

**V** CONGRESO  
gestión clínica



## Colaboraciones Público Privadas en el sector de la salud

# ¿Gato negro o gato blanco? Lo que importa..

Dra. Paloma Alonso Cuesta

Madrid, febrero de 2014

# Contenidos

- 1. Objetivos**
- 2. Desarrollo metodológico**
- 3. Definición de CPP**
- 4. Modelos**
- 5. Factores del entorno**
- 6. Requerimientos generales**
- 7. Lecciones aprendidas**
- 8. Resultados contrastados**

# Objetivos

**Principal:** Revisión de las experiencias y modelos de CPP en salud en el ámbito internacional para extraer las lecciones aprendidas y evaluar resultados.

## **Secundarios:**

- Revisar el concepto y modelos aplicados en los servicios sanitarios
- Determinar las razones y los requerimientos específicos del modelo.
- Identificar experiencias y analizar sus resultados
- Extraer las lecciones aprendidas y las buenas prácticas generadas.
- Establecer las bases para un observatorio

# Desarrollo metodológico

## Fuentes de datos

- Revisiones bibliográficas
- Estudios científicos sobre CPP.
- Estudios publicados por organismos internacionales.
- Estudios publicados por países que tienen un observatorio.



- Páginas Web.



## Métodos

- Determinación del contexto y bases.
- Establecimiento de las etapas y requerimientos para el desarrollo de CPP.
- Análisis descriptivo.
- Matriz de síntesis para extracción de resultados.
- Recomendaciones para la implantación y el desarrollo de las CPP.

# Concepto asociación público-privada (CPP) Libro Verde UE

**Formas de cooperación entre autoridades públicas y empresariales cuyo fin es garantizar la financiación, construcción, renovación, gestión y mantenimiento de una infraestructura o la prestación de un servicio concreto.**

Largo plazo: Entre 10 y 40 años

Transferencia de riesgos

Mayor valor por precio

**Características**

Carácter público

Financiación:  
inicial privada y luego pública

En las CPP el sector público puede beneficiarse de la capacidad gerencial y la elevada especialización del socio privado (CEPAL, 2011).

# Modelo CPP Vs Modelo tradicional

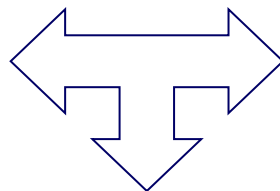
	<b>TRADICIONAL</b>	<b>APP</b>
Función	Táctica o coyuntural	Estratégica
Mayor relevancia	Construcción	Operación
Duración	Corto plazo. Ligada a obra	Largo Plazo
Alcance	Infraestructura	Infraestructura e Integración de Servicios
Indicadores de servicio	No, mínimo impacto	Si, calidad-disponibilidad. Penalizan
Riesgos	Medio-Bajo para constructora	Altos, transferencia
Innovación	Media, Baja	Elevada
Financiación	Pública presupuestaria	Privada y canon público
Pago	Periódico por certificación	Inicio Actividad / Resultados
Empresa	Proveedor	Aliado estratégico

# La contribución del socio privado a la mejora de la gestión

## Razones Gestoras

**Permite que el sector público se centre en su CORE**

**Mayor flexibilidad para adaptación a cambios del entorno**



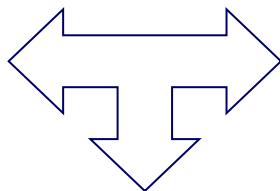
**Modelo referencial diferente que aporta innovación**

# La contribución de las CPP a la sostenibilidad financiera

## Razones Económicas

**Socio aporta recursos  
y "eficiencia"**

**No contabiliza como  
deuda en el SEC 95  
Con condonates**



**No se somete a vaivenes  
presupuestarios: certidumbre y  
predecibilidad**



## ¿Qué contratar? El alcance de la contratación: Identificación y factibilidad (1/2)

- Identificar los servicios objeto de externalización.
  - ★ **Intensivos en recursos humanos:** limpieza
  - ★ **Altamente especializados y sujetos a rápidos cambios tecnológicos o de mercado**
  - ★ **Temporales o esporádicos**, y que requieran de inversiones considerables y sujetas a cargas de trabajo fluctuantes.
  - ★ **Cuya actividad se realice de forma puntual o bajo requisitos normativos:** seguridad, control de vectores, mantenimiento de ascensores,...

# Modelos

**Concesiones de obra pública y explotación de servicios de apoyo no sanitarios.**

CPP  
"bata gris verde"



**Concesión de gestión y provisión de servicios de salud asistenciales.**

CPP  
"bata blanca"



**Concesión un servicio transversal o compartido sanitario o no sanitario**

CPP  
servicio específico



**En España la legislación diferencia concesiones de CPP**

# La experiencia española de CPP en salud es amplia

**Galicia: CPP con servicios no clínicos:**  
Vigo, Pontevedra y Orense

**Asturias: Empresa Pública Infraestructuras con servicios no clínicos**

**H. Burgos : Traslado CPP con equipamiento electromédico y servicios no clínicos**

**H Vallés :CPP con bata blanca**

**Madrid: Otras experiencias CPP SIS, Laboratorio Central , CAP**

**Valencia : 5 Hospitales y AP con "bata blanca"**

**Madrid: 6 hospitales CPP con servicios de apoyo**

**Islas Baleares:**

**Ibiza : CPP de traslado con servicios no clínicos.**

**Hospital Puerta de Hierro: traslado**

**Son Dureta: CPP de traslado con servicios no clínicos.**

**Hospital de Valdemoro: con "bata blanca"**

**Murcia:**

**Águilas Mazarrón: CPP bata blanca y atención primaria**

**Madrid: 4 hospitales en construcción con "bata blanca"**

**Cartagena y Mar Menor: Equipamiento electromédico**

**Toledo: Empresa Publica Infraestructuras con servicios no clínicos**

**H. de Sevilla y H. de San Juan de Dios ONG con "bata blanca"**

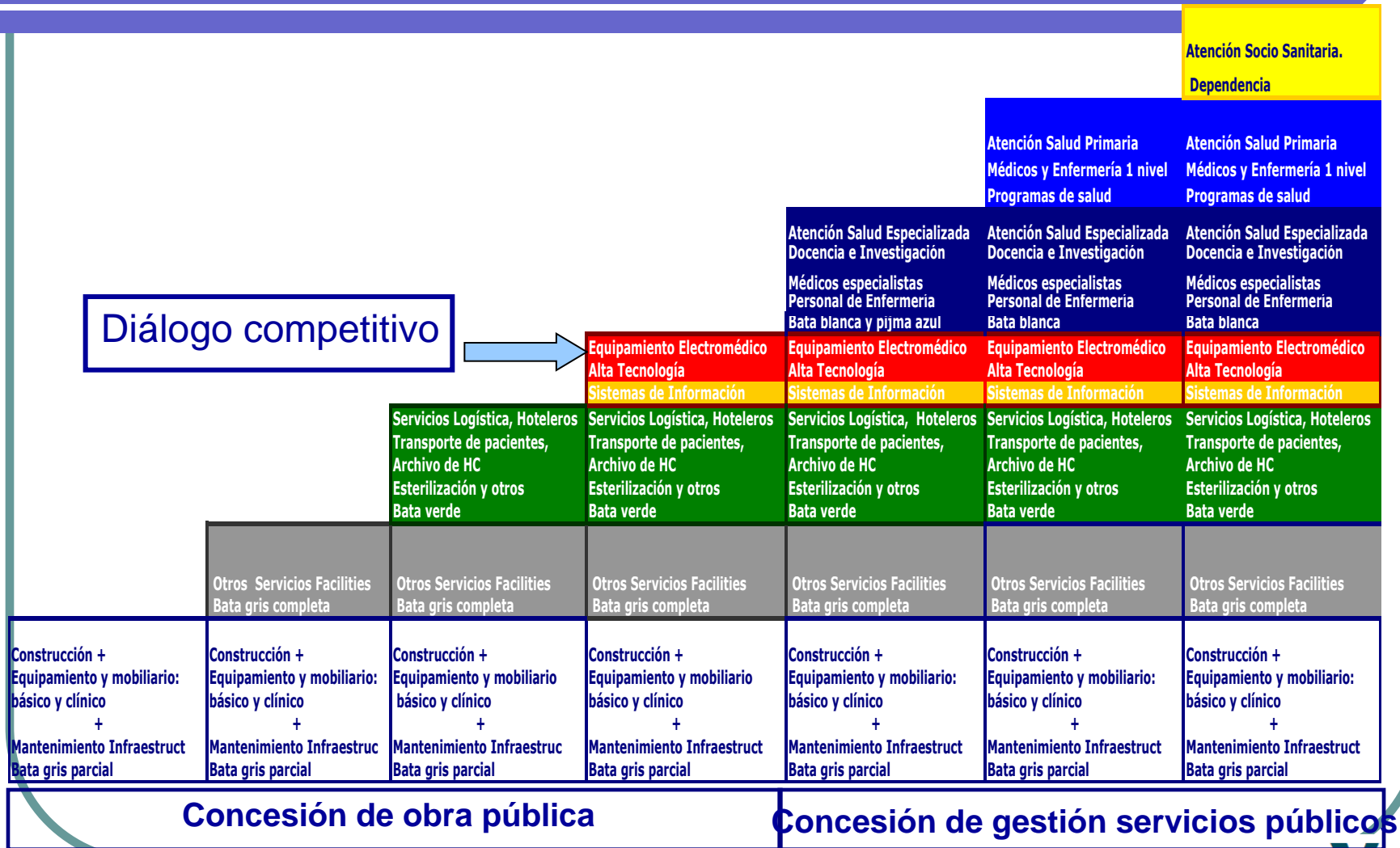
Dra. Paloma Alonso

# Evolución CPP sector salud europeo

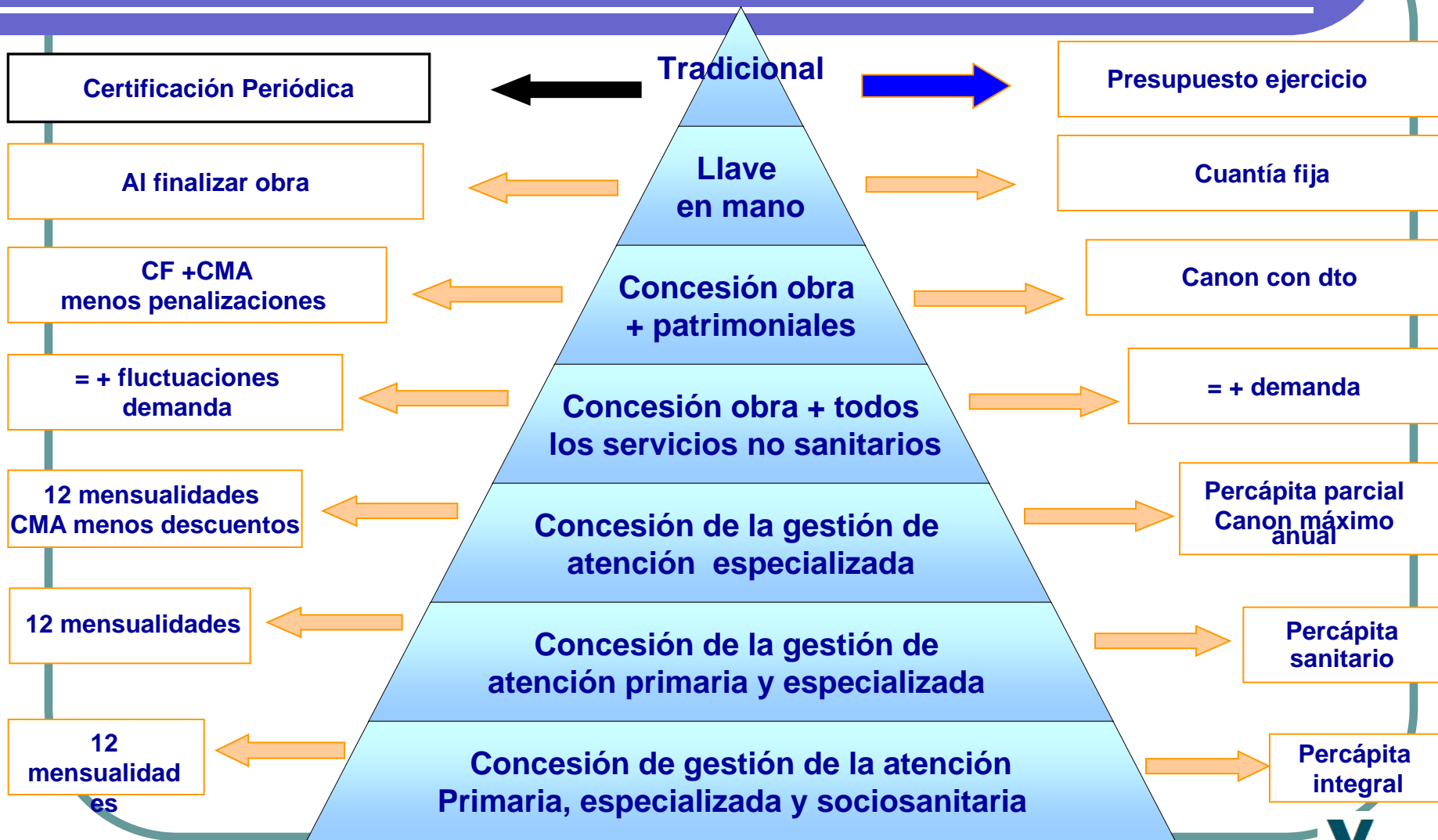
<b>Países Europeos</b>	<b>Nº de CPP de salud</b>	<b>Fecha inicio de CPP de salud</b>	<b>Última fecha disponible</b>
<b>Alemania</b>	<b>24</b>	<b>2006</b>	<b>2011</b>
<b>España</b>	<b>23</b>	<b>1999</b>	<b>2013</b>
<b>Francia</b>	<b>50</b>	<b>2004</b>	<b>2011</b>
<b>Italia</b>	<b>71</b>	<b>2002</b>	<b>2010</b>
<b>Portugal</b>	<b>6</b>	<b>2005</b>	<b>2012</b>
<b>Reino Unido</b>	<b>160</b>	<b>1997</b>	<b>2011</b>

Fuente: Actualización propia sobre la información de Barlow (2013)

# Modelos y Evolución CPP Salud y sociosanitario



# Cada modelo lleva aparejado una fórmula diferente de financiación



# Requerimientos generales que condicionan el empleo de las CPP

**Articulación del marco jurídico de la regulación de las CPP.**

**Consenso político nacional e internacional**

**Identificación de necesidad ¿real? y ¿susceptible de CPP?**

**Análisis de mercado identificar potenciales proveedores.**

**Determinación “Mayor Valor por Precio” (Value for Money).**

**Control, seguimiento, evaluación por Administración.**

# Lecciones aprendidas comunes a todas las CPP de salud.

## Lecciones aprendidas con relación al análisis

- **Para la determinación del Mayor Valor por Precio** solo se valoró el PSC en el caso base y **no en todos**.
- **Reino Unido** realiza un **análisis completo y estandarizado** del “Value For Money” e incorpora factores cualitativos. (Treasury, 2011).

### Variables:

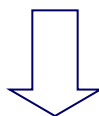
- Un mercado con un número competitivo de proveedores acreditados
- La contribución del socio privado a la innovación tecnológica u organizativa.
- La aportación del CPP a la sostenibilidad Medioambiental.
- Transferencia del riesgo: demanda, disponibilidad y calidad de los servicios.



# Lecciones aprendidas con relación a la transferencia de riesgos

En el ámbito sanitario la transferencia del riesgo resulta esencial, al existir mayores dimensiones de la calidad del servicio que son observadas por los ciudadanos pero de difícil medición por la Administración (Sánchez, 2012).

Se recomienda:



- No incurrir en una transferencia masiva de riesgos al privado.
- Asumir cada socio aquellos que mejor maneja: cesión parcela
- Incluir en los métodos de medición la “voz del ciudadano”.

## Lecciones aprendidas con relación a la "bancabilidad" del proyecto (1/2)

- Las entidades crediticias incrementan de forma exponencial los requerimientos de financiación de las CPP, en periodos de recesión.
- Consultar a entidades bancarias para verificar las posibilidades de que el proyecto sea "bancable" y conocer de antemano condiciones que exigen
- Se amortigua si se obtiene el respaldo de organismos de financiación multilaterales Papel que juega el Banco Europeo de Inversión. Suscripción de garantías de pago y deuda soberana
- Realizar una matriz de de los distintos tipos de riesgos entre Administración y concesionario, preparando un plan de contingencia para due diligence
- A futuro algunos autores apuestan por los fondos de pensiones
- Incluir cláusulas de reequilibrio financiero pero no regularizar en los cinco primeros años por "credibilidad"

# Lecciones aprendidas con relación al procedimiento de licitación empleado en las CPP y su bancabilidad

Se han valorado las cuatro posibilidades de procedimiento de licitación empleadas por los países:

1. Abierto.
2. Diálogo competitivo.
3. Privado.
4. Restringido

Costes de transacciones: procedimiento licitación. **abierto** reduce costes de transacción (Sánchez y Gago, 2012).

3-7% menores costes "ex ante" sin que se haya mostrado que incremente los costes ex post (Soliño, 2012)

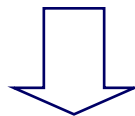
Evitar la baja temeraria oferta suelo, predeterminar sobre caso base, cuantía mínima infraestructura y operación de modo que solo intervenga la parte técnica como factor preponderante en la evolución de las ofertas (Liu y Wilkinson, 2013).

Evaluación estandarizada y ¿ponderación?

# Lecciones aprendidas con relación a la estrategia de comunicación de las CPP

## Desconocimiento del modelo CPP por el público, sesgo ideológico

Se recomienda:



- **Explicar porque se eligió el modelo y que ventajas representa.**
- **Elaborar un plan de comunicación identificar los distintos “públicos”, lograr su legitimación ante la opinión pública (González, 2012).**
- **Garantizar el acceso de la ciudadanía y demás grupos de interés a las evaluaciones del desempeño de las CPP.**
  - **Presentar públicamente los resultados obtenidos en las evaluaciones de las**
  - **Web o portal, con información sobre el desarrollo del CPP.**

# Lecciones aprendidas con relación a la transparencia y evaluación de las CPP. Oficina técnica externa

## **Ventajas**

- Potenciar la objetividad e independencia de la evaluación.
- Favorecer la interacción entre administración y concesionaria.
- Contar con asesoramiento y experiencia técnica de profesionales familiarizados en contratos CPP, sobre todo si administración no cuenta con personal capacitado en externalizaciones.
- Contribuir a la formación del personal propio

## **Inconvenientes**

- Dejación por parte de la administración de las funciones de control y seguimiento, siendo la responsable última del servicio.
- Acceso del controlador externo a información privilegiada y posibilidad de uso indebido de ella.
- Connivencia entre los dos socios externos: para evitar penalizaciones, para asociarse en futuros proyectos o para ocultar información a la administración.

# Lecciones aprendidas para las CPP de "bata gris-verde".

## Modelo más aconsejable para introducir CPP o reemplazar hospital existente.

- Desarrollo de la infraestructura y la provisión de servicios no asistenciales por un único proveedor.
- Menores plazos de ejecución y de sobrecostos.
- Conflictividad laboral mínima servicios altamente externalizados
- Si se articula correctamente no consolida como deuda.

- Su duración oscila entre 25 y 30 años. Inversión se recupera vía canon.
- Exige menor conocimiento y experiencia por personal de la Administración.
- Mayor número de proveedores con el consiguiente incremento de la concurrencia.
- Resulta más bancable.
- Presenta menor coste político y contestación social, al no incluir los servicios asistenciales.

# Lecciones aprendidas para las CPP de "bata gris-verde".

Con relación al tipo y al alcance de los servicios se recomienda:

**No incorporar servicios que rompan la cadena de valor. TIGAS**

**Seleccionar los indicadores de calidad y disponibilidad bajo los siguientes criterios:**

- **Número limitado y medible con objetividad**
- **Ligar el cumplimiento de los niveles de servicio con el importe del canon mensual,**

**Establecer mecanismos y estructuras organizativas favorecedoras integración idónea entre el sector público y el proveedor externo**

**Primar en los pliegos la flexibilidad en provisión del servicio y no los recursos empleados**

**Proyecto arquitectónico con criterios basados en evidencia científica y sin proyecto de ejecución**

# Lecciones aprendidas para las CPP de "bata gris-verde". Factores clave a considerar en esta modalidad

- **Cambios en el proyecto arquitectónico y de equipamiento.**
- **Cohabitación: interacción permanente entre dos modelos muy diferentes**
- **Incorporación de sistemas de control válidos.**
- **Se trata de contratos suscritos entre los servicios de planta central de salud (nacionales o regionales) y el proveedor externo.**
- **Generación del "síndrome de Estocolmo".**
- **Disgregación: entre las propias concesionarias**



Lecciones aprendidas para las CPP de "bata gris-verde".  
Con relación al tipo y al alcance de los servicios se recomienda:

**Exige conocer población asignada**

**Cartera de servicios por parte de la Administración que siga criterios de ordenación y volúmenes mínimos**

**Incorporar sistema de medición de resultados de salud solo emplea "libre elección" y dinero sigue a paciente"**

**Requiere un potente sistema de información para conocer calidad y evitar perversiones**

**Mayor participación del proveedor en el diseño del centro y máximo en pliego un anteproyecto**

## Lecciones aprendidas para las CPP de "bata blanca". Factores claves a considerar en esta modalidad

- **No tienen en cuenta el grado de aseguramiento privado.**
- **No se han incluido en los contratos factores de penalización ligados al desempeño.**
- **Menor concurrencia.**
- **Menor experiencia en el campo de la salud circunscrita a España, Brasil, Australia y Perú.**
- **Menor bancabilidad**
- **En la UE, si no se cumplen los criterios Eurostat pueden consolidar como deuda en las cuentas públicas.**
- **Mayor contestación social: han sido tildadas de "privatizaciones encubiertas".**

# Algunos resultados contrastados relativos a las CPP, desarrolladas en el sector de la salud

Resultados relacionados con las infraestructuras, equipamiento y la provisión de servicios no sanitarios.



Reducen tiempos y sobrecostes de construcción  
Innovación  
Ahorro energético  
Espacios de reserva..

Satisfacción de la ciudadanía y profesionales



Mejores resultados en satisfacción en ambos, por ser centros nuevos con más tecnología e infraestructura?  
¿Por mayor incentivación de los profesionales al ser menos?

Introducción de innovaciones: organizativo-funcionales, tecnológicas y de gestión y repercusión sobre atención sanitaria



Percápita, red, libre elección.  
Integración de niveles.  
Introducción nuevas modalidades de atención

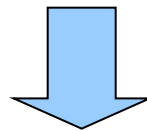
Resultados sobre financiación



Resultados sobre la financiación y los costes muy controvertidos.

# Resultados relativos a la satisfacción de las expectativas y necesidades de gestores de la salud

La opinión de los directivos en la encuesta efectuada a 32 gerentes de gestión directa de hospitales públicos de Madrid, sobre el impacto producido por las CPP hospitalarias o de servicios específicos:



- Elevado impacto positivo en la sostenibilidad del sistema, en el ahorro de costes y en la mejora de la eficiencia, así como en la incentivación de los profesionales y el estímulo del funcionamiento “en red”.
- Gran importancia, al refuerzo de las iniciativas relacionadas con el desarrollo de las TIC, la centralización de compras y la gestión centralizada de aspectos relativos al “Facility Management” hospitalario para compartir recursos en el sistema (KPMG, 2010).

# Resultados referidos a la introducción de innovaciones: organizativo-funcionales, tecnológicas y de gestión y su repercusión sobre la atención sanitaria

Una de las más importantes **aportaciones** que han conllevado las CPPs de “bata blanca”, ha sido la **introducción de la financiación de base capitativa** (Sekhri, Feachem y Ni, 2011).

Mejoras en la eficiencia y en la efectividad debido a una mayor integración de servicios.

Un manejo mucho más activo de los pacientes.

Promoción del autocuidado y de la prevención primaria.

Mayor liderazgo clínico en la gestión de los casos.

(Feachem, Sekhri y White, 2002; Ham et al, 2003).

# Resultados referidos a la introducción de innovaciones: organizativo-funcionales, tecnológicas y de gestión y su repercusión sobre la atención sanitaria

Investigadores independientes destacan que los modelos de bata blanca presentan mayor nº de procesos resueltos sin hospitalización, cuentan con tecnología superior, y tienen mejores resultados que los modelos tradicionales de gestión directa (Raigada et al, 2008).

Índice de rotación, menor estancia media a igualdad de patología y gravedad

Gestión de la lista de espera quirúrgica más eficaz.

Utilización de los recursos más ajustada a protocolos y guías de práctica.

Los hospitales CPP españoles se encuentran a la cabeza del listado de TOP 20 por su gestión más eficiente que los modelos tradicionales (IASIST, 2012).

# Resultados sobre la financiación y los costes

## **Bata gris-verde del Reino Unido y Australia:**

- Los créditos que deben pagar las empresas para hospitales privados son más caros que la deuda pública = altos costes financieros.
- Los accionistas de las empresas que gestionan deben obtener beneficios.
- El "coste" que deben asumir los Gobiernos si algún proyecto quiebra.
- Falta de transparencia.

OMS (McKee, 2006)

## **Comunidad de Madrid:**

- El coste de una misma determinación de laboratorio resulta entre un 30 a un 40% inferior en el contrato de concesión del laboratorio de la Comunidad de Madrid frente a idéntica determinación en el sector público.

## **Chile:**

- Tapia (2013) estimó que se había producido un ahorro de 100 millones de pesos chilenos, incluidos los costos financieros, al comparar el caso base elaborado por la Administración con relación al monto económico ofertado por el adjudicatario.
- Al no haberse iniciado la operación se desconoce cual será el costo real en el que incurrirán los servicios concesionados.

Como síntesis a todas las experiencias mencionadas se ha efectuado la siguiente tabla que recoge las más destacadas (1/6)

Tabla resumen de las principales evaluaciones revisadas					
Autores	Año	Ámbito	Tipo	Principales resultados	Valoración
Greenwood, Osborne, Agglag (NAO)	2001	Reino Unido	Evaluación construcción, equipamiento, puesta en operación	Plazo de entrega superior $\approx$ 3 años MT sobre APP-	Favorable
Mott Macdonald	2002	Reino Unido	Evaluación construcción, equipamiento, puesta en operación 39 proyectos MT y 11 proyectos APP	Cumplimiento presupuesto: MT 27%; APP 78% Cumplimiento plazo: MT 30%; APP 76%	Favorable
NAO Reino Unido	2003	Reino Unido	Evaluación construcción, equipamiento, puesta en operación	Hospitales entregados en plazo: APP 76%; MT 30%.	Favorable
McKee, Edwards, Atun (OMS Observatorio Europeo)	2006	Europa	Evaluación construcción, equipamiento, puesta en operación	APP: ventajas importantes en cumplimiento de plazos y presupuestos. Posible disminución calidad.	Favorable pero APP aún insuficientemente evaluados
McKee (OMS Observatorio Europeo)	2006	Reino Unido Australia	Revisión de costes de hospitales APP BG del NHS y hospitales APP BVG australianos	APP: intereses aplicados a empresas privadas superan los de la deuda pública. Los beneficios a accionistas incrementan los costes. "Enorme coste del riesgo de quiebra"	Desfavorable
Hodge, Greve	2007	Global	Metaanálisis (25 publicaciones). Evaluaciones globales	VPP favorable APP en 9 casos. Desfavorable en otros 9. No valorable en 7.	Dudosa



Como síntesis a todas las experiencias mencionadas se ha efectuado la siguiente tabla que recoge las más destacadas (2/6)

Tabla resumen de las principales evaluaciones revisadas					
Autores	Año	Ámbito	Tipo	Principales resultados	Valoración
Galende, Rangel	2007	España	Evaluación de la innovación en 68 proyectos incluidos hospitales	APP mayor innovación tecnológica. Sin diferencias en innovación no tecnológica (organizativa, gerencial).	Dudosa
Raigada	2008	España	Evaluación indicadores actividad y calidad. 5 hospitales: 1 APP BB, 2 fundaciones o empresas públicas, 2 MT	Mejores resultados APP BB con respecto a MT: índice de rotación, estancia media, listas de espera, cirugía mayor ambulatoria, variabilidad práctica clínica	Favorable. Ved limitaciones en el texto
Shaoul	2008	Reino Unido	Revisión de las publicaciones del Tesoro Público británico: 12 primeros APP NHS	APP: duplicación de los costes de los intereses. Tipos 4,5% MT, 8% APP.	Desfavorable
NAO Reino Unido	2009	Reino Unido	Evaluación global de experiencias	Inexistencia de conocimientos sólidos ni de estudios sistemáticos.	Dudosa
López, Sánchez, Carpintero	2009	España	Evaluación construcción, equipamiento, puesta en operación 8 APP y 8 MT	Tiempo de entrega 65% inferior en APP sobre MT.	Favorable
Morin	2009	México	Evaluación construcción, equipamiento, puesta en operación	APP: 14 meses (plazo comprometido); MT: 46 meses (plazo superado).	Favorable

Como síntesis a todas las experiencias mencionadas se ha efectuado la siguiente tabla que recoge las más destacadas (3/6)

**Tabla resumen de las principales evaluaciones revisadas**

<b>Autores</b>	<b>Año</b>	<b>Ámbito</b>	<b>Tipo</b>	<b>Principales resultados</b>	<b>Valoración</b>
Barlow, Koberle-Gaiser	2009	España y Reino Unido	Evaluación de la innovación	mejor planificación espacios de reserva y mayor versatilidad diseño arquitectónico en APP. Falta de flexibilidad contratos APP. Falta comunicación entre socio	Dudosa
La Forgia	2009	Brasil	Análisis comparativo y envolvente de 12 hospitales MT/ 12 hospitales APP	APP BB: mayor eficiencia, menor estancia media, más intervenciones quirúrgicas, menor mortalidad general, menor mortalidad quirúrgica, más	Favorable. Socios privados: organizaciones sin ánimo de lucro
Letho	2009	Finlandia	Estudio comparativo indicadores globales de 2 servicios de COT: H Coxa APP BB/H Tampere	APP: menor estancia media, doble nº de intervenciones quirúrgicas, menos complicaciones, mayor satisfacción pacientes y profesionales	Favorable. Un solo caso. Ved limitaciones en el texto
Lieba, Pollock	2009	Reino Unido	Revisión de las publicaciones del Tesoro Público británico	APP: mayores costes de financiación de la deuda con respecto a la inversión pública con cargo al presupuesto nacional.	Desfavorable
KPMG	2010	España	Evaluación opinión de directivos (32 hospitales)	APP mejoran sostenibilidad sistema sanitario, favorecen TIC, gestión compras, centralización y utilización compartida de recursos	Estudio no comparativo
Van de Grift	2010	Bélgica	Evaluación de la motivación y el ausentismo	APP mayor motivación y menor ausentismo que MT.	Favorable

# Conclusiones CPPs

**Las CPP son un instrumento de gestión no una panacea económica**

**El adecuado empleo de las CPP exige identificar en cada país:  
proyecto, modalidad, procedimiento**

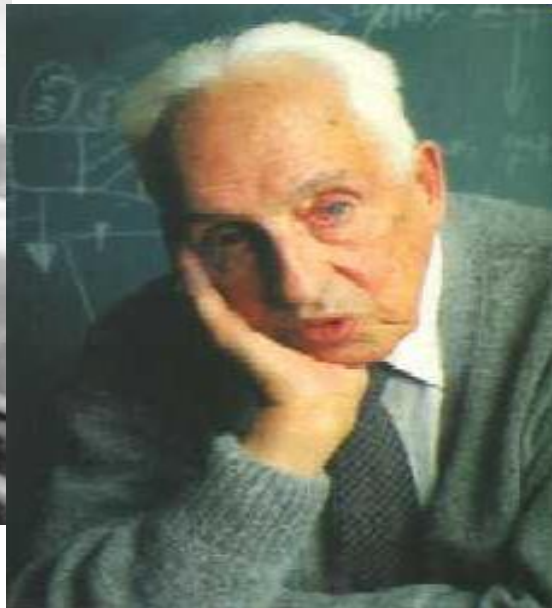
**Contribuyen a incrementar la cohesión social y la equidad en el  
acceso de la población a unos servicios de salud.**

**Simbiosis estratégica. El sector privado aporta flexibilidad, gestión e  
innovación si se plantea adecuadamente**

**Considerar mayor valor por precio, riesgo, mercado de competidores  
comunicación y formación**

**Exigen evaluación, rendición de cuentas y transparencia. Extender  
las innovaciones exitosas al sector público.**

**Este análisis efectuado no es conclusivo. Aprovechemos la rica  
experiencia española para aportar "luz"**



**“ En principio, la medicina necesita más cabezas que medios”**