



En este número de nuestro Boletín Informativo, nos interesa compartir con ustedes un artículo referente a experiencias internacionales de Asociación Público-privada, expuesto en "Punto de vista", del Banco Mundial, publicación que ellos definen como un foro abierto cuyo objetivo es fomentar la diseminación de innovaciones en políticas públicas para soluciones de desarrollo guiadas por el sector privado y basadas en el mercado.

Hospitales Públicos

Opciones de reforma a través de asociaciones público-privadas

Rob Taylor y Simon Blair()*

A medida que los gobiernos luchan contra los crecientes costos en la atención de salud, la creación de asociaciones público-privadas para la construcción y administración de hospitales públicos puede ofrecer formas innovadoras de controlar costos y mejorar el servicio. La experiencia muestra que tales asociaciones ofrecen beneficios significativos, siempre que aquellas personas que determinan las políticas estructuren las transacciones cuidadosamente y creen disposiciones regulatorias acertadas, para asegurar acceso universal, atención de calidad y mejoras en la eficiencia.

Globalmente, los gastos en salud han aumentado desde un promedio del 3 por ciento del PIB en 1950 a un 8 por ciento (US\$ 3 trillones) en 1999 (OMS, 2000). El aumento en los gastos se ha visto impulsado por mayores ingresos, cambios demográficos y tendencias epidemiológicas, y costosos nuevos fármacos y tecnología. Aunque la tecnología está permitiendo hacer un cambio, concentrándose en prestaciones de tipo ambulatorio, los hospitales todavía corresponden a un porcentaje equivalente a un 30 al 50 por ciento de los gastos en salud.

El financiamiento público no se ha mantenido al ritmo del crecimiento en los gastos. Gran parte del aumento ha sido financiado de fuentes privadas (pagos del propio bolsillo y seguro privado), mientras que la porción financiada públicamente (por impuestos y seguro nacional) bajó en 6 por ciento entre 1977 y 1997. Restricciones al financiamiento público, además de un aumento en los costos, han exigido a los hospitales públicos recortar costos donde sea posible, tratando siempre de garantizar acceso universal (y a menudo gratis) para los pacientes públicos.¹

Los gobiernos han usado diferentes estrategias para abordar estos problemas, tales como trasladar el financiamiento de ingresos por impuestos a un seguro de salud nacional financiado por planilla de sueldos, restringir el paquete básico de los servicios disponibles a todos los ciudadanos, vincular el financiamiento hospitalario a rendimiento y eficiencia, amalgamar en redes a los hospitales, aumentar la autonomía y los incentivos para su administración, y reducir el número de camas de hospital.



Algunos gobiernos también han acudido a asociaciones público-privadas para volcar la eficiencia del sector privado a los hospitales públicos.

Asociación con el sector privado

En Australia los gobiernos federales y estatales han introducido una participación privada en más de 50 hospitales públicos, a través de diversos mecanismos. Han completado 15 transacciones BOO (por sus siglas en inglés) donde una firma privada construye, es propietaria de y opera un hospital público, 4 conversiones (donde un hospital en plena actividad es vendido a un operador privado), 4 transacciones que implican la administración privada de un hospital público cuyo propietario sigue siendo el gobierno, 3 del tipo construir/retroarrendar (donde una firma privada construye un nuevo hospital público, luego se lo retroarrenda al gobierno), y 30 colocaciones (donde se ubica un ala privada dentro de o junto a un hospital público). Estas iniciativas fueron impulsadas por una necesidad de capital nuevo, una necesidad percibida de transferir el riesgo operacional, y un deseo de aumentar la eficiencia.

Un ejemplo de Australia es el contrato para el hospital Mildura, otorgado en 1999. El gobierno seleccionó a un operador privado para que diseñara, construyera, fuera el propietario de y operara un nuevo hospital de 153 camas bajo un contrato a 15 años. El hospital público existente se cerró, y los empleados fueron trasladados al nuevo hospital. El operador debe ofrecer los correspondientes servicios clínicos a todos los pacientes que llegan al hospital, sin cobrarles. El proveedor recibe pagos anuales del gobierno, basado en la combinación estimada ("mix") de pacientes clínicos (con financiamiento a un tope máximo de un número especificado de pacientes) más un pequeño subsidio en un solo bloque para cubrir costos tales como capacitación.

Para propósitos de control de calidad, al proveedor se le exige mantener al hospital acreditado por una agencia independiente, proporcionar informes mensuales sobre indicadores clínicos, y hacer que los tratamientos de alto volumen sean revisados por pares externos. El contrato incluye multas por incumplimiento. Además, requiere que el operador entregue una boleta de garantía de aproximadamente 5 por ciento de sus ingresos anuales.

Los resultados de Mildura han sido impresionantes. Los costos de capital para el nuevo hospital resultaron ser un 20 por ciento inferiores comparado con aquellos del sector público, y el hospital suministra atenciones clínicas a un costo menor que los hospitales operados por el gobierno. Es más, todos los objetivos se han cumplido, los volúmenes de pacientes aumentaron en un 30 por ciento en el primer año, y el operador obtuvo ganancias.

En el nordeste de Brasil, el gobierno estatal de Bahía suscribió contratos con firmas privadas para la administración de 12 nuevos hospitales públicos, construidos y financiados por el gobierno. El objetivo del gobierno es aumentar la eficiencia, mejorar la calidad y transferir el riesgo operacional. Los operadores privados reclutan al personal y administran las instalaciones (incluyendo todos los servicios médicos) bajo contratos anuales de financiamiento que pueden prorrogarse por cinco años. Los operadores deben atender a todos los pacientes públicos que les lleguen. El gobierno paga por los servicios médicos basado en un volumen objetivo de pacientes. Los operadores deben alcanzar el 80 por ciento del objetivo para



recibir el pago, pero no se les reembolsa por volúmenes sobre el objetivo. Sin embargo, rutinariamente ellos han excedido el objetivo en un 30 por ciento.

En Suecia, en 1999 el municipio de Estocolmo arrendó el hospital público St. Goran, de 240 camas, a un proveedor privado luego de una serie de reformas enfocadas hacia introducir la competencia, mejorar la calidad y bajar costos. El municipio transfirió el riesgo de costos al proveedor privado a través de contratos de financiamiento donde se especificaban los precios y volúmenes de los servicios. Y acudió al hospital privatizado para los puntos de referencia de desempeño, para ejercer presión competitiva sobre otros hospitales públicos. Desde que se lanzaron las reformas en 1994, St. Goran ha recortado los costos por unidad en un 30 por ciento y ahora es capaz de atender a 100.000 pacientes más por año, con los mismos recursos (Hjertqvist 2000).

El gobierno del Reino Unido ha usado en la última década asociaciones público-privadas para financiar, construir y administrar las instalaciones de muchos hospitales públicos. Bajo su programa, un distrito de salud regional licita para que una firma privada financie y construya un nuevo hospital, mantenga las instalaciones y suministre servicios no clínicos tales como lavandería, seguridad, estacionamiento y alimentación. El operador recibe pagos anuales por 15 a 25 años como reembolso por sus costos de capital y sus costos recurrentes por mantención y servicios. En este modelo de asociación público-privada, a diferencia de aquellos adoptados en Australia, Brasil y Suecia, el sector público sigue siendo responsable de todos los servicios médicos.

¿Cuál opción elegir?

Las asociaciones público-privadas pueden tomar muchas formas, cada una con un grado diferente de responsabilidad y riesgo del sector privado (Tabla 1). Éstas se diferencian mayormente dependiendo si la firma privada administra los servicios médicos, es propietaria de o arrienda las instalaciones, emplea al personal, y financia y administra las inversiones de capital. La decisión de un gobierno sobre la opción más apropiada dependerá de las necesidades y circunstancias del hospital, la capacidad del gobierno para regular y controlar efectivamente la calidad de la atención, y el consenso público sobre la necesidad de una reforma.



Tabla 1: Opciones de participación privada en los hospitales

Opción	Responsabilidad del sector privado	Responsabilidad del sector público
Colocación de un ala privada dentro de, o junto a, un hospital público	Opera el ala privada (para pacientes privados). Puede ofrecer sólo servicios de alojamiento o también atenciones clínicas.	Administra el hospital público para pacientes públicos y contrata con el ala privada para compartir costos, personal y equipo conjunto.
Externalización de servicios de apoyo no-clínicos	Proporciona servicios no-clínicos (aseo, alimentación, lavandería, seguridad, mantenimiento del edificio) y emplea al personal para estos servicios.	Proporciona todas las atenciones clínicas (y el personal) y la administración del hospital.
Externalización de servicios de apoyo clínicos	Proporciona servicios de apoyo clínicos, tales como rayos X y servicios de laboratorio.	Administra el hospital y proporciona atenciones clínicas.
Externalización de servicios clínicos especializados	Proporciona servicios clínicos especializados (tales como litotripsia) o procedimientos de rutina (remoción de cataratas).	Administra el hospital y proporciona la mayoría de las atenciones clínicas.
Administración privada de hospital público	Administra el hospital público bajo contrato con el gobierno o con un fondo de seguro público y proporciona servicios clínicos y no-clínicos. Puede emplear a todo el personal. También puede ser responsable de nueva inversión de capital, según los términos del contrato.	Contrata con una firma privada que proporcione los servicios en el hospital público, paga al operador privado por los servicios suministrados, monitorea y regula los servicios y el cumplimiento del contrato.
Financiamiento, construcción y retroarriendo privado del nuevo hospital público	Financia, construye y es la propietaria del nuevo hospital público, y se lo retroarrienda al gobierno.	Administra el hospital y hace pagos de arriendo en fases al urbanizador privado.
Financiamiento, construcción y operación privada del nuevo hospital público	Financia, construye y opera el nuevo hospital público y ofrece servicios no-clínicos o clínicos, o ambos.	Reembolsa al operador anualmente por sus costos de capital y costos recurrentes por servicios suministrados.
Venta del hospital público en plena actividad	Adquiere las instalaciones y lo sigue operando como hospital público bajo contrato.	Paga al operador por los servicios clínicos, monitorea y regula los servicios y el cumplimiento del contrato.
Venta de hospital público para uso alternativo	Adquiere las instalaciones y las convierte para darles un uso alternativo, según el acuerdo de venta.	Monitorea la conversión, para asegurarse que se adhiera a las obligaciones contractuales.



Aunque muchas de las opciones están bien establecidas en infraestructura, los servicios hospitalarios tienen características singulares que les permiten a las autoridades encargadas de formular políticas un rango más amplio de opciones de participación privada:

- Los gobiernos pueden tener una participación privada piloto en unos pocos hospitales pequeños, sin tener que abordar toda la red.
- Los hospitales proporcionan diversas atenciones clínicas que pueden ser desglosadas para ser ofrecidas por privados. Los gobiernos pueden externalizar sofisticadas (y costosas) atenciones clínicas, pero dejando la administración hospitalaria y las atenciones clínicas estándar bajo el sector público.
- Los hospitales pueden ofrecer atenciones a pacientes tanto públicos como privados. Esto abre nuevas posibilidades a la participación privada, tal como la colocación de un ala privada dentro de un hospital público bajo un contrato que estipula cómo se comparten los costos, el personal y el equipo. El contrato puede crear un hospital público-privado integrado que proporciona una elección a los pacientes y una viabilidad financiera mejorada, a la vez de asegurar un acceso universal y una atención de calidad a todos los pacientes, ya sean públicos o privados.
- Los operadores de hospitales incluyen empresas con y sin fines de lucro. Muchos operadores sin fines de lucro se fundaron con una misión de beneficencia, pero se manejan bajo principios comerciales. Los gobiernos a menudo optan por firmar contratos con operadores de instituciones sin fines de lucro, porque son más aceptables a la comunidad.

Los temas críticos de política

Aunque las asociaciones público-privadas pueden ser una herramienta poderosa para mejorar la calidad de la atención y controlar costos, los gobiernos deben prestar cuidadosa atención a temas claves de política, tales como:

- **Acceso universal.** Para asegurarse que todos los pacientes públicos -en particular los pobres y los que carecen de seguro- tengan acceso a una atención hospitalaria adecuada, la mayoría de los contratos de administración privada de hospitales públicos estipula que el proveedor debe seguir atendiendo a todos los pacientes públicos. En algunos casos, el gobierno reembolsa totalmente al proveedor. En otros casos es posible que no reciba reembolso, pero acepta este riesgo financiero bajo la presunción que podrá introducir subsidios cruzados entre pacientes y fuentes de financiamiento.
- **Financiamiento.** Los gobiernos generalmente financian hospitales públicos a través de pagos presupuestarios o programas de seguros de salud públicos. En los últimos años los gobiernos han cambiado la base para los pagos -de costos históricos o cantidad suministrada- a la combinación clínica ("mix") de pacientes a tratar. Con la transición a la administración privada, debe prestarse mayor atención a asociar el financiamiento público (ya sea a través del presupuesto o del seguro público) al desempeño, mientras también se premie una atención de calidad y la satisfacción del paciente.



- **Consolidación.** Muchos países, particularmente de Europa Oriental, tienen demasiados hospitales públicos y deberán reducir su tamaño, consolidar y cerrar algunas instalaciones. Las asociaciones público-privadas pueden incentivar la consolidación de los servicios. Los gobiernos pueden licitar un grupo de instalaciones, permitiendo al operador privado consolidarlas (incluyendo el cierre de algunas) mientras siguen obligados a proporcionar un cierto nivel de atenciones clínicas.
- **Competencia.** La competencia entre hospitales estimula mejoras a la calidad y eficiencia de servicio. Los gobiernos deberían resistir otorgar privilegios de exclusividad a los hospitales públicos administrados por privados, o de otro modo protegerlos de las fuerzas del mercado. A la misma vez, donde un gobierno continúa siendo el propietario de otros hospitales públicos y también adquiere servicios, los contratos deberían incluir cláusulas de no-discriminación para evitar que el gobierno suministre financiamiento preferencial u otras ventajas injustas a los hospitales administrados públicamente.
- **Regulación.** En muchos países, el sistema regulatorio para los hospitales está limitado a una agencia acreditadora que revisa y certifica sus procedimientos clínicos. Pero las asociaciones público-privadas pueden imponer obligaciones adicionales a las políticas públicas, fijando monitoreo, sanciones por incumplimiento y procedimientos de resolución de disputas. Probablemente serán necesarios los "derechos del gobierno a involucrarse" en el evento de una significativa falla financiera o de calidad. Los gobiernos también tendrán que abordar hasta dónde recurrirán a la regulación, legislación, auto-regulación, certificación externa o disposiciones contractuales en su interacción con los proveedores privados. La experiencia con la privatización de la infraestructura sugiere que podría necesitarse un regulador independiente para monitorear y hacer cumplir los contratos de asociación público-privados para los hospitales.

Conclusión

Los hospitales públicos a través del mundo están enfrentando una crisis financiera, agobiados por los costos en aumento y por las restricciones a los presupuestos públicos. Las asociaciones público-privadas pueden ser una poderosa herramienta de política para mejorar la viabilidad de los hospitales públicos y la calidad de sus servicios. Pero a menudo crean una polémica, y el hacerlo bien requiere de una atención cuidadosa a los temas críticos de política.

* * *

()Rob Taylor es el principal funcionario de inversiones en los Servicios de Consultoría al Sector Privado del Grupo del Banco Mundial (rtaylor@ifc.org). Simon Blair es uno de los mayores especialistas en salud para la Región de Europa y Asia Central del Banco Mundial. Antes de unirse al Banco, ocupó el cargo de Presidente Ejecutivo (CEO) del mayor proveedor de salud pública de Australia y estuvo activamente involucrado en la iniciativa de privatización de los hospitales en Australia (sblair@worldbank.org).*



Nota:

1. Los hospitales públicos, ya sean de propiedad de, o administrados pública o privadamente, son aquellos que ofrecen acceso a todas las personas y se financian de fuentes públicas. Los pacientes públicos son aquellos cuya atención es financiada públicamente, ya sea a través de impuestos o de un seguro nacional. Los hospitales privados incluyen instituciones con y sin fines de lucro.

Referencias

Hjertqvist, Johan. 2000. "Reforma a la atención de salud sueca: De monopolios públicos a servicios de mercado." Documento presentado en una conferencia sobre "El futuro de la atención de salud en Québec", Instituto Económico de Montreal, Montreal, Canadá, 18 de octubre. OMS (Organización Mundial de la Salud). 2000. *Informe de la Salud Mundial 2000*. Ginebra.