

# 10 años de Asociaciones Público-Privadas (APP) en salud en América Latina ¿Qué hemos aprendido?

Nota 4 de la serie de notas técnicas sobre asociaciones público-privadas en el sector de la salud en América Latina

Ignacio Astorga  
Paloma Alonso  
Diana M. Pinto  
Jazmín Freddi  
Martín Correderas Silván

División de Protección  
Social y Salud

NOTA TÉCNICA N°  
IDB-TN-1068

# 10 años de Asociaciones Público-Privadas (APP) en salud en América Latina ¿Qué hemos aprendido?

Nota 4 de la serie de notas técnicas sobre  
asociaciones público-privadas en el sector  
de la salud en América Latina

Ignacio Astorga  
Paloma Alonso  
Diana M. Pinto  
Jazmín Freddi  
Martín Correderas Silván

Julio 2016

Catalogación en la fuente proporcionada por la  
Biblioteca Felipe Herrera del

Banco Interamericano de Desarrollo

10 años de Asociaciones Público-Privadas (APP) en salud en América Latina: ¿qué  
hemos aprendido? / Ignacio Astorga, Paloma Alonso, Diana M. Pinto, Jazmín Freddi,  
Martín Corredera Silván.

p. cm. — (Nota técnica del BID ; 1068)

Incluye referencias bibliográficas.

1. Public-private sector cooperation-Latin America. 2. Public health administration-Latin  
America. 3. Medical policy-Latin America. I. Astorga, Ignacio. II. Alonso, Paloma. III.  
Pinto, Diana M. IV. Freddi, Jazmín. V. Corredera Silván, Martín. VI. Banco  
Interamericano de  
Desarrollo. División de Protección Social y Salud. VII. Serie.  
IDB-TN-1068

<http://www.iadb.org>

Copyright © 2016 Banco Interamericano de Desarrollo. Esta obra se encuentra sujeta a una licencia Creative Commons IGO 3.0 Reconocimiento-NoComercial-SinObrasDerivadas (CC-IGO 3.0 BY-NC-ND) (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/igo/legalcode>) y puede ser reproducida para cualquier uso no-comercial otorgando el reconocimiento respectivo al BID. No se permiten obras derivadas.

Cualquier disputa relacionada con el uso de las obras del BID que no pueda resolverse amistosamente se someterá a arbitraje de conformidad con las reglas de la CNUDMI (UNCITRAL). El uso del nombre del BID para cualquier fin distinto al reconocimiento respectivo y el uso del logotipo del BID, no están autorizados por esta licencia CC-IGO y requieren de un acuerdo de licencia adicional.

Note que el enlace URL incluye términos y condiciones adicionales de esta licencia.

Las opiniones expresadas en esta publicación son de los autores y no necesariamente reflejan el punto de vista del Banco Interamericano de Desarrollo, de su Directorio Ejecutivo ni de los países que representa.



scl-sph@iadb.org

[www.iadb.org/Salud](http://www.iadb.org/Salud)

# **10 años de Asociaciones Público-Privadas (APP) en salud en América Latina**

## **¿Qué hemos aprendido?**

Nota 4 de la serie de notas técnicas sobre asociaciones público-privadas en el sector de la salud en América Latina

**Ignacio Astorga, Paloma Alonso, Diana M. Pinto, Jazmín Freddi, Martín Corredera Silván**

### **Resumen**

Esta es la cuarta nota sobre APP en salud que complementa a las tres primeras que caracterizan los modelos de APP en salud (Nota Técnica N.º 1), describen las condiciones necesarias para que los contratos APP puedan transferir el riesgo desde el sector público al privado (Nota Técnica N.º 2) y hacen una revisión de la literatura disponible sobre las APP, organizándola de acuerdo con los resultados observados, en comparación con el Modelo Tradicional (MT) (Nota Técnica N.º 3). La región cuenta con contratos operativos de APP en el área de salud desde el 2007 y de manera paulatina su uso se ha extendido a diversos países, lo que ha sumado un volumen creciente de recursos. Esta nota caracteriza la situación de las APP en salud en América Latina y el Caribe y analiza en mayor profundidad siete proyectos que se encuentran en fase operativa, buscando identificar similitudes y diferencias, así como lecciones preliminares que es posible obtener de ellos. El documento está estructurado en cuatro secciones. En la primera se caracteriza la actual cartera de proyectos APP, que incluye proyectos, estudio, licitación, construcción y operación. En la segunda sección se efectúa un análisis comparado de proyectos que se encuentran en operación y que pertenecen a Chile, México, Brasil y Perú. La tercera incluye las lecciones obtenidas a partir de la cartera ejecutada regionalmente. Por último, la cuarta sección incluye las fichas técnicas de los marcos regulatorios y proyectos ejecutados en cada uno de estos países.

**Clasificación JEL:** H51, H54, H57, H74, H75, H76, H81, H82, I11, I18, L24, L33, O16, O21, O22, O31

**Palabras clave:** asociaciones público-privadas, sector de la salud, modelos bata gris, modelos bata blanca, estudios de caso, concesiones, APP, PPP.

## Contenidos

I.	Situación de la cartera de proyectos .....	3
II.	Caracterización de los proyectos en operación.....	6
A.	Alcance de los proyectos .....	6
1.	Proyectos Bata Blanca .....	7
2.	Proyectos Bata Gris .....	7
3.	Características de los proyectos hospitalarios .....	9
B.	Licitación.....	9
1.	Tipo de licitación.....	9
2.	Plazo de licitación.....	10
3.	Competencia .....	10
4.	Factores de licitación .....	11
C.	Contrato .....	12
D.	Responsable público del contrato.....	16
E.	Información pública de los contratos.....	17
III.	Lecciones de la experiencia regional .....	18
A.	Lecciones de los contratos analizados .....	18
B.	Lecciones generales.....	20
C.	Gestión de riesgos retenidos por el estado.....	21
IV.	Fichas Técnicas.....	23
A.	Chile .....	23
B.	Perú .....	27
C.	México .....	35
D.	Brasil.....	40

## I. Situación de la cartera de proyectos

Las APP en salud en América Latina y el Caribe (ALC) están cumpliendo diez años. En el año 2007 se pone en marcha el Hospital de Alta Especialidad de El Bajío en México, iniciativa pionera a la que se ha sumado un número creciente y cada vez más diverso de proyectos en operación que suma actualmente trece. Adicionalmente la región cuenta con otros 47 proyectos en otras fases de desarrollo.

**Tabla 1: Situación Cartera de Proyectos de APP en salud, América Latina y El Caribe, Febrero 2016.**

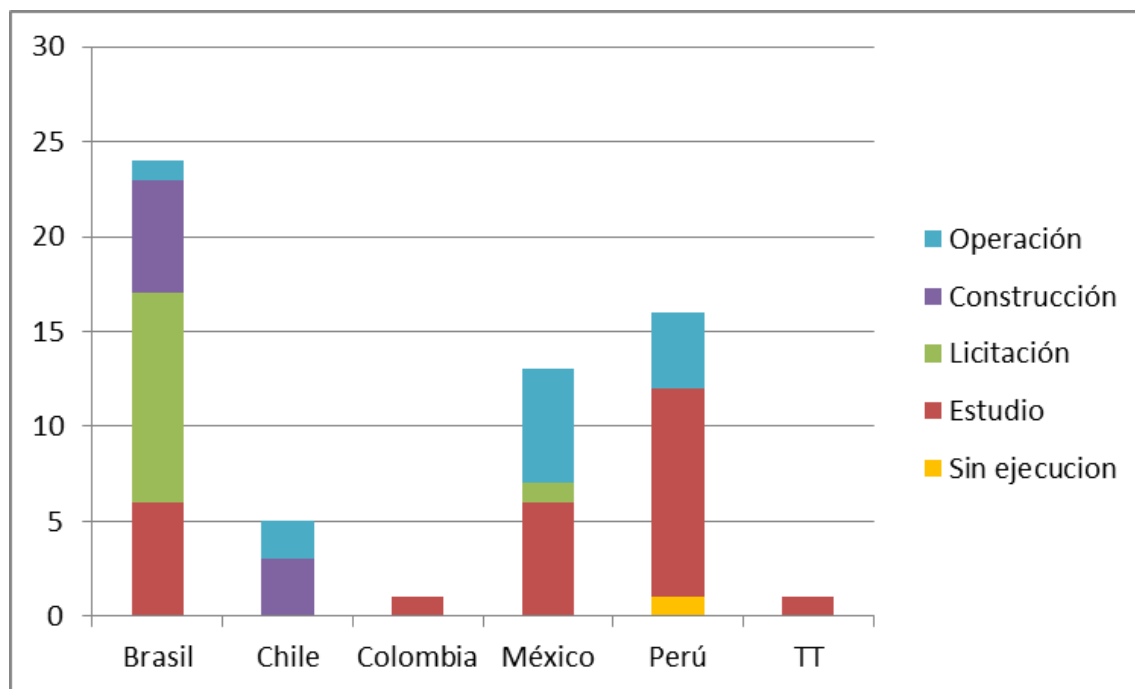
País	Sin ejecución	Estudio	Licitación	Construcción	Operación	Total
Brasil		6	11	6	1	24
Chile				3	2	5
Colombia		1				1
México		6	1		6	13
Perú	1	11			4	16
TT		1				1
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>25</b>	<b>12</b>	<b>9</b>	<b>13</b>	<b>60</b>

Fuente: elaboración autores

La cartera actual se caracteriza por lo siguiente:

- El 36% (22 proyectos) de la cartera se encuentra adjudicada (construcción/operación)
- Un 62% (37 proyectos) de la cartera se encuentra en estudio o licitación.
- Todos los proyectos adjudicados se localizan en México, Brasil, Perú y Chile.
- Brasil, Perú y México concentran el 88% de los proyectos en sus diversas fases en desarrollo.
- Chile cuenta con proyectos en construcción u operación y no ha continuado con nuevos estudios.
- Colombia y Trinidad y Tobago cuentan con proyectos en estudio y estructuración.

**Ilustración 1: Situación de los proyectos de APP en salud, América Latina y El Caribe, Febrero 2016.**



Fuente: elaboración autores

Al analizar los proyectos de acuerdo con su alcance se puede afirmar que el modelo de APP predominante en la región es el de bata gris<sup>1</sup> (sin servicios clínicos), que representa el 70% de los proyectos, seguido de proyectos especializados (17%) y de bata blanca (13%) (con servicios clínicos).

Perú y Brasil presentan mayor diversidad de proyectos, ya que incluyen las tres tipologías, mientras que México, Chile y Colombia han centrado sus proyectos en hospitales de bata gris.

**Tabla 2: Alcance de la cartera de proyectos de APP en salud, América Latina y El Caribe, febrero 2016.**

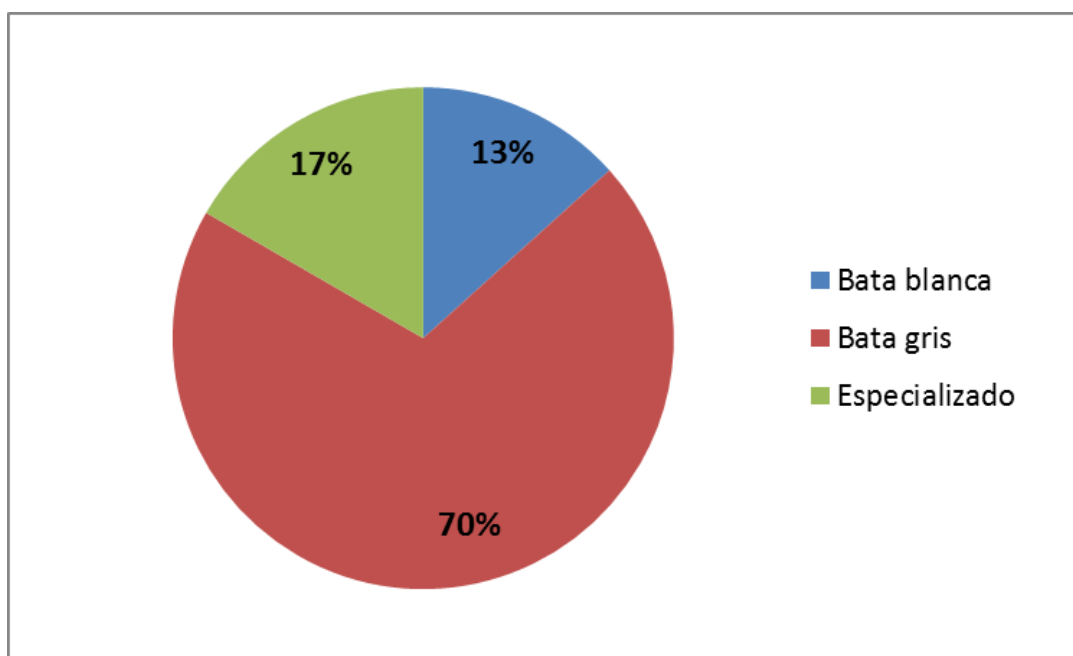
País	Bata blanca	Bata gris	Especializado	Total
Brasil	5	13	6	24
Chile		5		5
Colombia		1		1
México		13		13
Perú	3	10	3	16
TT			1	1
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>42</b>	<b>10</b>	<b>60</b>

Fuente: elaboración autores

<sup>1</sup> Nota Técnica N.º 1: Conceptos generales y modelos de APP en la región.

Cabe destacar la alta participación de proyectos especiales dentro de la cartera regional, que incluyen diversos servicios de apoyo a la función clínica tales como: i) logística de medicamentos e insumos (EsSalud, Perú), ii) red de imagenología (Estado de Bahía, Brasil), y iii) construcción y operación de laboratorios para la preparación de medicamentos genéricos (Estado de Sao Paulo, Brasil). Este tipo de proyectos permiten mejorar la eficiencia y calidad de los servicios a través de la generación de economías de escala y de ámbito.

**Ilustración 2: Tipología de Proyectos de APP en salud, América Latina y El Caribe, Febrero 2015.**



Fuente: elaboración autores

A nivel regional los primeros proyectos incluyeron solo hospitales nuevos (*greenfield*)<sup>2</sup> de bata gris o blanca, ya que tenían como objetivo expandir rápidamente la oferta de servicios, así como calibrar este tipo de contrato. Después la cartera incorporó hospitales en operación y proyectos de tipo especializado. Los nuevos proyectos en estudio y licitación son mayormente hospitales de bata gris que incluyen la reposición<sup>3</sup> de establecimientos existentes (*brownfield*)<sup>4</sup>.

De acuerdo con la información disponible, en los próximos años la región podría duplicar sus proyectos APP operativos, por ello es pertinente entender cómo se han desarrollado y obtener lecciones que permitan mejorar la gestión de las APP así como la de los procesos de inversión tradicional.

<sup>2</sup> Hospitales de Alta Especialidad en México, Hospitales Maipú y La Florida en Chile, Hospital do Suburbio en Brasil y hospitales de EsSalud en Lima y Callao.

<sup>3</sup> La reposición incluye reemplazar una edificación existente o construirla nuevamente.

<sup>4</sup> Los términos “greenfield” y “brownfield” de origen anglosajón son utilizados habitualmente dentro de la literatura técnica para referir respectivamente a establecimientos nuevos o existentes.



## II. Caracterización de los proyectos en operación

A inicios del 2016 la región contaba con trece proyectos en operación, entre ellos se seleccionó a los primeros siete que entraron en funcionamiento en cada uno de los países (México, Chile, Brasil y Perú).

Por tratarse de los primeros proyectos de cada país, no es pertinente generalizar los resultados obtenidos a toda la cartera de APP, ya que los nuevos proyectos han incorporado modificaciones que permitan corregir o complementar los esquemas utilizados.

Para este grupo de proyectos se describieron sus principales características, considerando el alcance, los procesos de licitación, así como los resultados preliminares observados; utilizando como fuente de información los antecedentes disponibles en reportes, estudios, presentaciones efectuadas en seminarios y en los sitios web de las instituciones responsables o los sponsors de los proyectos,. Asimismo en algunos proyectos se contactó a los miembros de los equipos que han participado en los procesos de estructuración y licitación.

### A. Alcance de los proyectos

Considerando el alcance de los proyectos, este grupo incluye:

- Tres proyectos de bata gris
- Tres de bata blanca
- Uno especializado

**Tabla 3: Alcance de los Proyectos en Operación analizados.**

Países	Nombre	Tipo de proyecto	Alcance
México	Hospital El Bajío	Bata Gris	Diseño, construcción, servicios no clínicos y equipamiento médico
Chile	Hospital La Florida Hospital de Maipú	Bata Gris Bata Gris	Diseño, construcción y servicios no clínicos
Brasil	Hospital do Suburbio	Bata Blanca	Habilitación hospital recién construido y servicio de salud integral
Perú	Hospital Callao y red Sabogal	Bata Blanca	Diseño, construcción, equipamiento médico y atención integral con población asignada
	Hospital Villa María del Triunfo y red Rabagliati	Bata Blanca	Diseño, construcción, equipamiento médico y atención integral con población asignada
	Red Almacenes y Farmacias	Especializado	Construcción de almacenes, remodelación de bodegas de hospitales y gestión logística de medicamentos e insumos

Fuente: elaboración autores

## 1. Proyectos Bata Blanca

Los proyectos de bata blanca presentan dos tipologías: una basada en un pago per cápita y otra en un pago por servicios (*Fee for Service*). El modelo per cápita ha sido utilizado por EsSalud en Lima y Callao y considera la atención integral de una población inscrita en un territorio e incluye la atención de la red (primer nivel y atención hospitalaria). El modelo de *Fee for Service* se utiliza en el Hospital do Suburbio del Estado de Bahía en Brasil y se basa en el pago de una cartera de servicios valorizados de acuerdo con tarifas acordadas. No cuenta con una población ni territorio asignado y se centra en la atención del hospital.

Ambos modelos cuentan con indicadores de calidad que determinan el pago que reciben.

**Tabla 4: Comparación del alcance de los proyectos de bata blanca de Perú y Brasil**

Variable	EsSalud Perú	Hospital do Suburbio Bahía, Brasil
Modelo de pago	Per Cápita	Pago por servicio
Alcance	Atención primaria Atención de urgencia Atención especializada ambulatoria Hospitalización general y subespecialidades	Atención de urgencia Atención especializada ambulatoria Hospitalización general y subespecialidades
Responsabilidad sanitaria de la empresa	Disponibilidad de los servicios e impacto sanitario (Mantener sana a la población)	Disponibilidad de los servicios
Indicadores de calidad	De la red De los hospitales	Del hospital

Fuente: elaboración autores

## 2. Proyectos Bata Gris

Todos los proyectos de bata gris incluyeron las etapas de diseño, construcción, mantenimiento y servicios no clínicos. Las diferencias están dadas por la inclusión o no del equipamiento médico y de servicios de apoyo clínico como laboratorio, diálisis o farmacia. En el proyecto de El Bajío, se incorporó dentro del contrato de APP un mayor número de servicios que en los proyectos chilenos, incluyendo algunos relacionados con el soporte clínico (farmacia, esterilización) y la gestión del hospital. Por otra parte, en Chile se incorporó el servicio de guardería infantil.

En la siguiente tabla se describe en detalle el alcance de los proyectos de bata gris. En Chile, los proyectos de Maipú y La Florida se incluyen en una sola columna, ya que fueron adjudicados en una misma licitación con idéntico alcance.

**Tabla 5: Comparación del alcance de los proyectos de bata gris de Chile y México.**

<b>Alcance de los servicios</b>	<b>Mexico-El Bajío</b>	<b>Chile Maipú y La Florida</b>
· Diseño definitivo	SI	SI
· Construcción	SI	SI
· Operación y mantenimiento de la infraestructura:	SI	SI
o Energía	SI	SI
o Iluminación	SI	SI
o Sistemas de agua	SI	SI
o Transporte Vertical	SI	SI
o Corrientes Débiles	SI	SI
o Correo Neumático	SI	SI
o Climatización	SI	SI
o Control centralizado	SI	SI
· Provisión y mantenimiento mobiliario no clínico	Primeros 5 años	SI
· Mantención de áreas verdes y paisajismo	SI	SI
· Aseo y Limpieza General	SI	SI
· Gestión Integral de Residuos Hospitalarios	SI	SI
· Control Sanitario de Vectores	SI	SI
· Gestión de Ropería y Vestidores, Lavandería	SI	SI
· Alimentación de Pacientes y Funcionarios.	SI	SI
· Cafetería	SI	SI
· Seguridad y Vigilancia	SI	SI
· Estacionamiento de Funcionarios y Visitas	SI	SI
· Sala Cuna y Jardín Infantil. (Guardería Infantil)	NO	SI
· Bodegaje – almacén	SI	NO
· Recepción y distribución de correspondencia	SI	NO
· Equipamiento Médico	Primeros 5 años <sup>5</sup>	NO
· Informática	SI	NO
· Telecomunicaciones	SI	NO
· Transporte	SI	NO
· Servicio Integral de Farmacia intrahospitalaria	SI	NO
· Esterilización	SI	NO
· Administración de Archivos	SI	NO
· Fotocopiadora y transmisión de datos	SI	NO

Fuente: elaboración autores

<sup>5</sup> El concesionario es responsable de la provisión de equipamiento médico durante los primeros 5 años. Después es de responsabilidad del estado.

### 3. Características de los proyectos hospitalarios

La mayor parte de los hospitales incluidos son de mediana/alta complejidad y cuentan con las especialidades básicas (medicina, cirugía, pediatría y obstetricia), algunas subespecialidades (que varían según el proyecto) y camas de cuidados críticos. Estos hospitales se localizan en sectores de crecimiento urbano y proveen servicios a poblaciones que antes no disponían de los servicios en su territorio.

El Hospital de El Bajío es el único de alta complejidad con especialidades como cardiocirugía, oncología y neurocirugía, que tiene la responsabilidad de responder a la demanda de un conjunto de estados mexicanos.

En la mayoría de los proyectos hospitalarios la empresa o consorcio responsable del contrato diseñó y construyó el hospital respondiendo a los requerimientos del estado. En el caso de Brasil, el hospital fue construido por el Estado de Bahía y entregado al consorcio administrador de la APP.

Los hospitales cuentan con entre 162 y 391 camas; su superficie se encuentra entre los 18,585 y 58.250 m<sup>2</sup> con un estándar de entre 115 y 147 m<sup>2</sup> por cama, salvo el Hospital do Suburbio que solo cuenta con 67 m<sup>2</sup> por cama. Llama la atención la diferencia de estándar constructivo entre el diseño propio de la Secretaria de Salud de Bahía y aquellos construidos por los consorcios privados, que lo hicieron siguiendo las exigencias de sector público.

**Tabla 6: Dimensión hospitales –camas y superficie**

Países	Nombre	N.º Camas	Superficie m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup> /cama
México	Hospital El Bajío	180	24.000	133
Chile	Hospital La Florida	396	58.250	147
	Hospital de Maipú	391	56.344	144
Brasil	Hospital do Suburbio	298	19.825	67
Perú	Hospital Callao y red Sabogal	162	18.585	115
	H. V. M. T y red Rabagliati	209	25.563	122
	Red Almacenes y Farmacias			

Fuente: elaboración autores

## B. Licitación

### 1. Tipo de licitación

Los contratos se adjudicaron a través de procesos competitivos, la mayor parte de ellos como iniciativas públicas. Solo EsSalud licitó a través de iniciativas privadas, que una vez definidas como de interés público entraron a una fase de licitación abierta.

En las iniciativas públicas el estado definió las características de los bienes y servicios que debían ofertar los interesados.

En las iniciativas privadas, EsSalud invitó a proponentes privados a presentar propuestas bajo un conjunto de requisitos, pero solo un consorcio expresó su interés en participar y desarrolló una propuesta que cumplía con lo solicitado.

## 2. Plazo de licitación

En términos formales<sup>6</sup> los plazos de licitación de los proyectos de bata blanca han sido considerablemente menores que los de bata gris, 90 días frente a 204-364 días. Estas diferencias se explican por las características de cada tipo de proceso que se describe a continuación.

El mayor plazo de las licitaciones de bata gris se debe a que en ambos países (Chile y México) los oferentes debían preparar propuestas arquitectónicas que sirvieran de base para la oferta económica. En el caso de Chile, hubo también un plazo de precalificación en el que los grupos interesados entregaron sus antecedentes legales, técnicos y financieros además de la propuesta de arquitectura.

Los plazos de licitación de los proyectos de bata blanca han sido menores, confluyendo en todos los casos a los 90 días. Sin embargo se trata de dos situaciones diferentes. En Perú el consorcio que desarrolló la propuesta a través de una iniciativa privada tuvo un tiempo adicional para diseñar la propuesta, por lo que contaba con un conocimiento más profundo del contrato; mientras que los potenciales interesados tuvieron tiempo e información más acotados. En el caso del Hospital do Suburbio del Estado de Bahía todos los grupos interesados contaron previamente con la misma información a través de reuniones de promoción pública del proyecto en las que se informó al mercado con anterioridad.

## 3. Competencia

El nivel de competencia dependió del tipo de licitación, ya que únicamente los proyectos de iniciativa pública han contado con al menos dos oferentes. Entre los de iniciativa pública, las licitaciones de Chile contaron con cuatro oferentes mientras que México y Brasil contaron con dos.

Respecto a la competencia de precios, esta se dio solo en Chile y México, donde las ofertas adjudicadas fueron inferiores al pago disponible o al proyecto de referencia. Esta reducción fue del 22%<sup>7</sup> y del 9% en Chile y México<sup>8</sup>, respectivamente.

---

<sup>6</sup> Formalmente el plazo de licitación se extiende desde el llamado hasta la recepción de ofertas; sin embargo, existen plazos previos durante los que se ha informado al mercado de la licitación y que no siempre se contabilizan.

<sup>7</sup> Ministerio de Obras Públicas

En el caso del Hospital do Suburbio, la oferta adjudicada corresponde al presupuesto oficial, sin que se generara reducción de precio. El otro oferente presentó una propuesta económica por sobre el presupuesto disponible, por lo que quedó descalificado.

En las iniciativas privadas no hubo competencia, solo presentó oferta el consorcio que desarrolló la propuesta.

#### 4. Factores de licitación

El esquema dominante de las licitaciones es la adjudicación en base a una oferta económica y verifica que el oferente cumple con el nivel de calidad exigido de las siguientes maneras:

- En Chile, la calidad técnica se resolvió en la fase de precalificación<sup>9</sup> y los anteproyectos que cumplían con estándares mínimos de diseño pasaron a representar la base de nota técnica que se ponderó con la propuesta de entrega de servicios.
- En los proyectos de bata blanca de Perú la calidad es una exigencia contractual, por lo que no se considera en la fase de licitación.
- En Brasil (Hospital do Suburbio), la oferta técnica se relacionaba con la acreditación de los oferentes así como con su experiencia en gestión de hospitales.
- En México, el factor técnico tiene mayor ponderación que el económico y este incluye los siguientes: i) diseño y características constructivas del hospital; ii) aspectos vinculados a la organización y prestación de servicios y iii) experiencia previa en gestión de contratos de diseño, construcción y operación.

**Tabla 7: Dimensión hospitales –camas y superficie**

Países	Nombre	Tipo de Iniciativa	Plazo Licitación	Número de oferentes	Factores de Licitación	
					Técnicos	Financieros
México	Hospital El Bajío	Pública	204 días	2	70%	30%
Chile	Hospital La Florida Hospital de Maipú	Pública	364 días	4	10%	90%
Brasil	Hospital do Suburbio	Pública	90 días	2	10%	90%
Perú	H. Callao y red Sabogal	Privada	90 días	1	0%	100%
	H. V. M. T y red Rabagliati	Privada	90 días	1	0%	100%
	Red Almacenes y Farm.	Privada	90 días	1	0%	100%

Fuente: elaboración autores

<sup>8</sup> Morin Eduardo. Desarrollo de infraestructura y servicios hospitalarios en México: los casos de los HRAE del Bajío y Mérida. PIAPPEM, FOMIN, 2008.

<sup>9</sup> Dada la mayor inversión mínima necesaria en la fase de precalificación, los mejores tres proyectos recibieron un premio que les permitía recuperar sus costos de desarrollo cuando no se les adjudicaba el contrato.

## C. Contrato

### 1. Plazo

Los plazos de los contratos analizados presentan un intervalo de entre 18 y 25 años para la bata gris y de entre 10<sup>10</sup> y 31,5 años para los de bata blanca.

Estos plazos incluyen en todos los casos una fase de inversión inicial y otra de operación o explotación. En la fase de inversión la mayor parte de los proyectos incluye la construcción y equipamiento, mientras que para el Hospital do Suburbio consistió en la habilitación del hospital. Este plazo fluctúa entre los quince meses y los tres años para los proyectos de construcción.

En relación con el cumplimiento de los plazos de construcción, El Bajío y EsSalud se ajustaron a los plazos contractuales, sin embargo hay una diferencia, ya que en el caso de Perú el contrato indicaba que los plazos de construcción se iniciaban después del cierre financiero<sup>11</sup> y este demoró más de dos años, lo que explica el plazo entre la adjudicación y la puesta en marcha.

En Chile los hospitales presentaron un sobreplazo cercano al 30% cuya causa pueden ser : responsabilidad de la empresa (38%), solicitudes del estado (35%) y cuestiones de fuerza mayor (27%).

**Tabla 8: Plazos de contratos de concesión**

Países	Nombre	Año Adjudicación	Año Operación	Duración de contrato
México	Hospital El Bajío	2005	2007	25 años, incluye 15 meses de construcción
Chile	Hospital La Florida Hospital de Maipú	2009	2013	15 años de operación + 3 de construcción
Brasil	Hospital do Suburbio	2010	2012	10 años de operación
Perú	Hospital Callao y red Sabogal	2010	2014	30 años de operación + 1,5 de construcción
	H. V. M. T y red Rabagliati	2010	2014	30 años de operación + 1,5 de construcción
	Red Almacenes y Farmacias	2009	2012	10 años total

Fuente: elaboración autores

<sup>10</sup> En el acta de preguntas y respuestas de este proceso, el gobierno define un plazo de diez años porque es un plazo razonable para el pago de la deuda (*pay-back*) y además permite adecuarse a la incertidumbre del cambio tecnológico, que puede exigir un reequilibrio económico-financiero. Sin perjuicio de ello la administración puede extender el contrato por otros diez años, en la medida en que se demuestren los beneficios de esa decisión.

<sup>11</sup> Para estos contratos (al igual que en el Reino Unido), los cronogramas de los proyectos están sujetos al cierre financiero, que corresponde al hito que define que el capital necesario para el proyecto ha sido financiado.

## 2. Pagos

### a) Estructuración de las cuotas

Estos contratos involucran dos tipos de pagos: uno para el capital utilizado para las inversiones (CAPEX – *Capital expenditures*) que se efectúan mayormente al inicio del contrato, y otro para financiar los costos de operación (OPEX - *Operational expenditures*) que corresponden a los gastos recurrentes para la entrega de los servicios.

En esta cartera se identifican dos formas de estructurar estos pagos:

- Pago integrado a través de una cuota única que incluye CAPEX y OPEX. Este esquema es el utilizado en los proyectos de Brasil y México. y tiene una base común durante la vigencia del contrato
- Pago diferenciado de CAPEX y OPEX utilizado en Perú y Chile<sup>12</sup>, donde cada flujo se recalcula por separado

#### Pago Integrado

En el modelo de pago integrado se establece una cuota única que incluye CAPEX y OPEX durante la vigencia del contrato. Para su cálculo se establecen los flujos de los costos de operación (anual o mensual) y se suman a las cuotas de pago de las inversiones por el mismo plazo, lo que genera una cuota única. La integración financiera de CAPEX y OPEX presume que es un incentivo para la optimización del costo de ciclo de vida, ya que el concesionario buscaría la mejor combinación entre costos de inversión y operación, dado que tiene bajo su responsabilidad un contrato de largo plazo. Por ejemplo, invierte en materiales o equipos de mayor costo de inversión, pero de menor costo de mantención. Este esquema ha sido característico de las APP europeas, en las que los bajos costos financieros<sup>13</sup> (hasta el 2008) permitían establecer un escenario de certidumbre presupuestaria. Sin embargo, esta integración tiene como debilidad la posibilidad de diferenciar rápidamente ambos flujos, que permitirían eventualmente un pago anticipado de las cuotas de capital (P. ej. para reducir los costos financieros de largo plazo), ya que las variables utilizadas para calcular las cuotas son información comercial confidencial.

#### Pago diferenciado

En el modelo de pago diferenciado, se establecen diferentes formas de pagos para las inversiones y para la operación. Los pagos del CAPEX se pueden efectuar en plazos diferentes al de la duración del contrato – en Chile este se paga en un plazo de ocho años, mientras que el OPEX se paga durante la vigencia operacional del contrato. Esta diferenciación permite establecer diversas reglas de negocios para ambos desembolsos.

El modelo de pagos diferenciados se desarrolló en la región como respuesta a la necesidad de diferenciar dos modelos de negocio con diferentes perfiles de riesgo, como son el de la construcción o adquisición de activos físicos y el de la operación que corresponde a servicios.

---

<sup>12</sup> En el caso chileno, la decisión de diferenciar los pagos se asoció a la necesidad de distinguir los riesgos en las fases de construcción y operación, ya que las entidades financieras identificaban un mayor riesgo de pago asociado a los elementos operacionales, por lo que la diferenciación de pagos y riesgos facilitaba la bancabilidad (obtención de créditos para el financiamiento de la inversión) de los proyectos. Esto ha permitido potenciar la competencia entre los oferentes.

<sup>13</sup> Esta era la situación predominante hasta la crisis del 2008, a partir de la cual algunos proyectos comenzaron a diferenciar los aportes de capital (CAPEX) de los de operación. Asimismo en el Reino Unido se han dado casos de refinanciamiento de proyectos a través del prepago de los componentes de capital.



En Chile esta propuesta surge a partir del modelo inicial de pago de las cárceles, donde el mercado de inversiones identificaba un mayor riesgo de repago de la inversión al supeditarlo o vincularlo a los resultados de la operación. La separación de ambos tipos de pago facilitó la bancabilidad de los proyectos y el esquema ha sido utilizado en todos los proyectos posteriores.

## **b) Mecanismos de pago**

Los flujos financieros entre el estado y el concesionario pueden incluir los siguientes tipos de pago:

- Pagos del estado al concesionario que se construye a partir de un polinomio que puede considerar
  - Derechos de Pago
    - Fijos
    - Variables
  - Deducciones
  - Incentivos
- Pagos del concesionario al estado
  - Multas

### **(1) Derechos de Pago**

Los derechos de pago pueden ser de tipo fijo o variable. Los pagos fijos, se efectúan a todo evento una vez que se ha puesto en marcha el establecimiento, estos pueden cubrir CAPEX y OPEX. En la mayoría de los proyectos el CAPEX es un pago fijo. En los proyectos de bata gris el OPEX fijo financia hasta un nivel de ocupación predefinido – p. ej., en los proyectos de Chile, la operación tiene un pago fijo equivalente al 80% del funcionamiento de los hospitales.

Los pagos variables se relacionan con aspectos operacionales como son:

- La ocupación del establecimiento sobre el porcentaje cubierto por el pago fijo (Chile)
- El volumen de producción (Brasil)
- El número de personas adscritas (Perú)
- El cumplimiento de estándares de calidad (Brasil y Perú)

### **(2) Deducciones**

La mayor parte de los países cuenta con mecanismos de deducciones las que se gatillan en caso de incumplimiento de los estándares contratados. Estas deducciones se aplican a los

flujos de tipo variable según el contrato. En Chile la legislación no permite la aplicación de deducciones.

### (3) Incentivos

Solo en Chile existen incentivos en los contratos. Este considera el pago de un premio de acuerdo con el nivel de servicio entregado. En caso de no cumplir con el puntaje mínimo requerido, no se entrega el premio. Este mecanismo fue diseñado para que el estado contara con un mecanismo que permitiera gestionar la calidad del servicio de manera cotidiana, equivalente al de las deducciones.

### (4) Multas

Todos los proyectos contemplan multas en caso de incumplimientos graves, que pueden llegar hasta la terminación del contrato.

**Tabla 9: Fórmulas de pago del contrato**

País	Proyecto	Estructura de Pagos	Deducciones	Incentivo	Multas
México	Hospital El Bajío	Fijo: 90% Variable: 10% sujeto a disponibilidad y calidad de los servicios	Sí	No	Sí
Chile	Hospitales La Florida y Maipú	Fijo: 100% inversión, 80% Ocupación Variable Ocupación adicional	No	Sí <sup>14</sup>	Sí
Brasil	Hospital do Suburbio	Variable 100%: 70% por indicadores cuantitativos, 30% indicadores de desempeño	Sí	No	Sí
Perú	Hospital Callao y red Sabogal y V. M. T y red Rabagliati	Fijo: 100% inversión, 30% operación Variable: 70% operación sujeto al cumplimiento del número de personas adscritas y estándares de servicio	Sí	No	Sí
	Red Almacenes y Farmacias	Fijo: 100% inversión. Operación variable de acuerdo con la producción.	Sí	No	Sí

Fuente: elaboración autores

<sup>14</sup> Relacionado con el cumplimiento de estándares de servicio.

### 3. Ajuste del contrato en el tiempo

Los contratos tienen un plazo que fluctúa entre 10 y 32 años, todos tienen un mecanismo de ajuste que permite adecuar y reequilibrar el contrato en el tiempo. Existen mecanismos que actúan de manera automática y otros que son el resultado de la renegociación del contrato. Dentro de los mecanismos que actúan de manera “automática” se encuentran la inflación y algunos incluyen el costo de la mano de obra o de precios de factores específicos.

**Tabla 10: Mecanismo de ajuste del contrato**

País	Proyecto	IPC	Mano de Obra	Tipo de cambio	Población Adscrita	Otros mecanismos de ajuste
México	Hospital El Bajío	Sí, fija del 4%	No	No	No	Se establece una cuota máxima de valor nominal a partir de la cual se calculan los pagos.
Chile	Hospitales La Florida y Maipú	Sí	Sí	No	No	Hay mecanismos de ajuste que se pueden activar.
Brasil	Hospital do Suburbio	Sí	Sí	No	No	Por contrato se revisa anualmente el monto y composición de la contraprestación
Perú	Hospital Callao y red Sabogal	Inflación o mano de obra		Sí	Sí	A los cinco años de operación se pueden revisar los pagos relacionados con la operación asistencial y no asistencial.
	H. V. M. T y red Rabagliati					

Fuente: elaboración autores

Asimismo todos los contratos incluyen la posibilidad de incluir nuevas inversiones o servicios, a través de renegociaciones que buscan mantener el equilibrio económico financiero.

#### D. Responsable público del contrato

De los casos seleccionados el patrón dominante es aquel en el que la institución encargada de entregar los servicios de salud es a su vez responsable de gestionar el contrato de APP. El único caso en el que una entidad que pertenece a otro ministerio asume esa responsabilidades Chile, donde el Ministerio de Obras Públicas a través de la Dirección de Concesiones de Obras Publicas es la única entidad responsable de este tipo de gestión.

**Tabla 11: Instituciones responsables de la gestión del contrato y hospital**

País	Proyecto	Gestor Contrato APP	Gestor Hospital
México	Hospital El Bajío	Secretaría de Salud/Gobierno Estado Guanajuato/Municipio de León	Secretaría de Salud/Gobierno Estado Guanajuato/Municipio de León
Chile	Hospitales La Florida y Maipú	Ministerio de Obras Públicas	Servicio de Salud
Brasil	Hospital do Suburbio	Secretaría de Salud, Estado de Bahía	Secretaría de Salud, Estado de Bahía
Perú	Hospital Callao y red Sabogal	EsSalud	EsSalud
	H. V. M. T y red Rabagliati	EsSalud	EsSalud
	Red Almacenes y Farmacias	EsSalud	EsSalud

Fuente: elaboración autores

## E. Información pública de los contratos

Todos los países salvo México cuentan con sistemas públicos de información del contrato y sus modificaciones, con base en la web.

Este tipo de servicio es indispensable para asegurar la transparencia de la gestión de los contratos frente a la ciudadanía.

**Tabla 12: Fuentes de información pública sobre los contratos**

País	Proyecto	Fuente de información
México	Hospital El Bajío	Sin información oficial del estado del contrato
Chile	Hospitales La Florida y Maipú	<a href="http://www.concesiones.cl/proyectos/Paginas/detalleExplotacion.aspx?item=10">http://www.concesiones.cl/proyectos/Paginas/detalleExplotacion.aspx?item=10</a>
Brasil	Hospital do Suburbio	<a href="http://www1.saude.ba.gov.br/hospitaldosuburbio/docs.html">http://www1.saude.ba.gov.br/hospitaldosuburbio/docs.html</a> <a href="http://www.sefaz.ba.gov.br/administracao/ppp/projeto_hospitalsuburbio.htm">http://www.sefaz.ba.gov.br/administracao/ppp/projeto_hospitalsuburbio.htm</a>
Perú	Hospital Callao y red Sabogal VMT Red Logística	<a href="http://www.EsSalud.gob.pe/asociacion-publico-privada/">http://www.EsSalud.gob.pe/asociacion-publico-privada/</a>

Fuente: elaboración autores

### III. Lecciones de la experiencia regional

Después de diez años de experiencia de APP es posible identificar lecciones en diversos ámbitos de la gestión de los proyectos, licitaciones y contratos. Algunas de ellas provienen de la caracterización de la cartera incluida en la sección anterior, otras son más generales y consideran el proceso en su conjunto, y existe un tercer grupo que se relaciona con las responsabilidades que el estado mantiene en estos contratos.

#### A. Lecciones de los contratos analizados

Al revisar la cartera de proyectos se reconoce en primer lugar que detrás del rótulo de APP en salud existe una amplia diversidad de contratos que está determinada por el marco legal, la profundidad de los mercados asociados con las APP (financistas, concesionarios), los modelos utilizados y la capacidad de las unidades responsables de los proyectos. Sin perjuicio de ello es posible identificar lecciones que permitan identificar un conjunto de buenas prácticas que pueden ayudar a los países a perfeccionar sus modelos de gestión de inversiones y APP en salud.

##### Los proyectos APP se están ejecutando de acuerdo con lo esperado

Todos los proyectos analizados se encuentran en fase de operación según lo establecido en los contratos. De acuerdo con la información disponible, a la fecha solo el Hospital do Suburbio aprobó un aumento de contrato asociado a un mayor volumen de producción.

##### Las iniciativas públicas y de bata gris generan mayor competencia entre oferentes

Todos los proyectos de iniciativa pública (Chile, Brasil y México) contaron con al menos dos oferentes en la fase de licitación, lo que indica la existencia de un proceso competitivo. Solamente en las licitaciones de bata gris se observó una reducción de precio (entre un 9 y un 22%), siendo esta mayor en el proceso con más oferentes.

Las iniciativas privadas solo contaron como oferentes con los mismos promotores, lo que puede estar dado por los plazos reducidos para preparar las ofertas o al menor nivel de información disponible para la preparación de ofertas de otros grupos.

##### El desarrollo de las propuestas arquitectónicas aumenta los plazos de los proyectos bata gris

Los proyectos de bata gris transfieren la responsabilidad del diseño al concesionario, por lo que debe ser aprobado por el mandante. Este proceso ha requerido mayor plazo de lo estimado inicialmente llegando hasta un año plazo.

##### La separación CAPEX y OPEX facilita la bancabilidad

La diferenciación de los flujos de inversión y operación facilitó la bancabilidad de los proyectos de APP en Chile y Perú, al aislar los riesgos asociados a cada una de estas fases que en el

proyecto se ejecutan de manera secuencial y que habitualmente son subcontratadas a diferentes empresas.

### Mejoras en la eficiencia

De acuerdo con lo informado, el proyecto Red Almacenes y Farmacias (Perú) ha logrado una mejora del 10% de los niveles de servicio (abastecimiento) y reducción de un 15-20% de los niveles de inventario, lo que reduce el capital inmovilizado así como los riesgos de merma y obsolescencia de los productos. En términos de recursos, esto permitiría una optimización de entre USD 40 y 50 millones por año.

La Secretaría de Salud del Estado de Bahía ha informado que el costo de día cama ocupada del Hospital do Suburbio es un 10% inferior al de otros hospitales similares de la SESAB. Asimismo la infraestructura construida ha tenido un rendimiento superior a lo programado inicialmente.

### Mejoras en la calidad

Sin dejar de lado de que todos los contratos cuentan con un set de indicadores de calidad que determinan los pagos, en el caso del Hospital do Suburbio, este fue el primero de la región norte y nordeste en contar con acreditación.

En otros casos las exigencias se relacionan con la certificación de procesos incluidos en el contrato, por ejemplo, en Chile el concesionario tiene como obligación certificar bajo normativa ISO 9000 el sistema de monitoreo y evaluación de los niveles de servicio.

### Riesgo de subutilización en proyectos de bata gris

En proyectos de bata gris donde el estado retiene la responsabilidad de la gestión clínica, existe el riesgo de subutilización, ya que la gestión clínica es de responsabilidad del estado. Esto implica la derivación de pacientes, la contratación de personal y la adquisición de medicamentos e insumos. Si el estado no cumple con su responsabilidad el establecimiento no se utilizará de acuerdo con lo contratado.

### Tensión en la gestión hospitalaria de proyectos de bata gris

En numerosos hospitales de gestión tradicional los servicios de apoyo se encuentran externalizados, la principal diferencia con las APP de bata gris es que en estas últimas el concesionario las integra todas en un solo contrato de largo plazo. Esto obliga a que los gestores hospitalarios del sector público entiendan las características del contrato y los mecanismos que permiten gestionarlo. Dado que los hospitales habitualmente no poseen el liderazgo en el diseño y estructuración de las APP, su falta de apropiación y conocimiento puede traducirse en un bajo desempeño del contrato.

### Adaptación regional de los modelos de APP

Los países de la región se han basado en modelos provenientes de Europa, sin embargo, los han adaptado y han generado desarrollos propios ajustados a la realidad nacional. En los modelos de bata gris, el referente respecto al alcance es el Reino Unido y para los de bata blanca es la península ibérica, donde el modelo per cápita (Perú) se basa en el modelo Alzira

(Valencia, España), mientras que el de *Fee for Service* (Brasil) lo hace en uno de los modelos de bata blanca desarrollados en Portugal. En todos ellos han existido ajustes locales al alcance, modelo de licitación y estructuración.

## B. Lecciones generales

### Las APP permiten ejecutar amplios planes de inversión en menor tiempo

Los casos de Brasil (Estado de Sao Paulo), Perú (MINSAL) y Chile demuestran que el esquema de APP permite acelerar el proceso de inversión, facilitando la licitación casi simultánea de un gran número de proyectos<sup>15</sup>. Este resultado se puede obtener en la medida que existe un proceso estandarizado, la continuidad de las políticas públicas y un mercado activado.

### El apoyo político es necesario para la ejecución de las APP

Los procesos de inversión en salud hospitalaria suelen tener plazos que habitualmente superan uno o más periodos presidenciales, por lo que uno de los mayores riesgos que enfrentan es la reducción de prioridad que puedan sufrir con un cambio de gobierno. Las APP cuyos contratos aún no han sido adjudicados presentan mayor vulnerabilidad de no continuar, en la medida que no exista información objetiva sobre su desempeño. Pueden quedar expuestas al debate político, ser catalogadas como “privatizaciones encubiertas”, y ser asociadas como cobro a los usuarios o exclusión de servicios.

### Las APP tienen mayor rendición de cuentas que el modelo tradicional

Los proyectos APP tienen mayor visibilidad social y política que los tradicionales, lo que exige el cumplimiento de estándares de servicio superiores a los que enfrentan los proyectos tradicionales. Lo interesante de esta situación es que el concesionario tiene la responsabilidad de responder por los servicios bajo contrato y de informar periódicamente sobre la evolución de los estándares de servicio.

### El contrato APP permite “blindar” la cartera de inversiones

Una vez adjudicados, los contratos de APP de salud han seguido en su curso de ejecución independientemente de la evolución de las finanzas públicas o cambios de autoridades<sup>16</sup>, lo que permite afirmar que este tipo de contrato protege el cronograma, presupuesto y alcance del proyecto.

### Las APP generan un *benchmark* para los procesos de inversión y operación tradicional

Los proyectos de APP permiten innovar en un conjunto de ámbitos, como el tecnológico, de gestión de contratos o de gestión de calidad. Estas nuevas prácticas son incorporadas habitualmente dentro de los esquemas de inversión y gestión tradicional. Algunos ejemplos de

---

<sup>15</sup> La precaución que se debe tener es la de mantener la tensión competitiva, de manera de obtener los mejores precios de oferta.

<sup>16</sup> Los principales riesgos son las reasignaciones presupuestarias o cambios de prioridad política.

estos casos provienen de Chile donde los hospitales de Maipú y La Florida fueron los primeros hospitales públicos en contar con aisladores sísmicos, práctica que actualmente se ha adoptado en los proyectos ejecutados a través del modelo tradicional. Otro caso es la adopción del modelo de licitación que integra diseño y construcción que permite transferir parte del riesgo de diseño al constructor.

### Las APP obligan al sector salud a modernizar su enfoque y capacidad de gestión

Tradicionalmente el estado compra bienes y servicios bajo una modalidad de corto-mediano plazo. Las APP transfieren al sector privado un conjunto de responsabilidades habitualmente asumidas por el estado, por lo que este debe ocupar un rol de control y supervisión de contrato en vez de integrador. Esto requiere el desarrollo de nuevas habilidades y estructuras de gestión.

## **C. Gestión de riesgos retenidos por el estado**

Los contratos de APP son un esquema que se usa en contextos donde el estado tiene como responsabilidad la entrega de servicios de salud a la población, dado que el contrato de manera parcial o integral diversos servicios directa o indirectamente relacionados con la entrega de servicios de salud. Existe un conjunto de servicios no incluidos en el contrato, donde el estado es el responsable de su provisión. Esta responsabilidad variará de acuerdo con el alcance del contrato, y es mayor en los proyectos de bata gris que en los de bata blanca.

Tradicionalmente se enumera un amplio listado de riesgos, sin embargo se han resaltado aquellos más relevantes dentro de la experiencia regional.

### Terrenos

Un elemento clave para todo proyecto de inversión (APP o tradicional) es el terreno, ya que debe cumplir con las condiciones legales, urbanísticas y ambientales que hacen factible la construcción. Los problemas observados en la cartera de APP han sido la entrega tardía de terrenos o su inhabilidad para materializar el proyecto, lo que se ha traducido en incrementos de los plazos de ejecución.

### Puesta en marcha

En los proyectos de bata gris la puesta en marcha es de responsabilidad del estado, ya que las funciones asistenciales permanecen bajo su responsabilidad. Tanto en México como en Chile esto ha sido un foco de tensión donde los establecimientos han tenido periodos variables de puesta en marcha asistencial, lo que ha demorado alcanzar los niveles de eficiencia esperados y por los cuales el contrato está pagando. Por ejemplo, en el caso de Maipú y La Florida, el estado paga un monto fijo por el 80% de ocupación, por sobre esta ocupación paga un valor adicional por día cama ocupado, y si usa menos del 80% paga el mismo monto, de manera que el incentivo para el estado es utilizar al menos el 80% de las camas. Las razones que explican



esta situación se asocian con problemas en la gestión de la oferta de recursos y la derivación de la demanda:

- Oferta: para hospitales nuevos es necesario contar con un alto volumen de recursos humanos, muchos de ellos altamente especializados, por lo que en muchos casos es necesario formarlos con tres años de anticipación para poder contar con ellos en el sector público. Si adicionalmente el estado es el responsable de adquirir los equipos médicos se agrega el riesgo de coordinar su adquisición con la construcción.
- Demanda: Para los nuevos hospitales se debe asegurar que los pacientes lleguen al establecimiento. Dependiendo de su rol y localización, será necesario desarrollados de manera anticipada, los procesos técnicos, administrativos y financieros, que aseguren la derivación de los pacientes.

La puesta en marcha de los proyectos de salud es siempre uno de los mayores desafíos de gestión, adicionalmente en la APP se agrega la tensión de una mayor celeridad en este proceso.

#### Coordinación del establecimiento con la red

El proyecto del Hospital do Suburbio ha sido muy exitoso en su ejecución, con una producción de servicios muy superior a lo esperado inicialmente, lo que llevó a una ampliación del contrato; sin embargo, debido a su éxito los municipios cercanos no potencian la atención primaria. Este resultado da cuenta de dos facetas que es necesario compatibilizar: la primera está dada por la mayor eficiencia productiva de la infraestructura construida y la segunda por una distorsión del modelo de salud, por lo que se corre el riesgo de volverlo centrado en la atención de problemas de salud, dejando en un segundo plano el enfoque preventivo-promocional sustentado en una estrategia de atención primaria.

## IV. Fichas Técnicas

### A. Chile

#### **¿Por qué usaron APP?**

Chile cuenta con una Ley de Concesiones de Obras Públicas desde inicios de la década de los años 90 que se ha usado extensivamente en infraestructura de transporte. Su uso en salud recién se plasmó en el 2006 a partir de la aprobación de los proyectos de los hospitales de Maipú y La Florida. Los fundamentos de su utilización incluían el déficit de infraestructura hospitalaria, especialmente en la Región Metropolitana de Santiago, y la voluntad de explorar nuevos mecanismos de financiamiento y gestión de proyectos de inversión.

#### **Perfil de los proyectos**

La primera licitación comprendió la construcción de dos hospitales nuevos, localizados en las zonas de expansión urbana de Santiago. Se trata de recintos de aproximadamente 390 camas, destinados a la atención de agudos.

Estos establecimientos forman parte de las redes de servicio de la Región Metropolitana.

#### **¿Qué incluyó el contrato?**

El contrato entrega al concesionario la obligación de desarrollar los siguientes servicios:

- Diseño definitivo
- Construcción
- Operación y mantenimiento de la infraestructura:
  - Energía
  - Iluminación
  - Sistemas de agua
  - Transporte Vertical
  - Corrientes Débiles
  - Correo Neumático
  - Climatización
  - Control centralizado
- Provisión y mantenimiento mobiliario no clínico
- Mantención de áreas verdes y paisajismo
- Aseo y Limpieza General
- Gestión Integral de Residuos Hospitalarios
- Control Sanitario de Vectores
- Gestión de Ropería y Vestidores
- Alimentación de Pacientes y Funcionarios
- Cafetería
- Seguridad y Vigilancia
- Estacionamiento de Funcionarios y Visitas
- Sala Cuna y Jardín Infantil

El plazo original abarcaba tres años para diseño y construcción y quince años de explotación.

## ¿Cómo se licitó?

La licitación constó de un proceso de precalificación con tres fases y de la licitación propiamente tal. Las fases de precalificación eran secuenciales e incluyeron:

- Fase I: Antecedentes legales, económicos y de experiencia
- Fase II: Desarrollo del Partido General
- Fase III: Desarrollo del Anteproyecto

Al final de la precalificación se generó una nota técnica que requería de un valor mínimo para presentar una oferta en la licitación.

El proceso se inició con ocho empresas interesadas, cuatro de ellas completaron la precalificación y presentaron ofertas.

Las bases consideran una mezcla de 90% oferta económica y 10% oferta técnica.

Se debe tener presente que las empresas que efectuaron ofertas cumplieron previamente un conjunto de exigencias técnicas mínimas que resguardan la calidad basal del proyecto.

La oferta económica consideraba un monto para el pago de la inversión – subsidio fijo a la construcción- y otro para la operación – subsidio fijo a la operación. Entre ambos se construía un polinomio que daba la nota económica.

## Condiciones Económicas

El estado paga al concesionario a través de los siguientes mecanismos:

- **Subsidio Fijo a la Construcción (SFC):** una vez que los hospitales empiezan a brindar servicios, el estado comienza a pagar al concesionario ocho cuotas anuales de USD 41,4 millones. La primera cuota se pagó en el 2014 y la última se pagará en el 2021. Esta cuota corresponde al pago por el diseño, construcción, equipamiento industrial y provisión de mobiliario no clínico de ambos hospitales.
- **Subsidio Fijo a la Operación (SFO):** cuando el hospital empieza a otorgar servicios,, el estado comienza a pagar al concesionario 30 cuotas semestrales de USD 8,9 millones por los servicios contratados. Se excluyen de este pago los servicios con ingresos comerciales (cafetería y estacionamiento público). El pago cubre hasta el 80% de ocupación del hospital – medido en días cama.
- **Subsidio Variable a la Operación (SVO):** si la ocupación supera el 80%, el estado pagará al concesionario un USD 18,6 adicionales por cada día cama ocupado.
- **Compensación por sobredemanda de camas:** si la ocupación supera el 110%, el estado pagará al concesionario una compensación de USD 1.860 por cada día cama ocupado.
- **Incentivo por nivel de servicio:** cada uno de los servicios contratados está sujeto a evaluación de acuerdo con los estándares definidos. A partir de ellos existe un mecanismo de determinación del nivel de servicio que le puede permitir al concesionario cobrar un premio de hasta USD 421.518 semestrales para ambos hospitales. Los niveles de servicios son explícitos e incluyen indicadores de calidad y disponibilidad.  
**Inversiones adicionales:** en caso de que el estado solicite nuevas inversiones no consideradas en el contrato.

El concesionario debe efectuar los siguientes pagos al estado:

- Pagos en concepto de administración y control del contrato de concesión al Ministerio de Obras Públicas que ascienden a USD 1.342.890 anuales por ambos establecimientos.
- Un único pago en concepto de desarrollo de estudios en fase de precalificación al Ministerio de Obras Públicas que asciende a USD 1.193.680.

Hay otros pagos menores correspondientes a los consumos de energía y agua que el concesionario debe reembolsar al hospital.

Otros tipos de pagos pueden corresponder a multas en caso de fallas o incumplimientos que ameriten su aplicación.

Los contratos se licitan bajo la Ley de Concesiones y estos son firmados por el Presidenta/e de la República, El Ministro de Hacienda y el Ministro de Obras Públicas. Este decreto de adjudicación representa la garantía de pago.

### **¿Cómo se relaciona el estado con el concesionario?**

Las responsabilidades del concesionario están definidas en el alcance del contrato. En la fase de explotación se debe asegurar la continuidad de los servicios 24/7 de acuerdo con lo estipulado en las bases de la licitación.

La responsabilidad central del estado es la gestión asistencial de ambos establecimientos, como son la provisión de servicios clínicos, de apoyo diagnóstico y tratamiento, administración general de los hospitales, compra e instalación de equipamiento médico, contratación de personal sanitario, compra de bienes y servicios necesarios para la función asistencial, pago de consumos de agua y energía, y el pago de los subsidios correspondientes.

La base para gestionar el contrato es el Sistema de Comunicación y Registro Informatizado que lleva un registro de las solicitudes y reclamos de los usuarios autorizados del hospital. A través de él se monitorea de manera permanente el cumplimiento de los tiempos de respuesta y de solución de los problemas.

Dada la legislación chilena en concesiones, el responsable por parte del estado es el Inspector Fiscal, que es un funcionario del Ministerio de Obras Públicas. El Director del Hospital (en la fase de explotación) tiene la función de Coordinador Técnico y presenta sus requerimientos al concesionario.

Existe un órgano de gestión denominado Coordinación Técnica, en el que participan los tres representantes antes mencionados y cuya responsabilidad es monitorear la ejecución del contrato y buscar vías de solución a situaciones no previstas.

Adicionalmente se prevén auditorías independientes del nivel de servicio que permiten complementar la evaluación de los servicios.

La evaluación de los niveles de servicio se realizará a través de informes mensuales a la Coordinación Técnica. El informe incluye el Nivel de Servicio Parcial (NSP) por cada servicio así como el Nivel de Servicio Global (NSG), que evalúa el desempeño de los servicios en su conjunto, considerando la ponderación (importancia clínica-costo) de cada uno de ellos.

### **¿Cómo se ajusta el contrato en el tiempo?**

Todos los pagos al concesionario se reajustan de acuerdo con la variación de la inflación.

Adicionalmente una fracción del SFO se reajusta anualmente según la variación del costo de la mano de obra expresada en la variación del ingreso mínimo mensual.

### **¿Qué resultados se han observado?**

El llamado a licitación se realizó en mayo del 2007, la recepción de ofertas se efectuó en junio del 2009 y el contrato se inició formalmente en noviembre del 2009. El plazo original desde el llamado estaba estimado en la mitad del tiempo, sin embargo por tratarse de la primera licitación, tanto el estado como las empresas demandaron un plazo más largo.

La licitación fue un éxito, ya que se contó con cuatro oferentes de los cuales solo uno ofertó sobre el máximo disponible –lo que descalificó la oferta- y la oferta ganadora significó una reducción del 22% de la disposición de pago del estado para la cuota de construcción, que en términos reales representa una reducción de aproximadamente USD 70 millones.

El plazo original de diseño y construcción era de 1095 días, sin embargo tuvo un sobre plazo del 33% (361 días) de los cuales la empresa fue responsable del 38%, el estado del 35% y cuestiones de fuerza mayor del 27%.

Durante la fase de construcción no se generaron convenios complementarios que requirieran de mayor inversión.

El principal problema de los edificios que se manifestó una vez que fueron puestos en marcha, fue la falta de climatización (frio) de algunas partes, como las salas de hospitalización, la unidad de emergencia y el área de atención ambulatoria. No se incluyó esta exigencia dentro de los requisitos al concesionario, ya que tradicionalmente los hospitales públicos no las climatizan.

### **Situación actual de la cartera APP**

A partir de los proyectos descritos, se impulsó una cartera más amplia en número y alcance de los proyectos.

<b>Hospitales</b>	<b>Región</b>	<b>N.º camas</b>	<b>Superficie</b>	<b>Inversión USD</b>	<b>Status</b>
Maipú y La Florida	Metropolitana	787	136.760	252.168.876	Operación
Antofagasta	Antofagasta	671	114.048	208.888.261	Construcción
Salvador y Geriátrico	Metropolitana	640	165.948	240.506.828	Diseño
Felix Bulnes	Metropolitana	523	115.000	211.133.419	Construcción
TOTAL		2.621	531.756	912.697.384	

Fuente: elaboración autores a partir de información del Ministerio de Obras Públicas

Los principales cambios en los nuevos proyectos son los siguientes:

- Incorporación del servicio de adquisición y mantenimiento de equipamiento médico al contrato de concesión.
- Inclusión del servicio de gestión del cambio que incluye selección de personal nuevo, acompañamiento al personal que trabajará en el nuevo hospital, recursos para comunicaciones internas y externas.
- Inclusión del servicio de gestión de energía, en el que el concesionario asume el riesgo de consumo.

Hasta el mes de marzo de 2014 la cartera incluía otros seis proyectos que sumaban cerca de USD 1.000 millones de inversión. El nuevo gobierno decidió no ejecutarlos a través del sistema de concesiones, ya que deseaba revisar el modelo de APP, puesto que se estimaba que sus costos y plazos eran superiores a los ejecutados por el sistema tradicional.

### **Información Pública de los Contratos**

Toda la información sobre los documentos de licitación y contratos se encuentra en el sitio web [www.concesiones.cl](http://www.concesiones.cl)

## **B. Perú**

### **¿Por qué usaron APP?**

Perú cuenta con una Ley de Concesiones que se ha usado extensivamente en infraestructura de transporte. Las primeras experiencias de salud fueron impulsadas desde mediados de la primera década del 2000 por el Seguro Social de Salud (EsSalud) como un mecanismo que ayudaría a cerrar brechas asistenciales en las regiones de Lima y Callao, que se se estaban incrementando como efecto del crecimiento económico y la formalización del empleo. En este contexto, la Presidencia de EsSalud y el Directorio decidieron utilizar las APP como un mecanismo para aprovechar el dinamismo y capacidad de gestión del sector privado y así compartir los riesgos, al asignarles un volumen de población.

EsSalud cuenta con un régimen autónomo por lo que tiene competencia jurídica y presupuestaria para ejecutar proyectos de APP regulados por el Decreto Legislativo N.º 1012, la Ley Marco de Asociaciones Público-Privadas.

De manera complementaria, el Ministerio de Salud (MINSa) ha utilizado la Ley de Concesiones, administrada por PROINVERSION, institución dependiente del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) para licitar y adjudicar su primer contrato de APP.

### **Perfil de los proyectos**

El primer programa de EsSalud contó con una cartera de cuatro proyectos:

1. Nuevo Hospital III Callao y Centro de Atención Primaria de la Red Asistencial Sabogal, que incluye un centro ambulatorio y un hospital tipo III con las especialidades básicas, quirófanos y cuidados intensivos. Posee un total de 162 camas en 19.585 m<sup>2</sup>
2. Nuevo Hospital III Villa María del Triunfo de la Red Asistencial Rebagliati, que incluye un centro ambulatorio y un hospital tipo III con las especialidades básicas, quirófanos y cuidados intensivos. Cuenta con un total de 209 camas.
3. Almacenamiento, Distribución y Entrega de Materiales en la Red de Almacenes y Farmacias de Lima de EsSalud, que abarca la construcción de un centro logístico y la contratación de una red de transporte para atender a los establecimientos de ESSALU D en Lima.
4. Centro de Especialidades Torre Trecca, que incluye la rehabilitación de una estructura que se encuentra en obras gruesas y su transformación en un centro de atención de especialidades.

El primer proyecto del MINSA comprendió la licitación de los servicios de apoyo no clínico de un establecimiento nuevo que corresponde al Instituto del Niño de San Borja.

### **¿Qué incluyó el contrato?**

Los contratos adjudicados han considerado los siguientes alcances:

- Redes Sabogal y Rabagliati: 18 meses de construcción y 30 de operación
  - Diseño definitivo
  - Construcción
  - Servicios no clínicos
  - Equipamiento Médico
  - Servicios Clínicos
  - Gestión integral de los establecimientos
- Gestión de Almacenamiento, Distribución y Entrega de Materiales en la Red de Almacenes y Farmacias de Lima de EsSalud
  - Construcción y mantenimiento de infraestructura
  - Dotación de equipamiento
  - Prestación de servicios de gestión de los siguientes:
    - Almacenamiento y Distribución
    - Dispensación Farmacias Consulta Externa
    - Dispensación Farmacia de servicios hospitalarios
- Remodelación e Implementación de Infraestructura, Equipamiento, Gestión y Prestación de Servicios Asistenciales y Administrativos en la Torre Trecca
  - Adecuación de infraestructura
  - Dotación de equipamiento
  - Gestión
  - Prestación de servicios:
    - Consulta externa
    - Procedimientos
    - Riesgo quirúrgico
    - Urgencias
    - Lectura de placas digitales (nivel nacional).
- Provisión de los siguientes servicios en el Instituto del Niño de San Borja:
  - Mantenimiento de la edificación, instalaciones y equipamiento electromecánico asociado con la infraestructura, áreas verdes y estacionamiento.

- Mantenimiento de equipamiento clínico y no clínico.
  - Operación y mantenimiento de los servicios generales (alimentación, lavandería, limpieza, seguridad y gestión de residuos hospitalarios)
  - Operación y mantenimiento de los servicios de Apoyo al Diagnóstico (patología clínica y central de esterilización).
  - Servicio de Asistencia técnica de adquisición.
- Redes Sabogal y Rabagliati: 18 meses de construcción y 30 de operación
  - Gestión de Almacenamiento, Distribución y Entrega de Materiales en la Red de Almacenes y Farmacias de Lima de EsSalud: 10 años de operación
  - Remodelación e Implementación de Infraestructura, Equipamiento, Gestión y Prestación de Servicios Asistenciales y Administrativos en la Torre Trecca: 15 años
  - Instituto el Niño de San Borja: 10 años de operación

### **¿Cómo se licitó?**

Para esta primera cartera de proyectos de ESSALUD se utilizó formalmente el esquema para la presentación de iniciativas privadas.

#### Primera Etapa:

- Publicación de las Bases y el Proyecto de Contrato, estableciendo requisitos de precalificación.
- Evaluación de Requisitos de Precalificación. Como resultado se identifican los grupos que cumplen con los requisitos de precalificación y están en condiciones de presentar una propuesta como Iniciativa Privada.

#### Segunda Etapa

- Presentación y Evaluación del proyecto de iniciativa privada por parte de los grupos interesados.
- Evaluación Técnica: verifica el cumplimiento de los requisitos técnicos establecidos en las Bases y el Proyecto de Contrato.
- Evaluación Económica para la cual se utiliza como referencia el monto referencial de ESSALUD estimado por la Gerencia Central de Finanzas.
- Declaración de Interés por parte del Consejo Directivo de ESSALUD

#### Tercera Etapa

- Convocatoria a concurso de proyectos integrales. El Decreto Legislativo N.º 1012 prevé que para proyectos declarados de interés, terceros interesados puedan competir por ellos. Una vez vencido el plazo se adjudica el contrato.

#### Cuarta Etapa

- Firma del Contrato

Para las ofertas que contaban con una propuesta técnica y económica se verificó primero el cumplimiento de los requisitos técnicos y posteriormente si el monto solicitado se encontraba dentro del rango de disposición de pago de EsSalud.

### **Condiciones Económicas**



La estructura de pagos al concesionario en la fase de operación considera en términos generales a los siguientes:

- Pago Mínimo Garantizado
- Pago sujeto a desempeño (cumplimiento de indicadores)
- Deducciones por penalidades

Adicionalmente cada uno de los contratos suscritos presenta diferentes estructuras de pago que se describen a continuación.

### **Redes Sabogal y Rabagliati**

El Ingreso total del contratista está compuesto por una Retribución por Inversiones (infraestructura y equipos) y por una Retribución por Operación y Mantenimiento (Servicio Administrativo y Servicio Asistencial), los mismos que se encontrarán integrados por conceptos ligados a la inversión en infraestructura y prestación de los servicios previstos en el Contrato.

La Retribución por Inversiones (RPI) es la alícuota de la inversión que se incluye dentro de la retribución de la Sociedad Operadora y que representa el valor de la inversión que debe pagarse ante cualquier evento durante el desarrollo del contrato. Es la base del financiamiento de la Sociedad Operadora.

Este concepto se divide en RPI - Infraestructura y RPI – Equipos. El RPI es de USD 7.079.313 para Villa María y USD 7.129.436 para El Callao, en quince cuotas que se comienzan a pagar una vez que el hospital se encuentra en funcionamiento.

La Retribución por Mantenimiento y Operación (RPMO) tiene dos componentes: uno asistencial y otro de administración.

RPMO-Asistencial: una vez construida la infraestructura, se inicia la operación del servicio asistencial, por la cual se cobrará una retribución variable a través de la RPMO, en razón del número de asegurados.

RPMO–Administración: una vez construida la infraestructura, se genera la obligación de mantenimiento y operación por la cual se cobrará una retribución a través de la RPMO, que tendrá una porción variable (70%) en razón del número de asegurados y una fija (30%) por rangos.

La RPMO podrá ser ajustada en forma anual durante la fase de Operación del servicio de salud conforme varíen los índices de su cálculo vinculados a los costos de operación o de mantenimiento del servicio.

La RPMO es de USD 65.853.060 para Villa María y El Callao.

EsSalud define y determina los niveles de servicio requeridos asociados a la inversión solicitada y verifica su cumplimiento. El esquema contractual abarca los siguientes aspectos:

- Calidad de servicio prestado
- Nivel de inversión (activo)
- Idoneidad del equipamiento médico (activo)

## **Gestión de Almacenamiento, Distribución y Entrega de Materiales en la Red de Almacenes y Farmacias de Lima de EsSalud**

El esquema de pagos es similar al de los hospitales:

- RPI:
  - Infraestructura
  - Equipamiento
- RPMO
  - Almacenamiento y Distribución
  - Dispensación Consulta Externa
  - Dispensación Servicios Hospitalarios

## **Remodelación e Implementación de Infraestructura, Equipamiento, Gestión y Prestación de Servicios Asistenciales y Administrativos en la Torre Trecca**

Considera el pago de un monto mínimo que incluye un conjunto de prestaciones. Una vez superado el volumen de producción contratada existe un esquema de pago por prestación regulado por un tarifario. No se consideran los pagos del concesionario. Dado los montos involucrados en los procesos de Asociación Público-Privado, el financiamiento que requiera la Sociedad Operadora puede ser diverso y se desarrolla según las necesidades de cada operador. Por lo general los operadores van a buscar líneas de crédito a largo plazo, ya que los montos comprometidos en las inversiones son altos.

Para darle transparencia al sistema de retribuciones se ha considerado un elemento base en todo proceso de financiamiento, el fideicomiso. Dicho instrumento financiero será constituido por ESSALUD y se depositará el íntegro de los pagos destinados a los Operadores con los que ESSALUD firme algún convenio de APP. Este fideicomiso fue constituido para garantizar el pago previsto en este contrato. Asimismo toda Sociedad Operadora va a constituir un fideicomiso con la finalidad de recibir la RPI y RPMO establecidas en el Contrato de Asociaciones Público- Privadas

### **¿Cómo se relaciona el estado con el concesionario?**

#### **Redes Sabogal y Rabagliati**

Los contratos consideran un conjunto de indicadores de supervisión que incluyen los siguientes ámbitos:

- De Satisfacción
  - Del usuario
  - Del servicio
- De calidad
  - Oportunidad de la atención
  - Seguridad del Paciente
- De Resultados
  - Complicaciones del Embarazo
  - Mortalidad por cáncer
  - Cobertura de cáncer prioritario
  - Complicaciones por Diabetes mellitus e Hipertensión Arterial
  - Población Protegida

El Concesionario debe entregar el servicio y cumplir con los estándares asociados a los ámbitos descritos.

El rol del estado es supervisar los contratos, ajustar los indicadores de monitoreo y evaluación, y tramitar los estados de pago.

### **Gestión de Almacenamiento, Distribución y Entrega de Materiales en la Red de Almacenes y Farmacias de Lima de EsSalud**

La concesionaria solo tiene responsabilidad en el ámbito logístico, descrito en el alcance. Asimismo tiene como responsabilidad:

- Prestar los servicios de gestión y administración de material estratégico y no estratégico, adquiridos por ESSALUD.
- Dirigir de manera exclusiva las actividades de almacenamiento, distribución y entrega de materiales, así como la capacitación del personal, además del proyecto integral de instalación de las nuevas unidades de los almacenes Central y Sabogal.
- Proveer *software* de operación logística, equipos de automatización y su mantenimiento.
- Acondicionar y equipar todos los puntos de la Red de Almacenes y Farmacias de Lima (RAF).
- Definir e instalar sistemas de control de calidad internos.
- Implementar una Oficina de Reclamos y Atención al Asegurado de acuerdo con la normatividad vigente.
- Efectuar las labores de mantenimiento de la infraestructura así como el mantenimiento de los equipos.

La definición del arsenal así como su adquisición son de exclusiva responsabilidad de EsSalud que es también es responsable de las siguientes acciones:

- Adecuar la infraestructura de las instalaciones que fueran necesarias para la ejecución de los servicios.
- Facilitar por todos los medios el ejercicio de las funciones de la Sociedad Operadora, dándole acceso a sus instalaciones mediante previa coordinación con el área correspondiente.
- Otorgar informaciones y responder dudas que eventualmente puedan ser planteadas.
- Efectuar el control de calidad de los servicios prestados, mediante formularios de evaluación destinados para ese fin.
- Efectuar el pago de las retribuciones previstas por las inversiones o servicios en el plazo y forma pactados.
- Evaluar las sugerencias de cambio de personal, debidamente sustentadas, propuestas por la Sociedad Operadora.
- Facilitar la coordinación con el personal de las áreas competentes de ESSALUD vinculadas a los servicios que brindará la Sociedad Operadora, incluida el área de informática y sistemas.
- Proveer el personal de apoyo necesario para la realización de las actividades propias de las etapas de almacenamiento, distribución y entrega de materiales.

### **Remodelación e Implementación de Infraestructura, Equipamiento, Gestión y Prestación de Servicios Asistenciales y Administrativos en la Torre Trecca**

El rol del concesionario es cumplir con los servicios contratados así como con los indicadores de monitoreo y evaluación establecidos por EsSalud.

El rol del EsSalud abarca los siguientes aspectos:

- Brindar servicio de citas telefónicas –excepto urgencias– sobre programación proporcionada por el prestador
- Establecer estándares mínimos de operación asistencial: rendimiento por hora, diferimiento, embalse, protocolos válidos, horario de atención y satisfacción esperada del usuario
- Realizar una auditoría permanente sobre el cumplimiento de indicadores y protocolos.

Para garantizar una relación duradera, todo contrato de Asociación Público-Privada tiene un supervisor, que cumple las funciones de intermediario entre el Operador y ESSALUD. Dicho supervisor vela por el cumplimiento del contrato y el logro de los objetivos y motivos de la APP. Entre las actividades de supervisión se encuentran:

- a) El seguimiento y verificación del cumplimiento de las obligaciones contractuales del operador.
- b) La supervisión del cumplimiento de la normatividad aplicable en la ejecución de las obligaciones del operador.
- c) La intervención en la determinación de responsabilidades, aplicación de penalidades y ejecución de garantías cuando corresponda. Esto es cuando se detecta alguna falla en el servicio prestado.
- d) La verificación de la realización del Cierre Financiero y del cumplimiento de lo estipulado en el contrato.
- e) El monitoreo de las obligaciones de índole económica, adquiridas por ESSALUD o el operador, en virtud del contrato de APP.
- f) La elaboración de los documentos correspondientes a la verificación del pago o liquidaciones correspondientes conforme al contrato de Asociación.

### **¿Cómo se ajusta el contrato en el tiempo?**

Cada uno de los contratos tiene diversas modalidades de ajuste.

Los pagos de la RPI y RPO se pueden ajustar de acuerdo a las siguientes reglas:

La RPI estará sujeta a variaciones en caso que se requiera realizar ajustes relacionados con aspectos tales como:

- a) Nuevas inversiones en obras de infraestructura
- b) Variación de Precios en los insumos de construcción
- c) Variaciones en la Tasa de Interés

La RPO puede ajustarse de acuerdo con las siguientes variables:

- a) Número de asegurados atendidos
- b) Incremento en la cartera de servicios de salud
- c) Aumento en la cantidad de insumos necesarios para la prestación del servicio
- d) Incremento de personal destinado a cubrir la ampliación de servicios

## **¿Qué resultados se han observado?**

Los cuatro contratos fueron adjudicados el año 2010, entre ellos se encuentran:

- **Redes Sabogal y Rabagliati**  
Ambos proyectos fueron inaugurados en el primer trimestre del 2014, lo que indica un sobreplazo de dos años.
- **Red de Almacenes y Farmacias de Lima**  
Este proyecto inició su operación dentro del plazo establecido en el contrato. Ha respondido a los objetivos propuestos, lo que le permitió reducir los inventarios, así como la merma y obsolescencia de los productos. Se estima que en el horizonte del proyecto (diez años) se generarán ahorros equivalentes a USD 500 millones.
- **Torre Trecca**  
Al mes de diciembre del 2014 este proyecto no había iniciado su ejecución, ya que el edificio no cumple con las normativas de la Municipalidad de Lima.

## **Situación actual de la cartera APP**

La actual administración del Ministerio de Salud (MINSa) y de ESSALUD están impulsando un ambicioso programa de inversiones, en el cual las APP tienen un rol importante. Ambas instituciones han decidido avanzar con un modelo de bata gris donde la responsabilidad del concesionario incluye el diseño, la construcción, el mantenimiento y los servicios no clínicos.

Ambas instituciones han decidido mandar a PROINVERSION (Dirección de Promoción de Inversiones) los estudios y el diseño de los contratos de APP.

- a) Mandatos vigentes del MINSa
  - a. Unidad Complementaria para trasplantes de médula ósea: Banco de Sangre de cordón umbilical y Registro Nacional de Donantes de Médula Ósea
  - b. Gestión Integral de Residuos Hospitalarios en Lima Metropolitana
  - c. Atención médica especializada en zonas rurales de difícil acceso
- b) Proyectos que podrían incluirse en el mandato del MINSa:
  - a. Hospital Nacional Dos de Mayo
  - b. Hospital Sergio Bernales-Comas
  - c. Hospital de San Juan - Lurigancho
- a) Mandatos vigentes de EsSalud:
  - a. Construcción del Hospital de Alta Complejidad Chimbote
  - b. Construcción del Hospital de Alta Complejidad Arequipa
  - c. Construcción del Hospital de Alta Complejidad Lambayeque
  - d. Construcción del Hospital de Alta Complejidad Piura

## **Información Pública de los Contratos**

Toda la información sobre los documentos de licitación y contratos de EsSalud se encuentra en la siguiente página web:

<http://www.EsSalud.gob.pe/asociacion-publico-privada/>

La información sobre los documentos de licitación y contratos del proyecto MINSA se encuentra en siguiente el sitio web:

<http://www.proyectosapp.pe/modulos/JER/PlantillaProyecto.aspx?ARE=0&PFL=2&JER=5803>

## **C. México**

### **¿Por qué usaron APP?**

El programa de APP en salud en México es regulado por la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público (PPS). Desde una perspectiva sanitaria, la Secretaría de Salud identificó la necesidad de fortalecer la atención especializada, para que diera soporte a la ampliación de los servicios que se multiplicarían como resultado del proceso de la Reforma de la Salud y extensión del seguro de salud a los beneficiarios de la Secretaría de Salud.

Para alcanzar el objetivo de garantizar la cobertura total con calidad suficiente, se ha establecido como estrategia la calidad en los servicios de salud, con una línea de acción que promueva una mayor inversión en infraestructura hospitalaria y clínica, así como en la operación de los servicios y tecnología que permitan enfrentar el incremento de enfermedades más complejas y diversas. Es así como se estableció un Plan Maestro de Inversiones en Salud, que identificó proyectos a ejecutar vía PPS y otros a través del sistema tradicional.

### **Perfil de los proyectos**

En el caso de los Hospitales de Alta Especialidad Regional: Hospital del Bajío, Ciudad Victoria e Ixtapaluca, se trata de hospitales de entre 180 y 220 camas con tecnología de alta complejidad, destinados a tratar problemas cardiovasculares, oncológicos y neuroquirúrgicos, y a funcionar como soportes críticos para neonatos, niños y adultos. Los establecimientos han sido dimensionados y diseñados para atender una red determinada.

Los Proyectos para la Prestación de Servicios (PPS) incluyen la construcción de obra pública, el equipamiento, contratación y gestión de los servicios de apoyo no asistenciales (modelo bata verde-gris). El Hospital de Zumpango incorporó además algunos servicios de bata blanca como el Laboratorio y la Hemodiálisis.

### **¿Qué incluyó el contrato?**

El contrato entrega al concesionario la obligación de desarrollar los siguientes servicios:

- Diseño definitivo
- Construcción
- Operación y mantenimiento de la infraestructura:

- Energía
- Iluminación
- Sistemas de agua
- Transporte Vertical
- Corrientes Débiles
- Correo Neumático
- Climatización
- Control centralizado
- Provisión y mantenimiento mobiliario no clínico (primeros cinco años)
- Mantención de áreas verdes y paisajismo
- Aseo y Limpieza General
- Gestión Integral de Residuos Hospitalarios
- Control Sanitario de Vectores
- Gestión de Ropería y Vestidores, Lavandería
- Alimentación de Pacientes y Funcionarios
- Cafetería
- Seguridad y Vigilancia
- Estacionamiento de Funcionarios y Visitas
- Bodegaje - almacén
- Recepción y distribución de correspondencia
- Servicio de energía
- Equipamiento Médico (solo durante los primeros cinco años),
- Informática,
- Telecomunicaciones
- Transporte
- Servicio Integral de Farmacia intrahospitalaria
- Esterilización
- Administración de Archivos
- Fotocopiadora y transmisión de datos.
- En el Hospital Regional de Alta Especialidad (HRAE) de Zumpango, se incorporaron además los servicios de Suministro de Gases Medicinales, Laboratorio y Hemodiálisis.

La duración de la fase de licitación y preparación de documentación está en el promedio de los dieciocho meses: nueve meses para la elaboración del análisis de costo-beneficio y de las bases de licitación y nueve meses para la licitación, evaluación y firma del contrato.

El plazo de gestión del edificio es de veinticinco años, el de construcción de doce a quince meses y el de la puesta en marcha del nuevo hospital (preoperación) de una media de tres meses.

### **¿Cómo se licitó?**

El proceso comprende las siguientes etapas:

- Publicación de Licitación
- Junta de Aclaración
- Preparación de ofertas
- Presentación de proposiciones y apertura de ofertas técnicas
- Apertura de la Oferta Económica
- Fallo de adjudicación

- Firma del Contrato

Para el HRAE El Bajío la licitación abarcó un proceso de precalificación con tres fases y la licitación propiamente tal. Se inscribieron veintitrés participantes, pero solo uno presentó una oferta económica, ya que un segundo oferente no presentó su propuesta dentro de la hora límite establecida.

En el proyecto del HRAE Zumpango, veintidós licitantes participaban en las juntas de aclaraciones y dos empresas presentaron una oferta..

Se distribuye entre oferta técnica y económica. La ponderación Asignada a la Propuesta Técnica es de 50%/70%, mientras que la Ponderación Asignada a la Propuesta Económica es de 50%/30%.

La calificación de la Propuesta Técnica comprende las siguientes ponderaciones de las áreas a evaluar con un máximo de 100 puntos:

- experiencia previa en proyectos que involucren diseño, construcción y administración de instalaciones (hospitalarias): 10 puntos,
- diseño y construcción para el proyecto: 35 puntos,
- aspectos vinculados a la prestación de servicios: 45 puntos,
- aspectos de organización para la prestación de los servicios: 10 puntos.

El puntaje mínimo de aceptación de la Propuesta Técnica será de 70 (setenta) puntos, toda propuesta que no obtenga un Puntaje Técnico (Pt) mayor o igual a 70 (setenta) puntos será descalificada.

En cuanto a la propuesta económica, las ofertas se comparan (Costo presente neto) con el valor del proyecto de referencia, y se desecha toda la que sea superior a ese valor — al no ofrecer *Value for Money*, VfM).

### **Condiciones Económicas**

Los contratos se pagan a través de la **Tarifa Sombra Unitaria de Pago (TSUP)** que es el resultado de la suma de los siguientes factores de costo: diseño del proyecto, construcción, equipamiento, mantenimiento, operación, financiamiento, riesgos transferibles y la utilidad esperada del inversionista proveedor. Estos costos son considerados para cada uno de los años que comprende el Contrato de Prestación de Servicios y expresados a precios constantes que posteriormente se traen a valor presente.

El pago se realiza de forma mensual una parte proporcional, descontando al pago las deducciones tanto en función del número de faltas de rectificación como del número de faltas de calidad.

El pago considera hasta un 80% de ocupación del hospital.

El contrato del HRAE del Bajío establece un límite mensual de deducción en el 10% sobre el pago por servicios en el correspondiente mes. Por su parte, el HRAE Zumpango incluye una gradación en el porcentaje de penalización a medida que se desarrolla el plazo contractual: el 10% durante los primeros siete años de vigencia del Contrato, el 15% durante el periodo que abarca desde el primer día del año ocho hasta el último mes del año quince y el 20% durante el periodo que abarca desde el primer mes del año dieciséis hasta la expiración del contrato.

El monto adjudicado inicialmente para el HRAE El Bajío fue de USD 29.160.000 anuales nominales.



En el proyecto de HRAE Zumpango, el pago al inversionista proveedor es la cantidad mensual correspondiente a la que se detraen las deducciones a que haya lugar por Faltas de Calidad, Faltas de Disponibilidad, Reiteración de Faltas de Servicios y por Deficiencias en el Reporte de Supervisión, más el pago compensatorio por los Servicios Públicos Utilizados.

En general, el contrato es la garantía para que el inversionista pueda obtener el capital, ya que es el Gobierno Federal quien realiza los pagos al Inversionista Proveedor en función de la disponibilidad establecida.

### **¿Cómo se relaciona el estado con el concesionario?**

El concesionario es el responsable de brindar la calidad técnica y continuidad de cada uno de los servicios durante las 24 horas todos los días del año, atender con su personal capacitado toda contingencia en cualquier servicio, prestar los servicios básicos y especiales con la gestión y nivel de servicio exigidos en las Bases de Licitación durante toda la concesión, y realizar el mantenimiento preventivo y correctivo de las reposiciones necesarias, tanto de la infraestructura como de las instalaciones, equipamiento industrial, mobiliario no clínico y también del equipamiento propio para prestar los servicios concesionados.

Dentro de las responsabilidades del estado se encuentran: la realización del Proyecto de Prestación de Servicios del hospital- — es responsable de la demanda de salud y de la contratación y gestión del personal clínico — la prestación del servicio a través de su equipo especializado para el desempeño de la gestión hospitalaria, el gerenciamiento del proyecto en su parte estatal, y la provisión de la infraestructura de soporte como los viales de acceso al hospital, instalaciones de drenaje pluvial, alumbrado, suministro de agua potable y energía eléctrica.

En función del análisis de la prestación de servicios de atención a las instalaciones y la determinación de los estándares de cumplimiento para cada uno de ellos, se establece la importancia y peso de cada estándar, así como los tiempos de respuesta y rectificación. Las deducciones se realizarán por falta de calidad y por falta de rectificación, ponderando en ambos casos según el servicio y la categoría de la falta.

El proyecto del HRAE de Zumpango incluye una serie de mecanismos de control postadjudicación: Comité de Coordinación y de Expertos, mecanismos de variación, revisión, y solución de controversias, y seguimiento y Administración del Contrato.

Las incidencias reportadas penalizadas representaron menos del 1,5% de la facturación en 2008 y el 1% en 2009.

### **¿Cómo se ajusta el contrato en el tiempo?**

La tarifa inicial es fija y ha sido calculada con una inflación del 4% anual, por lo que su valor real se reduce en el tiempo.

En caso de variación de alcance — nuevas inversiones o servicios — el concesionario tiene derecho a recibir compensación económica por ella.

### **¿Qué resultados se han observado?**

El Hospital El Bajío de León fue el primer proyecto de APP adjudicado en América Latina. Llamó la atención la rapidez del proceso de licitación, así como el desarrollo del diseño y construcción.

En términos económicos de proyecto, el ahorro potencial del proyecto del HRAE Bajío es del 17,6% con relación al Proyecto de Referencia, y de un 33% ante la propuesta que presentó el Inversionista Proveedor.

En los proyectos APP de México el riesgo de oferta y demanda sanitaria es retenido por el estado, y el canon percibido es constante hasta un 80% de ocupación. Durante los primeros años de contrato se ha observado una subutilización con ocupaciones inferiores al 40% en el caso de El Bajío y al 10% en el hospital de Tamaulipas. Esta situación es ineficiente y es muy difícil que genere el VfM estimado. Las causas de este problema radican en que el estado no gestionó oportunamente los riesgos retenidos como son:

- Demanda sanitaria. Por tratarse de un hospital nuevo, debe generarse previamente un diseño y capacitación de los agentes del área de captación de pacientes.
- Oferta sanitaria. Por su alta especialidad requiere de recursos humanos altamente especializados y que son escasos en el mercado. La falla fue no poner en marcha oportunamente los mecanismos de formación-atracción de este personal.

Estaba previsto que el equipamiento electromédico de las APP de los centros de alta especialidad regional, se reincorporara al patrimonio público al cabo de cinco años. Uno de los problemas que surgió como consecuencia de que la adjudicación del contrato corresponde al gobierno central y su seguimiento y control a los propios hospitales, fue que estos desconocían los términos recogidos en el contrato. Por este motivo, no estaban preparados para la recepción de estos equipos, ni tampoco contaban con el presupuesto para el canon correspondiente a este servicio. Este hecho se ha traducido en demandas contencioso-administrativas por parte de las sociedades concesionarias hacia la administración, lo que tiene una repercusión negativa en su relación.

El control y seguimiento de los contratos de concesión, se lleva a cabo de forma descentralizada por el equipo directivo del propio hospital APP. No existe una oficina técnica central, que evalúe la totalidad de los proyectos, con la consecuente falta de aprovechamiento de las sinergias, de la incorporación del conocimiento generado, la capacidad de *benchmarking* para la identificación de buenas prácticas y la comparación entre estos hospitales APP y con otros centros tradicionales. A estos se añade que además de los centros de alta especialidad regional, que son licitados por la secretaria de Salud de México, distintas regiones han llevado a cabo proyectos de APP. La existencia de una oficina técnica nacional permitiría incorporar todas las experiencias.

### **Situación actual de la cartera APP**

<b>Tipo</b>	<b>Nombre</b>	<b>Dependencia</b>	<b>Año operación</b>	<b>N.º Camas</b>
HRAE	El Bajío	Est. Mexico	2007	180
HRAE	Zumpango	Est. Mexico	2012	124
HRAE	Ciudad Victoria	Federal	2008	100
HRAE	Ixtapaluca	Federal	2007	244
HR	Toluca	Est. Mexico	2012	120
HR	Tlalnepantla	Est. Mexico	2012	120

HRAE (Hospital Regional de Alta Especialidad); HR(Hospital Regional)

<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b>		Monto total inversión
Construcción del Hospital Regional (HGR) de 260 Camas en el Municipio de García, Nuevo León	Nuevo León	1.813,3
Construcción del Hospital General de Zona (HGZ) de 180 camas en la localidad de Tapachula, Estado de Chiapas	Chiapas	1.356,1
Construcción del Hospital General de Zona de 144 camas, en Bahía de Banderas, Nayarit	Nayarit	1.143,1
Construcción del Hospital General Regional de 260 camas en Tepetzotlán, Estado de México	Estado de México	1.755,1
<b>INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO</b>		
Sustitución del Hospital General Dr. Daniel Gurría Urgell en Villahermosa, Tabasco	Tabasco	701,4
Construcción y operación del nuevo Hospital General Dr. Gonzalo Castañeda, en el D.F.	Distrito Federal	1.507,1
Construcción de una nueva Clínica Hospital en Mérida, Yucatán	Yucatán	602,6

Fuente: elaboración autores

### **Información Pública de los Contratos**

La información de la cartera de PPS es confidencial y no existe información pública sobre ella.

## **D. Brasil**

### **¿Por qué usaron APP?**

Brasil ha sido un país fuertemente innovador en materia de contratos entre el sector público y el privado para entregar servicios de salud a la población beneficiaria del SUS. Para ello el modelo dominante ha sido el de asociaciones con las OSS, que representan entidades privadas sin fines de lucro. Sin embargo desde una perspectiva conceptual y práctica, los contratos con las OSS no cumplen con la definición de un contrato de APP como se lo ha utilizado en este documento, ya que difieren en el plazo, capital, riesgos, obligaciones y derechos de las partes.

Las APP se enmarcan dentro de la estrategia para la Nueva Gestión Pública de Brasil, donde parte de las reformas adoptadas por el gobierno para atraer la inversión del sector privado se realizaron con el fin de incrementar las infraestructuras públicas. Al igual que otros países de la región, su uso ha sido intensivo en las áreas de infraestructura del transporte.

En el ámbito de los servicios público, existe el diagnóstico de que la gestión directa por la administración enfrenta problemas por falta de autonomía gestora financiera y administrativa;

falta de agilidad en los procesos de licitación (compra de insumos y equipamientos); falta de dinamismo tecnológico; dificultades para la contratación de profesionales con la especialización requerida, burocracia y falta de orientación de los servicios hacia los ciudadanos.

Los estados pueden elaborar sus propias normativas de proyectos de APP. Existen diversos proyectos, desde actuaciones nacionales hasta de estados regionales como en Río de Janeiro, Grande do Sul, Santa Catalina, Sao Paulo, Minas Gerais, Espirito Santo, Bahía (9.433, 1 de marzo de 2005), Sergipe y Pernambuco.

El Hospital do Suburbio en Salvador constituye la primera unidad hospitalaria pública de Brasil ejecutada a través del sistema de APP, ya que el Estado de Bahía presentaba una elevada carencia de camas hospitalarias de alta complejidad. El 60% estaba concentrado en Salvador y presentaba ratios de ocupación superiores al 100%. De las veinte mayores capitales del país, Salvador era la única que carecía de un hospital municipal (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012b). En la región metropolitana de Salvador no había habido ninguna ampliación de la oferta pública hospitalaria desde 1990 y la cobertura del Programa de Saúde da Família – PSF – en 2009 era del 11% en el Salvador y del 50,7% en la media de Brasil (BRASIL. Departamento de Atenção Básica, 2011).

Esta carencia de recursos provocó la planificación de un nuevo centro, el Hospital do Suburbio, para que resolviera la mediana y alta complejidad de una zona altamente poblada de la ciudad de Salvador.

### **Perfil de Proyecto**

El hospital fue diseñado y construido por el Estado de Bahía con una dotación inicial de 268 camas, 144 de hospitalización de adultos, 64 pediátricas y 60 de cuidados intensivos — 10 UTI pediátrica, 30 UTI adulto y 20 de intermedios. Cuenta además con diversas especialidades de media y alta complejidad con centro quirúrgico, laboratorio de análisis clínicos, centro de diagnóstico, centro de fisioterapia, centro de hemodinámica y farmacia y atención de urgencia. Adicionalmente tienen bajo su responsabilidad administrar 60 camas de hospitalización domiciliaria.

El concesionario también tiene que desarrollar, en colaboración con el Departamento de Salud del Estado de Bahía (SESAB), programas y acciones para la prevención y control de enfermedades.

### **¿Qué incluyó el contrato?**

La APP fue estructurada sin construcción, porque esta fue efectuada previamente por el Estado de Bahía. De acuerdo con el contrato el objeto de la concesión incluye:

- La prestación de servicios de salud.
- La adquisición, gestión y logística de suministros farmacéuticos y hospitalarios.
- La adquisición, operación, mantenimiento y reemplazo de equipo médico; asegurando que la tecnología utilizada en los equipos médicos fuera comparable a los mejores hospitales del país.
- La gestión, conservación y mantenimiento de los bienes Concesión.
- La contratación y gestión de los profesionales de todas áreas relativas a la operación integral de servicios de salud hospitalarios, sanitarios y no sanitarios.
- El desarrollo conjunto, en colaboración con SESAB, programas y acciones para la prevención y la salud y el control de enfermedades.
- La manipulación y eliminación de los desechos médicos, según la normativa vigente.

El tiempo de preparación de la licitación fue de nueve meses hasta su exposición a consulta pública, anunciada a través de un diario oficial (30 días de duración).

El plazo de la concesión fue de diez años a partir de la fecha de la asunción. El contrato puede ser prorrogado por un periodo igual o menor al finalizar el periodo concesional, cuando el cambio resulte más ventajoso para el interés público.

### **¿Cómo se licitó?**

El proceso considera:

- Publicación de Licitación
- Junta de Aclaración
- Preparación de ofertas
- Presentación de proposiciones y apertura de ofertas técnicas
- Apertura Oferta Económica – que debe ser inferior al monto máximo disponible
- Fallo de adjudicación
- Firma del Contrato

La licitación se publicó en marzo de 2010 y la adjudicación fue efectuada en septiembre de ese mismo año. Se presentaron dos oferentes, de los cuales se descalificó a uno por presentar una oferta sobre el máximo disponible. El Hospital se abrió dieciocho meses más tarde de su adjudicación (marzo de 2012).

El procedimiento de adjudicación valoró en la primera etapa las propuestas técnicas (acreditación y capacidad de gestión) y después las económicas. La parte técnica presenta una ponderación del 10% y la económica del 90%.

### **Condiciones Económicas**

El pago se inicia luego de la puesta en servicio del establecimiento.

La remuneración al concesionario considera:

- Pago de una contraprestación mensual efectiva. Esta tiene como techo la contraprestación mensual máxima establecida en el contrato y se calcula a partir del cumplimiento de metas cuantitativas y cualitativas, y existe un incentivo si el concesionario provee servicios de calidad. El cumplimiento de los indicadores de calidad representa el 30% del pago y de los de volumen el 70%.
- Otras fuentes de ingreso aprobadas en el contrato. Una vez aprobada su realización por el SESAB, el concesionario debe mantener una contabilidad específica para cada contrato generador de ingresos extraordinarios, detallando los ingresos, gastos e ingresos netos. El concesionario tiene derecho al 50% de ingresos brutos derivados de los ingresos extraordinarios.

El concesionario debe financiar una auditoría externa equivalente a aproximadamente USD 600.000 anuales.

De acuerdo con la ley, existe un fondo de garantía de las APP que asegura el pago de la administración pública al concesionario.

## **¿Cómo se relaciona el estado con el concesionario?**

Las responsabilidades del concesionario están caracterizadas en el alcance del contrato, sin embargo su responsabilidad está limitada a un volumen de producción definido en el mismo contrato, lo que puede generar compensación entre tipos de prestación.

La responsabilidad del estado recae en la SESAB, que monitorea y evalúa el contrato, autorizando los pagos.

La SESAB es la responsable del contrato por parte del Estado de Bahía. Cuentan con un equipo que monitorea en forma permanente el desempeño del hospital.

El contrato establece tres revisiones programadas a los dieciocho meses del inicio de la operación, a los cinco años y a los siete. También considera la posibilidad de efectuar revisiones adicionales en caso de necesidades del proyecto.

1.- La revisión del contrato a los dieciocho meses del inicio de la operación tenía como finalidad adecuar los indicadores, sus metas y ponderaciones respectivas a la demanda efectiva del Hospital, al tipo y volumen de patología y comprobar la relevancia de los objetivos establecidos.

2.- La revisión al final del quinto año del contrato de concesión tenía como fin evaluar de nuevo si los objetivos fijados eran acordes con las verdaderas necesidades de salud de la población y con los lineamientos estratégicos del SESAB, si se adecuaban al escenario económico de ese momento y si preservaban el reparto de los riesgos y normas para la recuperación de la información económico-financiera originalmente establecida en el Contrato.

El examen quinquenal prevé la revisión de los objetivos e indicadores cuantitativos y de rendimiento, así como la revisión del peso de las actividades previstas en los objetivos cualitativos.

La revisión de cinco años servirá también para la evaluación de los equipos utilizados en la prestación de servicios, con el objeto de determinar su adecuación cuantitativa y cualitativa y la posible necesidad de sustitución o reemplazo ligado a la obsolescencia y la innovación tecnológica.

3.- En la revisión al final del séptimo año del contrato el SESAB prevé revisar de nuevo los objetivos cuantitativos, los instrumentos para evaluar la demanda efectiva de la Unidad Hospitalaria y comprobar la pertinencia de los objetivos y de su impacto económico.

## **¿Cómo se ajusta el contrato en el tiempo?**

La base de cálculo de los pagos corresponde a la Contraprestación Anual Máxima, que está determinada por la cartera de servicios e inversiones contratadas, que pueden presentar cambios en el tiempo.

Esta base se reajusta anualmente de acuerdo con un polinomio que considera:

- Variación del costo de la vida (IPC)
- Variación de remuneraciones médicas para el mercado de salud privada en el Estado de Bahía
- Variación de remuneraciones no médicas para el mercado de salud privada en el Estado de Bahía

### **¿Qué resultados se han observado?**

El proyecto ha sido exitoso en término de los resultados esperados, sin embargo la demanda ha sido muy superior a la estimada inicialmente, lo que obligó a incrementar en 45 el número de camas y rebalancear anticipadamente el contrato, lo que incrementó el pago en un 46%, que se destinó a financiar la mayor demanda e inversiones no consideradas inicialmente.

Sin perjuicio del incremento presupuestario y de actividad, de acuerdo con la SESAB el gasto de este hospital es un 10% inferior al de otros para prestaciones similares.

También se destaca en este análisis que los índices de satisfacción de los usuarios alcanzan el 96%, salvo en emergencias que son ligeramente inferiores, situándose en el 92%. El estudio recoge que este elevado grado de satisfacción poblacional es muy superior al de otros hospitales públicos.

Uno de los efectos no deseados es que el hospital se ha convertido en un polo de atracción para municipios vecinos, los que han reducido su atención primaria de urgencia.

Como el proyecto de ejecución arquitectónica fue efectuado por la administración con posterioridad tuvo que ser adaptado a las características del operador en varias áreas (lavandería, restauración, observación de urgencias). Otro problema radica en que el hospital estaba diseñado para pacientes agudos (traumatológicos y quirúrgicos en general) y sin embargo, la mayor parte de los procesos son crónicos.

### **Situación actual de la cartera APP**

Cada estado de Brasil maneja su propia cartera de inversiones. Entre ellos el Estado de Bahía ha sido pionero en este tipo de proyectos y ya cuenta con tres proyectos adjudicados, uno de los cuales se encuentra en operación.

Actualmente cuenta con una amplia cartera de proyectos en diez estados y el gobierno Federal, que se encuentran en diversas fases de maduración.

	<b>Proyecto</b>	<b>Tipo</b>	<b>Localización</b>	<b>Status</b>
1	Instituto Couto Maia	Bata Gris	Estado de Bahía	En construcción
2	Diagnóstico por Imágenes	Especializado	Estado de Bahía	Adjudicado
3	Hospital de Clínicas	Bata Gris	Municipio Sorocaba -SP	Consulta Pública
4	Red de Atención Primaria	Bata Gris	Estado de Belo Horizonte	Consulta Pública
5	Hospital Estadual de Urgência e Emergência de Rondônia (HEURO)	Bata Blanca	Estado de Rondonia	Presentación Mercado
6	Centro Médico da Polícia Militar do Distrito Federal	Bata Blanca	Gobierno Federal	Estudio
7	Gestión, modernización operación y mantenimiento del sistema de salud municipal		Municipio Urebara	Estudio
8	Hospital Regional Metropolitano	Bata Gris	Estado de Ceará	Adjudicado
9	Hospital Estadual de São José dos Campos;	Bata Gris	Estado de São Paulo	Adjudicado
10	Hospital Estadual de Sorocaba;	Bata Gris	Estado de São Paulo	Adjudicado

11	Hospital Centro de Referência da Saúde da Mulher - HCRSM;	Bata Gris	Estado de São Paulo	Adjudicado
12	CERTO - Centro de Reabilitação e Tratamento dos Olhos e Ouvidos (Complexo Hospital da Clinicas – USP).	Bata Gris	Estado de São Paulo	Consulta Pública
13	Logística de Medicamentos	Especializado	Estado de São Paulo	Consulta Pública
14	Hospital Estadual Infantil, em Vitória.		Estado de Espírito Santo	Estudio
15	Centro de Traumas do Hospital de Base	Bata Blanca	Gobierno Federal	Consulta Pública
16	Hospital do Gama	Bata Blanca	Gobierno Federal	Consulta Pública
17	Unidades de Exames e Central de Laudos.	Especializado	Gobierno Federal	Consulta Pública
18	Salud Inteligente: Plataforma tecnológica para red publica	Especializado	Estado de Rio de Janeiro	Estudio
19	Hospital Estadual de São José dos Campos e Hospital Centro de Referência da Saúde da Mulher – HCRSM.	Bata Gris	Estado de São Paulo	Licitación
20	Producción de Medicamentos Genéricos	Especializado	Estado de São Paulo	Estudio
21	Hospital Traumatológico de Urgência e Emergência em Natal	Bata Gris	Estado Rio Grande do Norte	Consulta Pública
22	Hospital Infantil de Mato Grosso	Bata Gris	Estado do Mato Grosso	Consulta Pública
23	Hospital Regional de Porto Alegre do Norte.	Bata Gris	Estado do Mato Grosso	Estudio

Fuente: <http://www.pppbrasil.com.br/>

### **Información Pública de los Contratos**

La información de los contratos de APP del estado de Bahía se encuentra disponibles en <http://www.sefaz.ba.gov.br>

Además en la página SESAB se encontrará información adicional de los proyectos:

<http://www.saude.ba.gov.br/hs/>

La documentación del Hospital do Suburbio se encuentra en

<http://www1.saude.ba.gov.br/hospitaldosuburbio/docs.html> y

[http://www.sefaz.ba.gov.br/administracao/ppp/projeto\\_hospitalsuburbio.htm](http://www.sefaz.ba.gov.br/administracao/ppp/projeto_hospitalsuburbio.htm)