

Asociaciones Público Privadas en el sector salud

Sergio Bravo Orellana¹

SUMARIO:

Introducción. 1. Experiencias de Asociaciones Público Privadas (APP) en salud. 2. Los servicios de salud en el Perú. 3. Inversión y gestión pública, privada y por APP. 4. Los modelos de contratos estructurados en salud, el modelo peruano. 5. ESSALUD y las APP en salud. 6. Proyectos bajo la modalidad de APP en ESSALUD. 7. Lecciones aprendidas en la promoción y estructuración de contratos de APP en salud. Conclusiones.

PALABRAS CLAVE:

Asociaciones Público Privadas; modalidad contractual; Sector Público; sector privado; sector salud; infraestructura; servicios.

KEYWORDS:

Public-Private Partnerships; type of contract ; public sector; private sector; health sector; infrastructure; services.

RESUMEN:

Las Asociaciones Público Privadas (en adelante, APP) son una modalidad contractual que integra las eficiencias del Sector Público y privado. En el presente artículo se examina la aplicación de dicha modalidad en el sector Salud, la cual ha permitido responder a las necesidades de infraestructura y servicios es en este sector. Además, se presentarán casos internacionales desarrollados en base al modelo de las APP y posteriormente, el estudio se centrará en el caso peruano. En Perú, el Seguro Social de Salud (en adelante, ESSALUD) es la primera institución peruana en promover proyectos de inversión en salud mediante Asociaciones Público Privadas, hasta el momento ha suscrito cuatro contratos de este tipo.

ABSTRACT:

Public-Private Partnerships (PPPs) are a type of contract that integrates the efficiencies of public and private sector. The present article examines the implementation of this

¹ Ingeniero. Actualmente se desempeña como profesor del área de Finanzas, Economía y Contabilidad de ESAN y ocupa el cargo Director del Instituto de Regulación y Finanzas de la Universidad ESAN, FRI-ESAN. Es consultor externo del World Bank Institute y de la International Finance Corporation (IFC) y Director del Comité de Operación Económico del Sistema Interconectado Nacional, COES-SINAC. Past Decano de la Universidad ESAN y Vice-Ministro de Transporte 2006 – 2007. Asimismo, cuenta con un MBA de ESAN, una especialización en Finanzas en la University of California en Los Ángeles, UCLA y un PhD en Finanzas de ESADE.

partnership in the health sector which has allowed responding to the needs of infrastructure and services of health care. International cases will be presented of this association and subsequently, the study will focus on the Peruvian case. In Peru, the Social Health Insurance (ESSALUD), is the first Peruvian institution in promoting health investment projects through PPP mode, to date, ESSALUD has signed four PPP contracts.

Introducción

En las últimas décadas, las Asociaciones Público Privadas (APP) han adquirido gran relevancia a nivel mundial. Con respecto al sector Salud, estas han permitido reducir las necesidades de infraestructura y servicios de salud.

Los proyectos de sector Salud involucran elevados montos de inversión -sobre todo en la construcción y operación de Hospitales- lo cual imposibilita a los gobiernos financiarlos fácilmente; sin embargo, gracias a las alianzas público privadas estos proyectos han podido llevarse a cabo exitosamente, logrando mejorar la calidad de vida de la población.

El presente estudio se centra en el caso peruano, siendo ESSALUD la primera Institución en el Perú en suscribir contratos de APP en el Sector Salud. Se presentarán los documentos administrativos que permitieron las Iniciativas Privadas, las características de los contratos, los proyectos de APP de ESSALUD y por último, se realizará un análisis de las lecciones aprendidas en la promoción y estructuración de este tipo de contrato en el sector.

1. Experiencias de APP en el sector salud

Experiencias en el Mundo

En Alemania, a finales de 1990, el estado de Berlín no podía financiar las necesidades del hospital Berlin-Buch, pero años más tarde, en el 2001, Helios-Kliniken, el segundo más grande operador privado de hospitales de Alemania, ganó la licitación para operar y mejorar el mismo. El hospital se financió con una inversión privada de 215 millones de euros en su totalidad sin necesidad de fondos públicos².

En el caso de Inglaterra se implementaron 123 Asociaciones Público Privadas bajo el modelo Private Finance Initiative, entre el Servicio Nacional de Salud (en adelante, NHS) y consorcios privados. Mediante este modelo, el agente privado financia, construye, administra el hospital y suministra servicios no clínicos tales como lavandería, seguridad, estacionamiento y alimentación. El NHS transfiere la responsabilidad y el riesgo al agente privado por el periodo de duración del contrato que generalmente oscila entre 20 a 30 años³.

En India, una de las mayores APPs es Rashtriya Swasthya Bima Yojana, un programa nacional de seguro hospitalario dirigido a personas que viven debajo de la línea de

² NIKOLIC, Irina y MAIKISCH, Harald
Public-Private Partnerships and Collaboration in the Health Sector. An Overview with Case Studies from Recent European Experience. Documento de Discusión del Health, Nutrition, and Population Family (HNP). Washington D.C.: World Bank.2006

³ HELLOWELL, Mark
201 «The role of public-private partnerships in health systems is getting stronger». En: *Commonwealth Health Partnerships 2012*. London: Commonwealth Secretariat, pp.71-73

pobreza, el cual se encuentra administrado por compañías aseguradoras tanto públicas como privadas⁴.

Experiencias en Latinoamérica

En México, la Secretaría de Salud Federal (Ministerio de Salud) determinó la necesidad de desarrollar un Sistema de Hospitales Regionales de Alta Especialidad (en adelante, HRAE) a través de APPs. De este modo, en diciembre del 2005 se inició la construcción del HRAE Bajío, esta APP es una concesión por un periodo de 25 años e involucra la construcción, equipamiento, financiamiento y la gestión de los servicios no asistenciales para una población de aproximadamente 2.5 millones de personas. A la fecha, la Secretaría de Salud Federal del Gobierno de México cuenta con cinco HRAE en operación⁵.

En Chile, la primera APP en el sector Salud se inició en el año 2004 para el Complejo Hospitalario Salvador, el cual fue reemplazado en el 2006 por dos proyectos en Maipú y La Florida, los cuales han incorporado al sector privado para el diseño, construcción, provisión y montaje del equipamiento industrial, mantenimiento de la infraestructura y prestación de servicios no clínicos de apoyo para los dos hospitales de mediana complejidad ubicados en las comunas de Maipú y La Florida de la Región Metropolitana de Santiago. El diseño, provisión, montaje y mantenimiento del equipamiento clínico, así como los servicios clínicos, serán de exclusiva responsabilidad del Ministerio de Salud del Gobierno de Chile⁶

En el caso de Brasil, la primera APP en salud es el Hospital do Subúrbio, ubicado en Salvador, capital del estado de Bahía al noreste de Brasil. Dicho hospital, ha realizado más de 1.8 millones de procedimientos clínicos desde su inauguración en 2010 y ofrece servicios de salud de primera necesidad a las familias pobres de esa localidad. El concesionario de esta APP es responsable del equipamiento, mantenimiento y operación de los servicios clínicos y no clínicos del hospital por un periodo de diez años⁷.

2. Los servicios de salud en el Perú

Insuficientes en el sector público y provistos en parte y sin mayor regulación por el sector privado.

De acuerdo a los resultados del II Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos del sector Salud de 1996 realizado por el Ministerio de Salud, en el país habría 7306 establecimientos de salud; de los cuales, 472 son hospitales, 1 849 centros de salud y 4868 puestos de salud. Del total de hospitales, el 28.8% pertenecen al Ministerio de Salud, 42.8% son clínicas privadas lucrativas, 15.0% de hospitales de ESSALUD), 4.2% de

⁴ BASU, Rumki
Rashtriya Swasthya Bima Yojana: Pioneering Public-Private Partnership in Health Insurance. New Delhi. 2011.

⁵ ALBORTA, Guillermo; STEVENSON, Claudia y TRIANA, Sergio
Asociaciones público-privadas para la prestación de servicios. Una visión hacia el futuro. Documento de Discusión # IDB-DP-195. BID. 2011

⁶ ASTORGA, Ignacio
Programa PPP Salud. Chile Gobierno de Chile, Ministerio de Salud: Presentación en Power Point. 2011.

⁷ IFC (INTERNACIONAL FINANCE CORPORATION)
Brazil: Hospital do Subúrbio. 2012

la Sanidad de las Fuerzas Armadas y Fuerzas Policiales y el 3.2% de Empresas Privadas. El 74.3% de centros y el 99.6% de los puestos de salud, pertenecen al Sector Público, siendo que la mayoría de estos establecimientos pertenecen al Ministerio de Salud.

En lo que se refiere a camas hospitalarias, se determinó la existencia de un total de 42 979. De este total, el 78.9% se encuentran en los hospitales del Sector Público y principalmente en ESSALUD. Asimismo, cada hospital a nivel nacional tiene como promedio 91 camas, siendo los hospitales ubicados en los departamentos de Huancavelica, Amazonas y Arequipa los que presentan los promedios más altos: 210, 151 y 151 respectivamente; a diferencia de los departamentos de Lambayeque, Ancash y Madre de Dios que registraron los promedios más bajos: 36, 46 y 52 camas respectivamente.

En relación a los profesionales de salud, el mencionado censo registró 24,800 médicos de las diferentes especialidades. De este total, el 53.4% se encuentran en el departamento de Lima y 46.6% están distribuidos en los 23 departamentos restantes.

Con respecto a las atenciones en salud, se registraron 23 millones 960 mil consultas médicas, de las cuales el 87.9% se efectuaron en el sector público y el restante 12.1% en el sector privado. Del total de consultas médicas del sector público, el 48.4% fueron efectuadas por el Ministerio de Salud, el 42.0% por ESSALUD y el 6.6% por las Fuerzas Armadas y Fuerzas Policiales. En cambio, del total de consultas médicas efectuadas en el Sector Privado, el 60.5% de estas se llevaron a cabo en Instituciones Privado Lucrativas, el 16.6% en empresas privadas y el 10.4% en Instituciones Privado Filantrópicas⁸.

3. Inversión y gestión pública, privada y por APP

Una de las grandes oportunidades que se tienen para la reestructuración de la prestación de los servicios de Salud es la difusión de las APP a diferentes niveles de complejidad (I, II, III y IV). Pero cabría preguntarse cuáles son las ventajas de promover la inversión y gestión mediante APP en vez de la clásica inversión y gestión pública o la puramente privada.

Sería importante hacerle el seguimiento a la construcción y operación de un hospital en cualquiera de las alternativas. En la planificación de la construcción del hospital no habrá mayores diferencias si es que los estudios base del plan funcional están adecuadamente establecidos; es decir, que este provenga de una demanda estimada correcta, que deriven en las definiciones de la infraestructura del hospital y equipamiento, no habrá mayor variación salvo por temas de estilo arquitectónico que obviaremos para el análisis. Es decir, si la planificación de un hospital nivel III -infraestructura y equipamiento, tiene un costo de \$ 60 mil millones, en todas las alternativas será similar. No es en la planificación donde encontraremos la diferencia, es en la ejecución y sobre todo en la gestión.

Primera diferencia: El costo de la inversión

Si bien habíamos señalado que las inversiones no tienen por qué ser distintas en un ambiente de planificación adecuada, podemos notar que sí se presentan diferencias en el desarrollo de los proyectos de inversión pública, APP e inversión privada, estas diferencias se deben a los incentivos incorporados en cada estrategia de inversión.

⁸ INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática)
Compendio de Estadísticas Sociales 1996-97. Lima: INEI.1997

En el caso de la inversión pública, esta se enfoca básicamente en la obra –en la infraestructura del hospital- y en la provisión del equipamiento, pero no en el servicio de salud para el cual está siendo construido. En ningún momento participa en la definición el encargado de la operación, por lo que el enfoque directo está en la obra y no en el servicio, tal como se mencionó anteriormente. Las consecuencias de este deficiente enfoque se pueden ver en el desarrollo de hospitales que terminan siendo elefantes blancos, donde se tiene infraestructura que no se utiliza o equipos que son insuficientes para ciertos tratamientos médicos, los cuales no se utilizan o se hacen con poca frecuencia. El costo final de un hospital generado por inversión pública resulta alto para el servicio que otorga.

En cambio, cuando se desarrolla una APP el Operador está presente desde el inicio y guiará el proyecto de acuerdo a lo que necesite efectivamente la demanda, se desarrollará el hospital de acuerdo al servicio que ha de brindar y se comprará el equipamiento necesario para los procedimientos a realizar. Y es que si no se da de esta manera, el Operador no podrá recuperar la inversión realizada, ya que le pagan por el servicio que otorga, no por la infraestructura que construye o el equipamiento que adquiere. Por lo que una APP presenta costos de inversión menores que una inversión pública.

En las APP realizadas en el Perú, el costo de la inversión se ha efectuado mediante un esquema de suma alzada, es decir que se ha trasladado el riesgo de construcción al Operador. Si el Operador no ha previsto un buen presupuesto o no ha determinado los alcances de la infraestructura y equipamiento para el otorgamiento del servicio, entonces el costo o pérdida deberá ser asumido por este. Esa es la gran diferencia entre una inversión pública y una APP, el riesgo de diseño se traslada al Operador privado.

Mientras que en una obra pública, debido a que el diseño es realizado por el Estado, si este se equivoca deberá corregirse a costas del mismo, lo que produce adicionales y un mayor costo de inversión; sin embargo, en el caso de una APP el diseño corresponde al agente privado y si este se equivoca, tiene que corregir a su costo. Entonces, el dimensionamiento de la inversión es predecible, lo que es difícil de lograr en una obra pública. Esta última tiene otros problemas que determinan un incremento de costos, como la falta de fluidez de los recursos para el pago de las inversiones y las demoras por falta de presupuesto y poca valoración del tiempo administrativo de la ejecución. Al final, debido a los adicionales, cobro de gastos generales, ampliaciones, entre otros motivos, la inversión resulta más cara de lo planificado.

En la inversión privada, como en las APP, no se realizará la inversión si no se tiene asegurado el flujo de repago de la misma y esto se asegura en el cierre financiero. Por lo tanto se tiene cierta seguridad respecto a la liquidez para un flujo de inversiones.

Segunda diferencia: La modalidad de pago de la inversión

Si realizamos el hospital con inversión pública, la entidad deberá contar con el total de los recursos económicos en los periodos que se realice la inversión. Si ésta se hace por APP o por inversión privada, entonces la entidad deberá pagar el servicio en el tiempo que las modalidades señaladas amorticen la inversión en el hospital, el que podría ser de 15 años. Las actuales experiencias de APP en el Perú tienen este horizonte de amortización de la inversión.

Entonces, si la entidad realiza una inversión pública deberá desembolsar el costo del hospital en uno o dos años, pero si lo hace a través de una APP, la recuperación de la inversión podría ser en quince años, con lo cual el efecto del costo se amortigua en una mayor cantidad de periodos. Claro que esta modalidad generará costos financieros, pero que serán pagados en el futuro no solamente por los asegurados actuales, sino por los que se incorporen en esos 15 años, lo que hace que el costo se diluya o amortigüe en el tiempo.

Incluso la estrategia de atención a usuarios en temas de salud es que una unidad pueda brindar servicios a usuarios de diversos programas de aseguramiento o pago, entonces el costo se diluye entre varios usuarios o entidades y no solamente corresponde a una sola.

Tercera diferencia: El costo de la operación

Cuando se analizan los costos del servicio, los que corresponden a infraestructura y equipamiento no son los más importantes. Si bien la opción de inversión pública es menos atractiva que las otras opciones por su tendencia a generar sobrecostos, el efecto debido a los costos de operación es sustancialmente mayor.

Si el hospital se paga en 15 años, el impacto del pago periódico en la estructura de costos en términos generales del hospital sería que un 80% corresponde al costo de operación y un 20% al costo de repago de la inversión. Es decir que los costos más importantes de un servicio hospitalario no están en la inversión, sino que están concentrados principalmente en la operación asistencial y en la parte administrativa, por lo que una mala administración que genere sobrecostos operativos es más nociva que un sobrecosto por inversión.

Cuando se realizó el análisis de APP en el Perú –en los hospitales de ESSALUD- se compararon los costos de operación de la oferta, que se incluía en la adjudicación de las dos APP en hospitales, con los costos de operación de servicio hospitalarios similares, operados por el Estado o por la seguridad social. El resultado fue que eran más costosos. Si la oferta era de \$45 mil millones, el sector público operaba por \$60 mil millones, una diferencia sustancial. El pago anual por el hospital era aproximadamente \$10 mil millones. Obsérvese que el costo de operación del Operador especializado de APP más el costo de la inversión era de \$55 mil millones, que resultaba menor que el costo de operación pública por ESSALUD. Por lo cual, en ese momento se manifestaba que a diferencia de los costos de ESSALUD, el hospital “venía de regalo”, o se generaba la reducción de costos.

Existen muchas razones por las que los costos de la operación pública son mayores a los de la operación de una APP u operación privada, a pesar que los salarios de los médicos, enfermeras u otro personal son relativamente bajos, el monto total es tan alto como se muestra en el párrafo anterior. Y es que el problema importante es el de productividad de los recursos humanos (ganan poco y producen proporcionalmente menos). El salario del servicio asistencial no está ligado a la productividad, no se controla el número de procedimientos médicos que debe hacer cada profesional, por lo que en el tiempo se puede notar una reducción de la producción diaria o mensual. Esta falta de producción, obliga a las entidades del Estado a incrementar el personal asistencial, incrementando los costos. Este exceso de personal, la deficiente gestión de inventarios, la falta de control por un tamaño desproporcionado, entre otros problemas de la gestión del servicio, dan como resultado, un notorio sobrecosto.

Sin embargo, el problema principal no es de costos, sino de calidad de servicio. Tómese en cuenta que en las instituciones del Estado no se controla la calidad del servicio brindado, no existen índices de calidad que deban cumplir los establecimientos de salud en su conjunto, tampoco los que debe cumplir el personal asistencial y mucho menos existen penalidades por incumplimiento de los estándares de calidad mínimos en el servicio.

Debido a esto, comparar costos entre una Obra Pública y una APP es importante, pero más importante es prestar atención a tema referido a la calidad. Es más, se ha observado que si los Prestadores Públicos quieren lograr la calidad que se espera, como se da en una APP, tendrían que hacer inversiones e incrementar los costos de operación que haría al costo del servicio de salud pública sumamente cara.

En el caso de las APP de ESSALUD, los adjudicatarios de los hospitales ofertaron el costo señalado, pero considerando índices de servicio muy superiores al hospital público. Para analizar este efecto consideremos solamente un indicador: los días que deben darse como máximo entre la llamada de un paciente al centro de programación de atenciones y el día que efectivamente recibe la atención médica.

En el hospital público o de la seguridad social, el diferimiento puede superar fácilmente los 45 días y con el tiempo este indicador se ha ido deteriorando aun más. La oferta en las APP es que el diferimiento máximo será 5 días. Tal vez los hospitales que ahora tienen 45 días y 60 días de diferimiento en algún momento tuvieron 5 días o cerca a estos índices, pero en el tiempo fueron dilatando las atenciones.

Ahora, si llevamos los índices de servicio a los comparativos de costos, podría preguntarse ¿Qué tendría que suceder para que el hospital público llegase a un diferimiento de 5 días? La respuesta podría ser transformar la unidad buscando más productividad y calidad de servicio o una segunda alternativa sería incrementar los recursos para lograr este objetivo. La primera alternativa es muy difícil de lograr dentro del Sector Público –prueba de ello es que no se ha logrado–; entonces, queda solo la segunda, dotar al hospital de mayor cantidad de recursos (médicos, enfermeras, personal de apoyo, entre otros). Lo cual significa que para que el hospital público logre la calidad de la oferta de la APP, noten que si ya el hospital público costaba operativamente más que la APP, con este sobre costo para igualar la calidad debería costar aún más. Se calcula que el hospital tendría que costar \$ 70 mil millones por año en vez de \$ 45 mil millones, aunque no se ha logrado valorizar todos los índices de calidad, por lo que la brecha tendría que ser aún más notoria. Se profundizan las diferencias de costos si se busca una calidad similar.

Los controladores del gasto miran si el hospital tiene un costo de 10% más, pero no saben lo que se pierde por la falta de productividad, calidad y eficiencia que genera una administración donde el incumplimiento de índices de servicio de salud solamente afecta a los pacientes. Como se ha señalado, el costo de la inversión es un equivalente a un 20%, mientras que el costo de la operación es un 80%.

Cuarta diferencia: Las señales para la calidad

Cabría hacer la siguiente pregunta: ¿Por qué en el tiempo la gestión pública va generando sobrecostos y deficiente calidad frente una APP? La respuesta deberíamos encontrarla en cómo se desarrolla la gestión pública frente a una APP.

Sigamos con el ejemplo de indicador de diferimiento, supongamos que el hospital público lo diseñamos con un diferimiento máximo de 5 días y vemos su evolución en el tiempo. ¿Qué sucede si ese indicador luego se transforma en 10, 15, 30 o más días?, ¿hay castigos por el deterioro de la calidad de servicio en la gestión pública?

En una APP si puede cumplirse con un diferimiento muy corto y ¿por qué no en un hospital público? La respuesta puede encontrarse en la existencia de premios y castigos ligados a la productividad y calidad del servicio, los cuales no existen la gestión pública, pero si en las APP. Si en un hospital público o de ESSALUD se reduce la productividad o la calidad del servicio, no existe quién o quiénes sean penalizados por este hecho, aunque tal vez termine en un llamado de atención, los incentivos al deterioro de la gestión resultan elocuentes. En cambio, en una APP, sí se tienen los incentivos para brindar una servicio de calidad, dado que si el Operador no cumple con los índices de servicio –en este caso el diferimiento de 5 días- se hará merecedor a una penalidad que afectará la economía de la sociedad, pues ninguna sociedad operadora está dispuesta a pagar si puede evitarlo.

La posibilidad de un castigo pecuniario hace que se mantengan los índices de servicio pactados en el contrato de APP. Esto no sucede en la gestión pública, donde no existe sujeto o sociedad que cubra los costos de brindar un mal servicio, alguien que tenga que pagar por el incumplimiento de un índice de calidad, eficiencia o continuidad del servicio de salud.

Las APP también son diferentes a la gestión privada. Esta última se autorregula por la voluntad de los operadores de cumplir con estándares de calidad, lo cual ocasiona que algunos brinden un servicio de buena calidad y otros no. Reitero, salvo que la práctica acabe con un daño significativo al paciente y se castigue al responsable, no hay mayor penalidad por el mal servicio brindado en este sector, lo cual difiere de los índices de calidad que se incluyen en los contratos APP; posiblemente los pacientes paulatinamente se den cuenta de la calidad deficiente de servicio, pero será en un plazo largo no acorde a un buen servicio ligado a la salud.

Quinta diferencia: Las señales de eficiencia

Si la gestión es netamente privada, sin pacto público-privado, podría verse una distorsión que afecte ulteriormente el costo de la salud. Y es que una clínica privada o un hospital privado solamente podrían ser viables si venden sus servicios, tendrán un punto de equilibrio que lograr y deberán buscar incrementar el número de procedimientos que atender. Si no logra dicho objetivo tendrá pérdidas y el servicio sería insostenible, dado que no depende del presupuesto del Estado. Siendo así, la preocupación de los privados será hacer la mayor cantidad de procedimientos posibles que les permita tener los mayores ingresos esperados. De por sí, esta puede convertirse en una señal inconveniente pues podrían realizarse procedimientos en exceso que perjudiquen la calidad del servicio o eleven los costos de la salud; debido a que la demanda es difícil de predecir, la preocupación del privado será producir –a veces a cualquier costo- mayores procedimientos, causando un gran impacto en el costo de los servicios de salud porque se terminan haciendo atenciones que no eran necesarias.

Sin embargo, en las APP de ESSALUD se han dado señales para producir el efecto inverso. En los hospitales se asignó la atención de salud de un grupo de asegurados al operador de la APP, con lo que la demanda se estabilizó. Asimismo, se le asignó un monto per cápita

–sistema de capitado- por cada asegurado, con lo que se le otorgaba un ingreso seguro y fijo, al que corresponde un nivel de siniestralidad, de procedimientos médicos a realizar y sobre los cuáles se ha calculado el costo a cubrir. Aquí se dan las señales e incentivos para la eficiencia: Si el operador de la APP tiene un ingreso fijo entonces la única manera de obtener utilidad será buscando reducir los costos de atención a partir de que los asegurados se enfermen menos –bajando la siniestralidad-. Una de las herramientas más eficaces para bajar la siniestralidad es invirtiendo en unidades de contención o atención primaria, reduciendo las referencias, la otra manera es difundir y establecer prácticas preventivas en la población asegurada que permita que no lleguen a niveles de especialización cada vez más costosas. Los asegurados se enferman menos y la Sociedad Operadora tiene mayores utilidades. Podría opinarse que se reducirán los costos en base al incumplimiento de los protocolos médicos, pero estos también han sido pactados en el contrato APP y su no realización en forma adecuada derivaría en penalidades.

Existen diferencias entre una gestión pública, una privada y una por APP, en esta última, se trata de inversión y gestión conjunta entre el Estado y un operador privado especializado, distinto a un esquema netamente privado sin regulación o a un esquema público sin control.

Alineación del interés público y privado con las APP por capitado

Mediante el mecanismo de pago por capitado, el Estado realiza un pago al operador privado por cada paciente, independiente de la utilización o sobre utilización de los servicios que este realice, de tal manera que ESSALUD traslada el riesgo operativo a este operado. Es decir que si se enferma más de la siniestralidad esperada, el operador pierde; si se enferman menos, el operador gana.

Es por ello que el agente privado comparte con el Estado el interés de mantener a la población sana, ya que si los pacientes emplean menos servicios el agente privado reduce sus costos y por lo tanto obtienen mayores ganancias. Tómese en cuenta que el objetivo del Estado no es pagar menos, es que la población esté sana. Por lo tanto, al establecerse que el operador de una APP tendrá el incentivo para contener las referencias y realizar prácticas preventivas, los intereses del operador de la APP y el Estado se alinean: mantener a la población lo más sana posible.

Por ejemplo, si el agente privado invierte en programas de prevención de cáncer, luego se beneficiaría ahorrando en los tratamientos por persona. Si hace programas para diabéticos, se podría evitar tratamientos cada vez más especializados y de mayor costo.

4. Los modelos de contratos estructurados en salud. El modelo peruano.

Los Contratos APP representan una relación contractual entre el Estado, a través de sus diferentes formas jurídicas (Ministerios, Regiones, Municipalidades, Organismos Descentralizados) en su calidad de Concedente y el Sector Privado en calidad de Concesionario. Tienen por objeto entregar en concesión al Sector Privado la obligación de invertir o construir determinada infraestructura, de forma total o complementaria a las obras que ya existen, y de operar y mantener el servicio público mediante el cumplimiento de estándares de calidad⁹.

⁹ Si bien se explica la relación contractual entre el sector público y privado a partir de un contrato de concesión, podrán darse otras modalidades contractuales.

En la mayoría de casos, los contratos de APP se establecen a un plazo determinado, aunque mediante un esquema legal de concesiones administrativas podrían darse concesiones de tiempo indeterminado. La parte central de estos contratos considera un capítulo del régimen económico donde se establece el esquema de ingresos que debe permitir al concesionario recuperar las inversiones realizadas y los costos asociados por el servicio prestado. El otro capítulo central del contrato será aquel donde se definen los índices de servicio para la recepción de la obra, pero sobre todo para los que han de regir su operación y mantenimiento; además se incluye un mecanismo de medición del servicio prestado para supervisar los niveles de calidad del mismo. Una tercera parte importante del contrato es la regulación de los equilibrios económicos, debe considerarse que los contratos regulan una relación de largo plazo donde las condiciones de la operación puede variar, tal vez sea necesario que se amplíe el servicio, se modifique o se suspenda parcial o totalmente, por lo que el contrato debe dejar el espacio para las futuras negociaciones equilibradas entre el Estado y el Operador. Dicho contrato debe desarrollarse estableciendo las condiciones de distribución de riesgos entre el Concedente y el Concesionario, a quién está mejor preparado para administrarlos.

El Adjudicatario del Proyecto deberá constituir una Sociedad de Propósito Especial (en adelante, SPE) para la ejecución del proyecto, de este modo se aíslan las inversiones, ingresos, costos y riesgos asociados. Esta es una estructura basada en los conceptos del Project Finance.

En consecuencia, los contratos de APP se suscriben luego de haber llegado a un acuerdo entre el sector privado y el Estado en función a tres parámetros importantes:

- La tarifa por el servicio público brindado por la Sociedad Operadora
- Los parámetros de la infraestructura o características técnicas mínimas que debe poseer la infraestructura
- Los índices de servicio de operación que regulan los parámetros bajo los cuales la Sociedad Operadora debe prestar el servicio público.

Entre los principales aspectos que se regulan en los contratos de APP tenemos los siguientes:

- El régimen de bienes, que incluye el procedimiento de entrega de bienes al Concesionario, los mecanismos de control de bienes y el procedimiento de reversión de bienes hacia el Concedente.
- Las obligaciones relacionadas con los estudios, permisos y ejecución de obras.
- El régimen económico a aplicarse, en caso de proyectos cofinanciados se detalla el mecanismo de los subsidios y en el caso de los proyectos autosostenibles el régimen tarifario.
- El régimen de garantías, tanto a favor del Concesionario como del Concedente.
- El régimen de contratación de pólizas de seguros, entre otros.
- El régimen de restablecimiento del equilibrio económico financiero en caso de cambios en la normativa legal vigente o en aquellos escenarios que son previstos en el contrato.

Si bien los contratos de APP guardan similitud en su estructura general, se diferencian en que no todos están conceptualizados bajo un mismo esquema de estructuración económica y financiera. El diseño de estos esquemas de estructuración se basa, entre

otros aspectos, en una identificación de cuál entidad –Estado o sector privado- debe administrar el riesgo de la demanda. De acuerdo con los criterios para la asignación de riesgos, la administración del riesgo de la demanda debe recaer en la entidad mejor esté preparada para asumir o gerenciar el mismo..

Existen dos modelos típicos de estructuración de contratos de APP: un **modelo de costos** y un **modelo de demanda**. Si es el Estado el que asume el riesgo de demanda,, el contrato debe corresponder a un modelo de costos; si es el operador o concesionario el que asume dicho riesgo, se estructurará el contrato bajo un modelo de demanda. Un error frecuente es estructurar bajo un modelo de demanda lo que corresponde a modelo de costos. Este ha sido el caso de las carreteras interestatales o nacionales con peajes, dado que el concesionario en realidad puede hacer poco por modificar la cantidad de vehículos que pueden pasar por dichas vías; en cambio, el Estado sí puede cambiar la naturaleza de la demanda, fomentando el desarrollo de las poblaciones intermedias, haciendo conexiones con otras vías, entre otras actividades; por lo que, el riesgo de demanda debería ser absorbido por el Estado y contractualmente debe corresponder a un modelo de costos.

Contratos APP bajo el modelo de costos

Un modelo de costos estructuraciones es el que mejor se adecúa a proyectos en los cuales la SPE no puede ejercer acciones que generen cambios en la demanda, sino que dichas acciones son ejercidas por el Estado. Bajo estas condiciones, el movimiento de la demanda no debería afectar los ingresos de la SPE, ya que estos no toman en cuenta el comportamiento de dicha demanda, sino el comportamiento de los costos de inversión, operación y mantenimiento.

Bajo este modelo, los ingresos deben permitir la recuperación de la inversión mediante un flujo de pagos periódicos equivalentes a dicha inversión-la remuneración por la inversión-considerando un costo de capital. Adicionalmente, estos ingresos deben permitir que los concesionarios recuperen los costos de operación y mantenimiento mediante un flujo igualmente periódico –la remuneración de los costos de operación y mantenimiento-. La suma de estos conceptos constituye el pago por los servicios brindados, la remuneración por el servicio. Un ejemplo de este modelo en el Perú sería el caso de los procesos de APP de los Hospitales de ESSALUD y del Sistema de Logística (2010). Aunque podemos encontrar otros ejemplos donde se han establecido contratos bajo este tipo de modelo en el caso de la Transmisión Eléctrica (1996) y las carreteras (IIRSA Norte e IIRSA Sur, 2004-2005).

Contratos APP bajo el Modelo de Demanda

En este modelo, la administración del riesgo de la demanda corresponde a la SPE y no al Estado, por lo que la intervención de la Concesionaria puede ser importante. De ser el caso, los ingresos del proyecto dependerán exclusivamente del comportamiento de la demanda, se espera además, que los ingresos permitan la recuperación de las inversiones y de los costos de operación y mantenimiento para darle sostenibilidad al contrato APP. Los ingresos cubrirán primero los costos operativos, por lo que la diferencia entre ambos constituirá el flujo de caja libre, que se espera permita recuperar las inversiones realizadas.

En estos modelos de contratación, se supone que la demanda puede ser incentivada por la actividad del operador o concesionario, el cual puede bajar los precios para que la demanda crezca, generalmente en un ámbito de competencia y también puede efectuar contratos con clientes en diferentes formas comerciales que le permitan generar mayores ingresos. Sin embargo, si las expectativas de ingresos no se cumplen y no puede recuperar sus inversiones, las pérdidas serán asumidas por el Concesionario.

En el Perú se han practicado varios modelos de demanda, algunos equivocados como el caso de las carreteras y otros ajustados a los principios del modelo como el Muelle Sur en el Puerto del Callao.

5. ESSALUD y las APP en salud

Experiencia de Promoción de Inversiones en ESSALUD

En el 2008, ESSALUD generó diversas estrategias para mejorar su infraestructura y los servicios de salud, una de estas incentivó la participación del sector privado mediante la inversión y la provisión del servicio asistencial, a través de la modalidad contractual de APP. Dicho sector se involucró en el diseño de los proyectos, la construcción de la infraestructura y en brindar los servicios asistenciales y prestaciones de salud.

Las APP son una herramienta utilizada cada vez con mayor frecuencia en los servicios asistenciales, debido a que suma las ventajas de la regulación del sector público y la operación del sector privado, pues pretende tener servicios de salud acompañados con infraestructura en permanente buen estado, bien diseñada, con equipos modernos que no sobrepasen la vida útil técnica del equipo; promoviendo la eficiencia, productividad y sobre todo la calidad en el trabajo asistencial.

ESSALUD es la primera institución del Perú en promover proyectos de inversión en el sector mediante la modalidad de Asociaciones Público Privadas. Hasta el momento, ha suscrito cuatro contratos de APP con sociedades operadoras que cuentan con la participación de inversionistas privados nacionales e internacionales. Un hito importante en este reto, es que los hospitales que se están desarrollando por APP, son los denominados de "bata blanca", lo que significa que el Operador no solamente ha de promover la infraestructura, equipamiento, sino también los servicios asistenciales y administrativos para el funcionamiento autónomo de la unidad hospitalaria.

Esto supera lo realizado en Latinoamérica, como en el caso de México y aprovecha la experiencia de España y otros escasos países que se han comprometido en este esfuerzo, por lo que se puede decir que ESSALUD está innovándose.

Sin embargo, debido a la poca experiencia en Salud, los contratos que se han desarrollado hasta ahora son un ejemplo de buenas prácticas en materia de APP.

Los documentos administrativos que permitieron las iniciativas Privadas

ESSALUD es un organismo público descentralizado con personería jurídica de derecho público interno, adscrito al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, cuya finalidad es dar cobertura a los Asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, de carácter

económico y prestaciones sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos¹⁰.

En virtud del artículo 12° de la Constitución Política del Perú, los fondos y las reservas de la seguridad social son intangibles debiendo aplicarse en la forma y bajo la responsabilidad que señala la ley. En ese sentido, se crea la Ley N° 28006, Ley que garantiza la intangibilidad de los fondos y reservas de la seguridad social y restituye la autonomía administrativa, económica, financiera y presupuestal de ESSALUD, y es en virtud a esta normatividad que se pudo diseñar un programa de APP en el sector salud, independientemente al gobierno central, lo cual fue refrendado por el DL 1012.¹¹

La Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo del 20 de diciembre de 2007, establece que ESSALUD, constituye una entidad administradora de los fondos de la seguridad social; por lo tanto, los recursos que administrados no son públicos, son fondos privados de los asegurados.

Para el cumplimiento de sus fines, tal como se indica en el Decreto Supremo N° 0252007-TR, ESSALUD podrá celebrar todo tipo de contratos y/o convenios permitidos por la legislación peruana¹², incluyendo aquellos que resulten útiles para la realización de inversiones y servicios de mediano o largo plazo según se establezca en su Plan Estratégico de Inversiones, con los mecanismos de adjudicación y procedimientos generales que se complementen en la legislación peruana bajo la modalidad establecida por el Consejo Directivo de ESSALUD Para dicho efecto, este Consejo Directivo, dictará las disposiciones complementarias requeridas para la ejecución del Plan Estratégico de Inversiones, y designará al órgano competente para dirigir los procesos de inversión.

El 15 de enero de 2008, mediante acuerdo 1-1-ESSALUD-2008, el Consejo de ESSALUD creó el Comité de Promoción de Infraestructura y Servicios de Salud encargado de llevar a cabo los procesos del Plan Estratégico de Inversiones de dicha entidad, en este acuerdo se aprobaron también las facultades del Comité.

Por Decreto Legislativo N° 1012 se dictó la Ley Marco de Asociaciones Público-Privadas para la generación de empleo productivo. Esta ley dicta normas para la agilización de los procesos de promoción de la inversión privada y autoriza a ESSALUD a ejecutar programas de asociación público privada en virtud a su Quinta Disposición Final y Transitoria, en la que señala que ESSALUD, en el marco de la autonomía que la ley le confiere, se

¹⁰ Ley N° 27056, Ley del Seguro Social de Salud (ESSALUD). Artículo 1. Creación, definición y fines
1.1 Créase sobre la base del Instituto Peruano de Seguridad Social, el Seguro Social de Salud (ESSALUD) como organismo público descentralizado, con personería jurídica de derecho público interno, adscrito al Sector Trabajo y Promoción Social, con autonomía técnica, administrativa, económica, financiera presupuestal y contable.

1.2 Tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas, y prestaciones sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos.

¹¹ DL 1012, Decreto Legislativo que aprueba la ley marco de asociaciones público - privadas para la generación de empleo productivo y dicta normas para la agilización de los procesos de promoción de la inversión privada, del 13 de mayo del 2008.

¹² El Decreto Supremo N° 025-2007-TR, modifica el reglamento de la Ley N° 27056 y dispone que es obligación de ESSALUD, mantener un registro actualizado de entidades empleadoras, asegurados y derechohabientes, a través de medios tecnológicos adecuados, pudiendo delegar la operatividad de este registro en entidades públicas o privadas, de acuerdo a la normatividad vigente.

encuentra facultado de promover, tramitar y suscribir contratos de Asociaciones Público-Privadas con el objeto de incorporar inversión y gestión privada en los servicios que presta a los asegurados dentro de los mecanismos establecidos en dicha norma.

Mediante el Acuerdo de Consejo Directivo N° 50-16-ESSALUD-2010 del 25 de agosto del 2010, se aprobó el Reglamento de Promoción y Gestión de Inversión en Obras de Infraestructura y Servicios de Salud conforme al marco jurídico vigente.

Una vez generado el marco legal pertinente, se invitó a las empresas privadas a presentar Iniciativas Privadas para los diferentes servicios hospitalarios, de gestión y de infraestructura que priorizaría la entidad. Se generó un reglamento para permitir el trámite de estas iniciativas y es así como ESSALUD empieza a recibir propuestas de organizaciones privadas.

Características Principales de los Contratos

Los Contratos de APP que se firmaron en este sector, tienen las siguientes características:

- Estandarizados.
- Autosostenibles.
- Derivados de Iniciativas Privadas.
- Correspondientes al Modelo de Costos

Son contratos autosostenibles, lo cual significa que quienes pagan por el servicio son los asegurados. Para evitar duda alguna, se separaron los recursos económicos de la cobranza que se realiza antes de que ingresaran a ESSALUD, los que se derivaban a un fideicomiso.

ESSALUD tenía la alternativa de desarrollar proyectos para luego convocar a concursos de proyectos integrales bajo un esquema de iniciativa pública; no obstante, prefirió convocar a los inversionistas a presentar sus proyectos. Esto permitió que la inversión respecto a investigación la solventara el sector privado, acelerando el desarrollo de los proyectos ahorrándose los costos de investigación.

Los contratos han sido estructurados bajo el de modelo de costos, esto significa que el riesgo de demanda corresponde a la entidad y el riesgo del servicio al operador especializado y privado. ESSALUD puede asignar más o menos asegurados a un hospital u otro, lo que no puede hacer el operador, dado que es la mejor manera de distribuir los riesgos.

Tienen características generales, como la que se refiere a que al vencimiento del plazo de vigencia, toda la infraestructura construida sobre y/o debajo de los terrenos, pasará automáticamente a ser propiedad de ESSALUD.

Durante la vigencia del contrato, la sociedad operadora mantiene el derecho de uso y usufructo de la infraestructura y equipamiento, así como de los demás bienes vinculados a la ejecución de las prestaciones.

Luego de la suscripción del contrato, la sociedad operadora deberá presentar a ESSALUD los Estudios del Proyecto de Construcción de Obras (PCO) y el Programa de Ejecución de Obras (PEO).

ESSALUD, con la participación del supervisor de obras, evaluará el Proyecto y dispondrá las modificaciones pertinentes. Después, la sociedad operadora deberá presentar un proyecto final subsanando las observaciones emitidas por ESSALUD, de modo que de ser aprobado este Proyecto se constituirá en el Estudio de Ingeniería Definitivo (EDI) que regirá a lo largo del Contrato.

6. Proyectos bajo la modalidad de APP en ESSALUD

6.1 Proyectos Adjudicados

Como estrategia para cubrir la brecha de servicios en el sector salud, ESSALUD viene desarrollando los siguientes proyectos de inversión bajo la modalidad de APP:

Gestión Logística de Almacenes y Farmacias

El contrato fue suscrito el 5 de febrero del 2010 entre ESSALUD Y SALOG S.A., constituyendo un derecho de superficie, la construcción de infraestructura, equipamiento e implementación y gestión logística de almacenamiento, distribución y entrega de materiales en la red de almacenes y farmacias de ESSALUD por un periodo de 10 años, beneficiando a la población de Lima y Callao.

Hospital III Callao y Centro de Atención Primaria

La fecha de suscripción del contrato del Hospital de nivel III del Callao fue el 31 de marzo del 2010 e inició la construcción en abril del 2012 bajo el modelo de Asociación Público Privada con el Consorcio Callao Salud SAC, el cual se encuentra a cargo de la construcción y equipamiento del mismo por un periodo de 30 años, después del cual el hospital y todas sus instalaciones serán directamente gestionados por ESSALUD.

El hospital se integrará a la Red Asistencial Sabogal y atenderá anualmente a 250 mil asegurados; además, contará con un moderno y completo equipamiento de más de 200 camas, laboratorios clínicos, centro obstétrico, servicio de radiodiagnóstico, hemodiálisis, entre otros. La construcción y equipamiento del nuevo complejo concluirá en un máximo de 24 meses, por lo que se encontrará operativo en abril de 2014.

Hospital III Villa María del Triunfo

La fecha de suscripción del contrato del Hospital III de Villa María del Triunfo fue el 31 de marzo del 2010 e inició la construcción en abril del 2012 bajo el modelo de Asociación Público Privada con Consorcio Villa María del Triunfo SAC, el cual se encuentra a cargo de la construcción y equipamiento del mismo por un periodo de 30 años, después de dicho periodo el hospital y todas sus instalaciones serán directamente gestionados por ESSALUD.

El hospital se integrará a la Red Asistencial Rebagliati, atenderá anualmente a 250 mil asegurados y contará con más de 200 camas, laboratorios clínicos, centro obstétrico, servicio de radiodiagnóstico, entre otros. La construcción y equipamiento concluirá en un máximo de 24 meses, por lo que este estará operativo en abril de 2014.

Consultorios externos Torre Trecca

La fecha de suscripción del contrato fue el 26 de agosto del 2010, bajo el modelo de Asociación Público Privada con Consorcio TRECCA para la remodelación e implementación de infraestructura, equipamiento, gestión y prestación de servicios asistenciales y administrativos en la Torre Trecca por un periodo de 20 años.

6.2 Cartera de proyectos en proceso bajo la modalidad de APP en ESSALUD

Producto de este proceso se presentan otras iniciativas privadas que han quedado en cartera. Uno de los grandes problemas que surgen con los cambios de la administración es que los proyectos que están en desarrollo en la anterior gestión, pueden paralizarse en la nueva. Así tenemos los siguientes casos:

Nuevos centros de diálisis

Representa un proyecto bajo modalidad de APP para el diseño, financiamiento, construcción, equipamiento, suministro, operación y mantenimiento de los nuevos centros de diálisis para ESSALUD por un periodo de 30 años, el cual ostenta la suma de 5 millones en inversión.

Iniciativa privada de laboratorios

Proyecto bajo la modalidad de APP para la prestación del servicio integral de patología clínica (laboratorio) para los asegurados y sus derechohabientes por un periodo de 15 años, mediante el cual se beneficiará la población de Lima Metropolitana y Callao.

Hospital nivel III Ate Vitarte

Es un proyecto bajo iniciativas privadas para la construcción y mantenimiento de infraestructura del hospital, dotación de equipamiento, gestión y prestación de servicios asistenciales a 250 mil asegurados adscritos por un periodo de 30 años.

Unidades básicas de atención primaria

Es un proyecto bajo Iniciativa Privada para la construcción, mantenimiento de infraestructura, dotación de equipamiento, gestión y prestación de servicios asistenciales en estas unidades para la población adscrita por un periodo de 30 años.

7. Lecciones aprendidas en la promoción y estructuración de contratos de APP en el sector salud

Estandarización de los contratos

Se recomienda la estandarización de los contratos para las Asociaciones Público Privadas (APP) debido a que permite agilizar los procesos de ejecución de los proyectos. Si un contrato tiene el mismo contenido que otro, la entidad que ha de financiar el desarrollo del proyecto no tendrá dificultades en revisarlos, a diferencia de tener que realizar una revisión de contratos con diferente estructuración.

Hay cláusulas genéricas que pueden ser fácilmente estandarizadas, incluso elevadas a un nivel de norma que sea más difícil de cambiar.

Elección del modelo de contrato

La elección del modelo del contrato depende si la SPE o el Estado pueden generar cambios en la demanda, en caso que la SPE no administre los cambios de la demanda nos encontramos en un contrato bajo modelo de costos, caso contrario, representa un contrato bajo modelo de demanda.

El operador de hospitales no puede tener control sobre la demanda respecto de la asignación de los asegurados de ESSALUD, por lo que no podría competir con otra unidad porque se encuentran en ámbitos geográficos distintos. En consecuencia, a ESSALUD le toca asignar los asegurados a cada unidad de servicio médico. En consecuencia solo le queda al operador lograr la eficiencia en su gestión y controlar los gastos y costos que de ello se establezca.

Esta es la gran ventaja del modelo aplicado por ESSALUD. Si el operador administra un hospital con un número de adscritos predeterminado y le pagan los costos de atención según una siniestralidad estimada, entonces la única manera de administrar el riesgo operativo y/u obtener mayores utilidades es reducir los costos. Para lograr este objetivo, tiene que bajar la siniestralidad o los costos operativos, lo que solo puede hacer a través de unidades de contención o unidades básicas de atención primaria; y a través de tareas de prevención para evitar que los adscritos a la unidad de salud se enfermen. Si la siniestralidad es contenida y se reduce, entonces los costos de operación descienden y por lo tanto, el operador habrá disminuido su riesgo operativo y podrá obtener mayores utilidades.

El hecho anterior es bueno para la sociedad, para ESSALUD y el gobierno. Los objetivos se alinean; la operadora mejora su posición económica y cumple el objetivo de mantener a la población sana, lo cual se transforma en bienestar social para los asegurados.

Estructuración económica

La sociedad operadora percibirá una retribución mensual denominada retribución por el servicio (RPS). El monto de esta incluye lo siguiente:

Conceptos Retribución por Inversiones (RPI)

- a) Los costos de inversión en infraestructura, que equivalen a la Retribución por Inversión en Infraestructura (RPI-I). Es el pago periódico que hacen los asegurados de ESSALUD permite la recuperación de la inversión en infraestructura, llámese las edificaciones de los hospitales, los almacenes o la remodelación de la Torre Trecca.
- b) Los costos de inversión en equipamiento que equivale a la Retribución por Inversión en Equipamiento (RPI-E). Los hospitales, la torre de consultorios y los sistemas logísticos necesitan de equipos, los cuales son inversiones del operador, que se recuperan mediante un pago periódico.
- c) Conceptos Retribución por Operaciones (RPO)
- d) Los costos de operación asistencial, que equivalen a la Retribución por Operación Asistencial (RPOA). Los hospitales, como la torre de consultorios necesitan de médicos, enfermeras que con otros costos llegan a ser los costos de la operación asistencial.

- e) Los costos de operación y mantenimiento administrativos, que equivalen a la Retribución por Mantenimiento y Operación (RPMO). Por otro lado, existen costos administrativos y no asistenciales necesarios para la operación de los servicios de salud, así como para el mantenimiento de la infraestructura y el equipamiento.

El RPS es igual a la suma del RPI y RPO, a los cuales se debe añadir el IGV.

Estructuración Financiera

ESSALUD en coordinación con la sociedad operadora constituirán un fidecomiso, el cual se denominará Fidecomiso de Administración y Garantía y debe estar constituido a más tardar en la fecha de inicio del periodo de inversión. A este fidecomiso se destinarán los pagos del RPS.

El elemento principal de las estructuraciones de financiamiento de proyectos realizadas por ESSALUD es que los recursos financieros necesarios de las cobranzas a los asegurados se iban—con un amplio factor de cobertura- a las cuentas de un fideicomiso, que luego distribuía estos entre todas las obligaciones detalladas en el acápite anterior y según las prelación que se concordó en el contrato.

La búsqueda de la autosostenibilidad.

Un proyecto de APP es autosostenible cuando los ingresos derivados del contrato cubren los egresos operativos y recuperan la inversión, mientras que si dichos ingresos no logran cubrir los egresos operativos o si los cubren no se logra recuperar plenamente la inversión, entonces estamos ante un proyecto APP deficitario. Esto supone que los usuarios que reciben el servicio derivado del proyecto no logran cubrir la rentabilidad del proyecto, por lo que se necesita es que el Estado ingrese a cofinanciar al usuario para hacer sostenible a dicho proyecto, denominado proyecto APP cofinanciado.

Los contratos de los hospitales de ESSALUD, los proyectos del Hospital Nivel III Villa María del Triunfo y del Hospital Nivel III del Callao son autosostenibles porque son los asegurados los que sostienen el servicio.

Conclusiones

La aplicación de Asociaciones Público Privadas en el Sector Salud representan una oportunidad para reducir las necesidades existentes de servicio e infraestructura en el sector, en el presente trabajo se han presentado casos exitosos que demuestran los beneficios de esta asociación a nivel mundial.

En Perú, ESSALUD es la primera institución peruana del sector salud en llevar a cabo contratos bajo la modalidad de APP. Los cuatro contratos suscritos por ESSALUD presentan características en común como son: estandarización, autosostenibilidad, derivan de iniciativas privadas y corresponden al modelo de costos. Son estandarizados ya que poseen una estructura común, salvo los capítulos del régimen económico y financiero, dado que, la remuneración económica de los hospitales difiere ligeramente de la torre de consultorios y también al de logística, y estos entre sí, esto tiene implicancias en la parte financiera; autosostenibles, ya que quien paga por el servicio son los asegurados y estructurados bajo el esquema de modelos de costos, pues el riesgo de la demanda corresponde a ESSALUD y el riesgo del servicio al Operador especializado y privado.

Bibliografía

- ALBORTA, Guillermo; Claudia STEVENSON y Sergio TRIANA
2011 *Asociaciones público-privadas para la prestación de servicios. Una visión hacia el futuro*. Documento de Discusión # IDB-DP-195. BID
- ASTORGA, Ignacio
2010 Programa PPP Salud. Chile Gobierno de Chile, Ministerio de Salud: Presentación en Power Point.
- BASU, Rumki
2011 *Rashtriya Swasthya Bima Yojana: Pioneering Public-Private Partnership in Health Insurance*. New Delhi
Contrato de Asociación Público Privada para la Constitución de Derecho de Superficie, Diseño, Construcción de Infraestructura, Implementación y Prestación de Servicios de Gestión de Almacenamiento, Distribución y Entrega de Materiales en la Red de Almacenes y Farmacias de Lima de ESSALUD. Fecha de suscripción: Febrero, 2010.
Contrato de Asociación Público Privada para la Constitución de Derecho de Superficie, Diseño, Construcción de Infraestructura, Dotación de Equipamiento, Operación y Mantenimiento del Nuevo Hospital III Callao y su Centro de Atención Primaria de la Red Asistencial Sabogal de ESSALUD. Fecha de suscripción: Marzo, 2010.
Contrato de Asociación Público Privada para la Constitución de Derecho de Superficie, Diseño, Construcción de Infraestructura, Dotación de Equipamiento, Operación y Mantenimiento del Nuevo Hospital III Villa María del Triunfo de La Red Asistencial Rebagliati de ESSALUD. Fecha de suscripción: Marzo, 2010.
Contrato de Asociación Público Privada para la Remodelación e Implementación de Infraestructura, Equipamiento, Gestión y Prestación de Servicios Asistenciales y Administrativos en la Torre Trecca. Fecha de suscripción: Agosto, 2010
- HELLOWELL, Mark
2011 «The role of public-private partnerships in health systems is getting stronger». En: *Commonwealth Health Partnerships 2012*. London: Commonwealth Secretariat, pp.71-73
- IFC (INTERNACIONAL FINANCE CORPORATION)
2012 Brazil: Hospital do Subúrbio
- INEI (INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA)
1997 *Compendio de Estadísticas Sociales 1996-97*. Lima: INEI
- NIKOLIC, Irina y Harald MAIKISCH
2006 *Public-Private Partnerships and Collaboration in the Health Sector. An Overview with Case Studies from Recent European Experience*. Documento de Discusión del Health, Nutrition, and Population Family (HNP). Washington D.C.: World Bank
- SAN JOSE CONSTRUCTORA
2012 *Memoria 2011 Sociedad Concesionaria San Jose Tecnocontrol, S.A.*
Seguro Social del Perú-ESSALUD. Lima, Perú. www.ESSALUD.gob.pe

Recibido: 10/07/2013
Aprobado: 02/08/2013