

## **BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO (BID)**

### **Introducción al Programa Gestores en Salud**

#### **Gerente del Sector de Conocimiento, Innovación y Comunicación**

Federico Basaños

#### **Gerente del Sector Social**

Marcelo Cabrol

#### **Jefe del Instituto Interamericano de Desarrollo Económico y Social (INDES)**

Juan Cristóbal Bonnefoy

#### **Jefe de División de Protección Social y Salud**

Ferdinando Regalia

#### **Coordinadores del Programa**

Ignacio Astorga – Especialista Líder en Salud BID

José Yitani Ríos - Especialista en Construcción de Capacidades BID-INDES

#### **Elaboración de contenidos**

Ignacio Astorga – Especialista Líder en Salud BID

#### **Con aportes y revisión de**

Mauricio Márquez – Consultor Senior

Ana Haro – Consultora Senior y Project Manager BID-INDES

#### **Corrección de estilo**

Teresa López Avedoy

#### **Diseño y diagramación**

Manthra Comunicación Integral

Copyright©2017 Banco Interamericano de Desarrollo. Esta obra se encuentra sujeta a una licencia Creative Commons IGO 3.0 Reconocimiento-No Comercial-Sin Obras Derivadas (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 crédito al BID. No se permiten obras derivadas.

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

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.

La preparación del presente documento fue financiada por el Programa Estratégico para el Desarrollo Social financiado Capital Ordinario (SOC-OC) a través de la Cooperación Técnica Regional RG T2723.

Las opiniones expresadas en esta publicación se relacionan exclusivamente con la visión de sus autores y no necesariamente reflejan el punto de vista del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), de su Gerencia Ejecutiva, ni de los países que lo representan.



# ÍNDICE

<b>1. Programa de Capacitación para Gestores en Salud del Banco Interamericano de Desarrollo .....</b>	<b>4</b>
<b>2. Marco conceptual .....</b>	<b>6</b>
2.1. Antecedentes .....	6
2.1.1. Los desafíos de los sistemas de salud .....	6
2.1.2. Gestión sanitaria del sector público .....	7
2.1.2.1. Marco regulatorio de la gestión sanitaria .....	7
2.1.2.1.1. ¿Qué rango constitucional tiene el derecho a la salud? .....	8
2.1.2.1.2. ¿Cuál es el marco de las finanzas públicas? .....	8
2.2. La producción pública de servicios de salud .....	10
2.2.1. Estudio de red .....	12
2.2.1.1. Diagnóstico .....	13
2.2.1.2. Proyección .....	14
2.2.1.3. Propuestas .....	16
2.2.2. Estudio de preinversión o prefactibilidad .....	16
2.2.2.1. Diagnóstico .....	17
2.2.2.2. Proyección .....	18
2.2.2.3. Propuestas .....	19
2.2.3. Evaluación .....	20
2.2.3.1. Criterios de selección .....	21
2.2.3.2. Criterios de priorización .....	23
2.2.3.3. Criterios de comparación .....	23
2.2.4. Modelo tradicional .....	24
2.2.5. Asociación Público Privada (APP) .....	25
2.2.5.1. Modelos de APP en general .....	27
2.2.6. Comparación entre APP y el modelo tradicional .....	29
2.2.6.1. Diferencias contractuales .....	30
2.2.6.2. Resultados observados .....	32
<b>3. Programa de Asociaciones Público Privadas en salud .....</b>	<b>35</b>
3.1. Experiencias de APP en América Latina y el Caribe .....	35
3.2. Ciclo del proyecto de APP .....	37
3.3. Estructura del Programa .....	41
<b>4. Conceptos clave .....</b>	<b>44</b>
<b>Bibliografía .....</b>	<b>45</b>



# 1. PROGRAMA DE CAPACITACIÓN PARA GESTORES EN SALUD DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

América Latina tiene aproximadamente 383 millones de usuarios de los servicios públicos de salud, con una demanda creciente sobre los sistemas de salud. Para responder a esta demanda, el sector público presenta restricciones de recursos y de capacidad de gestión. En el ámbito de los recursos se observa un déficit de infraestructura, un alto deterioro –hospitales con antigüedad promedio de 57 años–, así como una demanda creciente asociada al crecimiento, desplazamiento y envejecimiento de la población. Para resolver estos problemas, el BID ha calculado que se necesita una inversión de alrededor de 130 000 miles de millones de dólares. Sin embargo, no se trata solo de recursos, sino también de déficit en la capacidad técnica para planificar y gestionar proyectos y programas que permitan mejorar la salud de la población.

El Programa de Capacitación para Gestores en Salud del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) busca precisamente fortalecer los conocimientos y capacidades de los servidores públicos para diseñar y evaluar proyectos de



desarrollo en el sector salud orientados a mejorar la salud de la población, la calidad de los servicios, así como el uso de los recursos. Asimismo, en los casos en los que corresponda, estructurar e implementar Asociaciones Público Privadas en el mismo sector.

El Programa toma como base el ciclo de gestión de un programa de inversión en el sector salud reflejado en la figura 1. Así, se entiende que todo programa de inversión en salud debe partir de un estudio previo de la red sanitaria, el cual permite obtener una visión integrada de las necesidades y servicios requeridos en un territorio. Una vez realizado este estudio, es necesario focalizarse en las principales unidades de producción sanitaria, es decir, en los centros de salud, hospitales, entre otros, analizando la demanda que recibirá cada establecimiento y la oferta de servicios que debe realizar. Una vez conocidas las necesidades de inversión de cada establecimiento, surge la necesidad de buscar financiamiento para llevarlas a cabo. Para ello, debe realizarse una evaluación que, a través de estrictas metodologías comparativas, concluirá si los recursos deben proceder de inversión tradicional o si, por el contrario, deben proceder de una asociación público privada.

Con esta perspectiva de ciclo, el Programa de Capacitación para Gestores en Salud se divide en cuatro cursos alineados con el ciclo mencionado arriba, estos son, , Planes Maestros de Inversión con Enfoque de Red (Red), Estudios de Preinversión Hospitalaria (EPH), MOOC General de Asociaciones Público Privadas: Implementando Soluciones en Latinoamérica y el Caribe y Asociaciones Público Privadas en Salud. Este último curso es el que nos ocupa en esta ocasión.

**Figura 1.** Programa de Capacitación para Gestores en Salud



Fuente: Elaboración propia.



## 2. MARCO CONCEPTUAL

### 2.1. ANTECEDENTES

#### 2.1.1. LOS DESAFÍOS DE LOS SISTEMAS DE SALUD

La salud de la población es un bien superior que requiere de un proceso de mejora continua. Cada logro o avance representa un nuevo peldaño en la búsqueda de una mejora de la salud de la población; ejemplo de esto es la reducción de la mortalidad infantil. Cabe señalar que el control de las muertes prevenibles y de la expectativa de vida crea nuevas necesidades de atención, del tipo congénito y genético en el caso de los niños, y del tipo crónico y de envejecimiento en caso de adultos de mayor edad. Adicionalmente, es necesario mencionar que el sistema debe seguir atendiendo a los problemas presentes de salud relacionados con la pobreza y la marginación, así como con la inequidad en el acceso a los servicios.

Frente a este escenario complejo y cambiante, la comunidad internacional ha acordado establecer la cobertura universal de salud (UHC por sus siglas en inglés) como un compromiso ético y social que está direccionando la agenda de políticas públicas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la cobertura universal de salud como *“el resultado deseado del funcionamiento del sistema de salud que se logra cuando cualquier persona que necesite acceder a los servicios de salud (promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y servicios paliativos) pueda hacerlo, sin que ello suponga dificultades financieras”* (Organización Mundial de la Salud–BID, 2014: p.1).

De manera adicional, las Naciones Unidas han incluido en las metas del Objetivo 3 de Desarrollo Sostenible que se debe “lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas, seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos” (OMS, 2015: s/n).

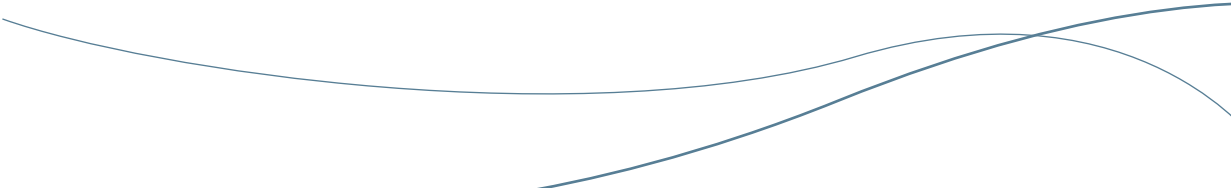
La cobertura universal de salud (UHC) establece los resultados esperados en términos de acceso, eficacia y calidad de servicios integrales de salud, sin embargo, deja abierto uno de sus grandes desafíos que es el cómo materializarla, ya que la respuesta no es única y dependerá de cada país, que deberá establecer los esquemas más eficientes que permitan maximizar el uso de los recursos.

## 2.1.2. GESTIÓN SANITARIA DEL SECTOR PÚBLICO

Los sistemas de salud de la región están fuertemente determinados por la acción de los gobiernos en materia de priorización de los problemas de salud, mezclando lo público y lo privado en la provisión de servicios y en la organización del sistema público de provisión de esos servicios. Estas decisiones se encuadran en el marco regulatorio de la gestión sanitaria.

### 2.1.2.1. MARCO REGULATORIO DE LA GESTIÓN SANITARIA

El accionar del sector público en salud se enmarca dentro de dos grandes condicionantes, como son el rango constitucional del derecho a la salud, y la planificación y gestión presupuestaria de los recursos públicos.



### 2.1.2.1.1. ¿QUÉ RANGO CONSTITUCIONAL TIENE EL DERECHO A LA SALUD?

Las obligaciones del Estado en materia de salud están definidas en la Constitución de cada país. A nivel nacional puede haber diversas garantías, siendo las más frecuentes el acceso a servicios de salud y la protección financiera de la población.

Los derechos constitucionales tienen al menos dos efectos prácticos, en primer lugar sirven de referente para que los ministerios de salud establezcan sus líneas estratégicas y en segundo lugar, pueden ser utilizados por la ciudadanía para exigir el cumplimiento de sus derechos en los tribunales de justicia.

### 2.1.2.1.2. ¿CUÁL ES EL MARCO DE LAS FINANZAS PÚBLICAS?

Toda organización con financiamiento y administración pública debe seguir las reglas presupuestarias del Estado, que están contenidas en la Ley de Presupuesto, de carácter anual y aprobada por el Congreso Nacional.

La Ley de Presupuesto determina un marco de gasto máximo anual, de manera que una mayor producción en salud puede no tener soporte presupuestario, generando déficit y consecuentemente deuda.

A diferencia del sector privado, donde el incentivo es producir más y generar mayores ingresos, en el sector público una mayor producción no necesariamente se asocia con una mayor transferencia de recursos. En este contexto, el principal desafío del gestor de salud es incrementar la eficiencia de los recursos disponibles y obtener una mayor producción de servicios, más que expandir el gasto, ya que este está limitado por la Ley de Presupuesto.

### 2.1.2.2. LOS PILARES DE LA GESTIÓN SANITARIA

Las autoridades del sector público cuentan con diversas opciones de intervención para mejorar la salud la población, incrementar la oportunidad de la atención y calidad de los servicios, y optimizar el uso de los recursos maximizando

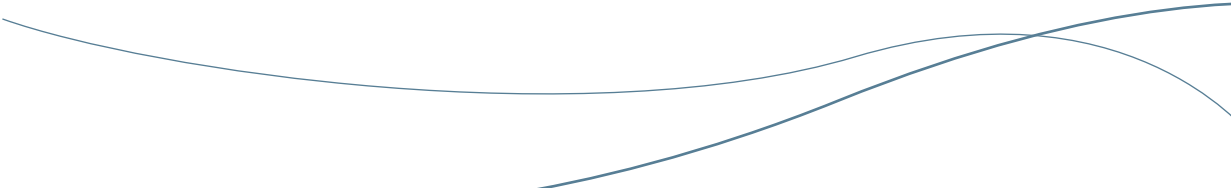


los servicios que se ofrecen a la población. Las decisiones que deben tomarse para avanzar hacia esos objetivos están relacionadas con los puntos presentados a continuación. Un resumen gráfico de los mismos queda reflejado en la figura 2.

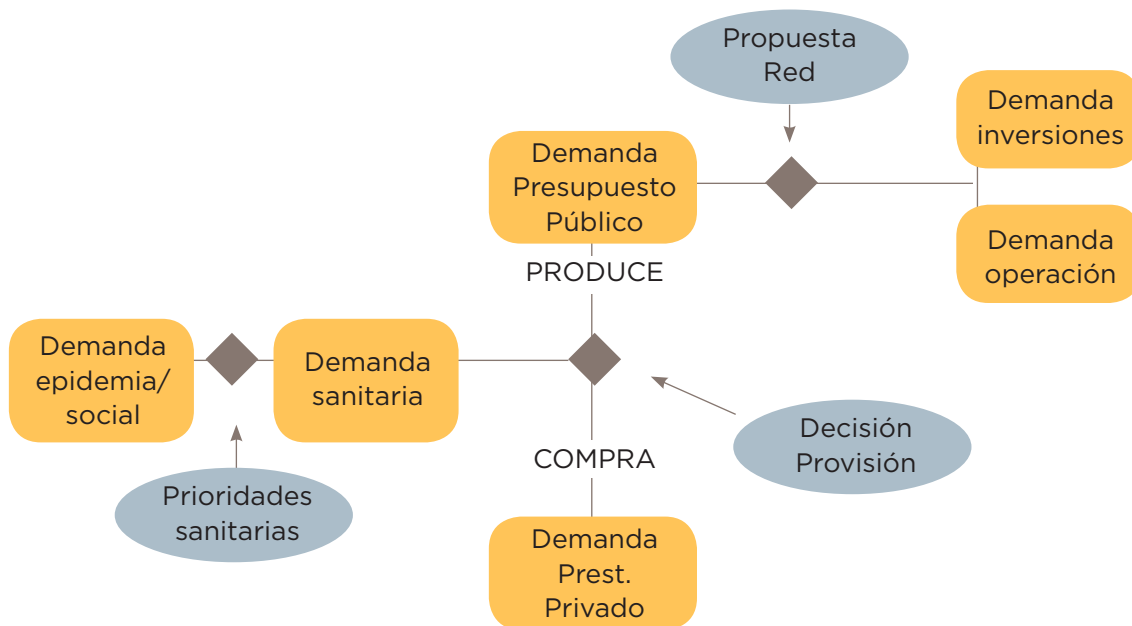
- ¿Qué problemas de salud se enfrentarán y, de ellos, cuáles se priorizarán para mejorar la calidad de vida de la población? Las opciones consideran un rango de alternativas, como son las garantías explícitas, es decir, que se garantizará la atención de un conjunto de problemas de salud, como la hipertensión arterial; las exclusiones explícitas, es decir, procedimientos o medicamentos específicos; o la aplicación de criterios implícitos, es decir, que la persona que accede a la atención reciba tratamiento.
- ¿Qué estrategia se usará para responder a la demanda sanitaria? Las opciones se encuentran en un continuo que va desde reforzar la oferta pública (subsidio a la oferta), hasta establecer seguros o subsidios portables (subsidio a la demanda), pasando por esquemas mixtos.
- ¿Cómo organizar a los prestadores públicos?<sup>1</sup> Aquí las opciones están dadas por un modelo atomizado donde cada establecimiento se administra de manera autónoma, sin existir población o territorio asignado, así como sin articulación entre los establecimientos, o un modelo de “red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve” (OPS, 2010:9).

---

1 El carácter de prestador público está determinado por su naturaleza jurídica, modelo de financiamiento y mecanismo de compra o contratación.



**Figura 2.** Gestión de la demanda de servicios – Sistema de provisión pública de salud



Fuente: Astorga (2009:30), reproducido en Astorga y Cambiasso (2015:4).

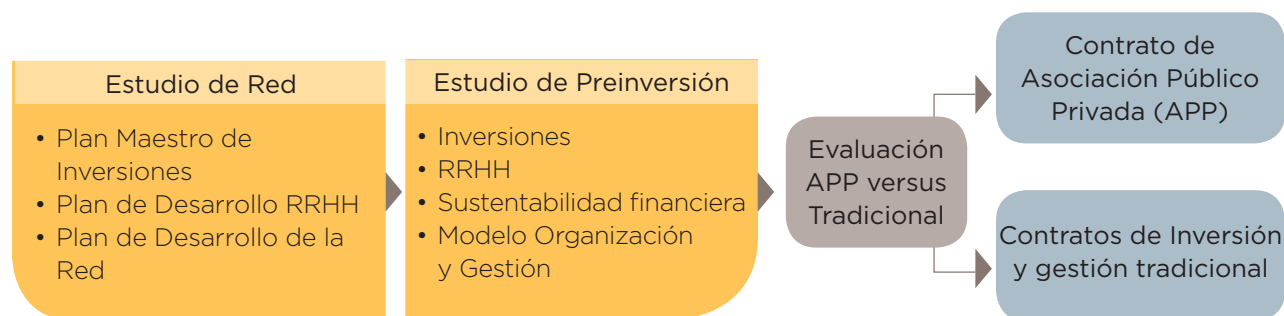
## 2.2. LA PRODUCCIÓN PÚBLICA DE SERVICIOS DE SALUD

Los sistemas públicos de provisión de servicios de salud son responsables de atender aproximadamente a 66 % de la población regional; su participación depende de la penetración del mercado de seguros privados y de los sistemas de seguridad social que no se contabilizan en este valor. Los porcentajes de participación varían significativamente entre los países de la región. En un extremo está Uruguay, donde la empresa Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) mantiene la responsabilidad de atender a 30 % de la población, constituida por la población de menores ingresos o que vive en sectores donde no existe oferta de servicios privados. La mayor parte de la población es atendida en el sector privado de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC). En el otro extremo están países como Nicaragua u Honduras, donde este porcentaje supera un 80 %.

Para maximizar los resultados en salud es necesario utilizar un enfoque productivo que considere el ciclo continuo de planificación, ejecución y operación de los diversos instrumentos de gestión pública, los cuales se agregarán en políticas, planes y proyectos, y que permita el control y ajuste de las intervenciones. Tradicionalmente, este enfoque se ha utilizado para infraestructura, sin embargo, es indispensable que sea aplicado de manera integral a los procesos, recursos y sistemas utilizados en la gestión de salud. Para ello, es necesario integrar perspectivas sanitarias, económicas y productivas.<sup>2</sup>

En el ciclo de planificación y ejecución de proyectos de inversión en salud es posible identificar diversas fases secuenciales, desde la planificación hasta la operación, tal como se muestra en la figura 3.

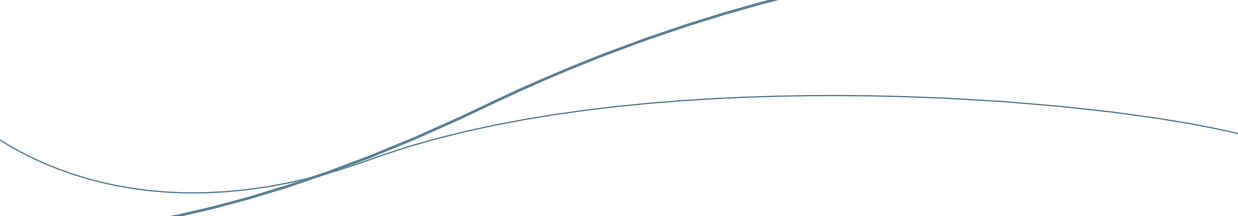
**Figura 3.** Ciclo de planificación y ejecución de proyectos de inversión en salud



Fuente: Elaboración propia, adaptación de Alonso, Pinto, Astorga y Freddi (2015).

Como se observa en la figura, el proceso de planificación comienza con un estudio de la red en el que se analizan las necesidades sanitarias de un territorio y se identifican las líneas prioritarias de acción. Posteriormente se realiza una planificación más detallada de estas prioridades, identificando con ello proyectos y requerimientos de inversión más concretos. Este proceso de planificación permite caracterizar proyectos robustos donde la demanda y oferta se encuentran bien caracterizadas.

2 El enfoque productivo se basa en la organización industrial de procesos que se centra en el análisis y mejora de los procesos de producción, los recursos utilizados y los sistemas de control y gestión.



Una vez identificados estos proyectos y requerimientos, se evaluará si los mismos se financiarán y ejecutarán a través de inversión tradicional o con una APP.

Dado que en esta oportunidad el curso Asociaciones Público Privadas en Salud se está ejecutando de manera previa a los cursos de Red y de EPH, es importante que los participantes conozcan los componentes y procesos básicos relacionados con el Estudio de red y con el Estudio de preinversión. Es importante tener presente que el mecanismo de APP no mejorará la calidad de un proyecto débil, evidenciando más bien las falencias del proyecto en el corto o mediano plazo. Dicho esto, a continuación, se ofrece una síntesis general de estos estudios, adicionándose además un breve resumen de las etapas de evaluación y estructuración de una APP, de forma que no se pierda el ciclo de gestión.

### 2.2.1. ESTUDIO DE RED

Todo proyecto de inversión pública en salud debe basarse en el análisis de la demanda sanitaria y de la oferta de servicios en el territorio relevante para los problemas de salud que se busca enfrentar. Estas iniciativas se denominan Estudios de Red de Servicios (ERS)<sup>3</sup> y su diseño varía de acuerdo al alcance técnico y geográfico de la iniciativa. Algunas opciones de estudio son:

- Red de atención primaria, que incluye, habitualmente, puestos y centros de salud.
- Red integral, que incluye atención primaria (mencionada en el punto anterior) y atención especializada ambulatoria y hospitales (de las diversas complejidades).
- Red especializada, que considera habitualmente redes para oncología, cardiocirugía o neurocirugía
- Red de apoyo, que considera servicios de apoyo clínico y no clínico que pueden ser organizados con base en redes completas y no solo en establecimientos. Por ejemplo, bancos de sangre, laboratorio, imagenología, logística de farmacia.

---

3 Para mayor detalle ver Astorga y Cambiasso (2015).



La metodología de análisis y proyección para los cuatro modelos es similar, siendo el más frecuente el que incluye la red integral y considera tres fases: diagnóstico, proyección/optimización y desarrollo de la propuesta.

### 2.2.1.1. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico incluye:

1. Caracterización del área de influencia:
  - a. Área geográfica, vías de comunicación y medios de transporte, permitiendo determinar la accesibilidad y tiempos de desplazamiento de la población.
  - b. Perfil socio económico que permita identificar a la población que hace uso de los servicios públicos de salud a través de variables como pobreza, nivel educativo, vivienda, saneamiento básico, entre otros.
  - c. Cantidad de población considerando estructura base y proyección de 10 a 15 años. Lo relevante es identificar el comportamiento general de la población, así como de grupos programáticos que determinan la demanda de servicios. Por ejemplo, población infantil, mujer en edad fértil o adulto mayor. Asimismo, se analiza el patrón de distribución de la población en el territorio y su variación en el tiempo.
  - d. Perfil epidemiológico que refleje los principales problemas de salud (morbilidad, mortalidad y carga de enfermedad), de forma que se puedan determinar las magnitudes de las brechas sanitarias.
2. Caracterización de los servicios de salud a través de un conjunto de prestaciones que sirven de trazadoras de la actividad asistencial, es decir, que sirven como variables *proxy* o estimadores del funcionamiento del sistema de salud. Estas prestaciones suelen ser las consultas médicas de urgencias, especialidad y atención primaria, atención del parto, intervenciones quirúrgicas mayores electivas y de urgencia, así como los egresos hospitalarios y el uso de las camas. Al caracterizar estos servicios se debe considerar la producción observada, así como la demanda no satisfecha (personas que solicitan atención y no la reciben) que se puede reflejar en listas de espera o embalse.

### 3. Caracterización de los recursos productivos, su organización y gestión, incluyendo:

#### a. Organización y gobernanza de la red:

- Ordenamiento de los establecimientos según rol y nivel de complejidad.
- Descripción de los procesos de gestión de la red, por ejemplo, referencia-contrareferencia.
- Funcionamiento de la red, graficando el flujo teórico y real de los pacientes.

#### b. Recursos humanos, características del mercado del trabajo en la red, disponibilidad, rendimiento y gestión del recurso humano en salud.

#### c. Recursos financieros, caracterizando el gasto operacional de los establecimientos.

#### d. Infraestructura y equipamiento, caracterización del estado y funcionalidad de la infraestructura, así como el catastro de los equipos existentes según estado y vida útil.

El diagnóstico concluye con un análisis combinado de las variables descritas vinculando análisis de la red, cobertura de servicio y eficiencia en el uso de los recursos.

### 2.2.1.2. PROYECCIÓN

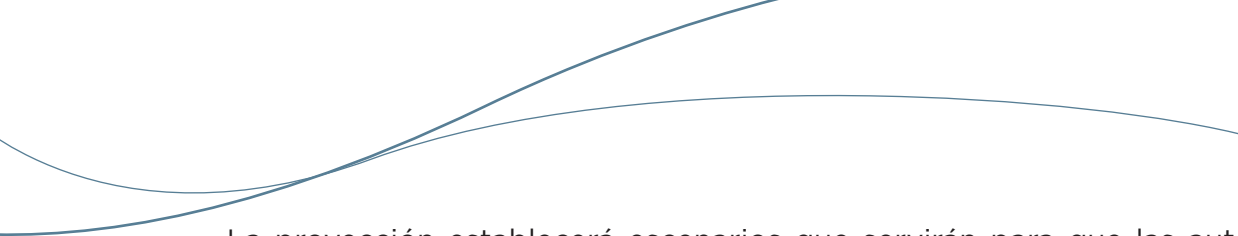
La proyección incluye una estimación de la demanda de servicios y recursos en un horizonte de largo plazo (10-15 años), considerando acciones de reorganización de la estructura y gestión de la red, acciones de optimización del uso de los recursos disponibles y los nuevos recursos que se incorporan. En esta fase los productos pueden resumirse en:

1. Propuesta de modelo de organización y gestión de la red que determine las variables a utilizar en el dimensionamiento de los recursos productivos.

2. Proyección de la demanda de servicios, considerando un escenario base y otro gestionado. El escenario base recoge la variación poblacional y el comportamiento promedio de las tendencias de producción. El escenario gestionado considera variables que incrementan o reducen la demanda de servicios. Por ejemplo, para el caso de las hospitalizaciones las variables pueden ser las siguientes:
  - a. Variables que incrementan la demanda de hospitalización:
    - i. Listas de espera, por ejemplo pacientes esperando una cirugía programada
    - ii. Pacientes que se encuentra hospitalizados en la Unidad de Emergencia
    - iii. Nuevos modelos de atención, por ejemplo la creación de unidades de psiquiatría de corta estadía o unidades críticas
    - iv. Inclusión de nuevas garantías de atención, por ejemplo el Programa de prótesis de rodilla
    - v. Redistribución de la demanda dentro de la red
  - b. Variables que reducen la demanda de hospitalización:
    - i. Incremento de resolutiveidad de primer nivel
    - ii. Reducción estancias medias
    - iii. Cirugía mayor ambulatoria
    - iv. Hospital de día
    - v. Hospitalización domiciliaria

Cabe destacar que muchas de las medidas que reducen la demanda de hospitalización corresponden a actividades de fortalecimiento de la atención primaria o de primer nivel, por lo que un estudio de red integral debe considerarlas en su proyección.

Los recursos se proyectan de acuerdo a la demanda esperada en el tiempo considerando una optimización de los procesos, más la necesidad de mantener operativa la capacidad instalada.



La proyección establecerá escenarios que servirán para que las autoridades seleccionen aquel que consideren más adecuado para el cumplimiento de las políticas de salud y estarán contenidas en el documento de resumen de proyección de la red.

### 2.2.1.3. PROPUESTAS

De este análisis pueden generarse los siguientes productos:

1. Propuesta de diseño de red que considera rol, complejidad, complementariedad y dimensionamiento de los establecimientos de una misma red, considerando hospitales y primer nivel.
2. Propuesta de desarrollo de los recursos humanos para cerrar las brechas en volumen y especialidad.
3. Plan maestro de inversiones con una cartera priorizada, con un predimensionamiento de los proyectos priorizados.

Adicionalmente, la organización y gestión del estudio sirve para la formación de equipo responsable de la planificación o gestión de la red.

### 2.2.2. ESTUDIO DE PREINVERSIÓN O PREFACTIBILIDAD

El estudio de preinversión o prefactibilidad tiene como objetivo identificar, dimensionar y evaluar alternativas que respondan al problema de salud o proyecto priorizado, identificando y valorizando la opción más costo efectiva para resolverla. Estos proyectos son identificados en el Estudio de red y precisan de un análisis en mayor detalle para conocer las necesidades específicas de inversión de cada uno. Este programa toma al hospital como unidad de análisis para el estudio de preinversión al ser el área más falente en la región, sin embargo, el análisis aquí descrito aplica a cualquier función de producción tales como atención primaria, redes de soporte u otras.

Dicho esto, para que un proyecto hospitalario tenga el mayor impacto social debe estar alineado con el Estudio de red mencionado anteriormente. La clave de esto reside en que el rol y complejidad del establecimiento sea complementario y no competitivo con otros establecimientos. Un ejemplo de esto último



sería la existencia de dos maternidades muy próximas y cada una de ellas con baja ocupación.

Al igual que para el análisis de la red, este tipo de estudio se basa en un enfoque tanto sanitario como productivo buscando la alternativa más eficiente para responder a los problemas de salud. El estudio considera también tres fases: diagnóstico, proyección/optimización y desarrollo de la propuesta. Las tres fases siguen la misma lógica explicada para el Estudio de red, centrándose, sin embargo, en la gestión de los hospitales como unidad de análisis.

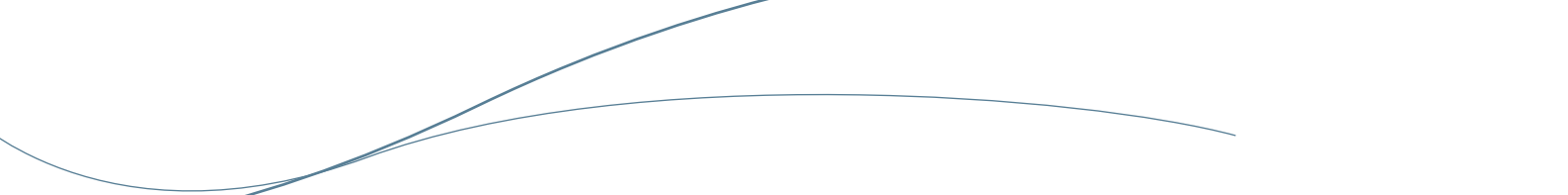
### 2.2.2.1. DIAGNÓSTICO

En primer lugar se analiza el área de influencia específica del establecimiento, así como la red en la que se inserta. Las variables son similares a las descritas en el Estudio de red, incluyendo una caracterización de la demografía, perfil epidemiológico, perfil socioeconómico, caracterización de la red y accesibilidad.

Se caracteriza la función de producción de servicios utilizando las mismas prestaciones trazadoras descritas en el Estudio de red, como son las consultas médicas de urgencias, especialidad y atención primaria, entre otras, incorporándose además otras que permitan caracterizar el funcionamiento de los hospitales tales como exámenes de laboratorio, imágenes, banco de sangre, alimentación y farmacia, entre otros.

Se analiza la disponibilidad de los recursos productivos, así como su potencial de optimización. En el caso del hospital, cobran mayor importancia la





organización del personal, la mejor utilización de la infraestructura -por ejemplo, quirófanos-, o el mejoramiento de los flujos logísticos de medicamento e insumos.

Asimismo, se caracteriza el modelo de organización y gestión del hospital de forma que se analice si éste responde o no a los macro procesos hospitalarios: gestión clínica, gestión de enfermería, gestión de recursos de apoyo, gestión administrativa financiera, docencia, entre los principales.

Como resultado del diagnóstico se caracteriza si el hospital está respondiendo a la demanda de la red en la que se localiza, el grado de eficiencia en que está utilizando los recursos y si el modelo de organización y gestión está alineado o no con la función de producción hospitalaria.

#### **2.2.2.2. PROYECCIÓN**

La proyección se basa en una estimación de la demanda futura de prestaciones del hospital. El método de análisis es el mismo que se describió para Estudio de red. Como en dicho estudio, se trata de un ejercicio clave, ya que permite construir escenarios sobre el comportamiento de la demanda que determinan un rango de valores que se espera que varíe de acuerdo a las acciones que se tomen, por ejemplo, si no se hace nada, si se incorpora la demanda no satisfecha o si se optimiza el funcionamiento del hospital.

A partir del escenario de demanda seleccionado se determinan los recursos productivos necesarios considerando su optimización, así como el modelo de organización y gestión que permite ordenar de mejor manera los procesos del hospital.

Se formulan y evalúan alternativas que permitan responder a la demanda sanitaria y que puedan presentar diferencias en costos de inversión, operación o plazos de ejecución. Esta etapa requiere mucha más concreción que la etapa de proyección del Estudio de red. Por ejemplo, si un hospital debe ser renovado completamente, se deberá estudiar si hacerlo en el mismo lugar o buscar un nuevo terreno. Entre ambas opciones puede haber diferencias en los costos del terreno, de las construcciones transitorias y otras variables, que pueden determinar las bondades de una u otra opción.

El resultado de este análisis debe entregar la información que sirva para:

1. Establecer la viabilidad del proyecto en términos del monto de inversión y si los costos incrementales y recurrentes son financiables.
2. Identificar la alternativa con el menor costo equivalente por prestación.

### 2.2.2.3. PROPUESTAS

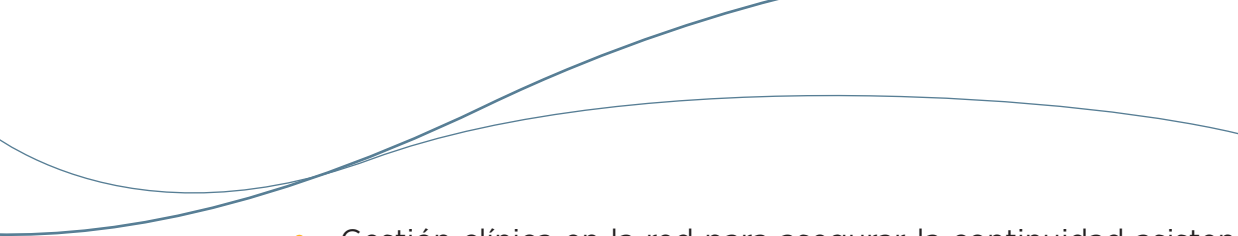
En caso de que el proyecto sea viable financiera y técnicamente, se desarrolla la alternativa seleccionada considerando los siguientes productos:

- Localización de acuerdo al terreno seleccionado
- Plan Médico Funcional, que incluye el Programa Médico Arquitectónico (PMA),<sup>4</sup> criterios de organización de procesos y de diseño general
- Listado de equipamiento médico y mobiliario clínico
- Plan de Desarrollo de RRHH para asegurar que se dispondrá de ellos al momento de concluir la construcción e iniciar la puesta en marcha
- Plan de Mejora de la Gestión:<sup>5</sup>
  - Gestión clínica en el establecimiento
    - Protocolización, revisión de la práctica
    - Gestión de enfermería de acuerdo a riesgo dependencia de pacientes hospitalizados
    - Cirugía mayor ambulatoria
    - Categorización de pacientes en urgencia

---

4 Desde la perspectiva de inversión, el PMA corresponde a un primer dimensionamiento del proyecto; el listado de recintos debe ser lo más exhaustivo posible, ya que frecuentemente se centra en los recintos y unidades asistenciales más relevantes y presenta escaso desarrollo en áreas de soporte tales como las áreas industriales o de apoyo administrativo. Es importante tener presente que esta superficie solo incluye espacios útiles y no incluye habitualmente superficies relacionadas con espesores de muros, circulaciones, así como las resultantes del tipo de módulo constructivo seleccionado.

5 Sin perjuicio de que el objetivo de la preinversión es el dimensionamiento de la inversión, no se debe perder de vista que el objetivo final es mejorar el nivel de los servicios de salud, por ello es relevante que los proyectos financiados por el BID estén alineados con el documento “Marco Sectorial de Salud y Nutrición”. Ello implica que el proyecto debe ser un vehículo de modernización de la gestión del establecimiento y de la red asistencial en la que se inserta.

- 
- Gestión clínica en la red para asegurar la continuidad asistencial e integración vertical
  - Gestión logística de medicamentos e insumos para reducir pérdidas, mermas y obsolescencia de productos

Además, en esta sección se debe describir si el proyecto considera mejoras en los sistemas de información, así como la incorporación de un componente de TIC (tecnologías de la información y de la comunicación) en el proyecto a desarrollar.

### 2.2.3. EVALUACIÓN

Para que un país considere el uso de las APP en salud es necesario que se cumplan un conjunto de condiciones que no se desarrollarán en este curso, ya que han sido tratadas en el MOOC general de las APP como son:

- Existencia de apoyo político del máximo nivel que le permita superar las resistencias asociadas a todo programa de innovación.
- Disponibilidad de recursos de largo plazo, para lo que es necesario que el Ministerio de Hacienda o de Economía proteja la partida presupuestaria en el tiempo.
- Marco legal que regule el contrato y genere certidumbre jurídica del proceso en el largo plazo.

Adicionalmente es necesario que los actores públicos y privados responsables del proceso tengan conocimiento, preparación y visión estratégica sobre las APP. Esto implica que:

- Las empresas que participan tengan un modelo de negocio de largo plazo.
- El sector público cuente con los equipos técnicos competentes en todo el ciclo de proyecto.

En países que cuentan con estas condiciones y que han expresado su interés en utilizar las APP para enfrentar parte de sus desafíos en salud, es pertinente establecer un claro mecanismo de comparación que permita definir si es más conveniente para el Estado usar un contrato APP o uno tradicional.



Cabe destacar que los proyectos a evaluar deben ser “robustos”, es decir, que tengan demanda y oferta asegurada, de manera que una vez que sean ejecutados, los riesgos de operación sean mínimos.

Para la evaluación es pertinente considerar los siguientes criterios:

1. Criterios de selección que permitan identificar si es pertinente o no utilizar el esquema de APP para el contrato.
2. Criterios de priorización que permitan priorizar entre un conjunto de proyectos que potencialmente van a ser desarrollados por APP.
3. Criterios de comparación que permitan identificar ex ante los potenciales beneficios económicos y sociales que puede generar la ejecución por APP en comparación con el esquema tradicional.

### 2.2.3.1. CRITERIOS DE SELECCIÓN

Potencialmente, las APP pueden ser utilizadas en todo tipo de proyecto público y a la fecha se han utilizado en una gran diversidad de ellos, los cuales se describen en la siguiente tabla.



**Tabla 1.** Participación de APP en proyectos públicos

Tipo de Proyecto	Alcance
Hospitales (aislados)	Reposición de hospitales existentes y construcción de nuevos
Complejos hospitalarios (dos o más hospitales)	Reposición de hospitales existentes y construcción de nuevos
Atención primaria	Reposición y construcción de centros de primer nivel
Red integral	Red con atención primaria y hospitales
	Red desde dispositivos para cuidados médicos sociales hasta hospitales
Redes de soporte	Gestión de residuos hospitalarios
	Banco de sangre
	Laboratorio de rutina
	Gestión logística de medicamentos e insumos
	Diagnóstico por imágenes

Fuente: Elaboración propia.

Sin perjuicio de que todo proyecto es potencialmente ejecutable por APP, es necesario considerar la existencia de condiciones propias del proyecto o del entorno que favorezcan el uso de las APP. Entre ellas destacan:

- **Tamaño del proyecto:** Es recomendable financiar proyectos por APP que, en términos de recursos de inversión y operación, superen un monto mínimo.
- **Mercado privado:** Es importante verificar que exista oferta privada en el territorio donde se espera desarrollar el proyecto, de manera que exista capacidad de oferta y por lo tanto, competencia.
- **Alcance modelable en el horizonte del contrato:** Esto significa la inclusión de bienes y servicios cuyos cambios en volumen, calidad y costo puedan ser incluidos en el contrato sin que generen desequilibrios.

### 2.2.3.2. CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN

Cuando se tiene una importante cartera de proyectos es necesario contar con criterios que permitan priorizar entre ellos. Dada la naturaleza de los proyectos APP en términos de compromisos fiscales futuros y de rapidez en su puesta en marcha, es recomendable combinar, de acuerdo al caso, variables tales como el rol del hospital en la red y la urgencia para su puesta en operación.

### 2.2.3.3. CRITERIOS DE COMPARACIÓN

La evaluación busca comparar dos modalidades de contrato muy diferentes en términos de plazos, alcance y modalidades de pago que se asocian a diferentes formas de transferir los riesgos y pagar por ellos.

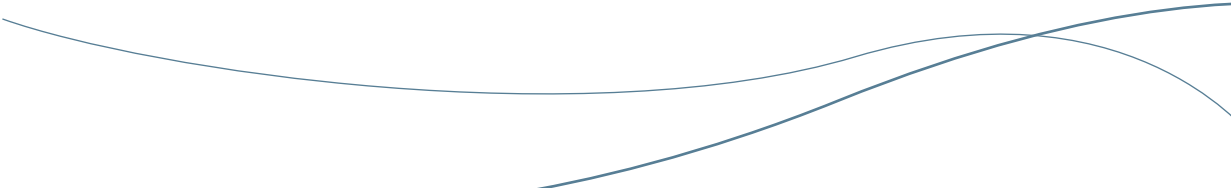
Los modelos de comparación consideran habitualmente variables cuantitativas y cualitativas. Dentro de la cuantitativas destacan:

- CAPEX (*Capital expenditure*), es decir, inversión de capital, y OPEX (*Operational expenditure*), es decir, gastos de operación
- Riesgo variación CAPEX (sobre precio de la obra)
- Riesgo variación OPEX (sobre costo de la operación)
- Riesgo de sobreplazo de construcción
- Riesgo de continuidad de servicio

Dentro de las variables cualitativas, las habituales son:

- Calidad de servicio
- Innovación

La combinación de las variables descritas permite generar diversos escenarios de comparación que van desde el llamado “Comparador de Sector Público”, que se asocia habitualmente a variables cuantitativas, al de valor por dinero (VpD), que incluye también las de tipo cualitativo.



## 2.2.4. MODELO TRADICIONAL

Se les denomina tradicional porque es el mecanismo más ampliamente utilizado y mejor conocido por la administración pública, así como por los oferentes privados locales.



Por modelo tradicional (MT) se entienden los esquemas de contratación regulados por las leyes de compras públicas, donde el sector público gestiona directamente los contratos y es responsable de su coordinación e integración en el tiempo. Sus características principales son:

- Los recursos productivos se contratan por separado, por ejemplo, se usan contratos independientes para la construcción, equipo o servicios.
- El sector público es responsable de integrarlos en tiempo y espacio; por ejemplo, que los equipos médicos lleguen de manera oportuna al hospital que se está construyendo o que se cuente con los contratos de mantenimiento necesario para el adecuado funcionamiento del hospital.
- El financiamiento de los contratos proviene de la Ley de Presupuesto, debiendo asegurar el sector público la disponibilidad de recursos de largo plazo, en especial para inversiones en activos.
- Financieramente, son proyectos de corto o mediano plazo que dependen de la disponibilidad presupuestaria anual.



Tabla 2. Descripción de variables modelo tradicional

Variable	Características
Plazo	Construcción es corto o mediano Servicios es corto
Alcance	Limitado el propósito; por ejemplo, construcción, compra de equipos, contratación de servicios.
Financiamiento	Ley de presupuesto anual
Ciclo de vida de los activos <sup>6</sup>	No se incluye
Innovación	Habitualmente es baja, ya que la contratación se hace en base a especificaciones técnicas definidas, donde no hay incentivo a innovar.
Calidad	Se pueden incluir estándares de calidad, pero dado su corto plazo, no incluye un proceso de mejora continua.

Fuente: Elaboración propia.

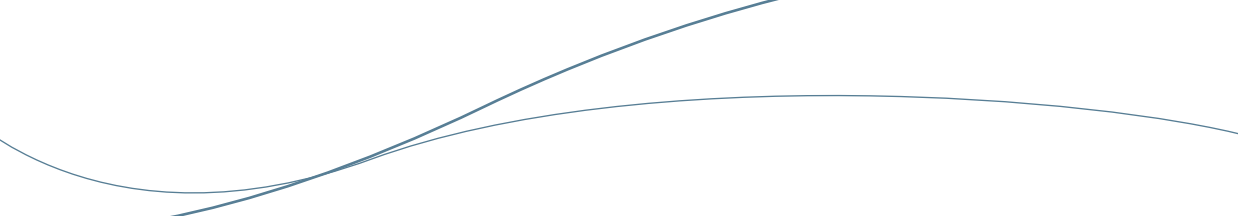
En el ámbito de las inversiones, el modelo tradicional considera habitualmente que después del Estudio de preinversión se contrata el anteproyecto y diseño de arquitectura e ingeniería y, posteriormente, se contrata la construcción. Todos los subcontratos de mantenimiento y otros servicios de apoyo se generan habitualmente una vez que se pone en marcha el establecimiento.

En los últimos años se ha ido incorporando un esquema de contrato que integra diseño y construcción, de manera que se comparte el riesgo de diseño con el constructor.

2.2.5. ASOCIACIÓN PÚBLICO PRIVADA (APP)

Por APP entendemos un contrato de asociación entre un ente público y otro privado. Su denominación es el resultado de un consenso internacional que destaca que el tipo de vínculo que se establece entre el ente público y el ente privado es de largo plazo, constituyendo el concepto de “asociación” un atributo deseable. Así, al tratarse de un contrato que define derechos y

6 Esta es una de las causas de problemas en el mantenimiento en salud, donde los modelos tradicionales no permiten asegurar este servicio en el largo plazo.



deberes de las partes en el largo plazo, ofrece al sector público la posibilidad de comprometer recursos en un horizonte plurianual, sin restringirse a la Ley de Presupuesto de vigencia anual. Esta característica permite contratar bienes y servicios durante la vigencia del contrato, situación que no es posible efectuar bajo la modalidad de contratación tradicional. Este tipo de contratos se puede utilizar para proyectos que incluyen un solo establecimiento o una red de ellos; asimismo, puede considerar solo diseño, construcción y mantenimiento, o todo el servicio asistencial.

Concretamente, las APP de infraestructura social son una modalidad de contratación pública que se desarrolló en la década de los 90 y presentan las siguientes características:<sup>7</sup>

- Los contratos son de largo plazo (más de 10 años).
- El concesionario financia la inversión de la infraestructura y tras su puesta en funcionamiento, recibe una retribución (pago) del Estado. En las APP sociales (hospitales, escuelas, cárceles, entre otros), los usuarios no efectúan ningún pago adicional.
- Los pagos están sujetos al cumplimiento de los estándares de servicio y las exigencias definidos en el contrato.
- Carácter público: el bien es de propiedad pública o se transfiere al sector público al finalizar el contrato; la planificación, el control y la financiación de la APP es pública.
- La decisión de utilizar una APP debe basarse en una evaluación de valor por dinero (VpD)<sup>8</sup> frente a otras alternativas, lo cual es fundamental 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.

---

7 [Ver Libro Verde \(Comisión de las Comunidades Europeas, 2004\).](#)

8 Valor por dinero o *Value for Money* (VpD) 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, pero a un costo menor. De esta manera, se busca maximizar la satisfacción de los asegurados, así como la optimización del valor del dinero.

2.2.5.1. MODELOS DE APP EN GENERAL

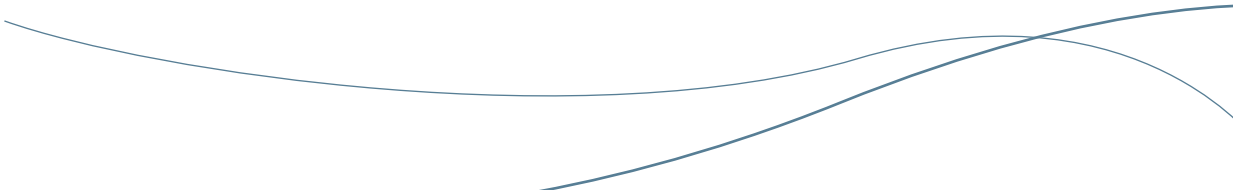
En América Latina y el Caribe el esquema de APP ha sido ampliamente utilizado en infraestructura productiva y de transporte y, en un grado menor, en el área de infraestructura social. Sin perjuicio de que puedan compartir elementos comunes, existen importantes diferencias entre ambas aplicaciones:

Tabla 3. Comparación de diferencias entre APPs

Variable	APP de Salud	APP Infraestructura productiva
Financiamiento	Pagos del sector público para el contrato de APP.	Financiamiento parcial o total de los usuarios.
Alcance	Se paga principalmente por disponibilidad del servicio. Por ejemplo, se paga una vez que el hospital está en operaciones.	Se paga por uso del activo, salvo en los casos que existe un modelo mixto, donde se considera también la disponibilidad del activo físico.
	Está íntimamente vinculado a la prestación de los servicios públicos.	No aplica
Riesgos demanda	Sector público	Concesionario
Gestión del cambio	Sector público	No aplica

Fuente: Elaboración propia.

El modelo de APP puede ser aplicado a un amplio rango de intervenciones en el sector salud. Los términos más utilizados para diferenciar entre los tipos de contrato son: APP bata gris; APP bata blanca y APP especializada. Sin embargo, existe una gran gama de opciones de acuerdo al alcance del proyecto, clasificándose según se presenta en el siguiente esquema.



**Tabla 4.** Clasificación APP de salud según su alcance

Alcance	Tipo APP							
	Gris	Gris	Gris	Gris verde	Blanca Hospital	Blanca Red	Blanca Integral	Especializada
Servicios sociosanitarios								
Servicios clínicos red								
Servicios clínicos hospital								
Apoyo clínico								
Equipamiento médico								
Servicios no clínicos								
Mantenimiento								
Infraestructura								

Fuente: Elaboración propia.

i. APP de Servicios No Asistenciales: Bata gris

El esquema mínimo de las APP de bata gris incluye el proyecto o diseño definitivo, la construcción de infraestructura, su mantenimiento y renovación, según corresponda.

Sobre este esquema se pueden agregar servicios no clínicos tales como limpieza, alimentación, vigilancia y seguridad, jardinería, servicio de equipamiento médico que incluye su mantenimiento y reposición, entre otros.

El adjetivo de bata verde se adiciona cuando se incorporan servicios de apoyo clínico tales como laboratorio, imagenología o farmacia, entre otros.

i.i. APP de Servicios Clínicos Asistenciales: Bata blanca

En las APP de bata blanca el concesionario es responsable de entregar los servicios de salud a la población, organiza y gestiona todos los procesos, recur-

sos y sistemas necesarios para este fin: infraestructura, equipamiento, personal (clínico y no clínico), insumos, tecnologías de información, entre otros.

Los proyectos de APP de bata blanca pueden tener diversos alcances:

- Establecimiento aislado, habitualmente un hospital (por ejemplo, el Hospital do Subúrbio, Estado de Bahía, Brasil).
- Red que incluye hospital y atención primaria (por ejemplo, EsSalud Callao, Perú).
- Red integral que incluye cuidados médicos sociales, atención primaria, hospital (por ejemplo, el Hospitales de Denia y el Hospital de Torre Vieja en Valencia, España).

#### i.i.i. APP de Servicios de Apoyo: Especializadas

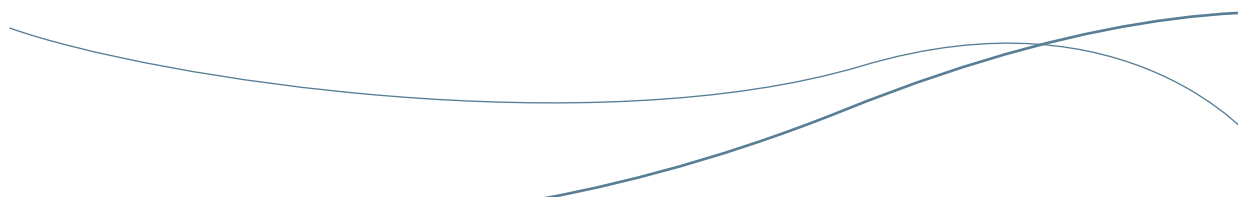
Las APP especializadas consideran contratos para proveer servicios de apoyo clínico o logístico para una red o conjunto de establecimientos tales como:

- Imagenología: Anillo Radiológico de la Comunidad de Madrid, España, y APP Diagnóstico de Imágenes BioImagem, en el estado de Bahía, Brasil.
- Laboratorio: el Laboratorio Central de la Comunidad de Madrid, España.
- Logística de Medicamentos e Insumos en EsSalud Lima-Callao, Perú.

El concesionario es responsable de proveer el servicio que puede incluir infraestructura, equipos, insumos y recursos humanos, cumpliendo con estándares de calidad definidos, así como la normativa durante la vigencia del contrato.

## 2.2.6. COMPARACIÓN ENTRE APP Y EL MODELO TRADICIONAL

Conocidas las dos modalidades de inversión en el sector salud, merece la pena analizar las diferencias existentes entre las mismas.



### 2.2.6.1. DIFERENCIAS CONTRACTUALES

En términos estrictos, estamos comparando dos formas que tiene el sector público para contratar bienes y servicios que difieren en un conjunto de variables tales como alcance, plazo, seguridad de financiamiento y seguridad jurídica.

**Tabla 5.** Comparación sistemas de contratación por la vía tradicional y por APP

Variable	Contratación tradicional	Contratación APP
Marco legal	Ley de compras públicas	Ley específica (en la mayor parte de los países).
Plazo	Corto o mediano	Largo plazo
Alcance	Limitado al propósito, por ejemplo, construcción, compra equipos, compra servicios.	Permite contratar de manera simultánea diversos productos o servicios.
Financiamiento	Ley de presupuesto anual, corto plazo.	Plurianual, de largo plazo.
Seguridad de pago	Variable de acuerdo al contratante.	Muy alta, por las condiciones de la ley y el contrato.
Pagos construcción	Por avance de obra	Por obra operativa
Pagos servicios	Por contrato	Por disponibilidad, volumen y nivel de calidad entregado.
Inversión	Sector público paga anticipo y según avance físico.	Concesionario (sector privado) financia la inversión. Sector público paga <sup>9</sup> una vez que la obra se pone en funcionamiento.

Fuente: Elaboración propia.

9 En algunos países se consideran algunos pagos por parte del sector público antes de la puesta en marcha, sin embargo no representan un monto relevante.



Dadas las diferencias entre ambas formas de contratar, el alcance de las mismas tendrá grandes diferencias en aspectos prácticos de los proyectos, como son:

- Ciclo de vida de los activos: El largo plazo de la APP permite que el contrato pueda cubrir todo el ciclo de vida del activo; por ejemplo, en equipamiento médico se incluye la compra, instalación, capacitación, el mantenimiento preventivo y correctivo y el reemplazo del equipo por uno nuevo de acuerdo a la vida útil esperada. En el modelo tradicional esto no es posible dada su naturaleza de corto plazo y su fuente de financiamiento.
- Innovación: En los contratos de APP pueden existir incentivos para que el concesionario incluya innovaciones, por ejemplo, modificando la mezcla entre inversión y operación, de manera de se generen mejores resultados de servicio y eficiencia. Este tipo de efectos es más difícil en modelos de contrato de corto plazo, donde se compran productos o servicios por separado y corresponde al sector público integrarlo.
- Estándares de calidad: todos los contratos de APP de salud cuentan con estándares de servicio que deben ser cumplidos. Su no cumplimiento puede llevar a la aplicación de deducciones o perder la opción de obtener un incentivo al mejor desempeño. En los modelos tradicionales se pueden incluir también, sin embargo, en ellos la principal amenaza es el término del contrato.



**Tabla 6.** Análisis de Fortalezas y Debilidades de modalidades de contratación tradicional y APP

	Contratación tradicional	Contratación APP
Fortalezas	<p>Permite cambiar fácilmente al proveedor del servicio en caso de inconformidad.</p> <p>Es el modelo más conocido por los funcionarios del sector público y por las empresas proveedoras nacionales.</p> <p>En caso de falla de servicio, se puede poner término al contrato.</p>	<p>Permite integrar en un solo contrato múltiples servicios, en un horizonte de largo plazo que asegura la operatividad y calidad del sector público y transferir riesgos al sector privado.</p> <p>En el contrato se establecen las condiciones de regulación y supervisión explícitas.</p> <p>Presenta una alta estabilidad contractual.</p>
Debilidades	<p>Dado que son contratos de corto plazo, no permiten gestionar el ciclo de vida de los activos y, por tanto, no aseguran la operatividad de los activos o los servicios.</p> <p>En el largo plazo exige de múltiples contratos y relicitaciones.<sup>10</sup></p> <p>Habitualmente las regulaciones de los contratos son débiles.</p>	<p>Exige un alto desarrollo de los modelos técnicos y financieros en su estructuración.</p> <p>Es un modelo nuevo que genera resistencia por parte de los funcionarios acostumbrados al modelo tradicional</p> <p>Las renegociaciones del contrato son más complejas y sujetas a importantes regulaciones.</p>

Fuente: Elaboración propia.

2.2.6.2. RESULTADOS OBSERVADOS

A partir de la revisión de literatura sobre el desempeño de contratos por APP y por la vía tradicional,<sup>11</sup> ha sido posible identificar tres comportamientos, uno donde la APP tenía peor desempeño que el modelo tradicional, varios donde demostró un comportamiento igual, y otros donde tenía un mejor comportamiento:

10 Si un contrato de bata gris integra 10 servicios, por un plazo de 15 años, reemplaza al menos 75 licitaciones de los mismos servicios si estas se efectuaran cada dos años. El plazo de las licitaciones tradicionales está regulado habitualmente por las leyes de compras públicas.

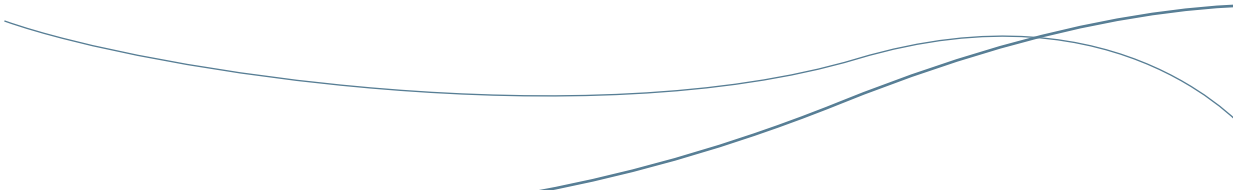
11 Ver Alonso, Pinto, Astorga y Freddi (2015). La mayor parte de la literatura proviene de Europa (España y Reino Unido), por lo que algunos análisis no son aplicables en la región.

**Tabla 7.** Revisión de la literatura de atributos de la contratación de APP versus tradicional

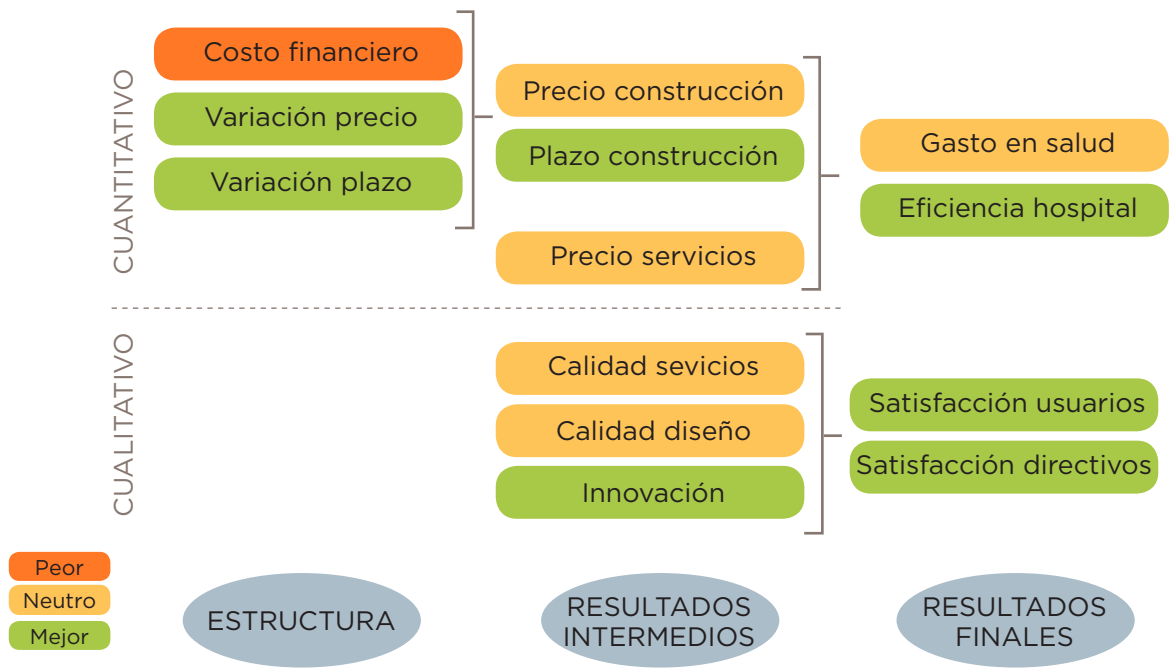
Atributo	Alcance
Peor	Costo de financiamiento del sector privado mayor que el financiamiento público.
Igual	<ul style="list-style-type: none"><li>• Precio de construcción en términos de valor presente neto</li><li>• Precio de servicios</li><li>• Calidad de servicio</li><li>• Calidad del diseño</li></ul>
Mejor	<ul style="list-style-type: none"><li>• Menor variación de precio de contrato</li><li>• Menor variación de plazo de contrato</li><li>• Menor plazo total de construcción</li><li>• Mayor innovación</li><li>• Mayor eficiencia hospitalaria</li><li>• Mayor satisfacción de los usuarios (pacientes, visitas)</li><li>• Mayor satisfacción de los directivos</li></ul>

Fuente: Elaboración propia con base en Alonso, Pinto, Astorga y Freddi (2015).

El siguiente esquema ilustra la referida revisión bibliográfica organizando las variables de acuerdo a si se trata de recursos, resultados intermedios o resultados finales. En ella se observa que a pesar de tener un mayor costo de financiamiento, el precio pagado es igual que el tradicional. Asimismo, en términos de resultados finales el gasto en salud es similar, pero la eficiencia y la satisfacción de los usuarios es superior.



**Figura 4.** Revisión bibliográfica comparando contratación por vía tradicional y por APP



Fuente: Elaboración propia con base en Alonso et al., (2015).



## 3. PROGRAMA DE ASOCIACIONES PÚBLICO PRIVADAS EN SALUD

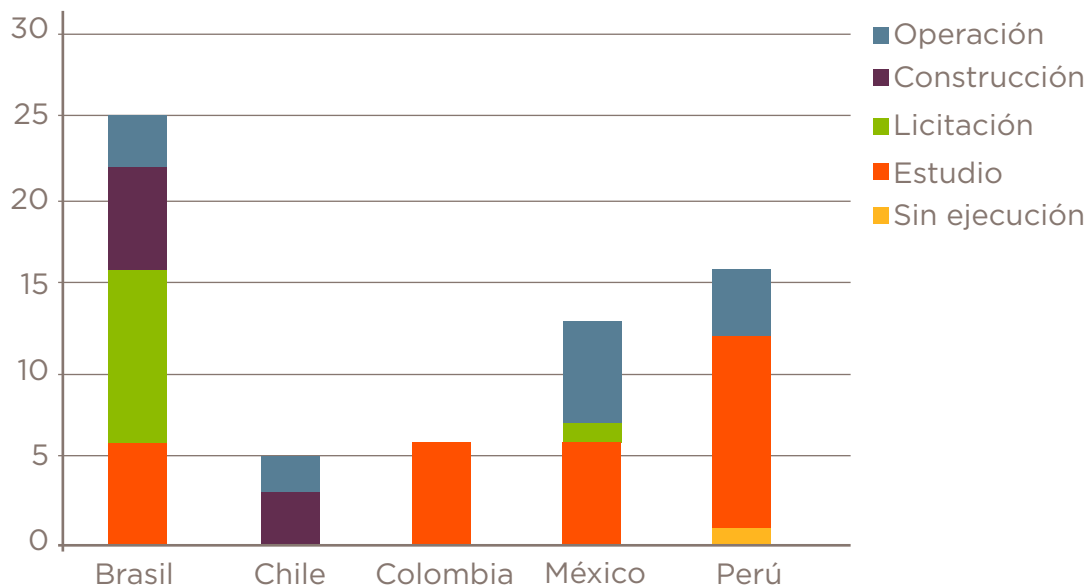
### 3.1. EXPERIENCIAS DE APP EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

El primer contrato de APP en salud en América Latina y el Caribe (LAC) correspondió al Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, en México, puesto en marcha en 2007. Actualmente se cuenta con 15 proyectos en operación y otros 50 en diversas fases de desarrollo.

El mayor volumen lo representan los proyectos de bata gris con 45 (69 %), seguido de 11 de bata blanca (17 %) y 9 especializados (11 %). Los proyectos se han concentrado en Brasil, México, Perú, Chile y Colombia.



**Gráfica 1.** Distribución de proyectos de APP de salud en LAC según etapas de desarrollo



Fuente : Elaboración propia.

En la evaluación de Astorga, Alonso, Pinto, Freddi y Correderas Silván (2016) se consideraron 13 proyectos que se encontraban en operación al mes de febrero de 2016; los autores identificaron las siguientes lecciones:

- Los proyectos APP se están ejecutando de acuerdo con lo esperado.
- Las iniciativas licitadas mediante licitaciones públicas y de bata gris generan mayor competencia entre oferentes.
- El desarrollo de las propuestas arquitectónicas aumenta los plazos de los proyectos bata gris.
- La separación CAPEX y OPEX facilita la “bancabilidad”.<sup>12</sup>
- Las APP han mejorado la eficiencia en el uso de los recursos públicos.
- Las APP han mejorado la calidad de los servicios.

<sup>12</sup> Ver Glosario.



- Los proyectos nuevos (greenfield)<sup>13</sup> de bata gris tienen riesgo de subutilización, ya que requiere que el sector público provea el personal y dirección a los pacientes al nuevo establecimiento.
- En los proyectos de bata gris se genera tensión en la gestión hospitalaria debido a la coexistencia de la administración pública y la del concesionario.
- En América Latina se han usado de base modelos provenientes de Europa, sin embargo, se han efectuado ajustes de acuerdo a las prioridades y contextos locales. En diversos países las APP han sido cuestionadas por parte de sindicatos de la salud, representantes del poder político y autoridades, asociándolas al concepto de privatización, lo que ha reducido el interés de ampliar su uso.<sup>14</sup>

## 3.2. CICLO DEL PROYECTO DE APP

De acuerdo a la Guía de Referencia Asociaciones Público Privadas 2.0 (ADB, IDB, World Bank Group, PPIAF, 2014) la implementación de los contratos de APP considera un conjunto de etapas secuenciales:

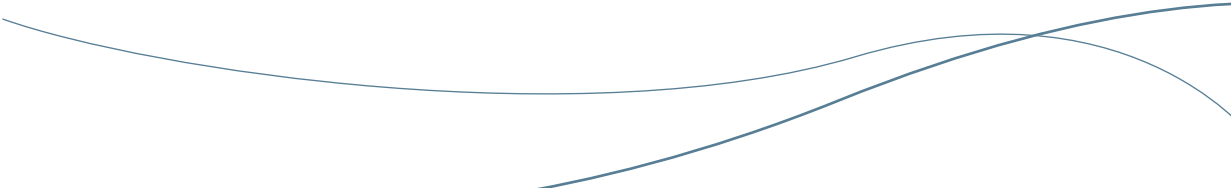
- Identificación
- Evaluación
- Estructuración
- Diseño de contrato
- Gestión de la transacción
- Gestión de contratos

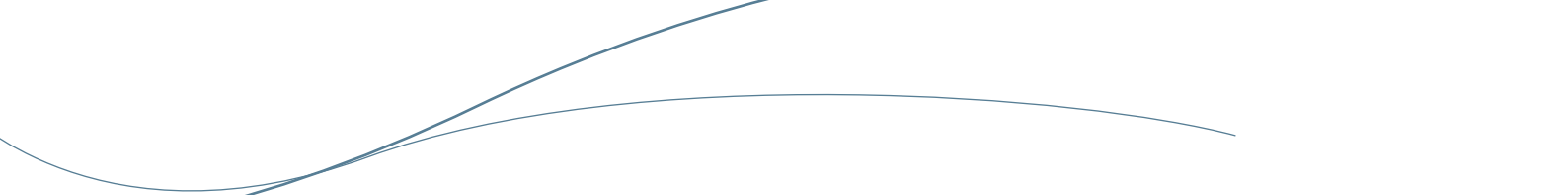
De acuerdo al marco expuesto en este módulo introductorio, la fase de identificación debe considerar el análisis del Estudio de red y el desarrollo de los Estudios de preinversión, cuyos insumos son clave para la evaluación y estructuración del contrato.

---

13 Ver Glosario.

14 Cabe destacar que en la APP la propiedad y los servicios son públicos, solo cambia de un contrato de corto plazo (tradicional) a uno de largo plazo (APP). Tampoco hay cobro a los usuarios, como en el caso de concesiones carreteras financiadas u operadas en APP.





En la fase evaluación se analiza si es más conveniente utilizar el esquema tradicional o de APP utilizando los criterios antes descritos.

En la fase de estructuración se identifican y asignan los riesgos de manera que se establezca el modelo que presente el mejor balance entre las partes. De manera específica, esta propuesta se traduce en el diseño del contrato al traducirlo en sus condiciones técnicas, legales y financieras.

La gestión de la transacción considera la licitación que de acuerdo a la legislación de cada país puede llegar hasta el cierre financiero.

Sin perjuicio de que se trata de etapas diferenciadas, es habitual que en la APP se generen revisiones de los criterios y variables empleadas en las fases anteriores, es por eso que se debe considerar que desde la fase de evaluación al diseño de contratos se generarán revisiones o consultas de manera de precisar costos, plazos, alcance y perfil de transferencia de riesgos.

La gestión del contrato considera habitualmente dos subetapas, una de inversión, que incluye la construcción o adquisición de bienes, y otra de operación o explotación, donde el proyecto entrega los servicios contratados.

Durante el ciclo del proyecto de APP se trabajan diversos componentes donde se incluyen (al menos en los proyectos bata gris):

- Componentes técnicos:
  - Servicio de diseño y construcción de la infraestructura
  - Operación y mantenimiento de la infraestructura
  - Servicios no clínicos
  - Servicio de equipamiento médico
- Componentes financieros:
  - Modelo de financiamiento
  - Modelo de pago
- Componente legal, que establece la normativa aplicable al contrato.

- Gobernanza, que define roles y responsabilidades y mecanismos de coordinación entre las partes.
- Componente socioambiental, que considera las salvaguardias ambientales y sociales que regulan habitualmente las intervenciones de la banca multilateral.

Adicionalmente en los proyectos de bata gris cobran especial relevancia los riesgos retenidos por el Estado y que no han sido incluidos dentro del contrato, los que necesariamente deben ser gestionados diligente y oportunamente de modo de mitigar sus efectos en el contrato. Los riesgos más importantes retenidos por el sector público, y por el privado, se muestran en la siguiente tabla. Por su parte en cada unidad se analizarán los riesgos concretos de cada componente de una APP en salud.


**Tabla 8.** Distribución de riesgos en una APP en salud

Riesgo	Categoría de riesgo*	Asignación
Terrenos	Lugar del proyecto	Público
Demanda y oferta de servicios	Demanda y otros riesgos comerciales	Público
Gestión del cambio y aceptación audiencias	Operacional	Público
Puesta en marcha	Operación	Público
Riesgo tecnológico	Propiedad de los activos	Público
Riesgos de diseño y construcción	Diseño y construcción	Concesionario
Riesgos de operación	Operación	Concesionario
Riesgos tributarios	Regulatorios o políticos	Público/ Privado
Riesgos normativos	Cambio en el marco legal	Público/ Privado
Responsabilidades civiles	Operación	Concesionario

Fuente: Elaboración propia. \*Nota: las categorías de riesgos hacen referencia al módulo 4 “Análisis de Alternativas y propuestas de solución”, unidad 1, del MOOC Asociaciones Público-Privadas: Implementando Soluciones en Latinoamérica y el Caribe ofrecido por el BID.

Finalmente, en el siguiente esquema se presenta la interacción de los componentes en las diversas fases del ciclo del proyecto APP.

**Figura 7.** Fases y componentes del ciclo de un proyecto APP

Componetes	Evaluación	Estructuración Diseño Contrato	Gestión de transacción	Gestión de contrato
			Inversión	Operación
Técnico			X	X
Legal				
Financiero				
Gobernanza				
Social Ambiental				
Riesgos retenidos por Estado				

Fuente: Elaboración propia.



### 3.3. ESTRUCTURA DEL PROGRAMA

Como se mencionó anteriormente, este curso forma parte del Programa de Capacitación para Gestores en Salud del Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Concretamente, el objetivo es fortalecer los conocimientos de los participantes con relación a las Asociaciones Público Privadas en salud, concretamente, con el diseño, estructuración e implementación de APPs en el sector salud. Este curso está vinculado a la Guía de Referencia Asociaciones Público Privadas 2.0 (ADB, IDB, World Bank Group, PPIAF, 2014) y al MOOC Asociaciones Público Privadas: Implementando Soluciones en América Latina y el Caribe, el cual ofrece una presentación general de las APPs en la región.

Los componentes descritos pueden ser aplicados a cualquier tipo de APP de salud, sin embargo, los contenidos técnicos del curso se han estructurado en torno a proyectos de bata gris, ya que corresponden al mayor volumen de proyectos que se encuentran actualmente en el pipeline de proyectos y de los que se tiene mayor conocimiento.

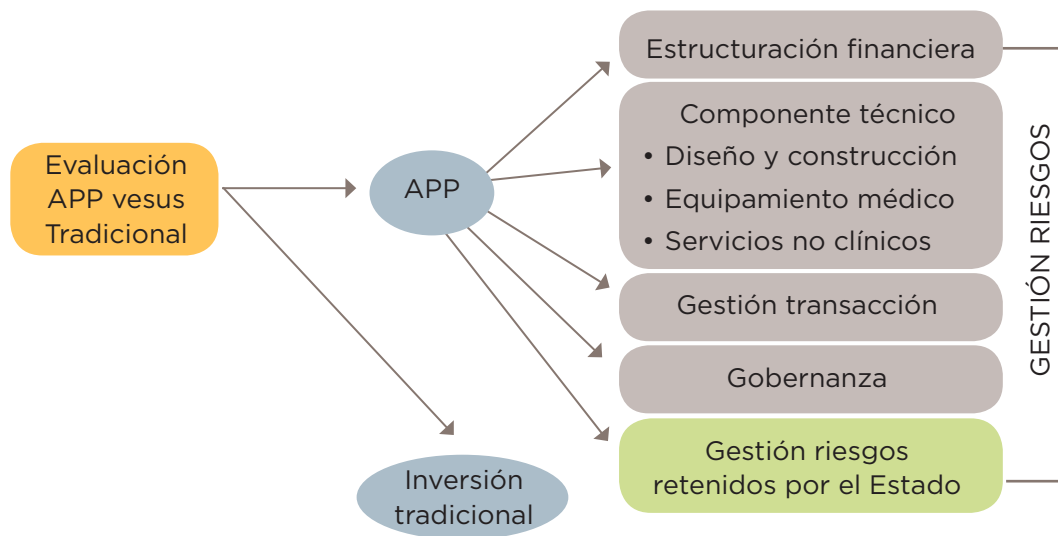
El curso está compuesto por cinco módulos, cada uno tiene diferentes unidades. La estructura concreta del curso se muestra a continuación:

- 1.** Evaluación y estructuración financiera
  - 1.1.** Evaluación de un proyecto de inversión en salud
- 2.** Infraestructura de salud bajo una APP
  - 2.1.** Diseño y construcción de una infraestructura en salud
  - 2.2.** Servicios de operación y mantenimiento de la infraestructura en salud
- 3.** Servicios no clínicos en una APP de salud
  - 3.1.** Servicios no clínicos
  - 3.2.** Servicio integral de gestión de equipamiento médico y mobiliario clínico
- 4.** Gestión de la transacción y gobernanza de los contratos en una APP de salud

- 4.1. Estructuración financiera
- 4.2. Gestión de la transacción
- 4.3. Gestión de la gobernanza
- 5. Gestión de riesgos retenidos por el Estado en una APP de salud
  - 5.1. Comunicación Estratégica
  - 5.2. Gestión del Cambio
  - 5.3. Puesta en marcha

En la figura 8 se muestra un resumen de los contenidos del curso, explicándose a continuación el contenido que se verá en cada unidad.

**Figura 8.** Elementos básicos del curso



Fuente : Elaboración propia.

Así, en la unidad uno se analizan diferentes metodologías existentes para comparar la inversión tradicional y una APP en proyectos de salud; dicho análisis permite evaluar y seleccionar aquella que garantice mayor valor por dinero, factibilidad económica y, si aplica, viabilidad comercial.



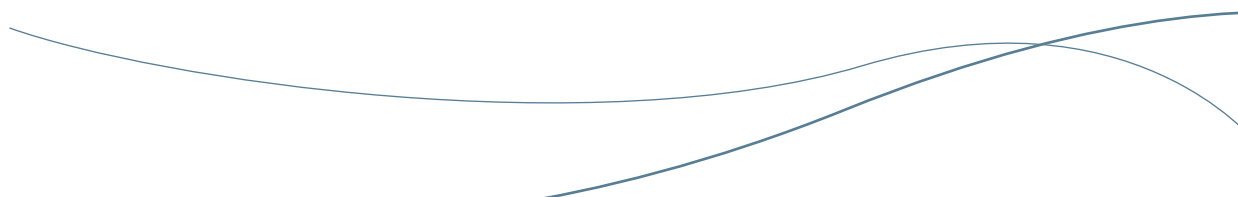
En las unidades dos a la cinco se analizan los componentes técnicos de una APP de bata gris, concretamente, los criterios para la contratación del diseño y construcción de infraestructura, operación y mantenimiento, servicios no clínicos y equipamiento médico y mobiliario clínico.

En la unidad seis, Estructuración financiera, se analizan los riesgos que enfrenta una APP en salud. El proceso considera su identificación y asignación al sector –público o privado– que esté en mejor condición de gestionarlos. Adicionalmente, se analizan otros tópicos relacionados con la estructuración financiera tales como el tratamiento contractual de CAPEX y OPEX.

En la unidad siete, Gestión de la transacción, se desarrollan las opciones que se pueden gestionar para promover una mayor competencia de los grupos interesados.

En la unidad ocho, Gestión de la gobernanza, se analizan los arreglos institucionales y de organización que deben ser considerados para la adecuada gestión del proyecto en sus diversas fases.

Finalmente, en la unidad nueve se analizan los riesgos retenidos por el Estado, que en muchas ocasiones no son tomados en cuenta y afectan el buen funcionamiento de la APP. Se incluyen las herramientas que puede utilizar el Estado para enfrentarlos, destacando entre las más importantes la Comunicación Estratégica, las estrategias de Gestión del Cambio y los planes de puesta en marcha.





## 4. CONCEPTOS CLAVE

Para facilitar la comunicación entre los diversos participantes en las guías se utilizará el siguiente glosario de conceptos clave:

1. Sector público: Corresponden genéricamente a las distintas entidades e instituciones de carácter público que pueden propiciar y contratar un proyecto de APP, tales como: Estado, Ministerios, Servicios de salud, provincias, comunas, entre otros.
2. Estado: Corresponde al Estado nacional o federativo de cada país.
3. Sector privado: Se refiere al sector privado como socio en las alianzas público privado.
4. Concesionario o concedente: Corresponde al adjudicatario de la licitación de la APP.

Adicionalmente al final de la Guía de Referencia para Proyectos de APP en Salud (BID, 2007) se incorpora un capítulo de glosario, asociado a los principales conceptos y términos utilizados.

## BIBLIOGRAFÍA

ADB, IDB, World Bank Group, PPIAF (2014). Asociaciones Público-Privadas Guía de Referencia Versión 2.0. Recuperado de: Disponible en: [http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSPContentServer/WDSP/IB/2014/09/08/000442464\\_20140908133431/Rendered/PDF/903840PPP0Refe0Box38531B-000PUBLIC0.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSPContentServer/WDSP/IB/2014/09/08/000442464_20140908133431/Rendered/PDF/903840PPP0Refe0Box38531B-000PUBLIC0.pdf)

Alonso, P., Pinto, D.M., Astorga, I. y Freddi, J. (2015). Menos cuentos, más evidencia. Asociaciones público-privadas en la literatura científica. Nota 3 de la serie de notas técnicas sobre asociaciones público-privadas en el sector de la salud en América Latina. Nota técnica No. IDB-TN-882. Washington, D.C.: División de Protección Social y Salud. Recuperado de: <https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/7270/Asociaciones-p%25C3%25BAblico-privadas-en-la-literatura-cient%25C3%25ADfica.pdf?sequence=1>

Astorga, I., Alonso, P., Freddi, J. y Correderas Silván, M. (2016). *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). Nota técnica # IDB-TN-1068. Washington, D.C.: BID-División de Protección Social y Salud. Recuperado de: <https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/7751/10-anos-de-asociaciones-publico-privadas-app-en-salud-en-america-latina.pdf?sequence=1>

Astorga, I. y Cambiasso, E. (2015). *Guía para la contratación de proyectos de inversión en hospitales*. Abril de 2015. Nota técnica # IDB-TN-807. Washington, D.C.: BID-División de Protección Social y Salud. Recuperado de: <https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/6911/Gu%C3%ADa-para-la-contrataci%C3%B3n-de-proyectos-de-inversi%C3%B3n-en-hospitales.pdf?sequence=1>

Astorga Jorquera, I. (2009). *Inversiones de la Red Pública de Salud en Chile. Periodo 1998-2008*. Resolución WHA60.29 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre Tecnologías sanitarias, 2007. Escrito para el Instituto de Políticas Públicas y Gestión Salud y Futuro Universidad Andrés Bello. Recuperado de: <https://es.slideshare.net/rtapiah/capitulo-inversiones-finv3ignacioastorga10012009>



Banco Interamericano de Desarrollo (2017). Guía de Referencia para Proyectos APP en Salud.

Banco Interamericano de Desarrollo (2017). Guía de Preparación de Planes Maestros de Inversión con Enfoque de Red.

Banco Interamericano de Desarrollo (2017). Guía de Estudios de Prefactibilidad de Inversión en Hospitales.

Comisión de las Comunidades Europeas (2004). *Libro Verde sobre la colaboración público-privada y el derecho comunitario en materia de contratación pública y concesiones*. Bruselas, Bélgica: Autor. Recuperado de: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52004DC0327&from=ES>

HM Treasury (1999). *How to Construct a Public Sector Comparator Taskforce Private Finance*. Technical Note 5. Great Britain: Autor.

Organización Mundial de la Salud (2015). *Objetivos de Desarrollo Sostenible: Metas*. Reunión 17 objetivos para transformar nuestro mundo. 25 de septiembre de 2015. Nueva York: Organización de Naciones Unidas. Recuperado de: <http://www.who.int/topics/sustainable-development-goals/targets/es/>

Organización Mundial de la Salud y BID (2014). Monitoreo del progreso hacia la cobertura universal de salud a nivel nacional y global. Marco de trabajo, medidas y metas. Suiza: Autor. Recuperado de: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112827/1/WHO\\_HIS\\_HIA\\_14.1\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112827/1/WHO_HIS_HIA_14.1_spa.pdf)

Organización Panamericana de la Salud (OPS), (2010). *Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas*. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en la Américas. No. 4. OP/Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C.: Autor. Recuperado de: [http://www.paho.org/uru/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=publicaciones-sistemas-y-servicios-de-salud&alias=145-redes-integradas-de-servicios-de-salud-aps-n4&Itemid=307](http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-sistemas-y-servicios-de-salud&alias=145-redes-integradas-de-servicios-de-salud-aps-n4&Itemid=307)

