

¿Cómo articular las APP dentro de un programa de inversiones en salud en América Latina y el Caribe?

Nota 5 de la serie de notas técnicas sobre asociaciones público-privadas en el sector de la salud en América Latina

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

División de Protección Social y
Salud

NOTA TÉCNICA N°
IDB-TN-1273

¿Cómo articular las APP dentro de un programa de inversiones en salud en América Latina y el Caribe?

Nota 5 de la serie de notas técnicas sobre asociaciones público-privadas en el sector de la salud en América Latina

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

Abril 2017

Catalogación en la fuente proporcionada por la
Biblioteca Felipe Herrera del

Banco Interamericano de Desarrollo

¿Cómo articular las APP dentro de un programa de inversiones en salud en América Latina y el Caribe?/ Ignacio Astorga, Paloma Alonso, Diana M. Pinto, Jazmín Freddi, Martín Corredera.

p. cm. — (Nota técnica del BID ; 1273)

Incluye referencias bibliográficas.

1. Public-private sector cooperation-Latin America. 2. Public-private sector cooperation-Caribbean Area. 3. Public health-Economic aspects-Latin America. 4. Public health-Economic aspects-Caribbean Area. 5. Public investments-Latin America. 6. Public investments-Caribbean Area. I. Astorga, Ignacio. II. Alonso, Paloma. III. Pinto, Diana M. IV. Freddi, Jazmín. V. Corredera, Martín. VI. Banco Interamericano de Desarrollo. División de Protección Social y Salud. VII. Serie.

IDB-TN-1273

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

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

<http://www.iadb.org>

Copyright © 2017 Banco Interamericano de Desarrollo. Esta obra se encuentra sujeta a una licencia Creative Commons IGO 3.0 Reconocimiento-NoComercial-SinObrasDerivadas (CC-IGO 3.0 BY-NC-ND) (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/igo/legalcode>) y puede ser reproducida para cualquier uso no-comercial otorgando el reconocimiento respectivo al BID. No se permiten obras derivadas.

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

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

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



SCL-SPH@iadb.org

www.iadb.org/ProteccionSocial

¿Cómo articular las APP dentro de un programa de inversiones en salud en América Latina y el Caribe?

Nota 5 de la serie de notas técnicas sobre asociaciones público-privadas en el sector de la salud en América Latina

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

Resumen

Las APP son una modalidad de ejecución complementaria con los esquemas tradicionales, por lo que deben ser consistentes con los sistemas de planificación y preparación de proyectos de inversión pública en salud. La condición mínima para utilizarlas exige la existencia de apoyo político y de un marco legal, capacidad de pago de largo plazo, un sector público competente para gestionar este tipo de proyectos, un sector privado con modelo de negocio consistente con las APP y proyectos robustos. Cumpliéndose estos requisitos mínimos, se debe evaluar si para el proyecto específico es más beneficioso recurrir a las APP o al modelo tradicional. Hay tres modalidades de APP en salud de acuerdo con su alcance: bata gris, bata blanca y especializada. La preparación de proyectos de APP de salud debe considerar cuatro ámbitos articulados entre sí: i) Diseño Técnico, donde se establece el alcance del contrato; ii) Diseño Financiero, que considera los mecanismos de estructuración financiera, pagos, multas o incentivos; iii) Gestión de la Transacción, que establece las condiciones de licitación de manera de favorecer la competencia, y iv) Gobernanza, que define cómo se gestionará el contrato en sus diversas fases. Finalmente, es importante identificar y relevar los riesgos que el Estado retiene en la ejecución de estos contratos, a modo de que pueda mitigarlos o gestionarlos de manera activa. Dentro de ellos destacan la identificación del terreno, la gestión de la demanda y oferta de servicios retenidos, la comunicación estratégica, así como las actividades relacionadas con la gestión del cambio.

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

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

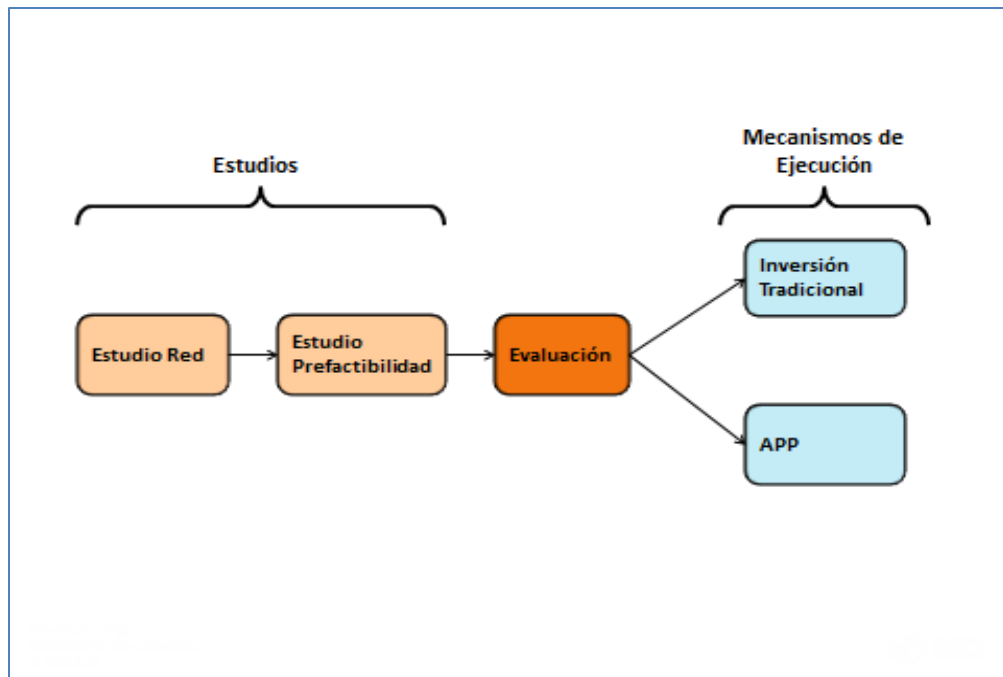
Índice

I.	Ciclo de Inversiones en Salud	3
1.	Estudio de Red	3
2.	Estudio de Prefactibilidad	4
3.	Evaluación	4
4.	Condiciones Mínimas	4
II.	Cómo Utilizar las APP	7
A.	Diseño Técnico	8
1.	APP de Bata Gris	8
2.	APP de Bata Blanca	10
3.	APP Especializadas	11
B.	Diseño Financiero	12
1.	Estructuración Financiera	12
2.	Mecanismos de Pago	13
3.	Incentivos y/o sanciones al desempeño	13
4.	Mecanismos de Ajuste en el Tiempo	14
5.	Plazo	14
C.	Gestión de Transacción	15
1.	Licitación	15
D.	Gobernanza	16
1.	Organización y Gestión del Proceso	16
III.	Cómo Gestionar los Riesgos Retenidos por el Estado	16
A.	Terreno	16
B.	Demanda y Oferta de Servicios	17
C.	Gestión del Personal Afectado por el Contrato APP	17
D.	Traslados y Habilitaciones Transitorias	18
E.	Adquisición, Instalación y Mantenimiento de Equipos no Incluidos en el Contrato	18
F.	Comunicación Estratégica	18
G.	Rendición Pública de Cuentas	19
H.	Gestión Integrada de Activos	19

I. Ciclo de Inversiones en Salud

Las APP son una forma de financiar y gestionar los establecimientos o sistemas públicos de salud, y su tratamiento inicial debe ser el mismo que recibe todo proyecto de inversión pública. El principal riesgo de tratar este tipo de proyecto de manera diferente a los tradicionales, es que por la premura de querer materializar las iniciativas, los estudios que lo justifican no tengan la profundidad requerida. Cabe destacar que por lo contrario, una de las particularidades de los proyectos APP es que durante la fase de preparación, se utilizan de forma activa los resultados de los estudios. Por lo tanto, resulta pertinente que éstos puedan mantenerse actualizados, ya que sus resultados se utilizan para el modelo de negocio.

En este contexto, los estudios de la red y de prefactibilidad deben responder a la misma lógica sanitaria, económica y productiva, ya se trate de un proyecto a ejecutar por APP o a través de la inversión tradicional. Sin embargo, para poder decidir qué mecanismo utilizar es recomendable efectuar una evaluación exhaustiva y sistemática.



A continuación se describen los principales criterios, recomendaciones y productos que se deben considerar en cada una de las etapas.

1. Estudio de Red¹

El estudio de la red permite identificar las prioridades de desarrollo productivo y de gestión necesarias para responder a los requerimientos sanitarios de la población. Los riesgos de no contar con estudios sólidos con este enfoque constituyen errores en la estimación de la demanda de servicios y recursos, que se pueden traducir en ineficiencia en el uso de los recursos (elefante blanco) o insuficiencia de su disponibilidad (enano blanco).

¹ Para mayor detalle, ver "Guía para la contratación de proyectos de inversión en hospitales". BID#IDB-TN-807, abril 2015.

Los estudios de red permiten generar planes maestros de inversión de largo plazo, que permiten identificar un *pipeline* priorizado de proyectos a ejecutar.

2. Estudio de Prefactibilidad

El estudio de prefactibilidad permite determinar:

- La cartera de servicios (tipología y volumen) que el hospital enfrentará en el horizonte del proyecto (15-30 años), por ejemplo, egresos, consultas, intervenciones quirúrgicas.
- El tamaño óptimo del establecimiento en términos de recintos, —por ejemplo, número de camas para hospitalización, quirófanos, entre otros— y superficie.
- Personal necesario para el funcionamiento.
- Equipamiento médico.
- Recursos de operación necesarios.
- Fuentes de financiamiento de la operación.

En resumen, permite aportar la información básica necesaria para pasar posteriormente a una fase de diseño —en caso de un modelo tradicional— o estructurar técnicamente una APP, en caso de seguir por esta segunda opción.

3. Evaluación

La decisión de utilizar APP debe considerar: i) la existencia de condiciones mínimas; ii) conocer las ventajas y desventajas del modelo en comparación con el esquema tradicional y iii) la evaluación propiamente dicha.

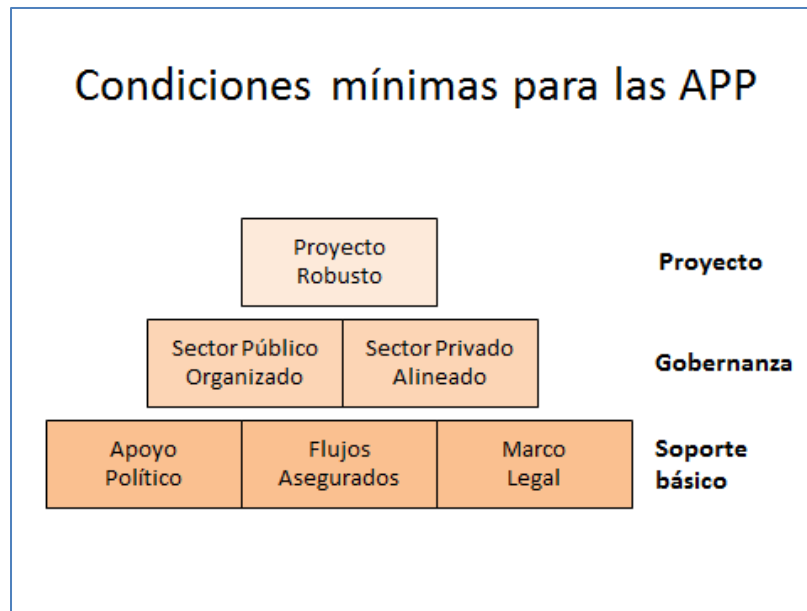
4. Condiciones Mínimas

Se debe tener presente que para considerar el uso de las APP² es necesario que se cumplan las siguientes condiciones mínimas.

- Contar con tres elementos básicos: i) apoyo político del máximo nivel que le permita superar las resistencias asociadas a todo programa de innovación; ii) disponibilidad de recursos de largo plazo, para lo cual es necesario que el Ministerio de Hacienda o Economía proteja la partida presupuestaria en el tiempo³ y iii) marco legal que regule el contrato y genere certidumbre jurídica del proceso en el largo plazo.
- Actores competentes con conocimiento, preparación y visión estratégica sobre las APP. Esto aplica tanto a las empresas que participan —deben tener un modelo de negocio de largo plazo— como al sector público, que debe contar con los equipos técnicos competentes en todo el ciclo de proyecto.
- El proyecto debe ser robusto, en términos de que cuente con demanda de servicios asegurada y con recursos —especialmente humanos— que permitan entregar los servicios para el cual fue diseñado y construido. La APP no mejorará un proyecto deficiente, solo hará más evidentes sus falencias.

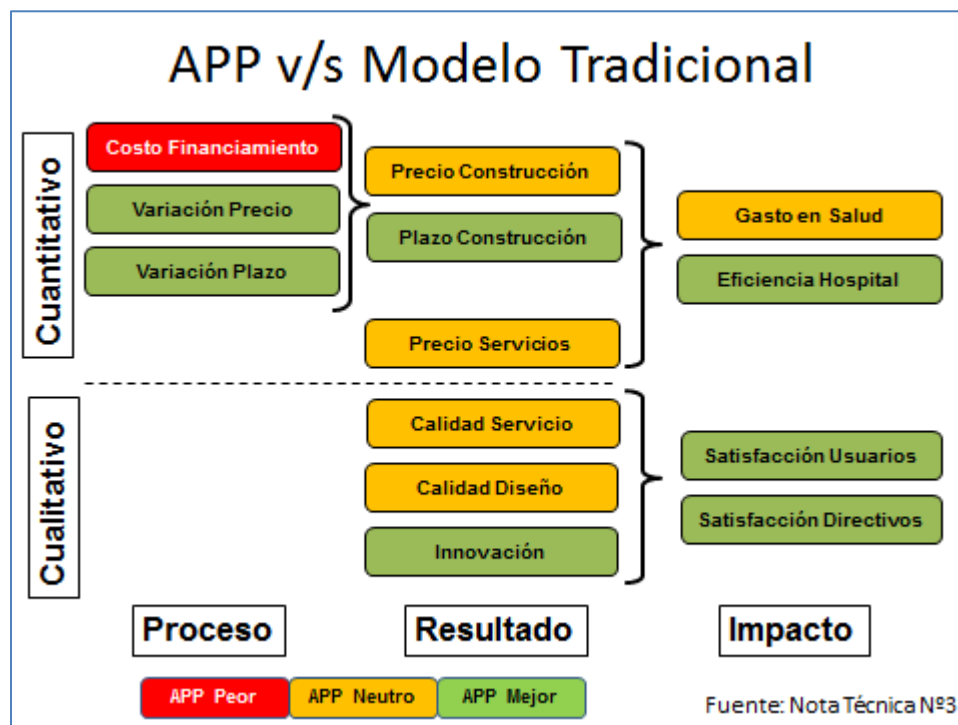
² Estos contenidos se encuentran desarrollados en detalle en la Nota Técnica N°2.

³ Las APP de salud son un pasivo cierto, ya que el contrato es pagado casi exclusivamente por el Estado, pues que los ingresos de terceras parte de la empresa concesionaria son en la gran mayoría de los proyectos menos que marginales.



a) Desempeño de las APP versus el Modelo Tradicional

Al considerar las APP como una opción para enfrentar un proyecto de inversión es conveniente tener presente el desempeño de cada modelo con respecto a las variables de proceso, resultado e impacto del proyecto. El siguiente esquema resume la revisión de la literatura (Nota 3) y algunas lecciones observadas en la región (Nota 4) y de éste destaca que las APP pueden ser más eficientes, entregar mayor satisfacción a usuarios y directivos que los proyectos ejecutados de manera de tradicional, en un nivel de gasto similar entre ambos esquemas.



Fuente: Resumen Nota 3

Este tipo de desempeño puede cambiar de acuerdo con la forma en que se estructure y gestione el proyecto en cada país. Asimismo, al evaluar la posibilidad de utilizar las APP como parte de un programa de inversiones, se deben evitar tanto los sesgos optimistas como pesimistas. En el primer grupo, se tiende a asignar mayor valor a las APP o a asumir que éstas generarán ingresos adicionales que ayudarán a apalancar el financiamiento público, sin tener presente que en las APP de salud el financiamiento es casi exclusivamente del Estado. En el segundo grupo se menciona como negativa la existencia de compromisos financieros de largo plazo, sin tener presente que todo proyecto de inversión se traduce en este tipo de compromisos financieros, independientemente del mecanismo de financiamiento. La principal diferencia entre ambos es que en las APP este compromiso es explícito, mientras en el modelo tradicional es implícito.

b) Análisis del Proyecto

La utilización de las APP debe basarse en un estudio caso a caso. Primero, los proyectos deben ser elegibles para recurrir a las APP y una vez que cumplen con esas condiciones, deben ser evaluados mediante una comparación entre ambos mecanismos.

En diversos países los criterios de elegibilidad cambian, sin embargo, tienden a repetirse dos criterios:

- Monto de la inversión: se promueve que sean proyectos por sobre un monto de capital desde los US\$20 a los 100 millones. El criterio subyacente es que los estudios y costos de preparación y licitación son más elevados que en los esquemas tradicionales y se comportan como una variable fija, ya que aún un proyecto de baja inversión presenta costos altos de preparación.
- Variabilidad de los contenidos del contrato: se evita incorporar proyectos con una rápida variabilidad de los precios o calidades de los servicios contratados, ya que esta situación generará tensión por un reequilibrio técnico financiero en cortos periodos de tiempo. Un ejemplo de ello son los proyectos de TI.

La evaluación del proyecto se basa en la metodología de “Valor por Dinero”⁴ que considera preparar dos modelos sobre el proyecto, uno que considera su ejecución a través de una APP y otro a través de los mecanismos tradicionales.

Las variables de comparación utilizadas con mayor frecuencia son:

- Variables cuantitativas
 - Capital de inversión.
 - Costos de operación.
 - Costo de financiamiento.
 - Riesgo de variación de precio de inversión.
 - Riesgo de variación de precio de operación.
 - Riesgo de variación de plazo.
 - Beneficio social de la disponibilidad del hospital.
- Variables cualitativas
 - Relevancia de la calidad de servicio.
 - Relevancia de la rendición de cuentas.
 - Relevancia de la estabilidad del gasto en el largo plazo.
 - Relevancia de asegurar la ejecución de los proyectos en el plazo esperado.

⁴ Se ahonda con mayor detalle en las Notas Técnicas 2 y 3.

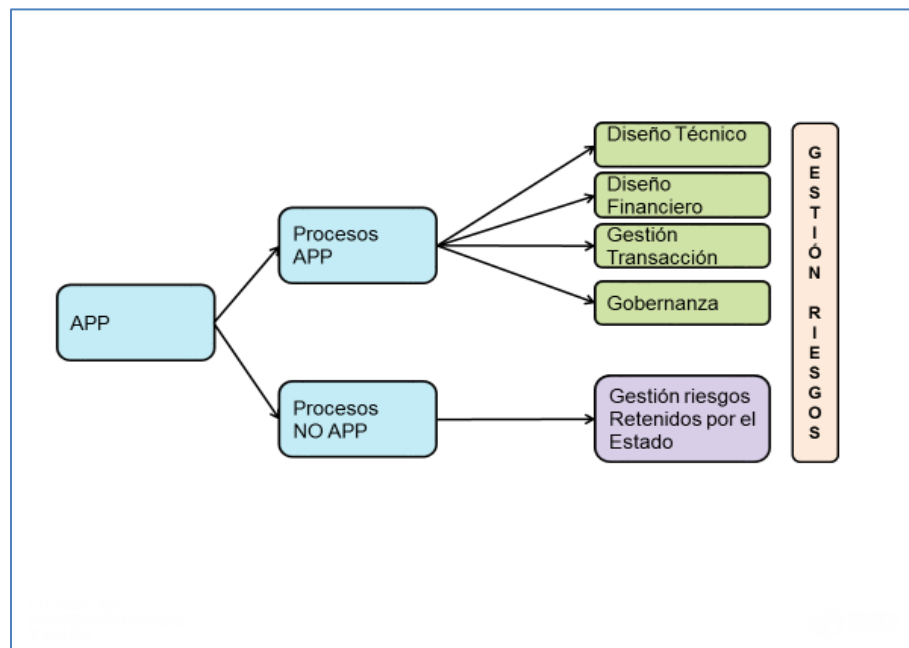
- Relevancia sobre la contribución de la innovación en materia de inversiones y operación.

Una de las críticas al método es que al combinar variables cuantitativas y cualitativas la ponderación de las variables puede llevar a que el mayor costo total de un proyecto por APP pueda quedar compensado con un mejor desempeño en las variables cualitativas. Para evitar esta situación es recomendable que en la evaluación cada una de las variables sea dimensionada por separado, identificando el peso de cada una y estableciendo rangos de sensibilización.

Un criterio utilizado en algunos países es que se recomiende la opción de APP solo si su costo total (en términos de valor presente neto) es igual o menor al proyecto ejecutado a través del sistema tradicional.

II. Cómo Utilizar las APP

Una vez que se ha decidido recurrir a las APP es necesario desarrollar un conjunto de contenidos técnicos, legales y administrativos necesarios para estructurar el contrato de APP —que en el esquema adjunto se vinculan a los “procesos de APP”—; sin embargo, dependiendo del tipo de proyecto el Estado retendrá riesgos, que de no ser bien gestionados pueden llevar al fracaso al proyecto (riesgos vinculados a “procesos no APP”).



Un elemento clave en este tipo de contrato es la necesidad de identificar y gestionar los riesgos que quedan distribuidos entre el Estado y el privado. Habitualmente, el tratamiento de estos riesgos es adecuado para los procesos de APP; sin embargo, en el caso de los no APP se tiende a una subestimación y con ello a un tratamiento insuficiente.

A. Diseño Técnico

Las APP de salud pueden ser categorizadas en tres grandes grupos⁵: i). Bata Gris; ii) Bata Blanca y iii). Especializada. Mientras los esquemas de bata blanca y gris se utilizan para los hospitales, las especializadas corresponden a servicios específicos.

1. APP de Bata Gris

En este modelo, el contrato de APP incluye habitualmente diseño, construcción, equipamiento médico, mantenimiento y servicios no asistenciales. Es recomendable utilizarlo en las siguientes condiciones:

- a) La infraestructura está deteriorada y es necesario reponerla.
- b) El país o Estado está iniciando un programa de APP y aún no ha ganado experiencia para gestionar proyectos más complejos.
- c) La banca financiera cuenta con modelos de financiamiento consistentes con el esquema.
- d) El contrato de APP viene a reemplazar subcontratos existentes en el hospital.
- e) Se cuenta con una adecuada especificación de las responsabilidades de la empresa en relación al diseño, construcción, equipamiento y servicios.

A continuación se describen algunos factores asociados al alcance del contrato.

a) Diseño y Construcción

- 1) Terreno: la entidad contratante debe disponer del terreno donde se localizará el proyecto, el que debe cumplir con las exigencias técnicas, legales y urbanísticas compatibles con el proyecto solicitado.
- 2) Diseño
 - a) Arquitectura
 - i) Cómo mínimo, el mandante debe disponer del programa médico arquitectónico, programa médico funcional y pautas con criterios arquitectónicos. En el contrato éstas serán las condiciones esenciales a cumplir por parte de la empresa.
 - ii) Existen al menos dos opciones: una donde el mandante entrega un anteproyecto arquitectónico referencial y otra donde la empresa elabora el anteproyecto en la fase de licitación. En ambos casos, la responsabilidad de desarrollar el diseño definitivo o proyecto ejecutivo se debe transferir a la empresa que da cuenta al menos de las exigencias mínimas solicitadas.
 - iii) Se debe evitar entregar un proyecto de ejecución que no admita modificación alguna, ya que de dicha forma el Estado retiene los riesgos de diseño.
 - b) Especialidades de la Ingeniería
 - i) Verificar la normativa existente en el país que sirva de base para las exigencias a cumplir. Por ejemplo, en el ámbito sísmico la gran mayoría de los países de la región cuentan con normas propias.

⁵ Nota Técnica N° 1.

- ii) De no contar con tal marco, se deben elaborar pautas de diseño que incluyan las exigencias y especificaciones técnicas mínimas que permitan asegurar la calidad de la construcción.
 - c) Las pautas de arquitectura e ingeniería deben contener las exigencias mínimas y obligatorias a exigir en el diseño; asimismo, se deben incluir aquellas que puedan tener una aplicación opcional.
- 3) Equipamiento médico
 - a) La adquisición de equipamiento médico por parte de la empresa es una alternativa. Sin embargo, si se desea asegurar el plazo de construcción y puesta en marcha es conveniente que la adquisición de los equipos médicos sea responsabilidad de la empresa, pues coordina mejor el avance de las obras y la adquisición de los equipos.
 - b) Si la concesionaria es responsable de la adquisición de los equipos, se sugiere:
 - i) Establecer un plan de adquisiciones que combine necesidad de instalación en obra y obsolescencia tecnológica, de manera de adquirir inicialmente los equipos de mayor tamaño, con altas exigencias de instalaciones y baja obsolescencia tecnológica (por ejemplo, esterilizadores) y dejar para el final de la adquisición los equipos móviles o con baja exigencia de instalación fija y alta obsolescencia tecnológica (por ejemplo, un equipo de Rx. Móvil).
 - ii) Entregar la responsabilidad de adquirir y reponer el equipamiento durante la vigencia del contrato de APP. Para ello, es recomendable diferenciar los flujos de inversión de equipamiento médico entre inversión de reposición del stock existente y el destinado a innovación tecnológica.
 - iii) La inversión de reposición se debe modelar de acuerdo con la vida útil del equipo desde la adjudicación de la concesión hasta la finalización del contrato.
 - iv) La inversión de innovación no se puede anticipar dada la dinámica de la industria. Una forma de programarla es destinar un porcentaje de la inversión a la adquisición de equipamiento de nueva tecnología.
 - c) Si la adquisición del equipamiento médico es responsabilidad de la administración, es recomendable:
 - i) Establecer el programa de adquisiciones de acuerdo con lo antes descrito.
 - ii) Gestionar activamente el programa de manera de no generar retrasos en el proceso de construcción.
 - iii) Incluir en los contratos de compra la responsabilidad de que el oferente incluya en su precio la instalación y puesta en marcha de los equipos, siendo éste responsable de coordinarse con el concesionario.
 - iv) Programar el almacenamiento de los equipos en áreas protegidas del establecimiento antes de su instalación.
- 4) Servicios no asistenciales
 - a) Incorporar siempre los servicios relacionados con el mantenimiento y operación del edificio, vinculando la transferencia del riesgo de diseño con la del mantenimiento de los equipos y sistemas instalados por el concesionario. Asimismo, es altamente recomendable incluir dentro de los servicios la provisión de energía, donde el concesionario sea responsable del riesgo de volumen consumido, mientras que la administración retiene el riesgo del precio de la energía.

- b) Incorporar otros servicios en la medida que la APP agregue valor con respecto al modelo tradicional, situación que puede variar entre países y regiones. Se debe evaluar si es pertinente que el servicio sea provisto para el establecimiento o una red de ellos (por ejemplo, limpieza o alimentación)
- c) Evaluar en profundidad servicios que sean parte de la cadena de valor del acto asistencial, debido a la gran interconexión de su personal con los profesionales sanitarios (enfermería y personal facultativo). Se deben considerar los riesgos asociados a la participación en un ámbito que constituya frontera con la intervención clínica.
- d) En los pliegos debe primar el desempeño en la provisión del servicio sobre la exigencia de los recursos empleados para su realización.
- e) El cumplimiento de las normativas legales vigentes es obligatorio, así como el de las exigencias de seguridad laboral.
- f) Los estándares de servicio deben traducirse en indicadores de calidad y disponibilidad según los siguientes criterios:
 - i) Número limitado y manejable de indicadores altamente significativos y fácilmente medibles, no sujetos a apreciaciones subjetivas, con estándares explícitos y realistas que se evalúen prácticamente de modo automático o con un mínimo de recursos (Oyedele, 2013).
 - ii) Ligar el cumplimiento de los niveles de servicio con un resultado económico percibido por el proveedor. Se contemplará tanto la deducción económica por no alcanzar los niveles de calidad y disponibilidad establecidos, como la incentivación monetaria en el caso de cumplimiento por encima de los objetivos.
 - iii) Determinar los mecanismos y estructuras organizativas necesarias para la integración idónea entre el sector público y el proveedor externo de los servicios. En el Reino Unido se recomienda que cuando conviven el sector público y privado “bajo el mismo techo”, ambos desarrollen conjuntamente normas, procedimientos y sistemas de planificación periódica de la actividad (*National Audit Office*, 2010).
 - iv) Se debe velar por la inclusión de criterios que permitan la innovación y mejora de los niveles de calidad dentro de un marco económico equilibrado. Además, evitar incluir aquellos servicios que presenten cambios importantes de precio o alcance y que puedan tensionar el contrato.

2. APP de Bata Blanca

La APP de bata blanca considera la contratación de servicios sanitarios. Éstos pueden estar basados en un hospital o entregarse a una red de establecimientos.

Estas APP se recomiendan como la elección más efectiva para cubrir brechas sanitarias en periodos cortos de tiempo, ya que la empresa es responsable de la inversión y operación de los establecimientos de salud, contando con más flexibilidad para la contratación de los recursos que si se efectuara a través de los modelos tradicionales.

Dado que en este modelo el foco es la atención sanitaria y la organización y gestión de los recursos productivos recae en la empresa, el tratamiento de estas variables se hace a un nivel más genérico. En el caso de nuevas construcciones, el concesionario debe gozar de flexibilidad en el diseño arquitectónico, lo que facilita su adaptación rápida a los requerimientos reales. Se recomienda utilizar el mismo criterio en ámbitos de equipamiento médico y servicios.

Algunos de los factores clave a considerar en esta modalidad son:

1) Alcance sanitario

En la región hay dos modelos operativos: uno donde la APP cubre de manera integral un área asistencial con población asignada (EsSalud, Lima, Perú) y otro donde el hospital produce servicios sin una población asignada (*Hospital do Suburbio*, Bahía, Brasil). La opción por uno u otro mecanismo dependerá de las prioridades sanitarias del Estado.

Desde una perspectiva de red, en el primer modelo la empresa es responsable de la integración de todos los niveles asistenciales, mientras que en el segundo esa responsabilidad queda radicada en el Estado.

2) Modelo de financiamiento

Cada modelo cuenta con su propio modelo de financiamiento. El modelo con población asignada se asocia al financiamiento per cápita y el sin población asignada recurre al pago por prestación. En el modelo per cápita, la empresa tiene los incentivos para desarrollar estrategias que permitan anticipar el daño y evitar el sobreconsumo de prestaciones. Asimismo, en este esquema se debe evitar la selección adversa, ya sea en términos de seleccionar solo población de bajo riesgo o seleccionar población de alto riesgo.

3) Aseguramiento de la calidad

Además de la producción de servicios, es necesario asociar a ellos la evaluación, seguimiento y mejora de los indicadores de calidad de servicio, lo que se debe traducir en indicadores de resultados sanitarios (por ejemplo, tasa de infecciones, o porcentaje de diabéticos controlados), operacionales (por ejemplo, tiempos de espera para procedimientos programables) y de satisfacción usuaria (percepción usuaria).

4) Mecanismos de reequilibrio

La atención sanitaria presenta cambios permanentes en términos de costos y composición de los servicios. Por ello, se debe contar con mecanismos que permitan definir la cartera de servicios y los precios asociados que posibilite su ajuste en el plazo de vigencia del contrato. Por lo tanto, se requiere como mínimo un sistema de información que permita la medición de la producción, gasto, calidad asistencial y resultados de salud.

3. APP Especializadas

Las APP especializadas consisten en la utilización de esquemas de APP para proveer servicios a un conjunto de establecimientos. Dentro de los servicios a considerar se encuentran:

1. Logística de medicamentos e insumos clínicos.
2. Diagnóstico de imagenología.
3. Laboratorio clínico de rutina o electivo.
4. Anatomía Patológica.
5. Banco de Sangre.
6. Transporte de Pacientes.
7. Lavandería-Ropería.
8. Alimentación.

9. Mantenimiento.

10. Residuos hospitalarios.

Para este grupo de servicios, el uso de esquemas para atender a una red de establecimientos ha demostrado una mayor eficiencia en el uso de los recursos y una mejora en los niveles de calidad y gestión.

Son financieramente atractivos, ya que su aplicación permite generar importantes ganancias de eficiencia (por ejemplo, reducción de inventarios de medicamentos), con una mejora sustantiva en la calidad de los servicios.

Un elemento clave es que el Estado debe garantizar que la gestión centralizada del servicio no significará un desmedro para los establecimientos de la red.

B. Diseño Financiero

Las APP corresponden a contratos de largo plazo, por lo que su estructuración financiera y mecanismos de pago deben relacionarse lo más directamente posible con el alcance técnico contratado y otras responsabilidades asignadas a la empresa. Esto se debe traducir en:

- Modelo de estructuración financiera que discrimine entre modelo de negocio de inversión y operación, de manera de establecer el mecanismo de financiamiento más eficiente.
- Mecanismos de pago adecuados para costos de capital y de operación.
- Incentivos y/o sanciones al desempeño.
- Mecanismos de ajuste en el tiempo.
- Plazos contractuales consistentes con el ciclo de vida los activos.

1. Estructuración Financiera

Los contratos de APP consideran básicamente dos tipos de servicio: uno relacionado con la inversión donde la empresa debe solicitar préstamos que son repagados en un horizonte a definir, y otro de operación donde el modelo de financiamiento debe permitir cubrir al menos estos costos. Ello se traduce en dos tipos de financiamiento, uno de capital (CAPEX) y otro de operación (OPEX).

Los costos de capital consideran las inversiones asociadas al diseño, construcción, adquisición de equipamiento médico, y reinversión en infraestructura y equipamiento. Desde una perspectiva temporal, la inversión se realiza en los primeros años del contrato, y las reinversiones se distribuyen durante la fase de operación del mismo. De manera adicional, pueden surgir requerimientos de nuevas inversiones.

Los costos de operación están dados por los servicios que es necesario entregar cuando el proyecto se encuentra en funcionamiento. Se asocian al alcance solicitado y pueden sufrir variaciones de acuerdo con cambios en la demanda. Asimismo, durante la vigencia del contrato se pueden incorporar o eliminar servicios.

El modelo financiero base se construye a partir de los flujos estimados de CAPEX y OPEX y se sensibilizan con los costos de administración, financiamiento, utilidad de la empresa e impuestos.

2. Mecanismos de Pago

CAPEX y OPEX son las dos variables centrales para determinar los mecanismos de pago. En la región se observan dos esquemas, uno que integra CAPEX y OPEX en una sola cuota (por ejemplo, en México y Brasil) y otro donde estos se pagan por separado (en Perú y Chile). En el primer modelo, la cuota de CAPEX se paga de manera pareja durante toda la vigencia del contrato (por ejemplo, 20 años). En el segundo caso, el CAPEX se paga durante los primeros años del contrato (por ejemplo, en los primeros 8 años de un contrato de 15).

CAPEX y OPEX corresponden a dos modelos de negocio diferentes, sin embargo, ciertas decisiones en la fase de inversión pueden afectar a la de operación. Por ejemplo, se puede invertir en materiales de bajo mantenimiento o equipos de alta eficiencia energética, lo que se puede traducir en que un mayor costo de capital se asocie a un menor costo de operación. El resultado combinado se obtiene en el cálculo del costo de ciclo de vida del proyecto que integra ambos, en un monto estimado a valor presente.

En un escenario de costos financieros bajos, estabilidad financiera de largo plazo, mercado financiero alineado con la estructura de financiamiento y modelo de negocio del contrato, ausencia de necesidad de refinanciamiento del proyecto, sería recomendable integrar CAPEX y OPEX. En caso contrario, es recomendable diferenciarlos, ya que se permite efectuar un tratamiento de riesgos diferenciado de los dos modelos de negocios, dando mayor flexibilidad a la gestión del CAPEX⁶. Los criterios a considerar para seleccionar la modalidad de financiamiento son:

- Costo de financiamiento.
- Estabilidad tasas de interés.
- Visión del mercado sobre los riesgos del negocio.
- Flexibilidad de refinanciamiento.
- Usos y costumbres nacionales.

Los modelos de CAPEX y OPEX integrados o separados, reflejan mecanismos de pago diferentes. Mientras en el modelo integrado se establece un canon máximo a pagar a partir del cual establecen deducciones, — asociadas a volumen o calidad —, en el modelo separado el canon tiene un componente fijo y otro variable. Adicionalmente, en este último esquema algunos aplican directamente deducciones de acuerdo con el desempeño del contrato y otros lo consideran un esquema de incentivos. Estas situaciones se describen en la siguiente tabla.

Tabla 1. Esquemas de Pago APP de Salud – América Latina

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Pago efectivo = Pago fijo + pago variable de operación+ incentivos.• Pago efectivo = Pago fijo + pago variable de operación – deducciones.• Pago efectivo = Pago máximo – deducciones. |
|--|

3. Incentivos y/o sanciones al desempeño

Todos los contratos poseen mecanismos para incentivar a que el concesionario cumpla con los resultados esperados, que se pueden asociar a:

- Volumen de producción

⁶ En Chile, el modelo de pago integraba inicialmente CAPEX y OPEX; sin embargo, la banca indicó que ello podía generar costos financieros muy elevados al “contaminar” el riesgo de pago del CAPEX con comportamiento de la fase de operación.

- Cumplimiento de estándares de servicio (por ejemplo, tiempo de respuesta)
- Cumplimiento de estándares sanitarios (por ejemplo, tasa infecciones asociadas a la atención de salud)
- Obtención de certificación externa de los procesos de aseguramiento de calidad (por ejemplo, acreditación por institución externa).

Se recomienda establecer un periodo de marcha blanca los primeros 3 a 6 meses del contrato, donde no se apliquen estos mecanismos al 100%, de manera de permitir el ajuste de los sistemas y formas de trabajo, tanto de la empresa como del hospital.

4. Mecanismos de Ajuste en el Tiempo

Los contratos de APP requieren mantener el equilibrio financiero durante toda su vigencia, para lo que es necesario anticipar e incluir en el contrato las variables de mercado que puedan generar desajustes. La selección de las mismas debe contemplar las condiciones del país y del proyecto, y deben establecerse ex ante dentro del contrato.

Algunas variables requieren ajustes anuales que pueden incluir:

- Variación del costo de vida.
- Variación del costo de mano de obra de acuerdo con su impacto en los costos de producción.
- Variación del precio de los alimentos.
- Variación del tipo de cambio.

De manera adicional, en los proyectos de bata gris los servicios tienden a ser más estables; sin embargo, es recomendable revisarlos cada 3 a 5 años para efectuar los ajustes necesarios. En estos casos es siempre útil tener información sobre mercado de los servicios, de modo de poder anticipar cómo ha sido la evolución.

En los proyectos de bata blanca puede haber ajustes en la cartera de servicios (tipo de prestación y volumen de los mismos) así como en los precios de producción. Se sugiere alinear el mecanismo de recalcular con criterios generales de financiamiento y gestión de los hospitales públicos (por ejemplo, si se paga por un per cápita, ajustarlo de acuerdo con su comportamiento general dentro de la red pública).

5. Plazo

Los contratos APP se caracterizan por ser de largo plazo, y se estructuran de manera que los servicios contratados mantengan un alto grado de estabilidad durante la vigencia del contrato, ya que las renegociaciones o convenios complementarios no siempre se dan en un ambiente de competencia de mercado.

Los contratos de bata blanca están determinados por los servicios clínicos contratados. Éstos presentan una alta variabilidad en el tiempo, que está determinada por la innovación tecnológica, los cambios epidemiológicos y por el hecho de que la atención es cada vez más compleja. Por ello, es conveniente que estos contratos tengan plazos de 10 a 15 años y/o cuenten con los mecanismos que permitan su ajuste en condiciones de mercado.

En los contratos de bata gris, el factor determinante es el ciclo de vida de la infraestructura. Sin perjuicio de que la vida útil de las estructuras puede ser entre 30 y 50 años, las instalaciones (gases, electricidad, etc.), terminaciones (acabados) y funcionalidad de los hospitales es menor y no supera los 25 años. En virtud de lo anterior, es recomendable que los plazos contractuales

no superen estos parámetros, ya que pueden enfrentar importantes requerimientos de reinversión.

C. Gestión de Transacción

1. Licitación

El contrato de APP tiene carácter “monopólico”⁷, por lo que su regulación proviene de los estándares de calidad y los precios pagados. Los estándares son parte del contrato y su tratamiento ya se describió anteriormente. El precio se determina en la licitación, por lo que para obtener el mejor precio es necesario asegurar un alto grado de competencia y se recomienda:

- Establecer un *pipeline* de proyectos que incremente la atracción del mercado hacia empresas que estén dispuestas a invertir para asegurar su participación.
- Informar al mercado nacional e internacional, de manera que puedan comprender el modelo de negocio propuesto e incorporar los proyectos como parte de cartera potencial.
- Promover activamente la participación de empresas internacionales, evitando la existencia del mecanismo de discriminación.
- Evitar mecanismos de licitación que reduzcan innecesariamente la competencia.
- Reducir las barreras de entrada no relevantes (por ejemplo, apalancar el costo de preparación de las ofertas para los proyectos de bata gris).
- Contar con organismos financieros que puedan dar soporte al consorcio ganador.

En la región se identifican dos esquemas de licitación, en una y dos fases. En el primero, las empresas o consorcios entregan un sobre cerrado con las ofertas técnicas y económicas de manera simultánea. Habitualmente, se efectúa en primer lugar la evaluación técnica y a los que la pasan, se les abre la oferta económica. El segundo esquema considera primero una fase de precalificación, seguida de la licitación propiamente dicha. En la fase de precalificación, se puede seleccionar las empresas que cumplen formalmente con los requisitos de experiencia, legales y financieros y adicionalmente solicitarles propuestas técnicas que den cuenta de su entendimiento del proyecto, cuyo resultado puede ser puntuado y servir de base para el proceso de licitación. Las empresas que sean precalificadas con un determinado puntaje, pueden participar en la presentación de ofertas.

El primer esquema es adecuado cuando las exigencias técnicas están claras y no sujetas a interpretación, mientras que el segundo es especialmente útil cuando hay incertidumbre o riesgo de interpretación de las exigencias técnicas.

Los modelos de bata blanca han seguido mayormente el primer esquema, mientras que los de bata gris el segundo (salvo México).

En ambos casos, es pertinente establecer una adecuada mezcla entre factores de calidad y precio en la evaluación de las ofertas. Lo recomendable es contar con estándares mínimos de calidad a cumplir por parte de los licitantes, a partir del cual la competencia se da por precio — que debe ser el factor preponderante— ya que es la única variable con carácter estratégico, dado que las propuestas técnicas pueden sufrir cambios relevantes durante la fase de diseño y construcción.

⁷ La estabilidad del contrato requiere un importante grado de rigidez, que no puede ser modificado de manera unilateral y que asigna una cuota de mercado a un concesionario sin que exista competencia posterior.

Un esquema alternativo que no ha sido utilizado en las APP regionales es el del “diálogo competitivo”⁸ que permita resolver las dudas de las partes y enriquecer el desarrollo de las propuestas. Tiene lugar en un esquema donde ya se ha preseleccionado a los oferentes, existe un presupuesto máximo, se han resuelto los problemas básicos y de calidad, y se busca seleccionar a la empresa que pueda agregar más valor al contrato.

D. Gobernanza

1. Organización y Gestión del Proceso

Dentro de las condiciones mínimas se describió la necesidad de contar con equipos competentes tanto en el sector público como privado. Sin embargo, no basta con ello, sino que es necesario tener un esquema de organización y gobernanza que considere todo el ciclo de vida del proyecto y no solo su licitación.

- Contar con equipo multidisciplinario que considere especialistas (propios o consultores) en áreas sanitarias, arquitectura e ingeniería hospitalarias, finanzas, legales, comunicaciones y *project management*.
- Debe haber una continuidad (información y equipos técnicos) desde la fase de preparación hasta la operación de los proyectos.
- Deben establecerse mecanismos formales de coordinación dentro del gobierno o administración.
- Debe existir una cabeza única de interacción con la empresa, que permita delegar responsabilidades dentro de la estructura jerárquica.
- En la fase de operación debe haber una organización tanto de hospital como del concesionario, que asegure la operación continua de los de los servicios (24/7).
- En APP de bata gris, el hospital debe contar con mecanismo de trabajo expeditos con el concesionario.
- Se debe velar porque el equipo del hospital tenga responsabilidad en la gestión del contrato, de manera de evitar que se diluyan las responsabilidades.
- Sin perjuicio de que el objetivo es el cumplimiento del contrato, es altamente recomendable construir una cultura de *partnership* entre la administración y la concesionaria, que se base en la objetivación de derechos y deberes de ambas partes.

III. Cómo Gestionar los Riesgos Retenidos por el Estado

El sesgo habitual de los contratos de APP es centrarse en un análisis exhaustivo de los riesgos del contrato propiamente dicho. No obstante, dependiendo de la estructura del contrato, el Estado retendrá diversos riesgos que pueden determinar el desempeño global del proyecto. Por ello, es indispensable que los gestores del proyecto identifiquen oportunamente todos los riesgos retenidos y establezcan las estrategias de intervención necesarias para mitigarlos. A continuación se describen aquellos que se repiten de manera más frecuente.

A. Terreno

Uno de los riesgos más comunes es la disponibilidad del terreno donde se emplazará el proyecto. Los terrenos deben cumplir con un conjunto de características que pueden determinar la viabilidad y precio del proyecto final.

⁸ Incorporado dentro de los procesos de adquisición de proyectos complejo en la Unión Europea - Directiva 2004/18/EC.

- Propiedad.
- Regulaciones urbanísticas – altura máxima, uso del suelo, etc.
- Disponibilidad de servicios.
- Disponibilidad de vías de comunicación y transporte.

En algunos casos se trata de variables que corresponden a *deal breakers*, como son las regulaciones urbanísticas y que pueden llevar a mayores costos en caso de no haber sido anticipados.

B. Demanda y Oferta de Servicios

En la medida que el Estado retiene el riesgo de oferta y demanda asistencial como en los proyectos de bata gris, la responsabilidad de la administración es que el proyecto cuente con la demanda estimada y a su vez se disponga del personal necesario para entregar los servicios asistenciales. En el caso de las APP, esta situación es especialmente relevante, ya que: i) este tipo de contrato asegura los plazos de ejecución de la inversión, por lo que tensionará el presupuesto de operación de manera anticipada y ii) el Estado estará pagando a la empresa por la disponibilidad de un servicio, que en caso de no ser utilizado genera mayor rechazo social y político que un hospital tradicional subutilizado.

En los casos de proyectos nuevos (por ejemplo, un nuevo hospital) estas variables son críticas, ya que las redes no regulan de manera automática. Por ello, se debe verificar si el proyecto se hará cargo de la demanda existente o asume una nueva. Asimismo, con respecto a la oferta se debe tener presente si el personal será nuevo o provendrá como resultado de su redistribución desde establecimientos existentes.

En caso de que se estime que tanto oferta como demanda corresponden a una expansión de lo existente, se debe determinar si el proyecto puede ser ejecutado en etapas que permitan ponerlo en funcionamiento de manera secuencial.

En ambos casos, estas estrategias de redistribución o expansión deben ser gestionadas de manera anticipada (de 1 a 5 años antes de poner en marcha el proyecto), ya que los usuarios deben identificar la nueva oferta; y en caso de ser necesaria la formación de personal, puede llegar a demandar 3 a 4 años en su formación.

- Actualizar anualmente las estimaciones de oferta y demanda utilizadas para el diseño del proyecto.
- Identificar las acciones necesarias para movilizar la demanda (por ejemplo, información, capacitación, sistemas de información, instrucciones administrativas, etc.).
- Identificar la brecha de oferta y establecer las estrategias para su cierre, como pueden ser la relocalización de personal, formación, contratación de servicios, etc.
- Anticipar el efecto del proyecto en la red, ya sea en el primer nivel o en los otros hospitales donde se localiza el establecimiento.
- En caso de alta incertidumbre de la demanda, se debe ajustar el modelo de pago a este fenómeno, pudiendo establecerse un mayor plazo para la puesta en marcha.

C. Gestión del Personal Afectado por el Contrato APP

Para proyectos que incluyen establecimientos operativos, donde el contrato de APP sustituirá servicios provistos por la administración —por ejemplo, aseo—, es necesario contar con estrategias que permitan que el personal afectado cuente con opciones de movilización, como pueden ser:

- Incentivo al retiro para el personal que cumpla con los requisitos legales.
- Capacitación para nuevas funciones, por ejemplo, en el área asistencial.
- Movilización a una nueva unidad.

Es importante que en términos reales el proyecto no genere inestabilidad en los funcionarios que trabajan en el hospital a concesionar.

Asimismo, la reposición de un hospital a través de un mecanismo de bata gris produce una nueva forma de funcionamiento, que debe ser anticipada por la administración y se deben destinar recursos para acompañar el cambio cultural que ello representa.

D. Traslados y Habilitaciones Transitorias

En el caso de un proyecto que afecta un establecimiento operativo es necesario movilizar a pacientes o personal a otras instalaciones mientras dura el proyecto de inversión. Este tipo de responsabilidad puede o no ser transferida a la empresa, ello dependerá del contrato licitado.

Cuando el Estado retiene este riesgo, una falla en su gestión puede traducirse en una entrega tardía del terreno, lo que puede llevar a reclamaciones por parte de la concesionaria.

Su dimensionamiento es importante desde la fase de estudio, ya que muchas veces el volumen de recursos que ello implica puede modificar la solución propuesta (por ejemplo, en vez de tratar de insertarlo en el terreno existente, es mejor considerar su relocalización).

E. Adquisición, Instalación y Mantenimiento de Equipos no Incluidos en el Contrato

A diferencia de los contratos tradicionales, en las APP el plazo de la construcción está sometido a una fuerte tensión, ya que de ello depende el inicio de los pagos. Por ende, si la adquisición del equipamiento es responsabilidad del Estado, existirá una tensión adicional a los procesos de compra, ya que en términos óptimos los equipos deben llegar al edificio en el momento preciso— ni antes ni después. Como ello es casi imposible, es necesario contar con sistemas de almacenamiento y traslado que no alteren el buen desempeño de la construcción.

En caso de que el contrato incluya la responsabilidad parcial del concesionario en esta materia, (por ejemplo, su adquisición y mantenimiento por un periodo inferior al del contrato de la concesión), se debe anticipar esta situación para contar con el personal y presupuesto necesarios para asumirla.

F. Comunicación Estratégica

Las APP en salud tienen un impacto importante en las comunidades locales o en la opinión pública nacional. El impacto del proyecto puede generar cierta resistencia por parte de grupos de interés locales, que puede impactar en retrasos en la implementación del proyecto, incrementar el costo de ejecución y disminuir la viabilidad del proyecto. Este riesgo debería estar en la lista de prioridades de las entidades financieras, aunque frecuentemente no está contemplado. Por otro lado, la entidad convocante puede no darle la importancia adecuada, y puede no tener la experiencia suficiente sobre las potenciales implicaciones para inversores privados.

Debe haber una línea activa de comunicación que permita comunicar a todos los grupos de interés el alcance del contrato de manera veraz y objetiva. Para ello, debe contar con el apoyo técnico necesario para desarrollar esta línea de trabajo.

Asimismo, dado que las APP son contratos del Estado, le corresponde llevar o dirigir la línea de comunicaciones o relaciones públicas asociadas al contrato.

Para ello es recomendable contar con agendas de trabajo conjuntas entre ambos actores. Las APP son en general contratos de alta visibilidad pública, por lo que es indispensable establecer estrategias de relaciones públicas comunes para el Estado y la concesionaria, donde el primero es el responsable de marcar la línea comunicacional.

Esta exigencia puede quedar establecida a nivel contractual o como parte de un protocolo de trabajo, que puede llegar a formar parte del contrato una vez puesto en marcha el hospital.

G. Rendición Pública de Cuentas

Por tratarse de una nueva forma de contratación, es altamente recomendable que toda la información sobre el contrato sea de público conocimiento —tanto en sus aspectos técnicos como financieros—, tal como lo hacen la mayoría de los países de la región a través de sus sitios web.

Asimismo, se sugiere informar a la comunidad el nivel de desempeño del contrato, pudiendo compararlo con otros establecimientos que no se administran a través de un contrato de APP.

H. Gestión Integrada de Activos

Es altamente recomendable desarrollar una institucionalidad que permita gestionar de manera conjunta proyectos APP y tradicionales, de manera de generar aprendizajes cruzados y así aplicar las mejores prácticas disponibles.

- Evaluar de manera sistemática las variables, alcance, precio y plazos de proyectos APP y no APP.
- Identificar prácticas de las APP que puedan ser aplicadas a proyectos tradicionales, tales como:
 - Integración de diseño y construcción en un contrato.
 - Establecimiento de pautas de servicio comunes para proyectos APP y no APP.
 - Armonizar criterios de diseño.