonces estamos tras eso (...). El Hospital de Wari por lo pronto nos ha demorado más de dos años en sacar adelante el proyecto, pero a tal punto que desgastaba y la opinión pública, la misma comunidad, estaba expectante a que el proyecto salga y demoraba, pero ya lo tenemos, se han avanzado muchas cosas (...) fue mejorando la norma (...) Ahorita la ley de obras por impuestos ya no sólo es ladrillo y cemento podrían darse proyectos de obras por impuestos en temas de desnutrición por ejemplo, de mejora de capacidades específicas”.

A este respecto también señala el Ing. Julio Escudero, Superintendente de Infraestructura Social y Relaciones Gubernamentales de la Gerencia de Relaciones Gubernamentales de la compañía que el trabajo conjunto entre sector privado y el sector público ha conllevado ganancias importantes para todos los actores involucrados:

“En general (...) el relacionamiento es positivo porque finalmente los municipios o los gobiernos regionales e incluso los ministerios ven con buenos ojos la participación de la empresa privada en este tipo de proyectos, por qué razón, porque en lo fundamental (...) transfieren el riesgo de contratación y de construcción al privado, ese es un riesgo altísimo que en la obra pública asume el funcionario público. La mayoría de funcionarios públicos que ha ejercido una función de responsabilidad tienen procesos justamente por haber contratado o por haber ejecutado obras que en el proceso han tenido algún problema. Entonces lo que vemos por el lado público es que hay tranquilidad de transferirle al privado esa responsabilidad, porque además el

¹² Se agradece la información brindada por el Ing. Julio Escudero, respecto a la experiencia de Antamina en la implementación del mecanismo Obras por Impuestos.

privado tiene mejores herramientas para garantizar la ejecución de un proyecto en calidad y en tiempo, eso por un lado, por otro lado, desde nuestra óptica digamos nos satisface apoyar (...)

Respecto a la participación de Antamina en este mecanismo manifiesta:

“Creo por dos razones fundamentales la primera tiene que ver con el afianzamiento de su reputación (...) en su área de influencia, otro tema aparte (...) de la reputación es que obras por impuestos nos permite orientar nuestros impuestos en el desarrollo de proyectos que mejoren la calidad de vida de la población. Obras por impuestos es un mecanismo único en el mundo diría yo, porque permite que las empresas puedan orientar sus impuestos hacia proyectos de su interés y el interés de las comunidades, que mejoren la calidad de vida de la población (...). Es muy variable, pueden ser proyectos que duren cinco meses o pueden ser proyectos que duren 36 meses, todo depende de la complejidad de las obras, de la complejidad de la gestión del proyecto. Obras por impuestos es un mecanismo que a lo largo del tiempo se ha ido perfeccionando creo yo (...). Estos proyectos se ejecutan con recursos en estricto que son recursos públicos, si bien es cierto que la empresa privada financia el proyecto y luego recupera y con eso paga sus impuestos (...) tiene que haber una relación muy fluida [con el Gobierno Regional, Municipal y Nacional] porque son ellos quienes priorizan sus proyectos, son ellos quienes identifican sus necesidades y nosotros los ayudamos a concretar este proyecto que ya tienen elaborado a nivel de perfil, de factibilidad o de expediente técnico o en su caso sólo está a nivel de idea y nosotros les ayudamos a plasmar esa idea en un proyecto concreto y en una obra concreta. Entonces la relación tiene que ser sumamente fluida con el alcalde, con los funcionarios de las municipalidades, con el gobernador, con los funcionarios de las regiones y los ministerios también (...). La modalidad de obras por impuestos nos permite financiar los proyectos digamos que entendemos pueden contribuir a cerrar brechas y satisfacer las necesidades de la población”.

Aspectos que aún deben ser profundizados son la sostenibilidad de las acciones emprendidas de forma conjunta entre el sector público y el privado, el impacto que tienen las empresas privadas respecto a la formación y el fortalecimiento de capacidades de funcionarios públicos, así como la forma y las estrategias que éstas deben desarrollar para lidiar con el sector público, su institucionalidad y algunas prácticas como la alta rotación de personal, la lenta administración de la burocracia, y la corrupción existente en algunas esferas del sector público, por mencionar algunos.

Se hace aún necesario el seguir fortaleciendo este tipo de alianzas público privadas para en conjunto disminuir la demanda de servicios insatisfechos. Insatisfacción relacionada con el acceso y calidad de los servicios de salud, un número insuficiente de especialistas, escases de medicina, e insuficiente infraestructura, entre otros.

Lecciones aprendidas y agenda pendiente

Actualmente la compañía trabaja a través de una estrategia multiactor, una lección aprendida. La empresa no compite con el Estado, sino más bien participa de forma activa en el escenario local y en espacios de encuentro y coordinación, como son mesas de desarrollo, para optimizar

en conjunto con otros actores la oferta y calidad del servicio de salud y disminuir la demanda insatisfecha. Considerando que los indicadores de pobreza y bienestar no dependen sólo del tema de salud además la compañía complementa la actuación del sector público en temas relacionados con vivienda saludable, saneamiento básico, rellenos sanitarios, agua segura, atención integral y vigilancia comunitaria.

El trabajo coordinado con el sector público establece además la necesidad de crecer en conjunto para la implementación de este tipo de alianzas público privadas. En cuanto el proceso de descentralización en el Perú es un proceso aún no terminado es prioritario el fortalecimiento de capacidades y asistencia técnica a los gobiernos locales y regionales. Además es necesario establecer mecanismos de transparencia, vigilancia ciudadana y rendición de cuentas a fin de evitar inestabilidad política y corrupción.

Aspectos importantes considerados por Antamina como beneficiosos de este mecanismo son que Obras por Impuestos permite:

- Procedimientos mucho más expeditivos para la contratación de la obra y de la supervisión.
- Mayor rapidez en la elaboración de los estudios y en la ejecución de las obras.
- El sector público transfiere al sector privado los riesgos de contratación y ejecución de la obra pública.
- Se utilizan recursos financieros del sector privado adelantando la inversión en obras de impacto para la población.

El fortalecer este mecanismo implicará entre otros:

- Mayor asistencia técnica y capacitación de los funcionarios del sector público para la aplicación efectiva de la norma en los tres niveles de gobierno.
- Disminución de la rotación de personal a las entidades del sector público nacional, regional y local.
- Mayor claridad del rol de los participantes, celeridad en la aprobación de los expedientes técnicos, y simplificación de procedimientos.
- Mayor transparencia en el acceso a la información de cada uno de los proyectos que se ejecutan bajo este mecanismo.

VI. Conclusiones

Según la evidencia encontrada las alianzas público privadas han existido desde hace varias décadas y han incluido como parte de la sociedad civil o actores privados a la cooperación internacional, organismos multilaterales, fundaciones, universidades, centros de investigación, organizaciones no gubernamentales, iglesias, institutos de educación, entre otros.

Lo que diferencia a las antiguas prácticas público privadas de las actuales es la existencia de un marco normativo y la búsqueda de un marco conceptual que las defina y enmarque su accionar, así como la definición a través de contratos o acuerdos específicos de los roles y funciones de cada contraparte. Actualmente la definición de alianzas público privadas está más relacionada con las APP que implica un tipo de acción conjunta y a largo plazo, donde el privado asume los riesgos de construcción e infraestructura y de servicios respecto al sector público.

Las APP constituyen actualmente un tipo específico de alianza y relación entre el sector público y privado para garantizar la construcción, mantenimiento y/o mejora de

infraestructura y de servicios en los diferentes sectores del Estado. Aunque su accionar ha estado en la última década más relacionado con la construcción de infraestructura, en los últimos años se vienen realizando esfuerzos por utilizar esta figura en proyectos de educación, salud y saneamiento. Aparte, se vienen implementando otros mecanismos novedosos en la región como es el caso de las obras por impuestos, cuya figura se viene actualmente implementando en países como Colombia, Paraguay y Perú.

Una conclusión importante en la investigación realizada es que si bien existen estudios y revisiones sistemáticas importantes sobre las relaciones del sector público y privado estas corresponden en su mayoría a países como Canadá, Inglaterra y Estados Unidos. Muy poca de la bibliografía ha sido producida de forma rigurosa en países de América Latina y el Caribe. Por otro lado, es evidente que la bibliografía producida en la región y de forma específica en Colombia y Perú no ofrece evidencia determinante que permita medir el impacto que tienen las alianzas público privadas en el acceso universal a la salud de población pobre y en estado vulnerable. No obstante, un análisis más cualitativo y cercano de experiencias de trabajo conjunto entre el sector público y privado genera resultados positivos cuando el móvil principal no es el rédito económico, sino más bien la responsabilidad social basada en principios de equidad, transparencia y sostenibilidad, lo cual es evidente a través de los estudios de caso presentados.

Se hace necesario el volver la mirada sobre las experiencias de este tipo de relaciones público privadas que pongan en evidencia aprendizajes y lecciones aprendidas respecto a los procesos de acercamiento, negociación e implementación de acciones conjuntas, y en el caso de APP la forma como se desarrollan los procesos de licitación, convocatoria, firma de contratos, ejecución, entrega y estudios para determinar la pertinencia de este tipo de acción en conjunto. Asimismo sería pertinente el contar con estudios que exploren y analicen los procesos y cambios institucionales y normativos establecidos en la región para la delimitación y funcionamiento de las alianzas público privadas.

Otro aspecto sobre el cual es pertinente poner atención son los escándalos de corrupción que han puesto bajo la lupa a muchos países sudamericanos a fines del año 2016 e inicio del año 2017 respecto al caso Odebrecht. A este respecto cabe resaltar la importancia de reforzar mecanismos de fiscalización desde el sector público, el sector privado, y la sociedad civil a fin de que mecanismos como las APP y otras figuras de alianzas público- privadas respondan a un interés conjunto para mejorar la eficiencia y la calidad de los servicios, así como disminuir y cerrar las brechas sociales de salud y de infraestructura.

Por otro lado, si bien es indiscutible el avance que ha tenido la región, la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 llama la atención respecto a que el avance que se podría lograr con acciones específicas del sistema de salud parece estar llegando a sus límites. Los factores de riesgo de las principales causas de enfermedad y muerte sobre los que hay que intervenir, escapan muchas veces al control directo del sector salud, por cuanto es necesario revisar y actuar sobre los grandes determinantes sociales y factores de riesgo. La exclusión en salud en la región se encuentra estrechamente vinculada con la pobreza, la marginalidad, la discriminación (cultural, racial, social y de género), el idioma, el desempleo y el sub empleo, el aislamiento geográfico, y el bajo nivel de escolaridad entre otros (Ministros de Salud de las Américas, 2008), que ponen en riesgo la consecución de las metas propuestas en los Objetivos de Desarrollo Sostenible hacia el 2030.

Otros aspectos que son necesarios de investigar en la región son la generación de evidencia internacional sobre el papel de las alianzas estratégicas intersectoriales e interinstitucionales, así como las alianzas público y privadas en el acceso y la cobertura universal de la salud para una mejor toma de decisiones políticas; el impacto de las alianzas público-privadas en los

determinantes sociales de salud; el impacto que tienen las empresas privadas respecto a la formación y el fortalecimiento de capacidades de funcionarios públicos en el marco de las alianzas público privadas; las fortalezas y debilidades de las alianzas de asociaciones público privadas a fin de evitar episodios de corrupción e inestabilidad política; y los procesos y procedimientos de la gestión de proyectos en el marco de las alianzas y asociaciones público privadas, así como las lecciones aprendidas.

VII. Bibliografía

A., Downs, S. Montagu, D., Foong, S., Brashers, E., Feachem, R. ealt. G. (2014). Lecciones de América Latina: primeras lecciones en alianzas público-privadas en el sector salud (Serie sobre Asociaciones Público-Privadas para el sector salud No. No 2).

Agudelo-Estupiñam, A. del C., & Gómez-Amaya, P. C. (2013). Barreras de Acceso a los Servicios de Salud en el Régimen subsidiado del Municipio de San Gil-Santander. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699. <http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Akitoby, B., Hemming, R., & Schwartz, G. (2007). Inversión pública y asociaciones público-privadas. *Temas de Economía*, (40), 30. Retrieved from <http://www.imf.org/external/spanish/pubs/ft/issues/issue40/ei40s.pdf>

Alonso, P., Pinto, D., Astorga, I., & Freddi, J. (2014). Conceptos generales y modelos: serie de notas técnicas sobre asociaciones público-privadas en el sector de la salud de América Latina (División de Protección Social y Salud No. IDB-TN-714).

Alonso, P., Pinto, D. M., & Astorga, I. (2015). Menos cuentos, más evidencia. Asociaciones público-privadas en la literatura científica. (División de Protección Social y Salud No. Nota Técnica No IDB-TN-882).

Anderson, K. M., Olson, S., Practice, P. H., & Division, M. (2016). The Private Sector as a Catalyst for Health Equity and a Vibrant Economy. <http://doi.org/10.17226/23529>

Astorga, I., Alonso, P., Pinto, D. M., & Corredera, M. (2016). 10 años de Asociaciones Público-Privadas (APP) en salud en América Latina ¿Qué hemos aprendido ? (Serie de notas técnicas sobre asociaciones público-privadas en el sector salud en América Latina No. Nota Técnica NoIDB-TN-1068).

Atun, R., Odorico, L., Andrade, M. De, Almeida, G., Cotlear, D., Dmytraczenko, T., Wagstaff, A. (2015). La reforma de los sistemas de salud y la cobertura universal de salud en América Latina. *MEDICC Review*, 17, 19. Retrieved from <http://www.medicc.org/mediccreview/index.php?issue=33>

Basu, Sanjay; Andrews, Jason; Kishore, Sandeep; Panjabi, Rajesh; Stuckler, D. (2012). Comparative performance of private and public healthcare systems in low- and middle-income countries: A systematic review. *PLoS Medicine*, 9(6), 19. <http://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001244>

Bossert, Thomas; Blanchet, Nathan; Sheetz, Suzanne; Pinto, Diana; Cali, Jonathan; Pérez, R. (2014). Health System Integration in Selected Countries in Latin America Comparative Review of Health System Integration in Selected Countries in Latin America (Social Protection and Health Division No. Technical Note NoIDB-TN-585).

- Bravo, S. (2007). Asociaciones Público Privadas en el sector salud. *Círculo de Derecho Administrativo*, 123–141.
- Cañón, Oscar; Vaca, Claudia; Giedion, Ursula; Díaz, A. (2016). La articulación en los sistemas de priorización (División de Protección Social y Salud No. Nota Técnica No IDB-TN-999).
- Cardona, D., Acosta, L. D., & Bertone, C. L. (2013). Inequidades en salud entre países de Latinoamérica y el Caribe (2005-2010). *Gaceta Sanitaria*, 27(4), 292–297.
- Castro Hoyos, C. E. (2012). Salud y seguridad social: un breve comparativo de cinco países de América Latina. *Fescol*, 34. Retrieved from <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/kolumbien/09229.pdf>
- CEPAL. (2015a). Desarrollo Social Inclusivo. Director. Retrieved from http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/39100/4/S1600099_es.pdf
- CEPAL. (2015b). Panorama Social de América Latina. Retrieved June 20, 2007, from http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/39965/4/S1600175_es.pdf
- Chanamé, C. (2009). Desarrollo de Asociaciones Público Privadas en EsSalud (Presentación). Instituto de Regulación y Finanzas; Universidad ESAN.
- Chernichovsky, D., & Prada, S. I. (2015). Ajustes a la arquitectura del sistema general de salud de Colombia: una propuesta. *Estudios Gerenciales*, 31(135), 163–170. <http://doi.org/10.1016/j.estger.2014.10.004>
- Contraloría General de la Republica. (n.d.). Causas y efectos de las renegociaciones contractuales de las Asociaciones Público-Privadas en el Perú. 2013.
- Cornejo, R. (n.d.). Asociaciones Público- Privadas Situación Actual (ProInversión).
- Cuff, P. A., Patel, D. M., & Perez, M. M. (2015). Empowering Women and Strengthening Health Systems and Services Through Investing in Nursing and Midwifery Enterprise : Lessons from Lower-Income Countries : Workshop Summary. In *The National Academies Press (Ed.), Global Forum on Innovation in Health Professional Education; Forum on Public-Private Partnerships for Global Health and Safety ; Board on Global Health; Institute of Medicine.*
- David, A., & Arroyo, F. (2005). Participación ciudadana en la cogestión local de salud : el Programa de Administración Compartida de los Servicios de Salud (Perú, 1994-1999). *Ariel*, (1978), 1994–1999.
- Dechev, D. (2015). Public-Private Partnership - A New Perspective for the Transition Countries. *Trakia Journal of Sciences*, 13(3), 228–236. <http://doi.org/10.15547/tjs.2015.03.005>
- Dettrick, Z., Firth, S., & Soto, E. J. (2013). Do strategies to improve quality of maternal and child health care in lower and middle income countries lead to improved outcomes? A review of the evidence. *PLoS ONE*, 8(12), 1–9. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0083070>
- Droppert, H., & Bennett, S. (2015). Corporate social responsibility in global health: an exploratory study of multinational pharmaceutical firms. *Globalization and Health*, 11(1), 15. <http://doi.org/10.1186/s12992-015-0100-5>
- Ejughemre, U. J. (2014). Accelerated Reforms in Healthcare Financing: The Need to Scale up Private Sector Participation in Nigeria. *International Journal of Health Policy and Management*, 2(1), 13–19. <http://doi.org/10.15171/ijhpm.2014.04>

EsSalud. (2016). Asociaciones Público Privadas, Experiencia de la bata blanca (Gerencia Central de Promoción y Gestión de Contratos de Inversión). Lima.

Esteves, R. J. (2012). The quest for equity in Latin America: a comparative analysis of the health care reforms in Brazil and Colombia. *International Journal for Equity in Health*, 11(1), 6. Retrieved from <http://www.equityhealthj.com/content/11/1/6>

Fajardo-Dolci, G., Gutiérrez, J. P., & García-Saisó, S. (2015). Acceso efectivo a los servicios de salud: Operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud Pública de México*, 57(2), 180–186.

Fandi, Y. (n.d.). a La Salud De Los Indígenas Wayúu , Por El Suministro, (15), 72–78.

Fundación Juan Felipe Gómez Escobar. (2016). Informe de gestión. Primer semestre 2016, 12(57). Retrieved from http://www.enacom.gob.ar/institucional/primeros-resultados-de-gestion-del-ente-nacional-de-comunicaciones_n1273

Gómez Arias, R. D. (2006). La mortalidad evitable como indicador de desempeño de la política sanitaria. Colombia 1985-2001. Tesis doctoral de la Universidad de Alicante.

Gómez-Arias, R. D., & Nieto, E. (2014). Colombia: qué ha pasado con su reforma de salud? *Revista Peruana de Medicina Experimental Y Salud Publica*, 31(4), 733–739.

González Morales, L., & Acosta, O. L. (2001). Efectos de la reforma en salud sobre las conductas irregulares en los hospitales públicos: El caso de Bogotá, Distrito Capital, Colombia.

Guillermo, L. S. V., Celmira, L. V., Carolina, E. G., & Estupiñán G. (2014). Barreras de acceso a los servicios de salud: narrativas de mujeres con cáncer de mama en Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 32(3), 305–313. Retrieved from <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v32n3/v32n3a05.pdf>

Hall, D. (2014). ¿Por qué las asociaciones público-privadas (APPs) no funcionan? Las numerosas ventajas de la alternativa pública.

Horton, R.; Das, P. (2015). Cobertura universal de salud : no por qué , qué , ni cuándo , sino cómo. *MEDICC Review*, S3-4.

Informativo Caballero Bustamante. (2008). Las Asociaciones Público-Privadas, 1012, 13–15.

Jahn, R., Müller, O., & Bozorgmehr, K. (2015). Characteristics and determinants of knowledge transfer policies at universities and public institutions in medical research--protocol for a systematic review of the qualitative research literature. *Systematic Reviews*, 4(1), 110. <http://doi.org/10.1186/s13643-015-0094-3>

Levin, J. (2016). Partnerships between the faith-based and medical sectors: Implications for preventive medicine and public health. *Preventive Medicine Reports*, 4, 344–350. <http://doi.org/10.1016/j.pmedr.2016.07.009>

Marín-Idárraga, D. A., & Losada Campos, L. Á. (2015). Estructura organizacional y relaciones inter-organizacionales: análisis en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas de Colombia. *Estudios Gerenciales*, 31(134), 88–99. <http://doi.org/10.1016/j.estger.2014.08.004>

Meidutė, I., & Paliulis, N. K. (2011). Feasibility study of public-private partnership. *International Journal of Strategic Property Management*, 15(3), 257–274. <http://doi.org/10.3846/1648715X.2011.617860>

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. (2013). Mapa de la Población en Proceso de Desarrollo e Inclusión Social, 1–101.

Ministerio de Salud (MINSA). RM805_2014_MINSA.pdf (2014). Lima: Resolución Ministerial.

Ministros de Salud de las Américas. (2008). Agenda de Salud para las Américas. Pan American Health Organization. Panamá. Retrieved from http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Agenda_Salud_para_las_Americas_2008-2017.pdf

Monteiro de Andrade, L. O., Pellegrini Filho, A., Solar, O., Rígoli, F., Malagón de Salazar, L., & “et al.” (2015). Determinantes sociales de salud, cobertura universal de salud y desarrollo sostenible: estudios de caso en países latinoamericanos. *MEDICC Review*, 17, S53-61. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61494-X](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61494-X)

National Academies of Sciences, Engineering, and M. (2015). Using Existing Platforms to Integrate and Coordinate Investments for Children: Summary of a Joint Workshop. <http://doi.org/10.17226/21799>

Noy, S. (2013). Las Políticas de Salud del Banco Mundial. *Revista Ciencias Sociales*, 142(IV), 75–85.

OMS. (2016). Cobertura sanitaria universal. Nota descriptiva. Retrieved December 19, 2017, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs395/es/>

OPS/OMS Perú. (2012). Estado de salud y nutrición de los niños menores de cinco años pertenecientes a las poblaciones indígenas y no indígenas de Bagua y Condorcanqui en la región Amazonas 2012.

OMS/OPS. (2014). Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 66. Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. <http://doi.org/10.1590/0104-1169.0000.2502>

Patouillard, E., Goodman, C. A., Hanson, K. G., & Mills, A. J. (2007). Can working with the private for-profit sector improve utilization of quality health services by the poor? A systematic review of the literature. *International Journal for Equity in Health*, 6(1), 17. <http://doi.org/10.1186/1475-9276-6-17>

Pinto, D., & Muñoz, A. L. (2010). Colombia : Sistema General de Seguridad Social en Salud. Estrategia del BID 2011-2014. Notas Técnicas #IDB-TN-246, 46.

PNUD. (s.f.). El PNUD y las comunidades indígenas en Colombia. Recuperado el 15 de Enero de 2016, de PNUD: http://www.co.undp.org/content/colombia/es/home/ourwork/humandevlopment/in_depth/

Rius, A. (2014). La coordinación institucional y la colaboración entre los sectores público y privado. Uruguay: estudio de caso sobre la cooperación de actores múltiples. BID.

Roehrich, J. K., Lewis, M. A., & George, G. (2014). Are public-private partnerships a healthy option? A systematic literature review. *Social Science and Medicine*, 113, 110–119. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.03.037>

Rowe, S., Alexander, N., Kretser, A., Steele, R., Kretsch, M., Applebaum, R., ... Falci, K. (2013). Principles for building public-private partnerships to benefit food safety, nutrition, and health research. *Nutrition Reviews*, 71(10), 682–691. <http://doi.org/10.1111/nure.12072>

- Savedoff, W. D. (2000). Reaching the Poor through Demand Subsidies : The Colombian Health Reform. Retrieved from <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=1448817>
- Sepulveda, M.-J. (2013). From worker health to citizen health: moving upstream. *Journal of Occupational and Environmental Medicine / American College of Occupational and Environmental Medicine*, 55(12 Suppl), S52-7. <http://doi.org/10.1097/JOM.0000000000000033>
- Shaw, J. S., Norlin, C., Gillespie, R. J., Weissman, M., & McGrath, J. (2013). The national improvement partnership network: State-based partnerships that improve primary care quality. *Academic Pediatrics*, 13(6 SUPPL.), S84–S94. <http://doi.org/10.1016/j.acap.2013.04.001>
- Shimabuku, R., Huicho, L., Fernández, D., Nakachi, G., Maldonado, R., & Barrientos, A. (2012). Niveles de Insatisfacción del usuario externo en el Instituto Nacional de Salud del Niño de Lima, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental Y Salud Pública*, 29(4), 483–89.
- Srebrisky, Tomás; Suárez, Ancor; Margot, Diego; Ramirez, M., & Ramirez, C. (2015). Financiamiento de la infraestructura en América Latina y el Caribe : ¿Cómo, Cuánto y Quién ? (IDB-MG-377). Washington.
- Taylor, R. M. (2015). Approaches to Universal Health Coverage and Occupational Health and Safety for the Informal Workforce in Developing Countries. <http://doi.org/10.17226/21747>
- Taylor, R. M., Christian, J., & Health, G. (2016). The Role of Public-Private Partnerships in Health Systems Strengthening. <http://doi.org/10.17226/21861>
- Toro, E. E. G., & Rodríguez, E. (2009). Acceso al sistema de salud del régimen subsidiado y los determinantes que generan inequidad en la cobertura del aseguramiento para la ciudad de Bogotá 1994-2006. Universidad de La Salle.
- Vargas Lorenzo, I. (2009). Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada : un estudio de caso en Colombia. *Medicina Preventiva*, 278.
- Vargas-Lorenzo, I., Vázquez-Navarrete, M. L., & Mogollón-Pérez, A. S. (2010). Acceso a la atención en salud en Colombia. *Revista de Salud Pública*, 12(5), 701–712. <http://doi.org/10.1590/S0124-00642010000500001>
- Villegas-Ortega, J., Loyola-Martínez, C., Santisteban-Romero, J., Manchego-Lombardi, M., & Lozada-Urbano, M. (2016). Tecnologías de la información para resolver contingencias en la afiliación al régimen subsidiado de salud en Perú: “Resuelve tu afiliación.” *Revista Peruana de Medicina Experimental Y Salud Pública*, 33(3), 561. <http://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.333.2316>
- Wade, J. L., Petrelli, N. J., & McCaskill-Stevens, W. (2015). Cooperative group trials in the community setting. *Seminars in Oncology*, 42(5), 686–692. <http://doi.org/10.1053/j.seminoncol.2015.07.011>
- Welburn, S. C., Beange, I., Ducrottoy, M. J., & Okello, A. L. (2015). The neglected zoonoses-the case for integrated control and advocacy. *Clinical Microbiology and Infection*, 21(5), 433–443. <http://doi.org/10.1016/j.cmi.2015.04.011>
- Wilson, L., Velásquez, A., & Ponce, C. (2009). La ley marco de aseguramiento universal en salud en el Perú: Análisis de beneficios y sistematización del proceso desde su concepción hasta su promulgación. *Revista Peruana de Medicina Experimental Y Salud Publica*, 26(2), 207–217.

White, F. (2015). Primary health care and public health: Foundations of universal health systems. *Medical Principles and Practice*, 24(2), 103–116. <http://doi.org/10.1159/000370197>

Zambrano, O., Beltrán, I., Inter-American Development Bank., M., Merino, M. F., Thompson, J., Tolmos, A., ... Grunwaldt, A. (2012). Retos de desarrollo del Perú : 2012-2016.

Zúñiga, R. (2009). Asociaciones Público-Privadas APP. Una alternativa para las inversiones en el Sector Salud. Ministerio de Salud (MINSA).