

Todo lo que debe saber sobre la Reorganización del Sector Salud de Bogotá

Red integrada de servicios de salud



## 1er. Foro Internacional De Asociaciones Publico - Privadas en Salud para Bogotá

Experiencia de las APP en salud en la “Madre Patria”  
Cómo hacer un APP Embriagados de Éxito

Dra. Paloma Alonso Cuesta  
CEO Globesalud Consultores S.L.

## 1. Concepto APP y Tipología

## 2. Las 7 IES de la Madre Patria para las APP en el sector

salud de Colombia:

- Razones fundamentadas en “Buenas Prácticas”
- Razones fundamentadas en “Lecciones Aprendidas

## 3. Conclusiones

# Las 7 "IES" de la "Madre Patria"

**IDENTIFICACIÓN: Prioridades y Requerimientos APP**

**INFORMACIÓN: Comunicación+Transparencia: Legitimación**

**INTEGRACIÓN: Red Recursos, Niveles, Servicios,**

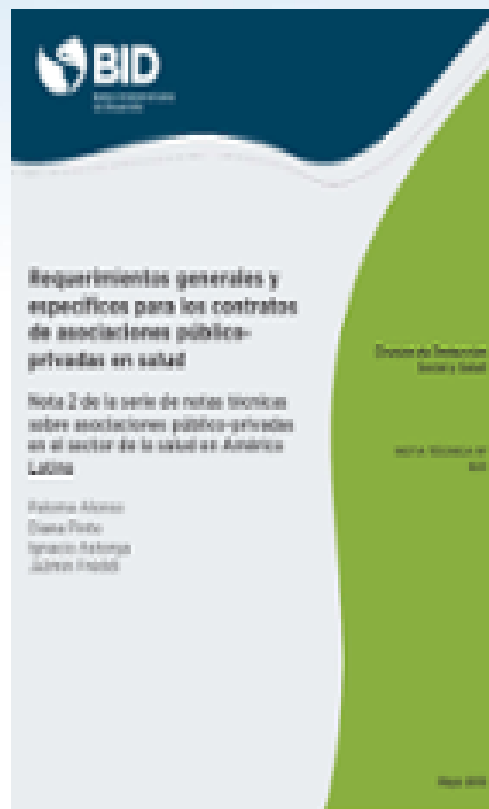
**IMPLICACIÓN: GRUPOS DE INTERÉS**

**INNOVACIÓN: ORGANIZATIVA, TÉCNICA,**

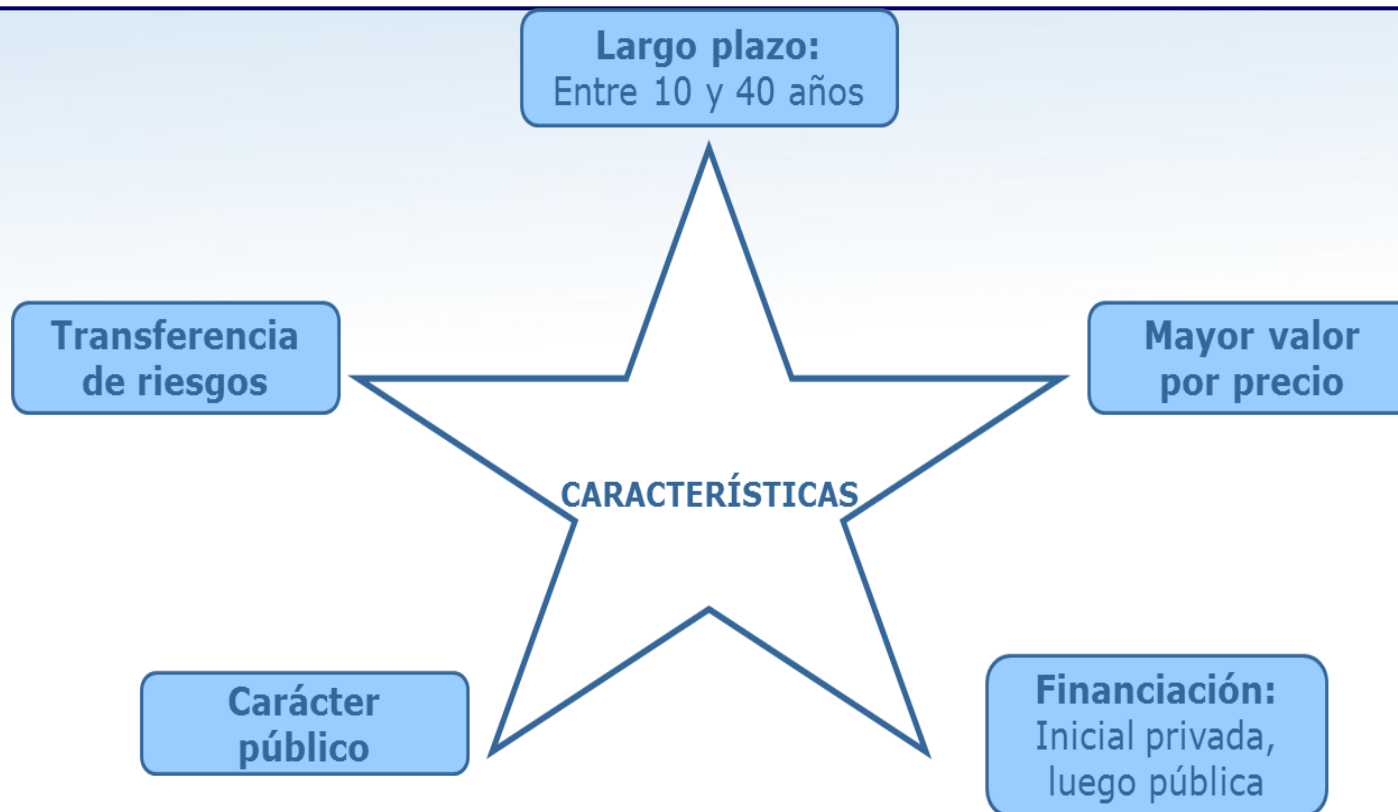
**IDONEIDAD: TIPO APP Y PROCEDIMIENTO**

**IMPACTO: Resultados APP**

# Metodología: 4 Notas técnicas publicadas por el BID



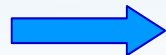
**Formas de cooperación entre autoridades públicas y empresariales cuyo fin es garantizar la financiación, construcción, renovación, gestión y mantenimiento de una infraestructura o la prestación de un servicio concreto.**



En las APP el sector público se beneficia de la capacidad gerencial y elevada especialización del socio privado (CEPAL, 2011).

# ¿QUÉ ? Alcance y Tipo

Diálogo competitivo



						Atención Socio Sanitaria. Dependencia
						Atención Salud Primaria Médicos y Enfermería 1 nivel Programas de salud
						Atención Salud Especializada Docencia e Investigación Médicos especialistas Personal de Enfermería Bata blanca y pijama azul
						Atención Salud Especializada Docencia e Investigación Médicos especialistas Personal de Enfermería Bata blanca
						Atención Salud Especializada Docencia e Investigación Médicos especialistas Personal de Enfermería Bata blanca
						Equipamiento Electromédico Alta Tecnología Sistemas de Información
						Equipamiento Electromédico Alta Tecnología Sistemas de Información
						Equipamiento Electromédico Alta Tecnología Sistemas de Información
						Equipamiento Electromédico Alta Tecnología Sistemas de Información
						Servicios Logística, Hoteleros Transporte de pacientes, Archivo de HC Esterilización y otros Bata verde
						Servicios Logística, Hoteleros Transporte de pacientes, Archivo de HC Esterilización y otros Bata verde
						Servicios Logística, Hoteleros Transporte de pacientes, Archivo de HC Esterilización y otros Bata verde
						Servicios Logística, Hoteleros Transporte de pacientes, Archivo de HC Esterilización y otros Bata verde
						Servicios Logística, Hoteleros Transporte de pacientes, Archivo de HC Esterilización y otros Bata verde
						Servicios Logística, Hoteleros Transporte de pacientes, Archivo de HC Esterilización y otros Bata verde
						Otros Servicios Facilities Bata gris completa
						Otros Servicios Facilities Bata gris completa
						Otros Servicios Facilities Bata gris completa
						Otros Servicios Facilities Bata gris completa
						Otros Servicios Facilities Bata gris completa
						Otros Servicios Facilities Bata gris completa
						Otros Servicios Facilities Bata gris completa
Construcción + Equipamiento y mobiliario: básico y clínico + Mantenimiento Infraestruct Bata gris parcial	Construcción + Equipamiento y mobiliario: básico y clínico + Mantenimiento Infraestruct Bata gris parcial	Construcción + Equipamiento y mobiliario: básico y clínico + Mantenimiento Infraestruct Bata gris parcial	Construcción + Equipamiento y mobiliario: básico y clínico + Mantenimiento Infraestruct Bata gris parcial	Construcción + Equipamiento y mobiliario: básico y clínico + Mantenimiento Infraestruct Bata gris parcial	Construcción + Equipamiento y mobiliario: básico y clínico + Mantenimiento Infraestruct Bata gris parcial	Construcción + Equipamiento y mobiliario: básico y clínico + Mantenimiento Infraestruct Bata gris parcial

**APP obra pública**

**APP servicios salud**

# ¿QUÉ?

## Alcance y Tipo. Modelos (2-2)

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

APP  
"bata gris verde"



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

APP  
"bata blanca"



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

APP  
servicio específico



**Concesión de un servicio integral de gestión y provisión tecnológica**

Riesgo Compartido  
Socio Tecnológico



- En España la legislación diferencia concesiones de APP



# Identificación Requerimientos condicionantes

**Necesidades de Salud: Recursos**

**Marco jurídico de regulación: Ley 1508 2012**

**Apoyo nacional e internacional: BID BM CEPAL**

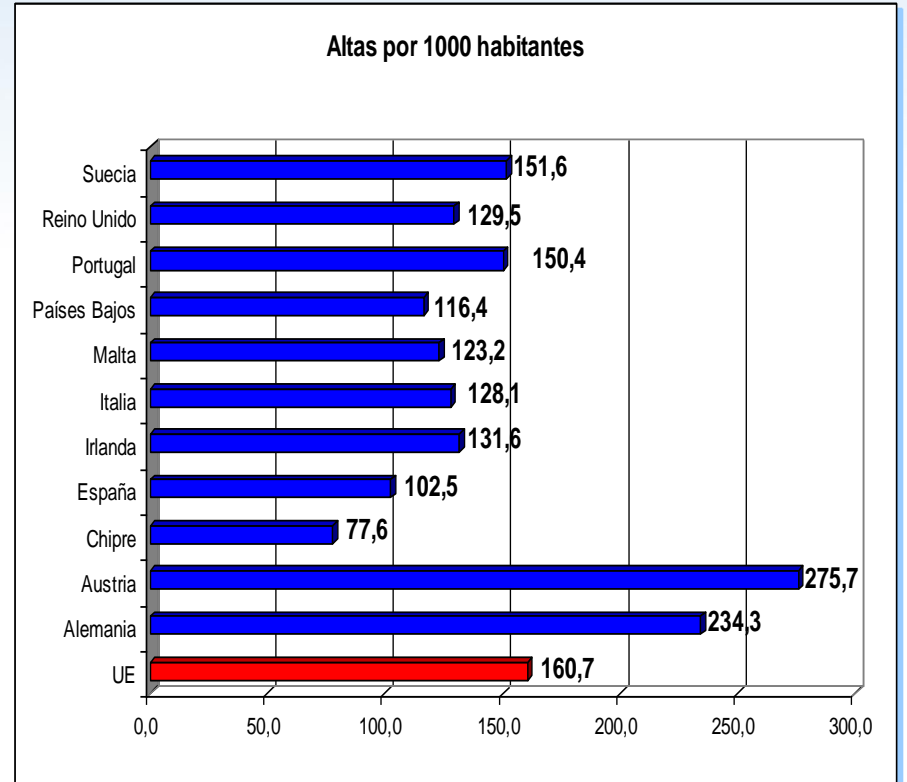
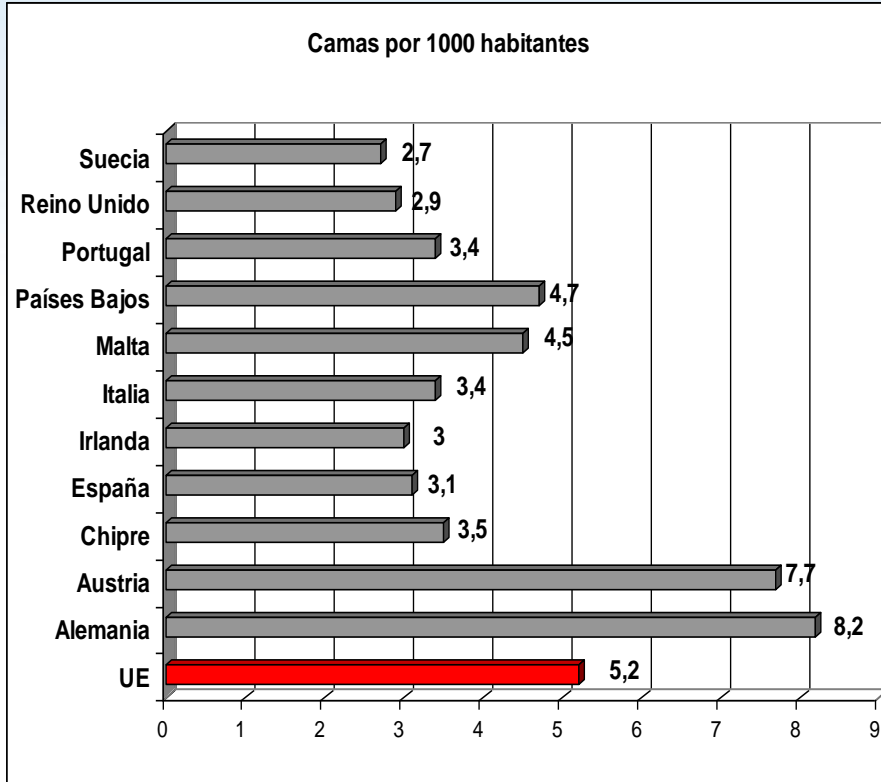
**Mercado proveedores: Atraer inversionistas**

**“Mayor Valor por Precio” (VFM): Multivariable**

**Formación, control, evaluación**

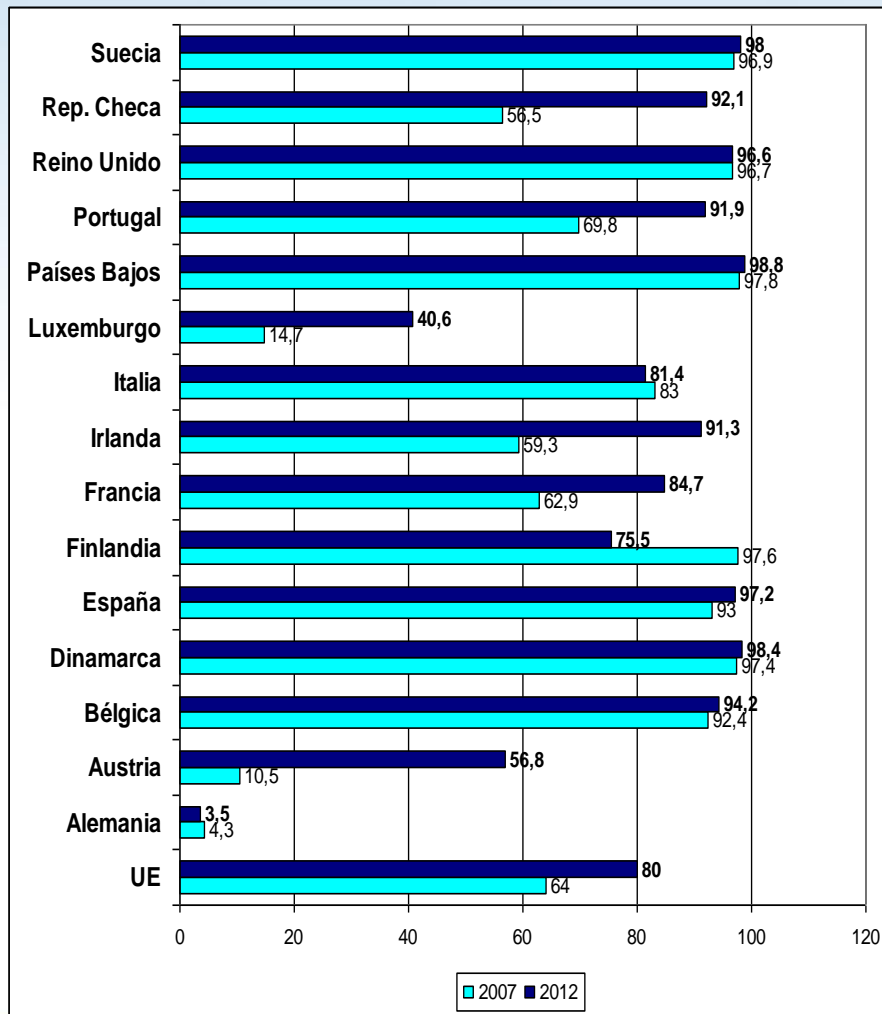


# CAMAS vs. ALTAS HOSPITALARIAS



Fuente: Ministerio de Sanidad – Información y estadísticas sanitarias.  
Datos Año 2011

# CAMAS vs. Otras ALTERNATIVAS



Las camas han perdido parte de su valor como indicador de recursos de salud.

Han reducido la internación:

- 1er nivel "puerta de entrada"
- Cirugía mayor ambulatoria
- Hospitales de día
- Radiología intervencionista
- Hospitalización domiciliaria
- Gestión de patología crónica.
- Abordaje multidisciplinar
- Tecnologías siustitutivass

# Identificación: Apoyo internacional

- Entidades crediticias incrementan requisitos
  - Financiación de las APP, en periodos de recesión económica
  - Aumento equity e intereses.
  - Latinoamérica, tasas internas de retorno, mínimamente aceptables por los inversores privados internacionales, se sitúan entre el 15% y el 25%, aunque se dan casos de Países con mayores condicionantes en materia de TIR. (Riesgo país)
- 
- Por el contrario en la Unión Europea, los requerimientos de TIR de las APP suelen oscilar entre el 7% y el 10% debido al papel clave que juega el Banco Europeo de Inversión en su financiación.
  - El Banco Interamericano de desarrollo podría ejercer una función similar al BEI en los proyectos APP de la región Latinoamérica.
  - Por otro lado: La confianza bancaria igualmente se debilita cuando se produce un desequilibrio económico en perjuicio de la sociedad concesionaria como resultado de la aplicación del contrato que obliga al reequilibrio en un corto plazo.

# Identificación: Mayor Valor por Dinero

## Lecciones aprendidas con relación al análisis

- En los países incluidos en este análisis ha puesto de manifiesto que en la mayor parte de ellos para **la determinación del "Mayor Valor por Dinero"** solo se valoró el PSC en el caso base.
- En el Reino Unido se realizó un análisis completo del "Value For Money" y se incorporaron factores cualitativos. Se encuentra estandarizado. (Treasury, 2011).

### Variables:

- **Quality**
- La contribución del socio privado a la innovación tecnológica u organizativa.
- La aportación del APP a la sostenibilidad Medioambiental.
- Transferencia del riesgo: demanda, disponibilidad y calidad del servicios.

# Identificación de Riesgos

En el ámbito sanitario la transferencia del riesgo de demanda y de disponibilidad resultan esenciales, al existir mayores dimensiones de la calidad del servicio que pueden ser observadas por los ciudadanos pero de difícil medición y verificación por la Administración (Sánchez, 2012).

## Se recomienda:



- **No incurrir en una transferencia masiva de riesgos al privado**, porque puede provocar ineficiencia.
- **Asumir cada socio los riesgos para los que está más preparado**
- **Matriz con Plan de Contingencia**

## 4 tipos de procedimiento de licitación empleadas por los países:

1. Abierto.
2. Diálogo competitivo
3. Iniciativa Privada.
4. Restringido

Procedimiento licitación. **abierto reduce costes de transacción** (Sánchez y Gago, 2012).

**3-7% menores costes "ex ante"** sin mostrar incremento de costes ex post (Soliño, 2012).

**Diálogo:** Reformas centro, socio tecnológico

**Fijar baja temeraria, oferta suelo** parte técnica como factor preponderante en la evolución de las ofertas (Liu y Wilkinson, 2013).

**Sumar agentes:** controloria, banco, proveedores

**Evaluación estandarizada y ¿ponderación?**

## UNIDAD APP SALUD INTEGRAL MULTIDISCIPLINAR

### FASE EX ANTE

### LICITACIÓN ADJUDICACIÓN

### FASE EX POST

**Identificación y priorización de proyectos APP: plan estratégico.**

**Estructuración: factibilidad ; valor por dinero, transferencia de riesgos.**

**Promoción APP: estudio de mercado identificación proveedores acreditados.**

**Elección del procedimiento de licitación más acorde con tipo de APP.**

**Elaboración de pliegos técnicos y administrativos y confección del contrato.**

**Evaluación de ofertas presentadas y adjudicación, resolución de reclamaciones y firma de contrato.**

**Apoyo cierre financiero y a la due diligence.**

**Supervisión, seguimiento y control APP en ejecución en sus distintas etapas.**

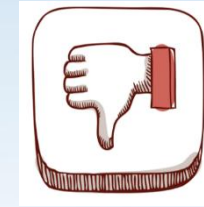
**Aplicación de deducciones por incumplimientos con los niveles de servicio establecidos.**

## APOYO TRANSVERSAL: FORMACIÓN, COMUNICACIÓN, GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO





- 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 APP
- Contribuir a la formación del personal propio



- 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.
- Convivencia entre los dos socios externos

# Integración: Máxima según tipo APP

## APP "Bata Blanca"

- **Atención Integral**
- **Todos los niveles asistenciales:**
  - Primaria
  - Especializada/ Hospitalaria
  - Sociosanitaria
- **Asistencia, Docencia, Investigación**

## APP "Bata Gris-Verde"

- **Operación Integral**
- **Todos los servicios que aporten valor no rompan la "cadena":**
  - Patrimoniales
  - Hoteleros y Logísticos
  - Dotación y gestión equipamiento
- **100% prestaciones que conllevan**

## RU (53) y HOLANDA (21) CONCENTRACIÓN

>2 aceleradores lineales, número medio de 4 a 10 equipos.

Dependiente del centro principal: satélites.

Crecimiento % pacientes que acceden al tratamiento (3-4% interanual, Incorporación planificada de la innovación tecnológica coste efectiva y sin listas de espera (Slotman, Vos, 2013).

Centro principal al menos con 4 AL, 8 oncoradioterapéutas y 3 radiofísicos

RECURSO	VARIABLES	INDICADORES	FACTORES PONDERACION	OBSERVACIONES
Radioterapia Acelerador Lineal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incidencia cáncer: 402-380/1 00.000 habitantes.</li> <li>- Indicación de Radioterapia: 50-60%.</li> <li>- Rendimiento unidad: 85%.</li> <li>-Tratamientos por equipo a doble turno y año: 370-400 pacientes.</li> </ul>	1 Unidad 250.000-habitantes.	Configuración del servicio con dooble acelerador (Servicio de Referencia).	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Cada servicio atenderá como mínimo 500.000 habitantes.</li> <li>- Ubicado en hospital.</li> <li>-Los servicios deberán disponer además de simulador y planificador.</li> <li>-La braquiterapia, (tratamiento de tumores intracavitarios e intersticiales), abarcará al menos una población de 750.000 habitantes (servicio de referencia)</li> </ul>

## Integración de recursos cooperación y complementariedad, mapa georreferenciado de recursos

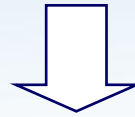
RECURSO	VARIABLES	INDICADORES	FACTORES DE PONDERACIÓN	OBSERVACIONES
Neurocirugía	Utilización: 1-2/ 1.000 habitantes  Procedimientos mínimos de cirugía mayor/servicio/año: 250	1 servicio/ 750.000 habitantes	Tasa de accidentes en el área de influencia del Servicio  Organización del Hospital: Características del Servicio de Traumatología	Precisa diagnóstico por la imagen bien dotado  Incluyendo 20-30% de procedimientos neurotraumatológicos y 20-30% de procedimientos de cirugía menor

# INTEGRACIÓN RECURSOS

	DEFINICIÓN DE BAJO VOLUMEN ANUAL.	DEFINICIÓN DE VOLUMEN ÓPTIMO.	RESULTADOS EN MORTALIDAD DE MÁS O MENOS VOLUMEN.
PANCREATECTOMÍA TOTAL / DUODENOPANCREATECTOMÍA	9 Casos por Médico 10 Casos por Hospital	Más de 80 casos por Hospital	6% vs. 13% en Médicos. 5% vs. 18,9% en Hospitales
ESOFAGUECTOMÍA	Menos de 5 casos	Mas de 30 casos por Hospital	6% vs. 17% en Hospitales
MAMA	Menos de 30 casos por Médico	Mas de 30 casos por Médico	8% mas en Médicos con bajo volumen
PULMÓN	Menos de 23 casos por Médico Menos de 38 por Hospital		No hay diferencia en Médicos. 1,65% en Hospitales de bajo volumen.
COLORRECTAL POR MÉDICO	Menos de 12 casos por Médico	Mas de 34 casos	No hay diferencia en Médicos 2% mas elevado en Hospitales de bajo volumen.
GÁSTRICO	menos de 12 casos por Médico Menos de 15 por hospital		5,7% mas en Médicos 7,1% en Hospitales de bajo volumen

## Desconocimiento APP por el público, sesgo ideológico

### CUADERNO DE VENTAS. ARGUMENTARIO TRANSPARENCIA



- 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 APP.
- Presentar públicamente los resultados obtenidos en las evaluaciones de las APP.
- Web o portal, con información sobre el desarrollo del APP.



# Intereses corporativos más improvisación: Conflicto



**“No descarto seguir la privatización de la Sanidad”  
Se granjea el primer enemigo:  
la Marea Blanca**



# “Silenciosa privatización” “Marcha de la Dignidad”

## México: Protestan contra privatizaciones en el sector salud



## 'Marcha por la Dignidad' contra la privatización de Son Espases

Contra la privatización, por el pago del aparcamiento por los trabajadores

## Se recomienda

- La constitución de un órgano de contratación multidisciplinar y multisectorial integrado por varios departamentos de la Administración.
- La formación de personal funcionario para cualificación en APP
- La consulta a los distintos agentes
- Involucrar a las entidades financieras

# Implicación: Entidades financieras “bancabilidad”

## RECOMENDACIÓN

- Consultar a entidades bancarias para verificar que el proyecto sea “bancable”
- Conocer requerimientos y condiciones que exigen.
- Buscar el refrendo de un préstamo de un organismo crediticio multilateral como puede ser el Banco Europeo de Inversión o el Banco Interamericano de Desarrollo. Da confianza al mercado de capitales.
- Bancabilidad se incrementa cuando el APP: se presenta por una sociedad concesionaria con experiencia y garantías financieras acreditadas, existe adecuada transferencia de riesgos, predictibilidad de flujos de efectivo, disponibilidad de contratistas alternativos si mal desempeño, protección si extinción del contrato de forma anticipada o fuerza mayor

# Implicación: Entidades Financieras

## RECOMENDACIÓN

- Establecer unos requerimientos de solvencia del socio privado acordes con la magnitud del proyecto:
  - Solvencia técnica: experiencia, medios, etc.
  - En la oferta económica se exigirá específicamente un plan económico-financiero
  - A la firma del contrato, se constituye una garantía definitiva y se exige la formalización de pólizas de seguro.
- Introducir cláusulas para el reequilibrio económico. 5 años según TIR
- Instaurar instrumentos financieros que favorezcan la financiación y garanticen el pago, tal y como se ha producido en México, Brasil y Perú.
- En aquellos casos en los que resulte difícil obtener financiación valorar una fórmula de APP institucionalizada, en el que la Administración participa aunque sea con una bajo porcentaje.

# Idoneidad: APP de “bata gris-verde”

## Idóneo para introducir APP, reemplazar, remodelar hospital existente.

- Infraestructura y provisión de servicios no sanitarios: único proveedor, una licitación
  - Menores plazos de ejecución y de sobrecostos.
  - Conflictividad laboral mínima servicios altamente externalizados
  - Si se articula correctamente no consolida como deuda.
- Duración 20-30 años. Inversión vía canon.
  - Exige menor conocimiento y experiencia del personal.
  - Mayor número de proveedores > concurrencia.
  - Resulta más bancable.
  - Menor coste político y contestación social, por no incluir servicios clínicos.



# Idoneidad: “Bata gris-verde”

- Evitar modificados p. arquitectónico y equipamiento, sobre todo si reemplazo de hospital anterior.
- Acompasar plazos equipamiento eletromédico y alta tecnología si depende de Administración.
- Cohabitación y bicefalia: interacción permanente entre dos modelos muy diferentes. Oportunidad y gestión del cambio
- Incorporación de sistemas de control válidos.
- Se trata de contratos suscritos entre servicios de planta central de salud (nacionales o regionales) y proveedor externo.
- Generación del “síndrome de Estocolmo”.
- Disgregación: entre las propias concesionarias

## Recomendable para innovar gestión y en áreas sin recursos

**Promoción actividades preventivas y salud pública**  
< Incidencia de enfermedades y < prevalencia cronificación  
< actividades curativas de > consumo recursos

**Seguimiento longitudinal, continuidad asistencial**

**Sin riesgo de cohabitación intracentro** e introduce "caballo de Troya" o la competencia en el sector público.  
Elemento dinamizador



# Idoneidad: APP "bata blanca"

**Exige conocer población asignada: no fluctuación cte.  
Fracasa prevención**

**Fondo Financiación:  
SS + MINSA/Región**

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

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

**Administración fija Cartera de Servicios con criterios de ordenación y volúmenes mínimos**

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

# Idoneidad: APP “bata blanca”

- Considerar estructura poblacional y aseguramiento privado.
- Incluir en los contratos penalización ligados a calidad técnica y percibida
- 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”.

## Recomendable para empezar APP salud y mancomunar recursos

### **Servicios centrales: diagnóstico/ tratamiento y no sanitarios**

Laboratorio, Dco por la imagen para primer nivel, aumento resolución  
Central Logística, Central Esterilización, Centro de ayuda  
Construcción varios APP al tiempo

### **Internalización de un Servicio Central Externalizado en centro público: Radioterapia, Hemodiálisis, Imagen**

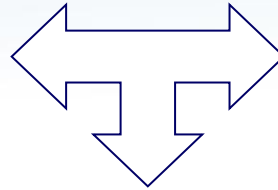
Menores desplazamientos  
Unidad Funcional

### **Nuevas tecnologías: Permite compartir**

Cocina cadena de frío, Core Lab, Anillo Radiológico  
Junto con Diálogo competitivo APP tecnológico

# Innovación: Distintas tipologías

**Innovación:  
Diseño  
Organizativa  
Tecnológica**



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

**Modelo referencial diferente. Competencia**

# INNOVACIÓN infraestructuras sanitarias y con la dotación de equipamiento

**Las APP, por su carácter de contrato de largo plazo, han contribuido a la consideración del impacto futuro.**



En España y Reino Unido los proyectos APP fueron los primeros en incorporar en las licitaciones, instalaciones y sistemas de ahorro energético y agua.



En España como en el Reino Unido prevén adaptación a necesidades futuras: espacios de reserva, versátiles, desde su planificación (Barlow y Koberle-Gaiser, 2009).

**Las APP, han introducido cambios importantes y positivos en la externalización de los servicios “clásicos”**



No son cortoplacistas, favorecen la inversión en nuevas tecnologías: robotización, cadena fría.. Evitan crecimientos constantes IPC



Introducen la evaluación del desempeño con indicadores de calidad y disponibilidad

# Innovación: Arquitectura Hospitalaria Científica.

Impacto	Luz natural	Jardines	Habitación individual	A. Familiar	Amortización ruido
Reducción de infecciones intrahospitalarias			**		
Reducción errores médicos			*		*
Reducción caídas de pacientes	*		**	*	
Reducción del dolor	**	**			*
Reducción estancia media	**	**			
Aumento privacidad y confidencialidad	*	*	**	*	
Reducción ansiedad y desorientación paciente	***	**	*	*	
Incrementa satisfacción paciente	**	**	**	*	*
Mejora sueño del paciente	*	*	**		*
Disminución estrés paciente	**	*	*		**
Disminución accidentes laborales	*				
Incrementa efectividad profesional	*		*		*
Incrementa satisfacción profesional	*	*	*		*



# Innovación: Centro obstétrico

## Unidad de Trabajo de Parto y Recuperación (UTPR)

- ✓ Integración de Trabajo de Parto-Recuperación
- ✓ Médico obstetra, pediatra, anestesista, matrona
- ✓ Presencia de familiares o acompañantes
- ✓ Interacción precoz y continua de padres con su hijo recién nacido



### Beneficios adicionales:

- Reducción de infecciones
- Optimiza el equipamiento
- Estimula vínculo afectivo
- Involucra a la pareja desde el inicio
- Cumple con recomendaciones de OMS
- Aumenta la satisfacción de los ciudadanos



## ○ Con posibilidad de hospitalización “padres - hijo”

- ✓ Favorece el vínculo afectivo padres - hijo
- ✓ Fomenta implicación de la familia en el cuidado
- ✓ Facilita atención integral del neonato
- ✓ Promueve la lactancia materna



## ○ Espacio único:

- ★ Visión directa niño
- ★ Optimización del espacio
- ★ Sinergia de material
- ★ Reduce personal enfermería



Elige  
tu profesional sanitario  
en Atención Primaria y Especializada



## Turnos acabalgados, Pertenencia especialidad en Red

# **Innovación:** Organizativo-funcionales, tecnológicas y de gestión

Una de las más importantes **aportaciones** que han conllevado las APPs 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).



# Impacto: Resultados contrastados APP salud

**Falta de evidencia científica y estudios rigurosos sobre APP, el número de resultados favorables y desfavorables muy similar.**  
(Hodge y Greve, 2007)

**Carácter novedoso y larga duración de las APP imposibilita conocer, hoy, resultados e impacto real obtenido, no han finalizado los contratos.**

**Medición contribución de las APP a la mejora de la salud de la población no resulta fácil.**

**Análisis existentes presentan limitaciones técnicas, adolecen de falta de información y sufren de sesgos ideológicos.**  
(Observatorio OMS, 2012).

# Impacto APP: Sector Salud.

**Infraestructuras,  
equipamiento y la  
provisión de servicios No  
sanitarios.**



Reducen tiempos y sobrecostes

**Satisfacción de la  
ciudadanía y  
profesionales**



Equidad. S. Intergeneracional  
Mejores resultados en satisfacción,  
¿Centros nuevos con más tecnología  
e infraestructura?  
¿Menos profesionales mayor  
incentivación?

**Introducción de  
innovaciones**



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

**Resultados sobre  
financiación**



Crean empleo  
Resultados sobre la financiación y los  
costes muy controvertidos.

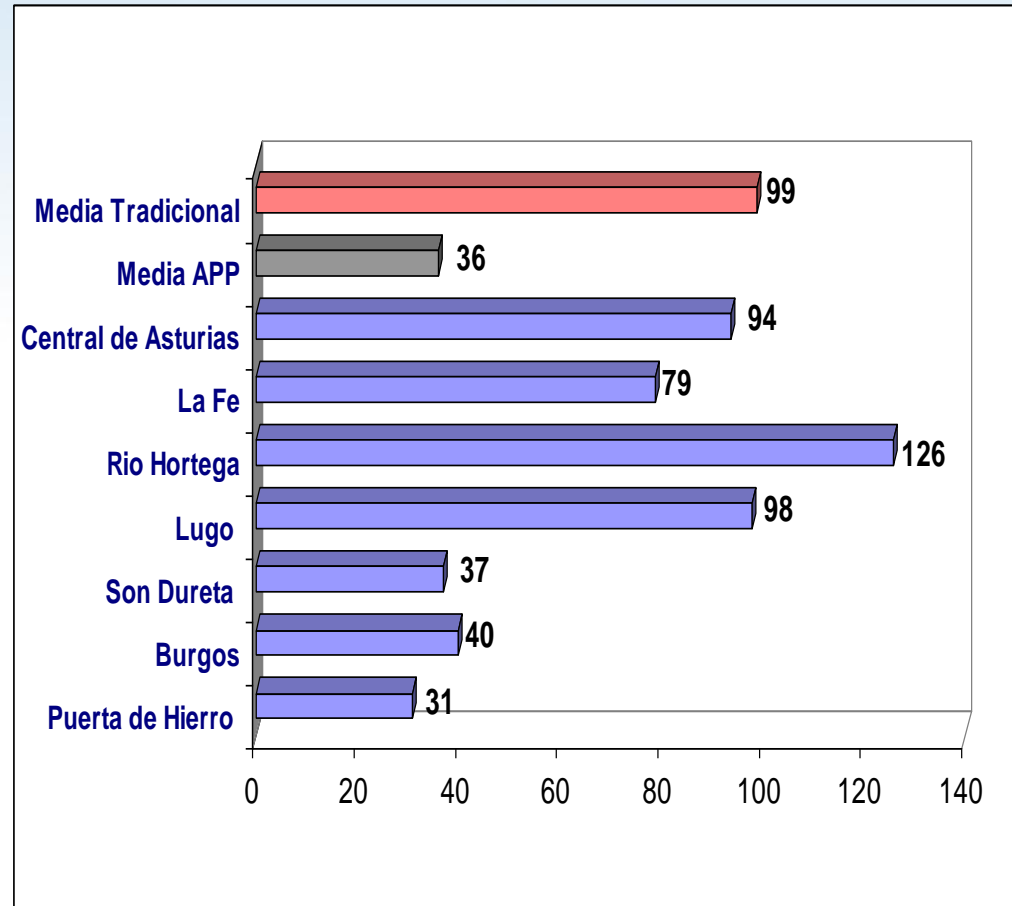


## Indicadores de resultados:

- **Primar provisión Servicio no fijar recursos**
- **Nº limitado y medible objetividad para todos los APP**
- **> Deducciones: servicios críticos, demoras y repetición, satisfacción**

# Menores tiempos construcción, dotación, apertura

- **Reducen tiempos apertura frente** tradicional de centros similares.
- **Escasa desviación** sobre **cronograma** contractual.
- **Perú: 22 meses frente 41 meses** (Alonso, 2013)
- **México: 14 meses frente 46 meses** (Morín, 2009).
- **Brasil: 18 meses, muy inferior a media** (Carrera Baaleiro, 2012)



# Mayor grado de satisfacción de la ciudadanía

**En Perú**, APP Bata blanca  
90% satisfacción ciudadanía

En **Brasil**, Hospital do Suburbio la satisfacción 96% en hospitalización y el 92% en urgencias (Carrera Baleeiro, 2012).

**Méjico** Satisfacción global 9,1 sobre 10, durante los años 2008 y 2009, siendo únicamente inferior a 9, en los primeros meses de la concesión (Rius, 2010).

APP HAER satisfacción  
 $p > 0.001$  con otros centros



En **España**, Madrid, publica en su portal los resultados obtenidos en las encuestas de satisfacción realizadas a los pacientes, siendo más alta en los APP

- Satisfacción global con la atención recibida.
- Grado de recomendación del hospital.
- Trato y amabilidad de los profesionales.
- Información recibida sobre la enfermedad.
- Información recibida sobre el tratamiento médico

**94% desconoce si la provisión es pública o privada**

# Impacto Satisfacción expectativas gestores

Encuesta efectuada a 32 gerentes de gestión directa de hospitales públicos de Madrid, sobre el impacto producido por las APP



- Sostenibilidad del sistema,
- Ahorro de costes
- Mejora de la eficiencia
- Incentivación de los profesionales
- 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.

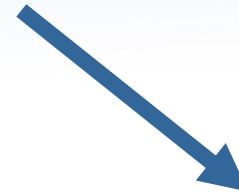
Investigadores independientes destacan que los modelos de bata blanca presentan mayor n° de procesos resueltos sin hospitalización, cuentan con tecnología superior y tienen mejores resultados que los modelos tradicionales de gestión directa (Raigada et al, 2008).



Índice de rotación.



Gestión de la lista de espera quirúrgica más eficaz.

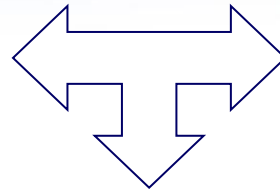


Utilización de los recursos más ajustados a protocolos y guías de práctica.

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

# Impacto: económico-financiero

**Socio aporta recursos  
y "eficiencia".  
Genera Riqueza**



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

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





## Retribución de la Administración a la sociedad concesionaria



- **Comunidad Valenciana (España)**  
Cápita para todas las concesiones es una cuantía fija anual por tarjeta censada.
- **Comunidad de Madrid (España)**  
Cápita variable según la oferta realizada por el concesionario adjudicatario.
- **Perú**
  - RPI (Remuneración Por Inversión)
    - Una cuantía destinada a la infraestructura.
    - Resto destinado al equipamiento.
  - PRO (Remuneración Por Operación).
  - RMO (Remuneración Por Mantenimiento).
- **Brasil**  
Se financia en función de la actividad realizada.

# CONCESIONES GESTIÓN DE SERVICIO PÚBLICO

Provisión de servicios de salud, "Bata blanca".

ATENCIÓN SANITARIA

=

Prima per cápita por tarjetas sanitarias asignadas + importe pacientes atendidos de otros centros x 0,08 PP – importe pacientes atendidos otros centros x PP.

+

SERVICIOS NO  
SANITARIOS

=

Pago por prestación de servicios No clínicos – Deducciones por fallos.

RETRIBUCIÓN DE LA  
ADMINISTRACIÓN AL  
CONTRATISTA

=

Canon servicios sanitarios +/- captación + Canon servicios No sanitarios – deducciones por fallos de calidad y disponibilidad.

+

INGRESOS DE  
TERCEROS

=

Ingresos aparcamiento + TV + calefacción + guardería y ludoteca + vending + otros.

TOTAL INGRESOS

=

Total retribución de la Administración + Total ingresos terceros.

- No se incluye trasplante, prestación farmacéutica y transporte sanitario
- **Retribución:** Modelo de Madrid



<b>COSTOS DE CAPITACIÓN</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
<b>Costo per capita región de Valencia</b>	659,53	780,96	780,96	811,74	824,64
<b>Cuota anual pagada al contratista por habitante</b>	494,72	571,9	571,9	597,64	607,14
<b>Diferencia</b>	25%	27%	27%	26%	26%



- ¿Realizan con el mismo personal un mayor número de ingresos quirúrgicos para reducir las listas de espera?
- ¿Presentan unas demoras muy inferiores, menor coste por ingreso y un ligero incremento en el coste capitativo frente a gestión directa?

	<b>GESTIÓN DIRECTA</b>	<b>CONCESIÓN</b>	<b>DIFERENCIA</b>	
			<b>€</b>	<b>%</b>
<b>Ingresos por 100 habitantes</b>	9,73	11,84	2,11	21,70%
<b>Coste ingreso (hospital)</b>	6.836,90	5578	-1.258,90	-18,40%
<b>Coste ingreso (poblacional)</b>	6.769,30	5.925,20	-844,1	-12,50%
<b>Gasto habitante poblacional</b>	658,50	707,6	49,1	7,50%

## 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.

## Aplicaciones posibles a los 6 proyectos APP de la SDS Bogotá

Alcance APP	Construcción	Equipamiento	Provisión de Servicios No Sanitarios	Provisión de Servicios Sanitarios	Tipo APP	Inclusión
Equidad acceso Nuevos servicios					Bata Blanca	Todos los niveles
Reemplazo de Centros					Bata gris verde	Cadena de Valor
Centralización Servicios					APP transversal	Varios centros
Dotación tecnología	Obra civil	Suministro	Mnto integral Formación Renovación Reposición		Socio Tecnológico	100% prestaciones

# ¿Y? Conclusiones APP

**APP como instrumento de gestión no panacea económica**

**Adecuado empleo APP en salud exige “traje a medida”**

**Cohesión social y equidad a servicios de calidad y calidez .**

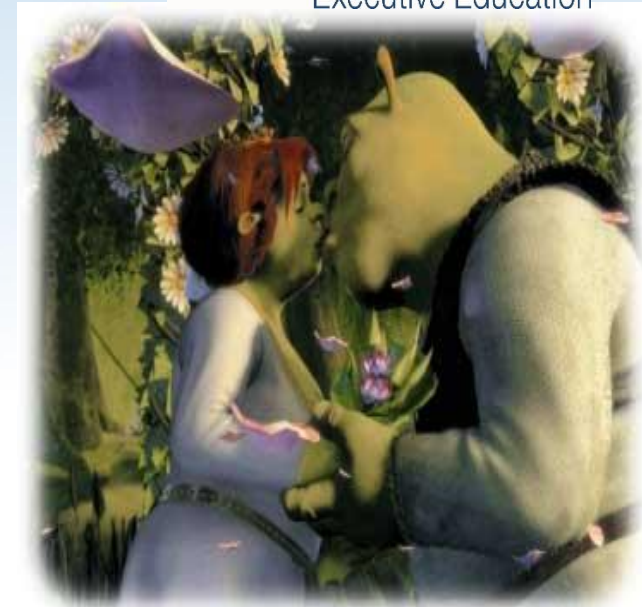
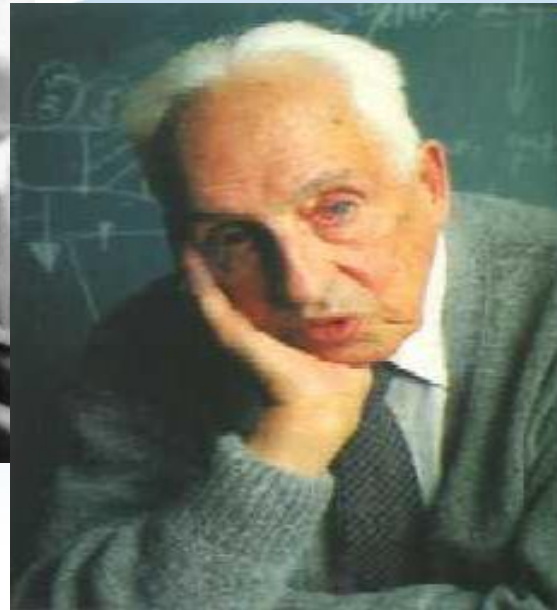
**Simbiosis estratégica. Flexibilidad, gestión e innovación**

**Cumplir requerimientos que garanticen legitimación social**

**Evaluación, Extender innovaciones exitosas. Comparación**

**Rica experiencia LATAM Y EU aporta “luz”. OBSERVATORIO**





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

