



Conceptos generales y modelos

Serie de notas técnicas sobre asociaciones público-privadas en el sector de la salud de América Latina

Paloma Alonso
Diana Pinto
Ignacio Astorga
Jazmin Freddi

**Banco
Interamericano de
Desarrollo**

División de Protección
Social y Salud

**NOTA TÉCNICA
IDB-TN-714**

Noviembre 2014

Conceptos generales y modelos

Serie de notas técnicas sobre asociaciones público-privadas en el sector de la salud de América Latina

Paloma Alonso
Diana Pinto
Ignacio Astorga
Jazmin Freddi



Banco Interamericano de Desarrollo

2014

**Catalogación en la fuente proporcionada por la
Biblioteca Felipe Herrera del
Banco Interamericano de Desarrollo**

Conceptos generales y modelos: serie de notas técnicas sobre asociaciones público-privadas en el sector de la salud de América Latina / Paloma Alonso, Diana M. Pinto, Ignacio Astorga, Jazmin Freddi.

p. cm. — (Nota técnica del BID ; 714)

Incluye referencias bibliográficas.

1. Public-private sector cooperation—Latin America. 2. Health care sector—Case studies—Latin America. 3. Health policy—Latin America. I. Alonso, Paloma. II. Pinto, Diana M. III. Astorga, Ignacio. IV. Freddi, Jazmin. V. Banco Interamericano de Desarrollo. División de Protección Social y Salud. VI. Series.

IDB-TN-714

Las opiniones expresadas en esta publicación son exclusivamente 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. Se prohíbe el uso comercial o personal no autorizado de los documentos del Banco, y tal podría castigarse de conformidad con las políticas del Banco y/o las legislaciones aplicables.

Copyright © 2014 Banco Interamericano de Desarrollo. Todos los derechos reservados; este documento puede reproducirse libremente para fines no comerciales.

Paloma Alonso, Globesalud, palonso@globesalud.org

Diana Pinto, División de Protección Social y Salud del BID, DPinto@IADB.org

Ignacio Astorga, División de Protección Social y Salud del BID, ignacioa@IADB.org

Jazmin Freddi, Johns Hopkins Practicum, ifreddi1@jhu.edu

scl-sph@iadb.org

www.iadb.org/Salud

RESUMEN

Esta publicación es la primera de cinco notas técnicas sobre asociaciones público-privadas (APP) en el sector de la salud en la región de América Latina. La finalidad de esta primera nota es presentar una introducción al tema: el concepto de APP, sus diferencias con los modelos tradicionales de contratación de construcción, equipamiento y operación de infraestructuras y servicios de salud, como así también sus fortalezas y debilidades.

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

Palabras claves: asociaciones público-privadas, sector de la salud, modelos bata gris, modelos bata blanca, estudios de caso

SIGLAS Y ABREVIATURAS:

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar, Brazil	HRAE	Hospital Regional de Alta Especialidad
APP	Asociación público-privada	KP	Kaiser Permanente
AUGE	Acceso Universal de Garantías Explícitas, Chile	LLCR	Loan Life Cover Ratio
BEI	Banco Europeo de Inversiones	MEM	Ministerio de Energía y Minas
BID	Banco Interamericano de Desarrollo	MINSAL	Ministerio de Salud
BM	Banco Mundial	MIR	Médico Interno Residente
CAF	Banco de Desarrollo de América Latina	MOP	Ministerio de Obras Públicas
CAUSES	Catálogo Universal de Servicios de Salud, México	MTC	Ministerio de Transportes y Comunicaciones
CCINSHAE	Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	NAO	National Audit Office
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe	NHS	National Health Service
CGP	Comité Gestor da Parceria Público-Privada	NSG	Nivel de servicio global
CKDs	Certificados de capital de desarrollo	NSP	Nivel de servicio parcial
CMA	Cirugía mayor ambulatoria	OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
COPRI	Comisión Especial de Promoción de la Inversión Privada	OFG	Otras Formas de Gestión
CRPA	Certificados de reconocimiento del pago anual por obra	OMS	Organización Mundial de la Salud
DEA	Análisis envoltante de datos	OPS	Organización Panamericana de la Salud
DESENBAHIA	Agência de Fomento do Estado da Bahia	OSCIP	Organizaciones de la Sociedad Civil de Interés Público
EBA	Establecimientos Básicos de Asociación	OSS	Organizaciones sociales de salud
EBAIS	Equipos Básicos de Atención Integral en Salud, Costa Rica	PAMO	Pago anual por mantenimiento y operación
FCASD	Flujo de caja antes del servicio de la deuda anual	PAO	Pago anual por obras
FGP	Fundo Garantidor de Parcerias Público-Privadas	PCAP	Pliegos de condiciones administrativas particulares
FOMIN	Fondo multilateral de inversiones	PFI	Private Finance Initiative
GDA	Gestionados directamente por la Administración	PLCR	Project Life Cover Ratio
HOPE	European Hospital and Healthcare Federation	PPFIA	Public-Private Partnership Infrastructure Advisory
		PPP	Partenariado Público-Privado
		PPS	Proyectos para la prestación de servicios
		PPT	Pliegos de prescripciones técnicas
		PROINVERSION	Agencia de Promoción de la Inversión Privada
		PSC	Public Sector Comparator
		PSP	Puesta en servicio provisoria
		RCSD	Ratio de cobertura del servicio anual de la deuda

RMO	Remuneración por mantenimiento
RPO	Remuneración por operación
SEC	Sistema Europeo de Cuentas
SESAB	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SFC	Subsidio fijo a la construcción
SFO	Subsidio fijo a la operación
SVO	Subsidio variable a la operación
TDR	Términos de referencia
TIC	Tecnologías de la información y la comunicación
TIR	Tasa interna de rentabilidad
TSUP	Tarifa sombra unitaria de pago
UE	Unión Europea
VFM	Value For Money
VPD	Valor por dinero

ASOCIACIONES PÚBLICO-PRIVADAS (APP) EN EL SECTOR DE LA SALUD DE AMÉRICA LATINA. CONCEPTOS GENERALES Y MODELOS DE APP EN LA REGIÓN.

1. INTRODUCCIÓN

Los sistemas públicos de salud tienen como desafío asegurar servicios oportunos y de calidad, donde la eficiencia en su provisión es indispensable para maximizar su uso. El envejecimiento de la población y el incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles son algunos de los factores a los que se asocia el aumento de la demanda de los servicios de salud en la región. Para responder a estos requerimientos, los países de la región han implementado diversas formas de organizar sus sistemas de salud, observándose un amplio rango de integración entre sector público y privado, donde este último puede ser desde un prestador de servicios ocasional hasta una organización integrada completamente a la red asistencial. Este grado de integración determina el dimensionamiento del sector público que entrega estos servicios.

La gestión pública de servicios de salud enfrenta un conjunto de desafíos entre los que se destacan la atracción y retención de personal especializado, lograr alto nivel de eficiencia en el uso de los recursos, y la disponibilidad de los recursos para invertir y mantener la infraestructura y el equipamiento. En los últimos 10 años se han agregado los contratos de asociación público-privada (APP) al conjunto de diferentes instrumentos de los cuales dispone la Administración para planificar y gestionar los recursos públicos. Con el objetivo de contribuir al conocimiento de este tipo de esquema de reciente incorporación en la región,

la División de Protección Social y Salud del Banco Interamericano de Desarrollo ha elaborado un conjunto de cinco notas técnicas sobre asociaciones público-privadas (APP) en América Latina:

- Nota 1: Concepto de APP, su aporte a la gestión del sector público, descripción de los diferentes modelos de APP y explicación de las diferencias y ventajas sobre modelos tradicionales.
- Nota 2: Requerimientos generales que condicionan el empleo de las APP y los factores facilitadores para gestionar su desarrollo.
- Nota 3: Revisión de la evidencia disponible sobre el impacto de las APP en diferentes indicadores de desempeño, principalmente de la experiencia en el Reino Unido y España.
- Nota 4: Estudios de caso de implementación de APP en el sector de la salud de cuatro países de América Latina —Chile, México, Brasil y Perú— considerando los elementos descritos en las notas anteriores.
- Nota 5: Lecciones aprendidas y recomendaciones para la implementación de las APP en el contexto de la región.

2. ¿QUÉ SON LAS APP?

2.1 DEFINICIÓN

El concepto de APP se ha definido como “ **contrato a largo plazo entre una parte privada y una entidad pública, para brindar un activo o servicio público en el que la parte privada asume un riesgo importante y la responsabilidad de la gestión, y la remuneración está vinculada al desempeño**”. Las características que presentan las APP son las siguientes:

- Los contratos son de largo plazo (más de 10 años)
- El privado financia la inversión de la infraestructura y tras su puesta en funcionamiento recibe una retribución de la Administración. En las APP sociales, los usuarios no efectúan ningún pago adicional.
- Los pagos están sujetos al cumplimiento de los estándares de servicio definidos en el contrato. La empresa tiene el derecho a percibir un pago en la medida que cumpla con el contrato.
- Carácter público: el bien es de propiedad pública o revierte a la Administración al finalizar el contrato; y la planificación, el control y la financiación de la APP es pública.
- La decisión de utilizar APP debe basarse en una evaluación de “valor por dinero (VPD)”¹ (*Value for Money en inglés*) frente a otras alternativas, lo cual es imprescindible para determinar si la APP resulta una opción más ventajosa que el modelo tradicional, al proporcionar mayor calidad a igualdad de precio o igual calidad a precio inferior.

El alcance de los contratos de APP puede presentar un amplio rango, que va desde proveer únicamente la infraestructura, hasta entregar un servicio de salud integral. En términos prácticos, son un mecanismo intermedio entre la provisión pública directa y la privada, tal y como muestran los siguientes aspectos:

- En las APP no se pierde el carácter de público, aunque la inversión sea privada, pues son sufragadas por los fondos de la Administración.
- Al finalizar el contrato de APP, el activo patrimonial revierte al sector público, sin derecho a contraprestación, en perfecto estado de conservación y mantenimiento.
- Las prestaciones efectuadas por la empresa están definidas y reguladas por el contrato y responden a las prioridades establecidas por la Administración.

Inicialmente las APP se llevan a cabo con medios procedentes del sector privado, pero con posterioridad su financiación y patrimonio son públicos, alejándose así de la concepción de “privatización encubierta”. En este contexto, las APP son un mecanismo más del que dispone la Administración para cumplir con la exigencia de provisión de servicios de salud a la población. Desde una perspectiva macroeconómica, los contratos de APP no son registrados como deuda pública dentro de la contabilidad nacional, en la medida que incluyan pagos asociados a riesgo de demanda o disponibilidad.

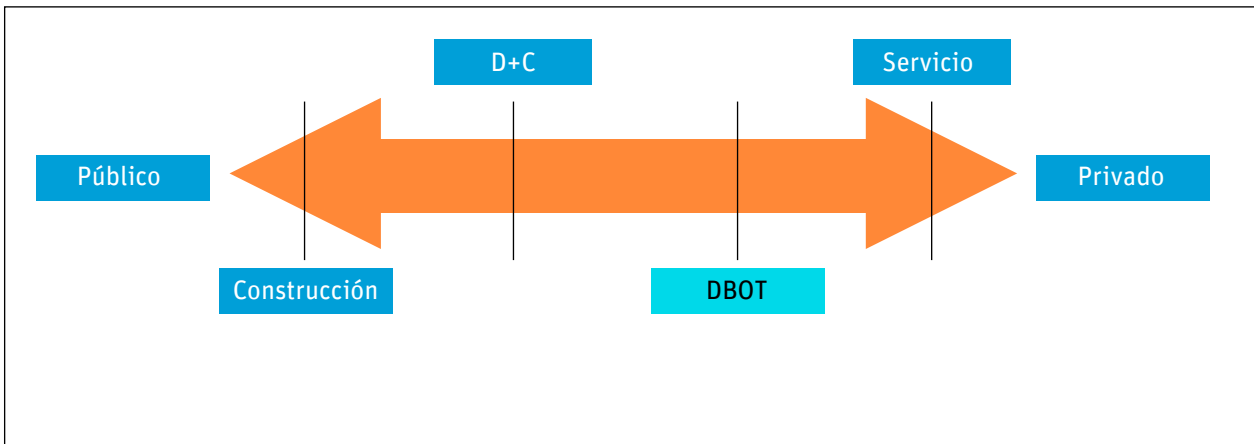
Los contratos APP pueden ser categorizados en una posición intermedia entre formas de relación contractual entre sector público y privado, ya que no corresponde a un contrato público tradicional ni a un servicio completamente privado. Esta situación intermedia se caracteriza en el siguiente esquema que ilustra la posición relativa de los contratos más frecuentes, considerando la responsabilidad pública o privada en la generación de un servicio.

- Construcción: corresponde a contratos de tipo tradicional, donde se licita una construcción con el diseño aportado por el Estado.
- D+C (Diseño y Construcción): el privado es responsable de elaborar el diseño y la construcción a partir de los requisitos entregados por el Estado.
- DBOT (Design-Build-Operate-Transfer): corresponde al modelo más frecuente de APP donde el privado diseña, construye, opera y transfiere finalmente al sector público.
- Servicio: el privado provee completamente el servicio contratado.

Lo que subyace a los diversos modelos es la responsabilidad de cada una de las partes en el proceso y, en definitiva, del nivel de riesgo que cada una retiene. En el siguiente cuadro se resume esta situación para cada uno de los tipos de contratos descritos considerando si la responsabilidad de proveer el componente es pública, privada o mixta.

1. Valor por dinero: establece que un servicio debe ser suministrado por aquel privado que pueda ofrecer una mayor calidad a un determinado costo o los mismos resultados de calidad a un menor costo. De esta manera, se busca maximizar la satisfacción de los asegurados, así como la optimización del valor del dinero. <http://www.essalud.gob.pe/asociacion-publico-privada-2012/>

GRÁFICO 1. GRADIENTE PÚBLICO-PRIVADO



Fuente: Los autores

TABLA 1. RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL POR TIPO DE CONTRATO

Componente	Tipo de contrato			
	Construcción	D+C	APP	Privado
Diseño	Público	Privado	Privado	Privado
Construcción	Mixto	Privado	Privado	Privado
Operación	Público	Público	Mixto	Privado
Propiedad	Público	Público	Mixta	Privado
Financiamiento	Público	Público	Mixto	Privado

Fuente: Los autores

2.2 CONCEPTOS CLAVE

El fundamento conceptual de los contratos de APP se basa en la transferencia de riesgo desde el sector público al privado. Se reconoce que todo proyecto está sujeto a diversos tipos de riesgo, como son diseño, financiamiento, construcción, puesta en marcha, operación, mantenimiento, contratación de personal, etc. Un ejemplo de ello son los sobrecostos y sobrepazos que afectan a más del 80% de las obras ejecutadas a través de los sistemas tradicionales, donde el estado se hace cargo de los mayores costos y plazos de puesta en marcha.

Bajo el esquema de APP los riesgos se identifican y gestionan, y se transfieren al sector privado todos aquellos riesgos que este podría gestionar mejor que el sector público. Dentro de los riesgos retenidos por el Estado se destacan los de fuerza mayor, cambio legal, planificación y diseño de los contratos. Por su parte el sector privado ha demostrado fortaleza en la gestión de riesgos asociados a diseño, construcción, operación y provisión de servicios. La mayor eficiencia del sector privado en la gestión de este tipo de riesgos se relaciona con un esquema de pagos que refuerza esta transferencia y puede permitir que las APP generen mayor valor en comparación con el uso de otros mecanismos de inversión o gestión. Las condiciones que pueden generar valor una vez adjudicado el contrato son diversas, entre ellas:

- Dado que el precio del contrato fue establecido al momento de adjudicarse la licitación, este se mantiene estable (baja variación del precio).
- En los contratos de APP, sea cual fuere la modalidad, el socio privado comienza a percibir el pago por parte de la Administración tras la puesta a disposición de la infraestructura o el inicio de la prestación del servicio (pago por disponibilidad del servicio).
- Existen diferentes incentivos económicos, no solo para finalizar la obra en el menor tiempo y dentro del plazo establecido en la licitación, sino también para que el privado alcance niveles óptimos de calidad

además de un correcto mantenimiento (incentivo a mejora de calidad).

- Un retraso en la puesta en funcionamiento por demoras en los tiempos de ejecución implica la no percepción del canon que abona la Administración (incentivo al cumplimiento de los plazos).
- En las APP el socio privado permanece y se responsabiliza de prestar un servicio durante un extenso periodo de tiempo. Al primar el tiempo de explotación de servicios sobre el tiempo de construcción, en teoría, se incentiva al privado, desde el inicio del proyecto, a seleccionar aquellos materiales más idóneos y a ejecutar las obras e instalaciones con una óptima calidad técnica (menor costo de ciclo de vida de los activos).
- En caso de incumplimiento de los niveles de servicio fijados, se penaliza según su impacto, a través de una minoración de la cuantía económica que recibe el privado (incentivo a la mantención de la calidad exigida).
- También existe un incentivo para un correcto mantenimiento y reposición que alargue el ciclo de vida de la infraestructura y del equipamiento. Las posibles penalizaciones por los fallos constituyen un intenso estímulo para la buena ejecución y conservación de la infraestructura (Flinders, 2005).

En las APP, el sector público puede beneficiarse de la capacidad gerencial y la elevada especialización del socio privado (CEPAL, 2011). La flexibilidad que presenta el socio privado para adecuarse a los cambios posibilita en las APP:

- Incorporar con mayor facilidad políticas de personal con convenios laborales específicos.
- Adecuar las jornadas laborales a la demanda del momento.
- Realizar la compra y adquisición de bienes y servicios sin la rigidez y restricciones que presenta la normativa del sector público.

- En las APP el socio privado puede llevar a cabo, con mayor facilidad que el sector público, alianzas estratégicas con otras empresas. Este tipo de uniones permiten no solo la incorporación de determinadas innovaciones organizativo-funcionales y tecnológicas de probada costo efectividad sino también el desarrollo conjunto de nuevas soluciones (Grift, 2010).

- En las APP el sector privado puede transferir su experiencia, conocimiento y tecnología a la administración pública, generando valor añadido a la gestión de los servicios de salud, lo que puede incrementar la calidad percibida por el ciudadano.
- Para el sector público, las APP son una oportunidad de aprendizaje, ya que permiten identificar buenas prácticas que con posterioridad pueden ser incorporadas a la gestión directa del sector público.

3. DIFERENCIAS ENTRE LAS APP Y OTROS MODELOS PARA LA SATISFACCIÓN DE LAS INFRAESTRUCTURAS

Las fórmulas de APP son una de las opciones que tienen los estados para contratar. Su selección debe ser el resultado de la evaluación y comparación con otros mecanismos para determinar cuál es el más conveniente. Los esquemas de contratación tradicional son los más extendidos dentro de la administración pública y habitualmente asumen que la Administración cumpla el rol de integración de ellos. A continuación se describen las principales características de los contratos ejecutados a través del sistema tradicional:

- Su plazo de ejecución es corto o mediano
- Están expuestos a la disponibilidad del presupuesto anual, de manera que pueden sufrir reducciones no programadas.
- Se centran habitualmente en productos específicos, como por ejemplo, construcción, equipos y servicios.
- El proceso no considera el ciclo de vida de los

activos; por ej., tradicionalmente, si una empresa diseña, otra construye y el hospital paga la cuenta del consumo de energía.

- Innovación limitada a lo establecido en los pliegos de licitación.

El contrato de APP tiene una naturaleza diferente que se compara en tabla 2 con el modelo tradicional.

Para aclarar más el concepto de APP, contraponiéndolo a otros modelos, en el cuadro siguiente se presentan las diferencias existentes entre estas fórmulas y otros contratos de construcción, equipamiento y operación de las infraestructuras y los servicios de salud.

Los esquemas APP son instrumentos más complejos que los tradicionales, por lo que deben usarse en las condiciones que lo justifiquen. A continuación se describen sus fortalezas y debilidades en comparación con el modelo tradicional.

TABLA 2. COMPARATIVO ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS APP Y EL MODELO TRADICIONAL

	TRADICIONAL	APP
Función	Táctica o coyuntural	Estratégica
Mayor relevancia	Construcción	Operación
Duración	Corto plazo. Ligada a obra	Largo plazo
Alcance	Infraestructura	Infraestructura e integración de servicios
Indicadores de servicio	No, mínimo impacto	Sí, calidad/disponibilidad. Penalizan
Riesgos	Medios/bajos para constructora	Altos, transferencia
Innovación	Media/baja	Elevada
Financiación	Pública presupuestaria	Privada y canon público
Pago	Periódico por certificación	Inicio actividad/resultado
Empresa	Proveedor	Aliado estratégico

Fuente: Los autores

TABLA 3. COMPARATIVO ENTRE LOS MODELOS APP, TRADICIONAL, LLAVE EN MANO Y CONCIERTO

	TRADICIONAL	LLAVE EN MANO	CONCIERTO	APP
ALCANCE	Construcción infraestructura	Construcción de infraestructura y dotación de equipamiento	Prestación de un servicio por una institución privada existente Sector privado	Diseño, construcción infraestructura, dotación equipamiento, explotación de servicios y zonas comerciales
FINANCIACIÓN DE LA INVERSIÓN	Pública	Sector privado	Generalmente por proceso	Sector privado
PAGO	Pago por certificaciones de obra durante la construcción	Pago único por el monto total	Pagos mensuales tras la provisión del servicio	La administración inicia los pagos tras el comienzo de la actividad (con indicadores de calidad y disponibilidad)
SERVICIOS	No incluye	A lo sumo mantenimiento de 1 a 4 años	El prestador privado realiza servicios similares al sector público	Bata gris: servicios no asistenciales Bata blanca: incluye los asistenciales
DURACIÓN	La de construcción (demoras y sobrecostos)	La de construcción y equipamiento	Por regla general corta (mientras existe la demanda)	Larga Más de 10 años
TITULARIDAD PATRIMONIAL	Siempre pública	Siempre pública	Siempre privada	El activo revierte al sector público al finalizar el contrato
RIESGOS	No se transfieren	Transferencia del riesgo de construcción	Fin del contrato por incremento de oferta pública	Transferencia de riesgos de construcción, disponibilidad y demanda

Fuente: Los autores

3.1 FORTALEZAS

Entre los resultados favorables de las APP frente al modelo tradicional se destacan los siguientes:

- Menores tiempos para la realización y puesta en funcionamiento de las infraestructuras.
- Garantías de su funcionalidad en el largo plazo (vigencia del contrato).
- Mejor ajuste a los presupuestos aprobados
- Certidumbre presupuestaria para el Estado
- Uso de instrumentos privados para subcontratación de los servicios.
- Aporte de innovaciones constructivas y medioambientales,
- Reglas claras para el rebalanceo del contrato.
- Mayor satisfacción en los pacientes.
- Incorporan la evaluación de la calidad del servicio mediante niveles de desempeño teniendo un impacto económico en caso de incumplimiento.
- Impulsan el funcionamiento en red en contratos de bata blanca que incluyen atención primaria y especializada. Mayor rendimiento del gasto público.

3.2 DEBILIDADES DEL MODELO APP

El esquema de APP no es elegible de manera extensiva para todo tipo de proyecto o región, por lo que debe ser utilizado en condiciones que lo ameriten. En general, no es recomendable utilizarlo en proyectos de bajo monto o donde los resultados esperados no puedan medirse según parámetros específicos. Es necesario considerar sus debilidades de manera que los proyectos incluyan las medidas necesarias para mitigarlas. Dentro de las debilidades destacan:

- Mayor inversión en fase de preparación y licitación,

dada la complejidad de los documentos que constituirán la base de un contrato de largo plazo.

- Pérdida de flexibilidad en la gestión de los componentes incluidos en el contrato, ya que todo cambio de alcance del contrato debe ser negociado entre la administración y la empresa responsable, debiendo cumplirse con las condiciones de equilibrio del contrato.
- Mayor costo financiero para la empresa concesionaria, al asumir esta el costo de financiamiento hasta la puesta en marcha del establecimiento.
- Mayor costo de cambio del contrato debido a la multiplicidad de partes involucradas que incluyen a diversos actores tanto del sector público (mandante, ejecutor, financista, auditor) como del sector privado (concesionaria, bancos) .
- No es posible transferir completamente el riesgo contratado desde el Estado a la empresa, lo que exige mecanismos transparentes para la resolución de controversias.
- Alta sensibilidad social, en especial por parte de los gremios que asocian la APP con la privatización.

En la Nota Técnica No. 3 se presenta la revisión de la evidencia publicada tanto a favor como en contra de las APP. La principal crítica se relaciona con el mayor costo de financiamiento al comparar las tasas que debe pagar un privado a la banca comercial comparado con las tasas que pueden obtener los Estados al solicitar créditos con garantía soberana o emitir bonos. Sin embargo el precio pagado por el Estado por la construcción o los servicios es similar al que enfrentaría al utilizar sistemas de contratación tradicional.

Ello se explica porque los mayores costos de financiamiento (especialmente de la inversión) se compensan con la mayor eficiencia del privado en gestionar los subcontratos.

4. MODELOS DE APP

Los modelos más relevantes de APP en el sector salud son dos: el modelo de “bata gris-bata verde” y el modelo de “bata blanca”. Además existen ciertas variantes. La diferencia entre un modelo y otro radica en los servicios que incluye el contrato.

El modelo conocido como “bata gris-verde” corresponde a la concesión de la obra pública y la explotación u operación de servicios no sanitarios; se incluyen servicios patrimoniales, hoteleros o de logística, pero no servicios clínicos. El modelo conocido como de “bata blanca”, hace referencia a la concesión de la gestión de la totalidad de los servicios de salud. El contrato recoge todas las prestaciones de la APP anterior más la provisión de los servicios asistenciales, pudiendo incorporar uno o varios niveles de atención: primario, especializado y socio sanitario. Además de diferir en los servicios provistos, ambos modelos difieren en su duración. La duración de las APP de “bata blanca” es menor porque la asistencia sanitaria está sujeta a mayor dinamismo e incertidumbre. Existe un tercer modelo conocido como modelo “especializado”, el cual incluye la concesión de un servicio concreto especializado transversal que presta apoyo compartido a varios centros.

A nivel mundial, el modelo más extendido es el de “bata gris-verde” que da cuenta de más del 95% de los proyectos; sin embargo, en América Latina la participación de proyectos de “bata blanca” es más relevante y llega al 40% .

4.1 CONCESIONES DE OBRA PÚBLICA CON EXPLOTACIÓN U OPERACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO NO SANITARIOS: “APP DE BATA GRIS-BATA VERDE”.

4.2 SEGÚN EL TIPO DE SERVICIOS INCLUIDOS EN EL ALCANCE DE ESTAS APP, SE DENOMINAN APP DE “BATA

GRIS” O APP DE “BATA VERDE”. Las prestaciones que suelen incluirse en el contrato son las siguientes: proyecto arquitectónico definitivo o de ejecución, construcción de infraestructura y dotación de equipamiento básico y clínico (y en ocasiones el electromédico y los sistemas de información); el mantenimiento, la reposición y la renovación de la infraestructura y los equipos; la provisión de los servicios no sanitarios, ya sean los patrimoniales o de “bata gris” (limpieza, vigilancia y seguridad, jardinería, viales) o que además se incorporen otros servicios de apoyo no sanitarios “bata verde” (alimentación y nutrición, lavandería y ropería, archivo de documentación clínica, si la historia se encuentra en soporte de papel, logística y esterilización, entre otros), y las explotaciones comerciales.

4.3 EN ESTAS APP, EL SECTOR PÚBLICO ES RESPONSABLE DE LA ADMINISTRACIÓN GENERAL DEL CENTRO, DE PROVEER LOS RESTANTES SERVICIOS (CLÍNICOS CENTRALES), DE LA RETRIBUCIÓN AL CONCESIONARIO POR LOS SERVICIOS PRESTADOS TRAS LA PUESTA EN MARCHA DE LA INFRAESTRUCTURA —SIEMPRE QUE CUMPLA LOS ESTÁNDARES FIJADOS— Y DEL CONTROL, EL SEGUIMIENTO Y LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

El concesionario financia la infraestructura y tras su puesta en funcionamiento percibe de la Administración un canon anual, el cual consta de una parte fija (pago de la infraestructura y el equipamiento) y una variable (servicios y explotaciones comerciales), siempre que se provean los servicios con los niveles de desempeño de calidad y disponibilidad acordados. La cuantía disminuye

si no se cumple con ellos, según el tipo de fallo incurrido, el tiempo de respuesta a la incidencia y el tiempo para su resolución. Solamente en Chile la superación de los estándares fijados en los objetivos de desempeño supone un incentivo. En este caso se incrementa la cuantía de esta parte variable del canon anual.

Los indicadores de desempeño se pueden clasificar en dos tipos:

- **Indicadores de disponibilidad:** su cumplimiento implica que el edificio hospitalario cumple las condiciones funcionales para ser operativo y desarrollar las actividades previstas.
- **Indicadores de calidad:** valoran si se cumple la normativa vigente, los contenidos de la oferta del concesionario y los protocolos.

La duración de este tipo de contratos de concesión de obra pública es variable. En Europa, la duración en el Reino Unido se sitúa entre 30-40 años y en España en 30 años. La construcción del centro suele representar menos de tres años de la duración total, dependiendo del tamaño del hospital. En cuanto a América Latina, la duración del contrato en Chile es de 18 años — tres previstos para la construcción y quince para la operación. En México, la duración del contrato es de 25 años — estimándose en 14 meses la fase de construcción y 24 años la de operación. En Brasil la duración del contrato es de 20 años y consideró la habilitación de un edificio ya construido.

4.4 CONCESIONES DE GESTIÓN DE SERVICIO PÚBLICO PARA LA PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, TAMBIÉN LLAMADAS DE “BATA BLANCA”.

Las APP de “bata blanca” recogen la totalidad de la prestación de servicios de salud, incluyendo aquellos de apoyo al diagnóstico y el tratamiento, así como los que proveen asistencia sanitaria directa a la ciudadanía (servicios clínicos). En esta modalidad de APP, el concesionario suma al modelo de “bata gris-verde” que incorporaba el equipamiento médico y los

sistemas de información, las siguientes prestaciones:

- La provisión del servicio público de atención sanitaria (primaria y/o especializada y/o socio-sanitaria) del área de influencia poblacional. En España la identificación de las personas cubiertas se realiza mediante el censo de tarjetas sanitarias individuales (cada persona residente en la región dispone de una). De ahí la importancia de conocer su número y, al menos, su distribución por edad y sexo para realizar un cálculo de la demanda y de su costo.
- La cartera de servicios asistenciales de la que dispondrá el centro de acuerdo con lo previsto por la autoridad reguladora. También, se consideran incluidas (o excluidas) en el objeto contractual las prestaciones sanitarias como consecuencia de ampliaciones (o reducciones) en la cartera de servicios que pueda realizar la Administración durante el tiempo de duración de la concesión para todos los centros públicos. La cartera de servicios queda determinada en cualquier caso por la autoridad rectora, teniéndose en consideración la oferta de la red a la que pertenece la concesión y los criterios de ordenación de los recursos. No obstante, se suelen excluir una serie de prestaciones cuya provisión corre a cargo de la Administración sanitaria, tales como: prescripción farmacéutica ambulatoria (la de los pacientes hospitalizados está incluida en la concesión), trasplantes y transporte sanitario. La retribución de la Administración a la sociedad concesionaria como contraprestación se basa en una cápita por persona asignada. Dicha cápita cubre todas las prestaciones de la concesión: construcción, equipamiento, renovación, servicios sanitarios y no sanitarios.

La duración (de 15 a 20 años) es menor que la APP de bata gris-verde porque la asistencia sanitaria está sujeta a mayor dinamismo e incertidumbre, salvo en Perú donde alcanza 30 años. Se recomienda esta APP para cubrir la atención sanitaria de un área sin recursos, para mejorar la gestión sanitaria del sector público con introducción de la competencia privada y el benchmarking.

Las ventajas frente al modelo tradicional son la mayor integración de los cuidados entre los distintos niveles

de atención, el incremento de actividades preventivas con el fin mantener a la población sana y consumir menos recursos, la mayor innovación organizativa y funcional —al extenderse la APP a los servicios clínicos— y la desaparición del riesgo de cohabitación y disgregación. Sus inconvenientes son menor soporte de la banca, reducido número de empresas con capacidad de ejecutar este tipo de proyecto, mayor conflictividad social y la necesidad de contar con información clínico-económica válida y fiable, y con personal capacitado para llevarlas a cabo.

4.5 APP “ESPECIALIZADAS” EN LAS QUE SÓLO SE PROVEE UN DETERMINADO SERVICIO.

El tercer modelo de APP considera contratos para proveer servicios de apoyo clínico o logístico para toda una red de establecimientos. Algunos de ellos son el Anillo Radiológico en Madrid, el Laboratorio Central de Madrid y la gestión Logística de Medicamentos e Insumos en ESSALU de Lima, Perú.

El concesionario es responsable de proveer el servicio, que puede incluir infraestructura, equipos, insumos y recursos humanos, cumpliendo con estándares de calidad definidos durante la vigencia del contrato que habitualmente dura entre 10 y 20 años. La retribución al socio consiste en un canon anual que puede considerar la inversión y la operación de manera integrada o como flujos separados. El pago se liga a indicadores de oportunidad y calidad del servicio.

5. HACIA EL EMPLEO E IMPLEMENTACIÓN DE LAS APP EN SALUD

Las APP pueden aportar muchas ventajas, pero no son una panacea ni un fin en sí mismas, sino un instrumento estratégico de gestión. Su aplicación requiere de un conjunto de condiciones de mayor complejidad que los sistemas tradicionales; sin embargo, si se emplean bien, pueden ayudar a cerrar la brecha de infraestructura, equipos o servicios en periodos acotados de tiempo. Estas fórmulas requieren evaluar para cada proyecto el “mayor valor

por dinero” para poder decidir si la APP es la mejor opción al ser comparada con otras alternativas para la construcción, el equipamiento y la operación de los servicios de salud.

Habiendo planteado el concepto de APP, las diferencias con otros modelos y sus ventajas y desventajas, la siguiente nota expondrá los requerimientos generales que condicionan el empleo de las APP, así como los elementos claves para el desarrollo y la implementación de los proyectos APP.

REFERENCIAS

Comisión de las Comunidades Europeas. 2004. Libro verde sobre la colaboración público-privada y el derecho comunitario en materia de contratación pública y concesiones. COM (2004) 327 final, Bruselas. Disponible en: http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/es/com/2004/com2004_0327es01.pdf

Eurosocial. 2007-2010. sobre Alianzas público-privadas APP. Disponible en http://www.eurosocialfiscal.org/uploads/documentos/20100708_110720_Informe_APP_%282007_-_2010%29.pdf

Price Waterhouse Coopers. 2010. Build and Beyond. The (r)evolution of healthcare PPPs. Healthcare Institute.

Comisión Europea. 2005. Comunicación “Opciones posibles para las asociaciones público-privadas”. Disponible en: http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docgener/guides/pppguide.htm.

_____. 2005. Colaboración público-privada y derecho comunitario en materia de contratación pública y concesiones. Comunicación al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones. COM/2005/0569

Flinders, M. 2005. “The Politics of Public–Private Partnerships.” BJPIR, 7:215–39.

Van de Grift, T. 2010. The role of public-private partnerships in healthcare innovation Master thesis. Ghent University. Faculty of Economics and Business Administration.

Espino Rodríguez, T.F. y V. Padrón Robaina. 2004. “¿Qué actividades deberían externalizar las empresas? Una aproximación bajo la perspectiva de recursos y capacidad. Universidad de las Palmas de Gran Canaria.” Investigaciones Europeas de Dirección y Economía de la Empresa, 10, N° 1: 209-230.