Experiencia de las CPP en centros hospitalarios

Fernando I. Sánchez Martínez
Universidad de Murcia. Grupo de Trabajo en Economía de la Salud

Sumario

1. Colaboraciones público-privadas (CPP) en sanidad: qué, cómo y por qué (para qué)

2. El recurso a las CPP en el ámbito de la asistencia hospitalaria en Europa y en España

3. Evidencia internacional sobre las CPP. El programa PFI del Reino Unido (y poco más)

4. Evidencia acerca de las CPP en el Sistema Nacional de Salud: competencia, transferencia de riesgos, eficiencia en costes y calidad

5. Conclusiones

1. Colaboraciones público-privadas (CPP) en sanidad

Qué, cómo y por qué (para qué)

Colaboraciones público-privadas (CPP) en sanidad: *QUÉ*

- Las CPP o PPP (*public-private partnerships*) constituyen una modalidad de gestión privada de los servicios públicos basada en
  - Un acuerdo contractual entre el financiador público y el proveedor privado, con ánimo de lucro
  - La gestión común de los recursos
  - Cierto grado de reparto de riesgos
- Las CPP forman parte de la corriente de privatización de los servicios públicos, en general, y de la asistencia sanitaria, en particular
  - Privatización: *transferencia de la propiedad y/o las funciones gubernamentales (financiación, provisión, gestión) de entidades públicas a privadas*

Colaboraciones público-privadas (CPP) en sanidad: *CÓMO*

- Existen, básicamente, dos modalidades de CPP
  - La **concesión de obra pública** o "modelo inglés" (*private finance iniatives* – PFI).
  - La **concesión administrativa para la gestión** (integral) de los servicios sanitarios o "modelo Alzira" (¿modelo español?)
  - Los dos anteriores modelos se aplican al ámbito hospitalario (aunque el segundo se ha extendido también a la atención primaria). Otra modalidad de CPP en primaria es la contratación externa con sociedades profesionales (EBA)

El procedimiento habitual (en el caso de España) ha sido el de contratación pública mediante licitación

Colaboraciones público-privadas (CPP) en sanidad: *POR QUÉ (PARA QUÉ)*

Ventajas potenciales de las CPP
Permite obviar problemas de liquidez de las AAPP
Evita contabilizar como deuda pública la financiación necesaria para nuevas inversiones
Proporciona rentabilidad política (nuevas infraestructuras sin costes de oportunidad visibles)
Introduce mejoras en la calidad debido a la especialización de las empresas adjudicatarias (servicios no asistenciales)
Induce ganancias de eficiencia (incentivos de las entidades privadas a la maximización del beneficio)
Genera incentivos a la innovación debido a la extensión de las relaciones contractuales
Transfiere riesgos a la empresa concesionaria

Adaptado de Minué y Martín (2013).

2. El recurso a las CPP en asistencia hospitalaria

Experiencias en Europa y en España

Colaboraciones público-privadas (CPP) en servicios hospitalarios

Modelos de CPP en la construcción de hospitales y otras instalaciones sanitarias

Modelo	Descripción	Países
Cuasi CPP (contrato *in house*)	Empresa pública financiada mediante endeudamiento encargada de la provisión de servicios no asistenciales	**España**
Solo *alojamiento* (infraestructura y servicios no clínicos): DBFO, BOOT	Consorcio privado que diseña, construye y gestiona las instalaciones según condiciones de la autoridad pública (generalmente sobre el output). En DBFO el sector privado también financia la infraestructura mediante deuda; el sector público compra los servicios durante un periodo, después del cual la propiedad revierte al sector público.	Reino Unido (PFI), Francia, **España**, Portugal (desde 2008), Italia, Suecia
Alojamiento y servicios clínicos	Como el anterior más compañía privada que presta servicios clínicos y tiene relación contractual y de propiedad con el proveedor de la infraestructura	Portugal (antes de 2008)
Franquicia	Sector público autoriza a compañía privada a sustituir un hospital público (financiación, mantenimiento/edificación y gestión, incluidos servicios médicos)	Alemania, Finlandia
Provisión integral	Concesionario privado construye y gestiona un hospital así como los centros de atención primaria adscritos para determinada área	**España**

Adaptado de Barlow, Roehrich y Wright (2013), *Exhibit 2*.

Colaboraciones público-privadas (CPP) en servicios hospitalarios en Europa

Alcance de las CPP en algunos países europeos

País	Papel del capital privado	Número de CPP	Valor de las CPP ($mill.)
Alemania	Proveedores bajo concesión pública	24	2.100
España	Construcción y mantenimiento Gestión integral de servicios	19	2.300
Finlandia	Construcción y mantenimiento. Gestión servicios clínicos (experimental)	1	100
Francia	Construcción y mantenimiento	16	1.600
Italia	Construcción y mantenimiento	71	5.700
Polonia	Construcción y mantenimiento	1	40
Portugal	Construcción y mantenimiento	8	4.600
R. Unido	Construcción y mantenimiento	146	25.800
Suecia	Construcción	1	2.100

Adaptado del *Exhibit 1* de Barlow, Roehrich y Wright (2013).

El programa PFI del Reino Unido

- Principal banco de pruebas para el diseño e implantación de la fórmulas PFI
- Adjudicatarias: consorcio de bancos de inversión, constructoras y empresas de servicios no clínicos
- Objeto: Construcción, gestión y provisión de servicios (modelo DBFO).
- Alcance del programa: Unos 150 hospitales (un 75% de los construidos entre 1997 y 2009).

CPP en servicios hospitalarios en el SNS

La casuística en el uso de CPP en el SNS es extensa

Concesión a empresa pública o *cuasi-CPP* (contrato *in house*)	• Construcción y servicios subcontratados por empresa pública. Ejemplos: Asturias (GISPASA), Murcia (GISCARMSA) • Construcción, mobiliario, mantenimiento. Ejemplo: Cataluña (Baix Llobregat)
Concesión de obra pública	• Construcción, mobiliario, mantenimiento, servicios no asistenciales. Ejemplos: Madrid (Majadahonda), Baleares (Son Espases –antes Son Dureta-) • Construcción, mobiliario, mantenimiento, equipos médicos. Ejemplos: Castilla y León (Burgos)
Concesión de gestión integral de servicios	• Construcción, mobiliario, mantenimiento, equipos médicos, prestación de servicios sanitarios. Ejemplos: Madrid (Valdemoro, Torrejón), C. Valenciana (Alzira) • Mantenimiento, prestación de servicios no asistenciales y de servicios sanitarios. Ejemplos: Madrid (hospitales PFI en proceso de adjudicación)

CPP en servicios hospitalarios en el SNS

Procedimientos de CPP en el SNS: una visión más clara

Concesiones de obra pública (PFI)

Comunidad de Madrid

Coslada, Parla, Aranjuez, Vallecas, San Sebastián de los Reyes, Arganda, Majadahonda

Castilla y León

Burgos

I. Baleares

Son Espases, Can Mises, Formentera

En proceso: **Cantabria** (*Valdecilla**), **Galicia** (Vigo)

Concesiones administrativas ("modelo Alzira")

Comunidad Valenciana

La Ribera (Adeslas), Torrevieja (Ribera Salud), Denia (DKV), Manises (Sanitas), Vinalopó (Ribera Salud)

Comunidad de Madrid

Valdemoro (IDC), Torrejón (Sanitas), Móstoles (IDC)

Vallecas (Ribera Salud), San Sebastián de los Reyes (HIMA-San Pablo), Parla (HIMA-San Pablo), Coslada (Sanitas), Arganda (Ribera Salud), Aranjuez (HIMA-San Pablo)**

* Adjudicado por procedimiento de diálogo competitivo. **Procesos de licitación suspendidos cautelarmente por decisión del TSJM.

3. Evidencia internacional sobre las CPP

El programa PFI del Reino Unido y poco más

Evidencia sobre el programa PFI británico

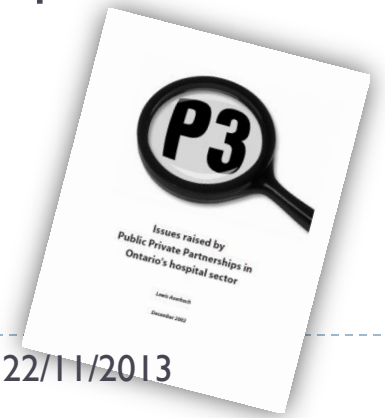
- Mayores costes (Hellowell & Pollock, 2007; 2009; Liebe & Pollock, 2009 McKee, et al., 2009; Pollock, et al., 2011)
  - Costes ligados a los procesos de licitación
  - Costes financieros superiores a los del endeudamiento público: p.ej. costes de capital 2005-2006 PFI +2,4%
  - Margen de beneficio para accionistas
  - Competencia limitada debido al tamaño de algunas inversiones
- Menor calidad y flexibilidad (McKee, et al., 2009; Liebe & Pollock, 2009)
  - Falta de conocimiento por parte de adjudicatarios y desequilibrio de poder entre cliente y contratista
  - Especificaciones del contrato y penalizaciones a los cambios dan lugar a una menor flexibilidad. Las instalaciones quedan obsoletas a corto plazo
  - Gestión menos eficiente de servicios no asistenciales como limpieza, lavandería, etc. (*soft Facilities Management services*)
- Ausencia real de transferencia de riesgos (Pollock, et al., 2002; Broadbent, et al., 2008)
  - Rescates directos e indirectos (bancos con inversiones en PFI) $\Rightarrow$ *riesgo moral*

> On balance, evidence that the UK program has delivered timely projects with high quality and low operating costs is, at best, ambiguous.
>
> Barlow, Roehrich y Wright (2013), p. 150.

Evidencia sobre uso de CPP en otros países

- Portugal (Costa Pinto, 2009; Monteiro, 2010)
  - El segundo programa de privatización en cuanto a su dimensión relativa, tras el del Reino Unido
  - La complejidad de los contratos y la ausencia de interés por parte de los bancos en asumir riesgos de la gestión clínica llevó al gobierno a cambiar al modelo PFI en 2008
- Italia (Vecchi, et al., 2010)
  - Problemas de competencia en el mercado: rentabilidades superiores a las esperables en un entorno competitivo

> What little information and research there is, suggests that accountability for quality of services and cost containment will be reduced and costs to taxpayers will be higher than they would have been if the hospitals were built in the traditional manner of public tender, private construction, and public ownership and operation.



Auerbach (2002), sobre el programa CPP de Ontario, Canadá

4. Evidencia acerca de las CPP en el Sistema Nacional de Salud

Competencia, transferencia de riesgos, eficiencia en costes y calidad

Evidencia acerca de las CPP en el SNS (1) Eficiencia en costes y calidad

- Comparadas con los hospitales de gestión directa, las concesiones tienen resultados (indicadores de **calidad**):
  - a) Mejores
  - b) Peores
  - ✓ c) Similares
  - ✓ d) Todas las anteriores son correctas
- Comparados con los de los centros públicos, los **costes** de las concesiones hospitalarias son:
  - a) Superiores
  - b) Inferiores
  - ✓ c) Similares
  - ✓ d) Depende de cómo se midan

Evidencia acerca de las CPP en el SNS (1) Eficiencia en costes y calidad

- Informe IASIST (2012)
  - Compara 41 hospitales de gestión directa (GDA) vs. 37 hospitales con "otras formas de gestión" (OFG)

TABLA 2
Indicadores de evaluación utilizados en el programa Hospitales TOP 20 (valores promedio), por modelo de gestión

INDICADORES	GRUPO GDA	GRUPO OFG	DIF. (%)	P - VALOR[1]		VARIANZA[2] (%)
No. de diagnósticos/alta	5,13	5,43	5,8%	0,125		2,0%
Complejidad hospitalización (peso medio GRD)	1,4702	1,5240	3,7%	0,151		3,1%
Indicadores de calidad esistencial						
Índice de mortalidad ajustado por riesgo	0,93	0,81	-13,0%	0,017	*	8,9%
Índice de complicaciones ajustado por riesgo	0,94	0,92	-2,1%	0,671		0,1%
Índice de readmisiones ajustado por riesgo	0,98	0,90	-7,7%	0,077		4,7%
Indicadores de adecuación						
Índice de cirugía sin ingreso ajustado	1,08	1,22	13,6%	0,000	*	22,5%
Indicadores de eficiencia hospitalaria						
Índice de estancias ajustado por riesgo	1,02	0,86	-15,0%	0,000	*	26,3%
Indicadores de eficiencia económica						
Coste de producción ajustado por línea de producto (€)	3.142	2.301	-26,8%	0,000	*	29,9%
Productividad (UPH/Personal sanitario)	34	47	37,3%	0,000	*	47,8%
Coste aprovisionamientos por UPH ajustada (€)	496	303	-39,0%	0,000	*	29,0%

Este estudio muestra unas conclusiones similares al que se realizó cinco años antes observándose que los hospitales del Sistema Nacional de Salud con formas de gestión diferentes a la gestión directa administrativa tradicional muestran unos mejores resultados en indicadores de eficiencia funcional (gestión de camas, mayor tasa de cirugía sin ingreso), económica (coste de producción) y productividad de sus plantillas, siendo hospitales de menor tamaño y plantilla.

La mayor eficiencia no condiciona la calidad científico-técnica. Los hospitales con otras formas de gestión muestran resultados en calidad científico-técnica (mortalidad, complicaciones y readmisiones ajustadas por riesgo) iguales o superiores a los centros de gestión directa administrativa.

IASIST (2012), p. 16.

Evidencia acerca de las CPP en el SNS (1) Eficiencia en costes y calidad

- **Limitaciones del informe IASIST (2012)**
  - Muestra no aleatoria (participación voluntaria en TOP20)
  - Territorialmente sesgada (2/3 de los OFG en Cataluña)
  - No es representativa de los distintos modelos de hospital (solo hospitales generales de tamaño pequeño o medio)
  - No compara gestión privada con gestión pública (dentro del grupo OFG se incluyen fundaciones y empresas públicas, no solo CPP)
  - Parece que, en todo caso, **la clave está en el régimen del personal** (mayoritariamente estatutario en GDA vs. laboral en OFG)
  - Además …

> Hay hospitales del modelo de gestión administrativa directa que consiguen unos resultados notables en cuanto a eficiencia
>
> IASIST (2012), p. 16.

Evidencia acerca de las CPP en el SNS (1) Eficiencia en costes y calidad

- Más sobre diferenciales de eficiencia
  - El coste por unidad de producto (el coste por proceso, el coste por ingreso, …) NO es un buen indicador de eficiencia

Tabla 1. Tasas de ingresos, costes y gasto hospitalario de los Departamentos bajo modelo gestión directa y concesión. Comunidad Valenciana. 2009

	Gestión Directa	Concesión	Diferencia	
			€	%
Ingresos por 100 habitantes[1]	9,73	11,84	2,11	21,7%
Coste ingreso (hospital)[2]	6836,9	5578,0	-1258,9	-18,4%
Coste ingreso (poblacional)[1]	6769,3	5925,2	-844,1	-12,5%
Gasto habitante poblacional[1]	658,5	707,6	49,1	7,5%

[1]Contabilizados en función del departamento de residencia del paciente con independencia del hospital donde ingresó; [2]contabilizados en función del hospital donde ingresó el paciente con independencia del departamento de residencia.

Dif. no significativa

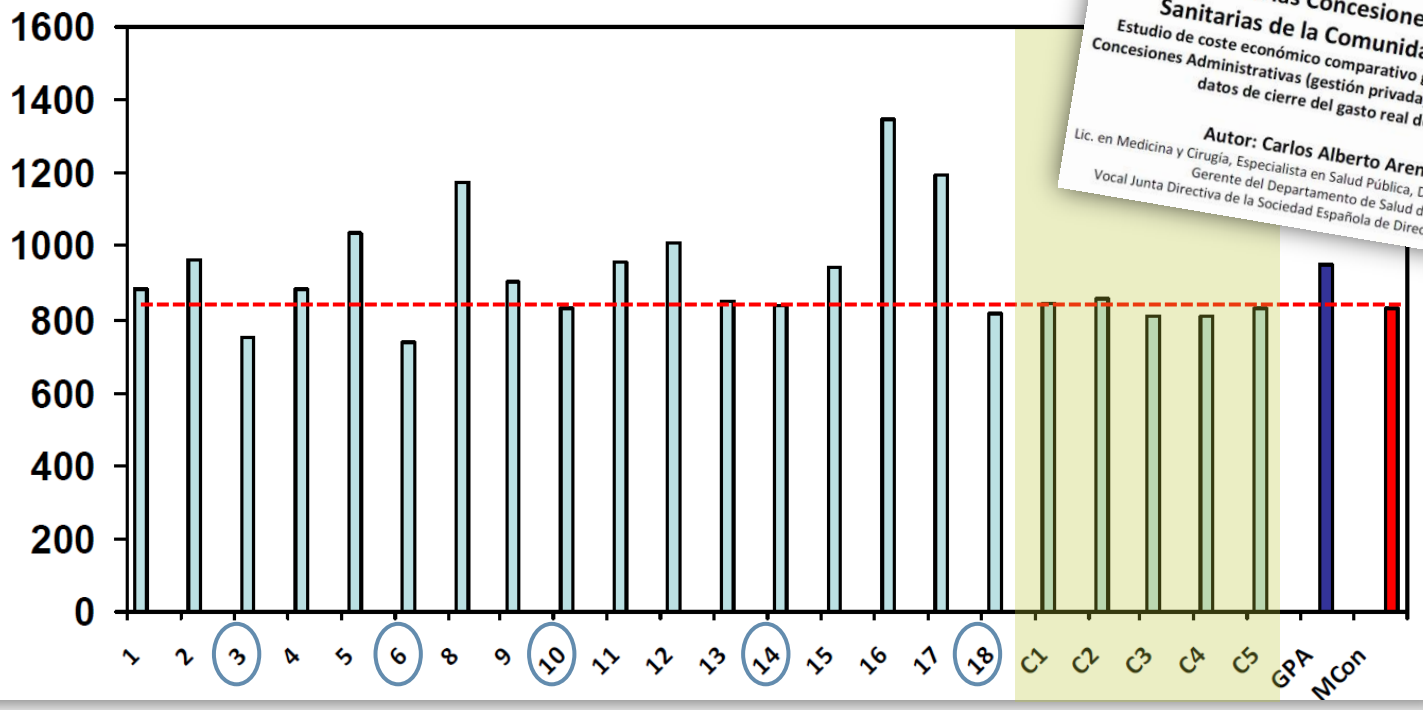
Peiró y Meneu (2013).

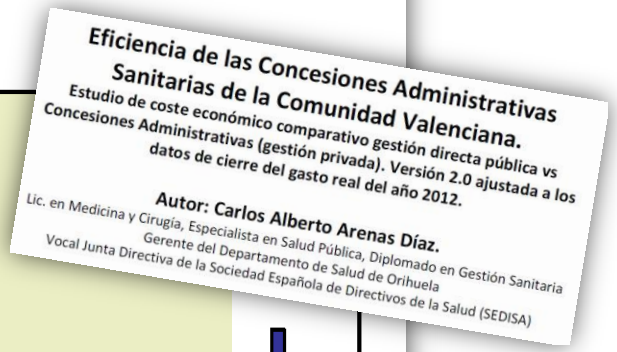
Evidencia acerca de las CPP en el SNS (1) Eficiencia en costes y calidad

- Más sobre diferenciales de eficiencia
  - Mejor el gasto sanitario per cápita (incluyendo primaria)

Figura 3. Gasto per capita sanitario Departamental en la Com Valenciana sin 1 outlier

Cierre presupuestario 2012 (provisional)




Eficiencia de las Concesiones Administrativas Sanitarias de la Comunidad Valenciana.
Estudio de coste económico comparativo gestión directa pública vs Concesiones Administrativas (gestión privada). Versión 2.0 ajustada a los datos de cierre del gasto real del año 2012.
Autor: Carlos Alberto Arenas Díaz.
Lic. en Medicina y Cirugía, Especialista en Salud Pública, Diplomado en Gestión Sanitaria
Gerente del Departamento de Salud de Orihuela
Vocal Junta Directiva de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA)

Arenas (2013).

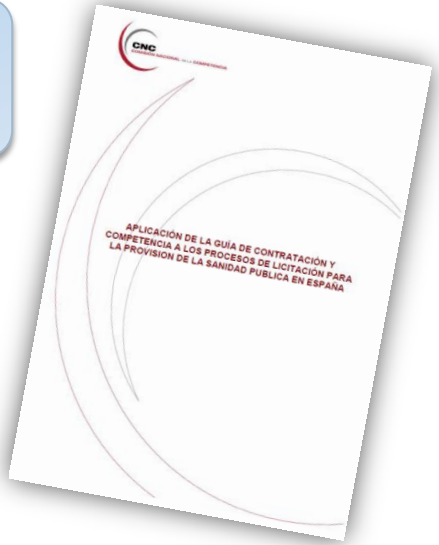
Evidencia acerca de las CPP en el SNS (2) Competencia y transferencia de riesgos

- Los servicios sanitarios no son asimilables a otros servicios (Llobet, 2013)
  - Hay pocas empresas que puedan participar en la licitación
  - Es difícil medir características y calidad del servicio
  - El concesionario comparte el mercado con otros proveedores privados y públicos

- Problemas potenciales en los procesos de licitación y contratación. Informe de la CNC, 2013 (págs. 29-30)
  - Reducida competencia *ex ante* por el servicio
  - Ineficiencias durante la ejecución de los contratos (mal diseño de remuneración, control insuficiente, …)
  - Reducción de la competencia potencial futura (renovación de la concesión)
  - Reducción de la competencia efectiva
    - En el mercado del servicio que se externaliza
    - En mercados relacionados con el del servicio externalizado

Evidencia acerca de las CPP en el SNS (2) Competencia y transferencia de riesgos

- Los procesos de licitación y contratación en la práctica (CNC, 2013)



  - Participación "***alarmantemente reducida***" de empresas; en particular en el caso de la externalización de la gestión sanitaria (GS)
    - Razones: requisitos restrictivos, percepción de un excesivo riesgo (o de que hay competidores con ventajas de información), problemas de competencia en el mercado.
  - Situaciones "***potencialmente dañinas***" para la existencia de competencia efectiva en los mercados (tanto GS como GNS).
    - En el diseño general de las externalizaciones, el acceso de empresas a las licitaciones, la valoración de las ofertas presentadas y la ejecución de los contratos.

se cometieron prácticamente todos los errores que se podían cometer.

G. Llobet. NEG (09/10/2013)

Evidencia acerca de las CPP en el SNS (2) Competencia y transferencia de riesgos

- Los procedimientos de licitación han de mejorar (*Guía de Contratación Pública*). CNC (2013):
  - **Licitaciones**: utilizar el procedimiento abierto, diseñar lotes de tamaño diferente, realizar licitaciones secuenciales, ajustar duraciones de los contratos.
  - **Acceso**: adecuar los requisitos económicos y técnicos al objeto del contrato, dar publicidad suficiente, establecer plazos suficientes para ofertas, incluir toda la información relevante en los pliegos, combatir la información privilegiada.
  - **Adjudicación**: reducir la discrecionalidad, premiar los criterios relativos a la calidad y reducir la ponderación de criterios económicos no relevantes, proporcionar información precisa en los pliegos.
  - **Desarrollo de los contratos**: prever en los pliegos elementos que definan la calidad, mecanismos creíbles de control y penalizaciones por incumplimiento; establecer mecanismos de pago que incentiven la calidad (facturación inter-centros), reforzar la excepcionalidad de modificaciones sobrevenidas, evitar fórmulas de revisión de precios que excedan del mantenimiento económico-financiero del contrato.

Evidencia acerca de las CPP en el SNS (y 3)
El "modelo Alzira" visto desde fuera

Indicadores de resultados de actividad son impresionantes pero solo cubren una parte limitada de los indicadores de desempeño

- A more rigorous investigation is needed across a wider range of indicators; p. 16

Se percibe una excesiva proximidad entre la administración regional y la empresa concesionaria …

- … which could reduce the effectiveness of the oversight they were providing; p. 15

CAPTURA DEL REGULADOR

El modelo de relación contractual es demasiado flexible

- … the contractual relationship was rather more negotiable than UK public administration may be comfortable with; p. 15

5. Conclusiones

Conclusiones

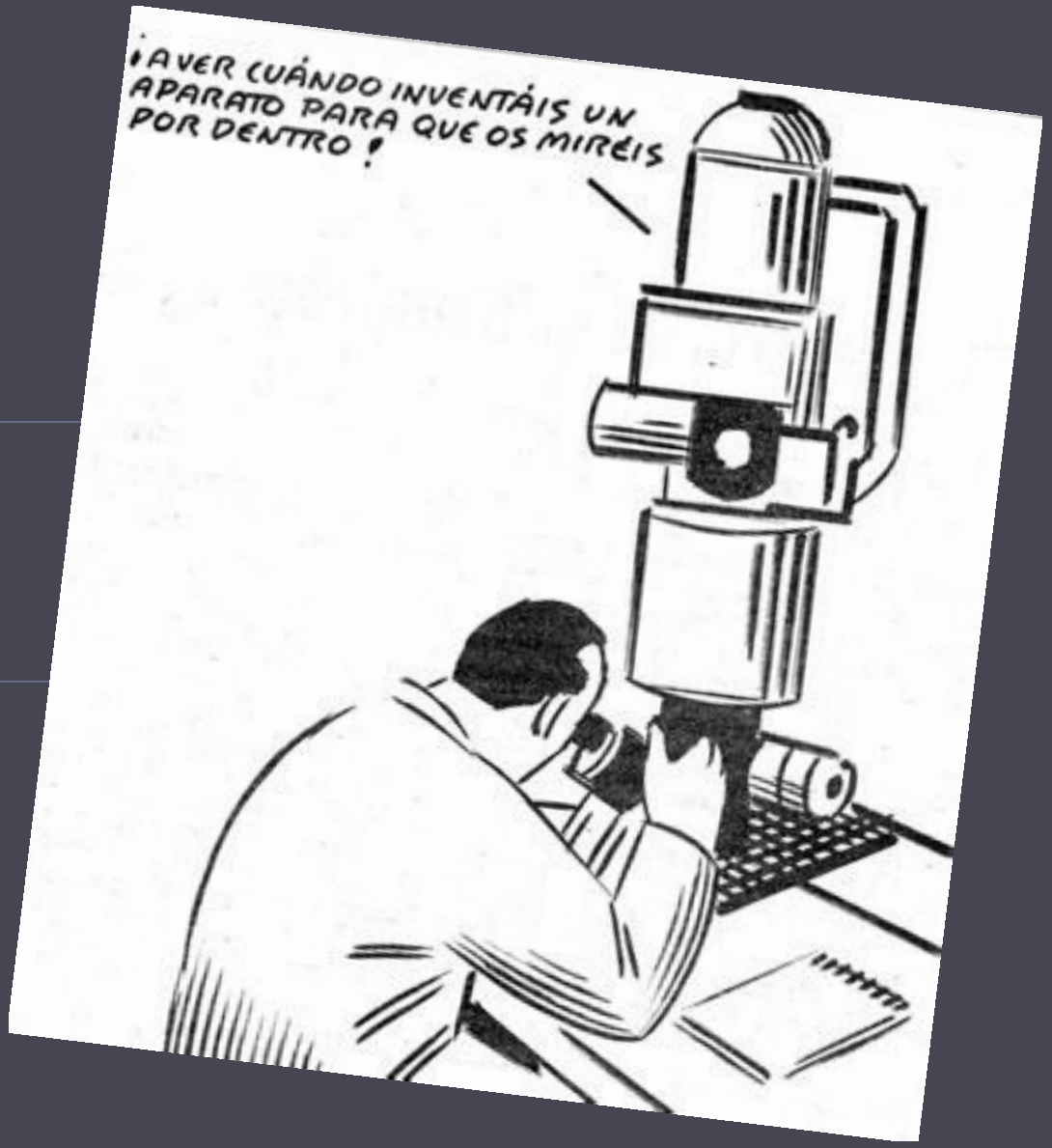
1. Las CPP se presentan como instrumentos de mejora potencial de la eficiencia en la prestación de los servicios sanitarios.
2. En épocas (como ésta) de fuerte restricción presupuestaria, las CPP aumentan su atractivo para los responsables públicos, que llegan a verlas como "la única alternativa factible"
3. El recurso a las CPP ha sido dispar en Europa, y España destaca por el alcance de los procesos de externalización, desde un punto de vista cualitativo y por la ausencia de un modelo
4. El modelo PFI ha mostrado debilidades allí donde se ha aplicado de modo más intensivo (Reino Unido): más costes, menos flexibilidad, ausencia de transferencia de riesgos

Conclusiones

5. En España, no existe evidencia suficiente ni consistente de que los hospitales de gestión privada (concesiones) tengan mejores resultados (calidad) ni sean más eficientes en la gestión (costes unitarios) … **ni de lo contrario**
6. Los procedimientos de licitación de las concesiones en España son manifiestamente mejorables (falta de competencia), y existen dudas acerca del funcionamiento de los contratos (control, transferencia de riesgos: captura del regulador)

En todo caso, gestión integrada

It was clear that without the inclusion and clinical integration of primary care into the wider system, this model is unlikely to operate successfully. The importance of clinical integration, supported by incentives, information systems, clear goals and effective management, is key.


¡A VER CUÁNDO INVENTÁIS UN APARATO PARA QUE OS MIREIS POR DENTRO!

MUCHAS GRACIAS