



**50**  
Aniversario  
ORAS-CONHU  
Juntos somos más fuertes

**WEBINAR**  
*Especial*

Hacia una nueva  
normalidad:  
**Asociación  
público-privada  
en la respuesta del  
sistema de salud**

Martes **22 de junio** de 2021



**José R Repullo**

Jefe del Departamento de Planificación y Economía de  
la Salud, Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de  
Salud Carlos III, España

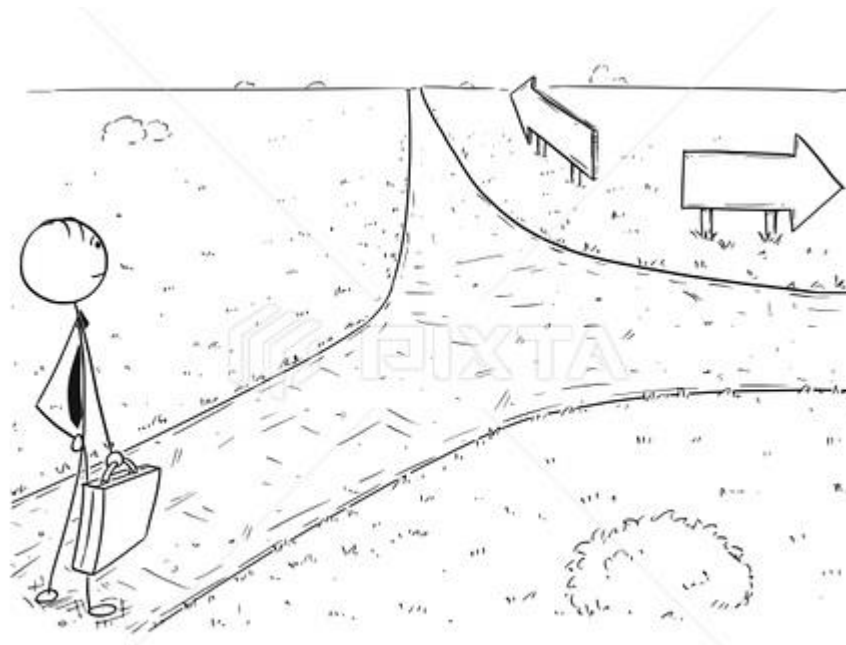
[jrepullo@isciii.es](mailto:jrepullo@isciii.es)

EXPANSIÓN DE LA RED DE ATENCIÓN A LA SALUD:

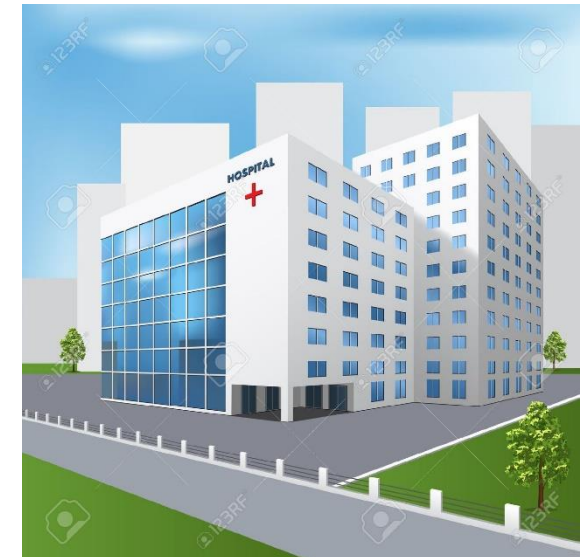
¿ASOCIACIÓN PÚBLICO-PRIVADA?

O

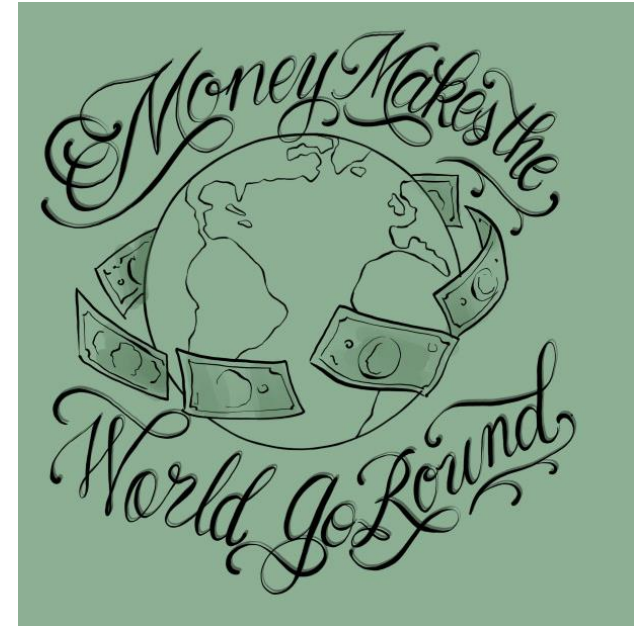
¿GESTIÓN DIRECTA BASADO EN EL BUEN GOBIERNO Y  
PROFESIONALISMO CLÍNICO?



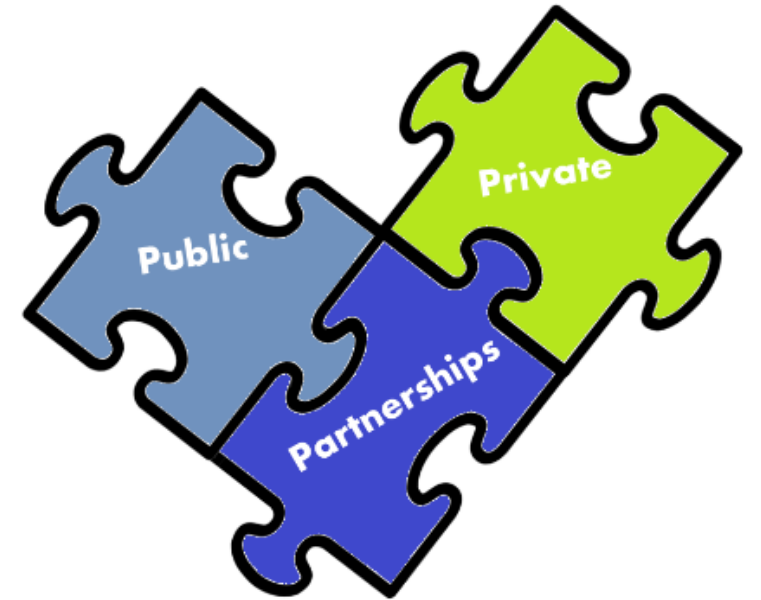
- **1- Es necesaria la expansión de la oferta** para enfrentar las necesidades de salud...  
¿alguien lo duda?
- Otro tema a debatir es cuántos, donde y qué tipo de centros y servicios...



- **2- La expansión va a costar dinero... sí o sí; ¿alguien lo duda... o lo niega?;**
  - ¿se puede freír un huevo sin romper la cáscara... sin aceite, sin sartén, sin fuego, sin huevo...?
  - Otro tema es cuánto va a costar, quién lo va a pagar y cómo se va a financiar el incremento del gasto público que va a implicar

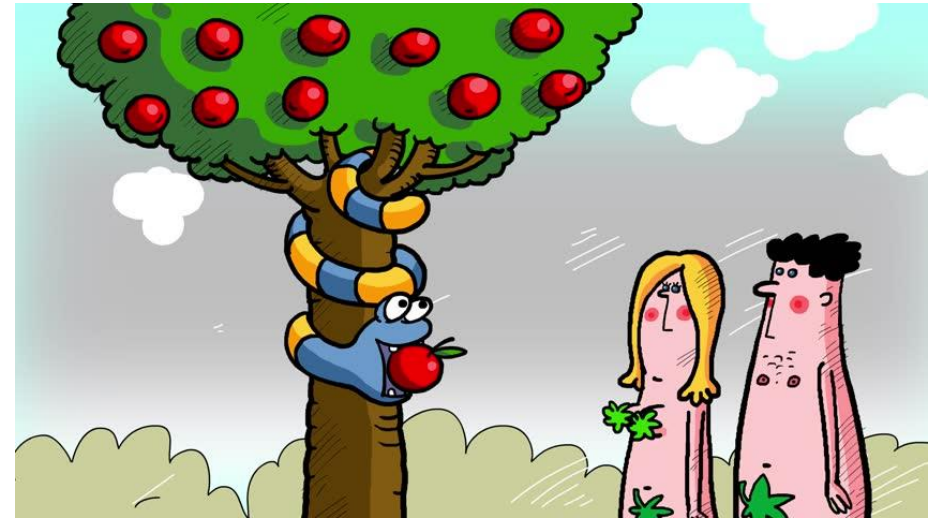


- 3- La **Asociación Público Privada** (PPP, PFI... etc.) tiene un efecto principal **en la forma de financiar** las nuevas inversiones:
  - de ir pagando por fases de obra o instalación terminada,
  - se pasa a ceder la financiación a una entidad privada, y adquirir un compromiso hipotecario por un número enorme de años para ir pagando.



- 4- La **APP** es muy tentadora al principio:
  - se prometen hospitales,
  - se construyen e inauguran antes de las elecciones,
  - y el pago se traslada al siguiente equipo, y a la siguiente generación

internalización de beneficios,  
externalización de los costes



- 5- La **APP** tiene ventajas...
  - sobre todo cuando el sector público esta infra financiado (especialmente en rúbricas de inversión),
  - cuando tiene muchas barreras funcionales,
  - o cuando hay mucha corrupción o incompetencia que alarga y complica la ejecución de las inversiones.
- Pero si **no está muy bien hecho** el contrato de la Asociación, **o si no se vigila bien su ejecución**, puede ser que las prisas y los ahorros acaben saliendo muy caros.



- **6- La APP goza al principio de un BONO DE JUVENTUD;**
  - porque se añade un flujo de fondos que se pagarán en el futuro;
  - pero el futuro llega pronto... y hay que pagar los cánones o cuotas comprometidas, que obligan con una enorme fuerza, al ser créditos hipotecarios.
  - ¿De donde saldrá el dinero? ... del resto de la red hospitalaria, que quedará progresivamente desfinanciada (vestir a un Santo desvistiendo a otros).





- 7- En el marco académico es clásico el debate **MAKE or BUY**;

- la externalización funciona mejor o peor en función de una serie de factores...

- pero un aspecto esencial es si **CON LA APP SE TRASFIERE EL RIESGO DEL CONTRATANTE AL CONTRATADO.**

Lamentablemente el balance suele ser entre el **MAL GOBIERNO internalizado**, y el **PEOR GOBIERNO externalizado**.



Mercado y Organizaciones / Ronald Coase (Nobel 1991)

[http://nobelprize.org/nobel\\_prizes/economics/laureates/1991/coase-lecture.html](http://nobelprize.org/nobel_prizes/economics/laureates/1991/coase-lecture.html)



Reducción de oportunismo con más y mejor información / Roger Myerson (Nobel 2007):

[http://nobelprize.org/nobel\\_prizes/economics/laureates/2007/myerson-lecture.html](http://nobelprize.org/nobel_prizes/economics/laureates/2007/myerson-lecture.html)



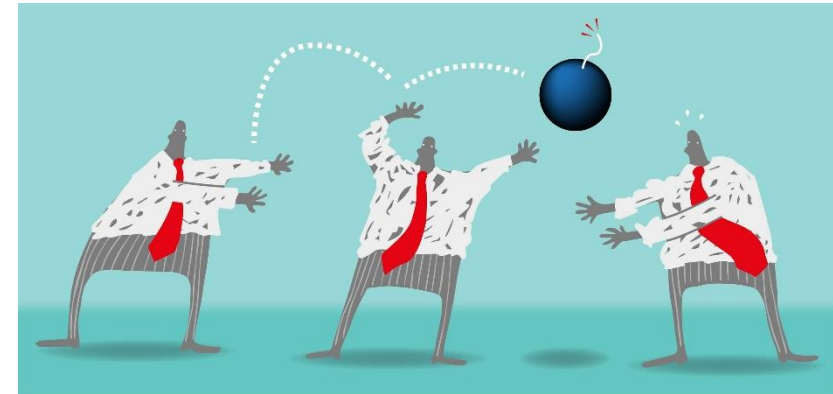
Enfoque contractual / Oliver Williamson (Nobel 2009)

[http://nobelprize.org/nobel\\_prizes/economics/laureates/2009/williamson-lecture.html](http://nobelprize.org/nobel_prizes/economics/laureates/2009/williamson-lecture.html)



- **Se obtienen ventajas** en la externalización cuando...
  - Existen muchas empresas que pueden concurrir
  - La tecnología no es demasiado específica ni cambiante
  - Hay suficiente información e indicadores para controlar la cantidad y calidad de servicios a través de contrato y de supervisión
- **Y se plantean peligros** cuando ..
  - Nos acercamos a las competencias esenciales (actividad asistencial)

- **8- Desde la perspectiva de la Administración Pública Contratante, el tema clave es...**
  - si se trasfiere el riesgo a las empresas que asumen la APP.
- La UE y la legislación española han cambiado de perspectiva, y han reconvertido la Colaboración Público-Privada en **concesiones de obra o servicio**, donde quedan muy bien acotado lo que se contrata y en qué términos.



ES

2018

N.º

09

Informe Especial

## Asociaciones público-privadas en la UE: Deficiencias generalizadas y beneficios limitados

(presentado con arreglo al artículo 287 TFUE, apartado 4,  
párrafo segundo)

[https://www.eca.europa.eu/Lists/ECADocuments/SR18\\_09/SR\\_PPP\\_ES.pdf](https://www.eca.europa.eu/Lists/ECADocuments/SR18_09/SR_PPP_ES.pdf)



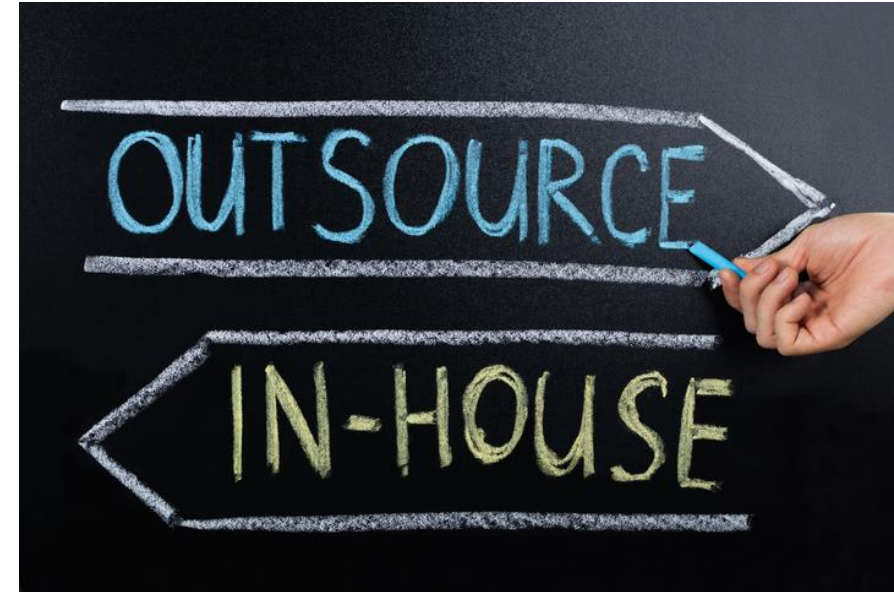
TRIBUNAL  
DE CUENTAS  
EUROPEO

- Las APP (asociaciones público-privadas) posibilitaron que los poderes públicos adquirieran infraestructuras a gran escala mediante un único procedimiento, pero **aumentaron el riesgo de competencia insuficiente** y, por ende, colocaron a los poderes adjudicadores en una posición de negociación más débil.
- La distribución de riesgos entre los socios públicos y privados fue por lo general inadecuada, incoherente e ineficaz, mientras que los elevados índices de remuneración (hasta el 14 %) que ofrece el capital de riesgo de los socios privados **no siempre reflejaban los riesgos asumidos**
- Por consiguiente, el Tribunal recomienda: ... **no promover un uso más intensivo y generalizado de las APP** hasta que se subsanen los problemas detectados y se apliquen satisfactoriamente las siguientes recomendaciones;

Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, por la que se transponen al ordenamiento jurídico español las Directivas del Parlamento Europeo y del Consejo 2014/23/UE y 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014.

- Por otra parte, se suprime la figura del contrato de colaboración público privada, como consecuencia de la escasa utilidad de esta figura en la práctica. La experiencia ha demostrado que el objeto de este contrato se puede realizar a través de otras modalidades contractuales, como es, fundamentalmente, el contrato de concesión.
- ...la nueva figura de la concesión de servicios, que se añade dentro de la categoría de las concesiones a la ya existente figura de la concesión de obras.
- En lo que respecta a los contratos de concesión de obras y de concesión de servicios, merece destacarse que en ambas figuras necesariamente debe haber una transferencia del riesgo operacional de la Administración al concesionario.
- Para esta Directiva [2014/23/UE] el criterio delimitador del contrato de concesión de servicios respecto del contrato de servicios es, como se ha dicho antes, **quién asume el riesgo operacional**. En el caso de que lo asuma el contratista, el contrato será de concesión de servicios. Por el contrario, cuando el riesgo operacional lo asuma la Administración, estaremos ante un contrato de servicios.

- 9- La **complejidad** de lo que se contrata es esencial:
  - las APP de OBRA son fáciles;
  - las APP de BATA GRIS son posibles,
  - las APP de BATA BLANCA son incontrollables, y posiblemente indeseables (suponen de facto una externalización inapropiada e imprudente del aseguramiento público).



# Modalidades de provisión de atención sanitaria con financiación pública

José R. Repullo (elaboración propia)





<b>Dimensión de transacción</b>	<b>Centros Sanitarios</b>	<b>Serv. Asistenciales</b>	<b>Serv. Centrales</b>	<b>Serv. Generales</b>
<b>Especificidad de activos</b>	muy alta	muy alta o alta	Muy alta o alta	media o baja
<b>Incertidumbre</b>	muy alta	alta y variable	alta o media	Baja
<b>Cambio tecnológico</b>	muy alta	alta y variable	muy alta	Media
<b>Mensurabilidad</b>	media baja	media	Alta	muy alta
<b><i>Perfil Costes Transacción</i></b>	<b>++++</b>	<b>+++</b>	<b>++</b>	<b>+</b>

Repullo JR. Externalización, eficiencia y calidad (primera parte). Público y privado en la sanidad. Rev Calidad Asistencial. 2008;23 (2): 83-7 <https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=S1134282X08704743&r=256>

Repullo JR. Repullo JR. Externalización, eficiencia y calidad (segunda parte). Análisis de costes y efectos potenciales de las políticas de externalización. Rev Calidad Asistencial. 2008;23 (3): 131-5 <https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=S1134282X08704834&r=256>

# Distintos elementos que pueden externalizarse al sector privado

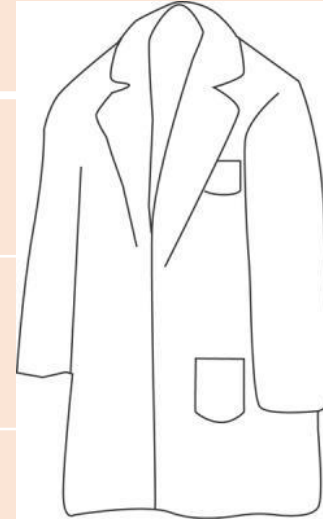
- Centros sanitarios
  - Conciertos substitutivos
  - Conciertos o contratos por procesos
    - Listas de espera
- Servicios sanitarios
  - Contratos item de servicio diagnóstico, terapéutico o de cuidados

- Otros Servicios
  - Limpieza
  - Seguridad
  - Restauración
  - Residuos
  - Mantenimiento
  - Jardines y viales
  - Lavandería
  - Archivos clínicos y gales
  - Esterilización
  - Desinfección y desratización
  - Transporte interno y externo
  - Almacenes y distribución
  - Personal auxiliar
  - ...

# La nueva “industria” hospitalaria externalizada

**80%**

Servicios profesionales de atención a la salud



**20%**

**infraestructura y servicios generales**



# Servicios no clínicos en los PFI

**SOPORTE DE LA FUNCIÓN ASISTENCIAL 15%**  
Celadores (TIGAS), Administrativos, Esterilización

**SERVICIOS GENERALES 24%**  
Limpieza (8,3%), Mantenimiento (5,4%), Restauración (3,5%),  
Seguridad (2,7%), Almacenes y distribución (1,6%), Lavandería  
(1,2%)

**GASTOS DE CONCESIONARIA 11%**

**AMORTIZACIÓN Y GASTOS FINANCIEROS 50%**

# Hospitales PFI/PPP: tipología

España (Bajo Llobregat)  
Reino Unido y otros  
países

-Infraestructura-construcción  
-Equipamiento  
-Servicios asociados (mantenimiento)

Madrid: Puerta Hierro  
(Majadahonda);  
CyLeon: Burgos

Servicios Generales (limpieza, seguridad,  
restauración, lencería, etc.)

- En España solo  
Valencia+Madrid
- En NINGUN otro país  
desarrollado

Valencia: Alzira I  
Madrid: Valdemoro,  
Torrejón, Móstoles RJC

Servicios Clínicos (At. Especializada)

Valencia: Alzira,  
Torrevieja, Denia,  
Manises, Elche

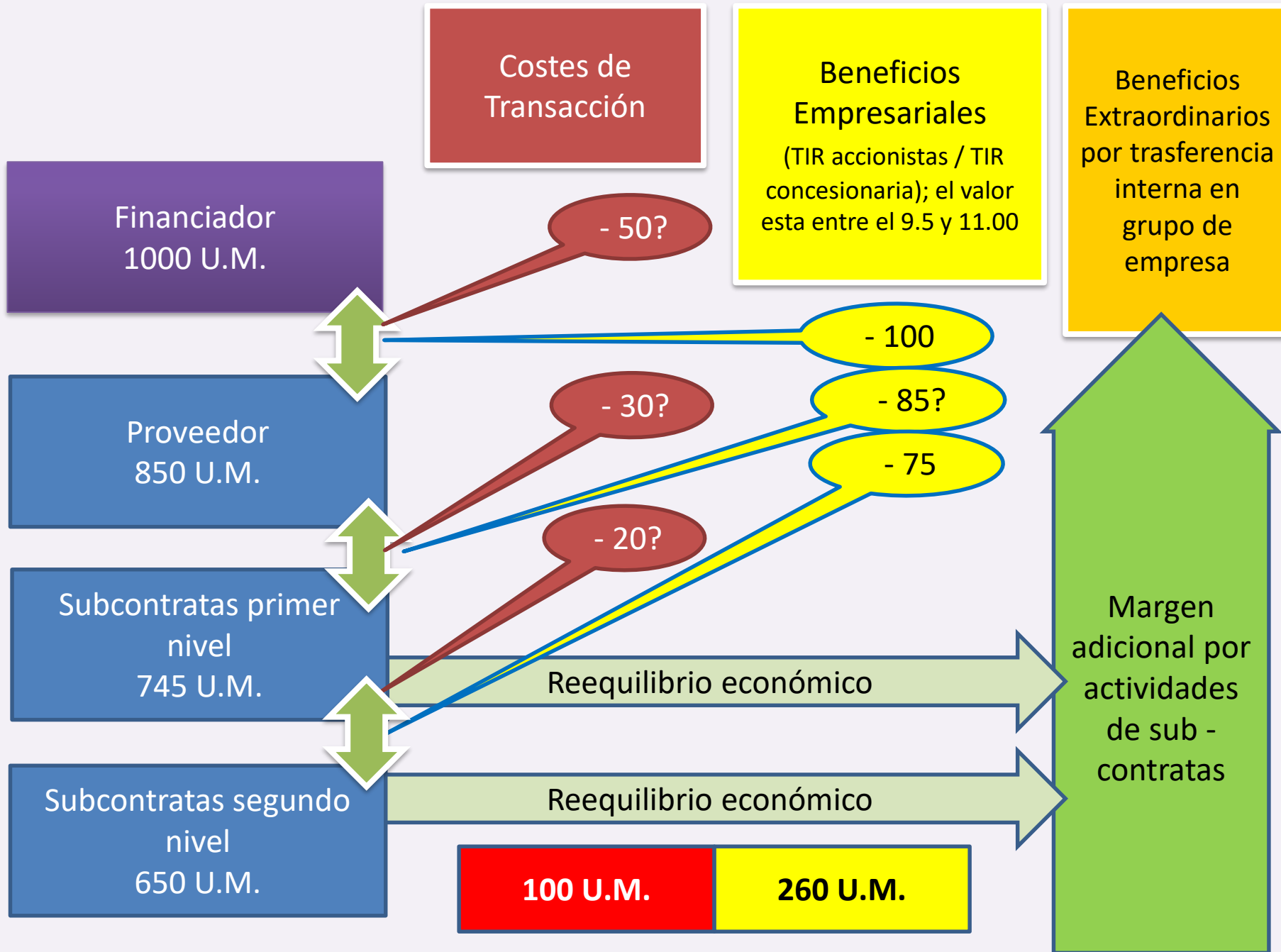
Atención Primaria  
(TODA LA ATENCION  
SANITARIA)

- **10- El plazo de tiempo de los APP** también es fundamental;
  - los hospitales son tan dinámicos, que si nos entregan un hospital dentro de 30 años en la misma situación en la que se construyó (y tal y como se estableció en las cláusulas técnicas de la APP), habría que echarse a llorar;
  - lo que significa que los 30 años van a estar plagados de actualizaciones contractuales y frecuentes litigios... una historia interminable de problemas.



- 11- Las **características de la parte contratada** son también fundamentales:
  - ¿hay ánimo de lucro?;
  - ¿los servicios son fáciles de definir y de controlar? (hospital de media estancia, vs hospital general de agudos).
  - ¿La parte contratada puede explotar otros nichos de negocio aprovechándose de que el contrato público cubre buena parte de los costes fijos estructurales? (habría una subvención neta de lo público a lo privado).
  - Si hay control de beneficios máximos de la parte contratada, ¿se puede evitar que transvase a otras empresas subcontratadas del mismo grupo los beneficios que no puede declarar?



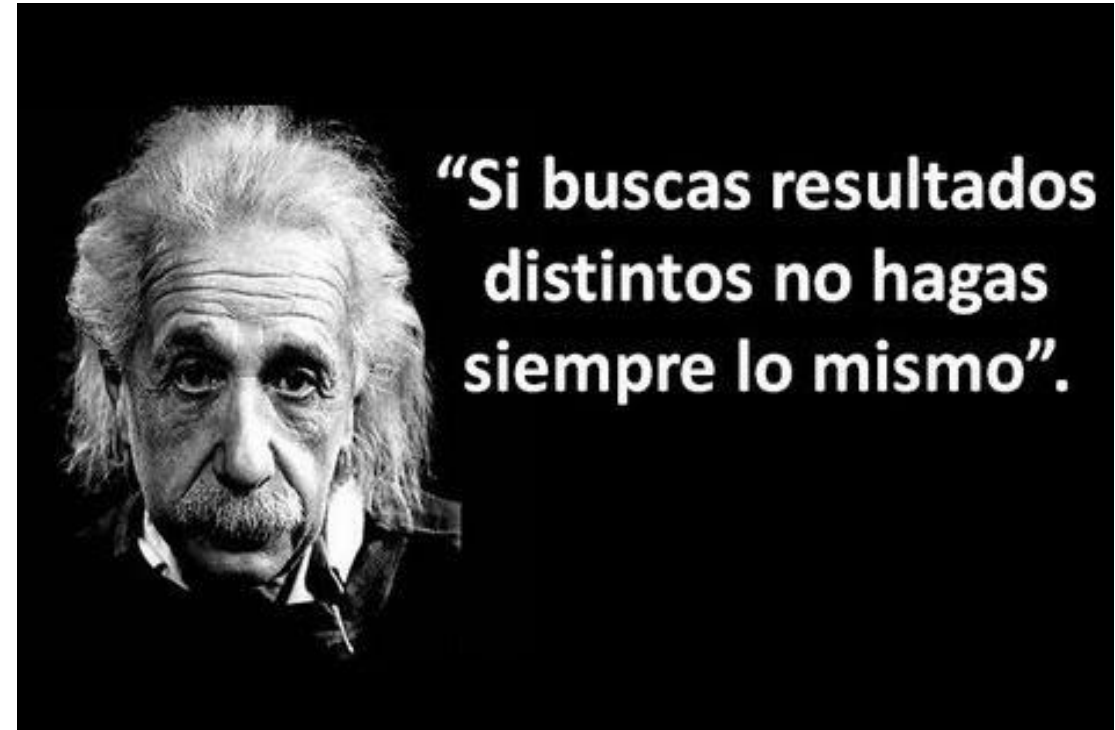




- **12- Cuando se contrata solo la obra y las instalaciones generales,**
  - ¿se es consciente de que los equipamientos clínicos son muy caros y hay que saber comprarlos de acuerdo a un plan funcional?
  - ¿Y el staff de médicos, enfermeras y demás profesionales y empleados... está previsto?
- Recordar que todo lo que cuesta la obra y el equipamiento general de un hospital (por aparente y vistoso que sea), equivale a poco más de un año en el coste de funcionamiento posterior.
  - ¿Está previsto el funcionamiento?



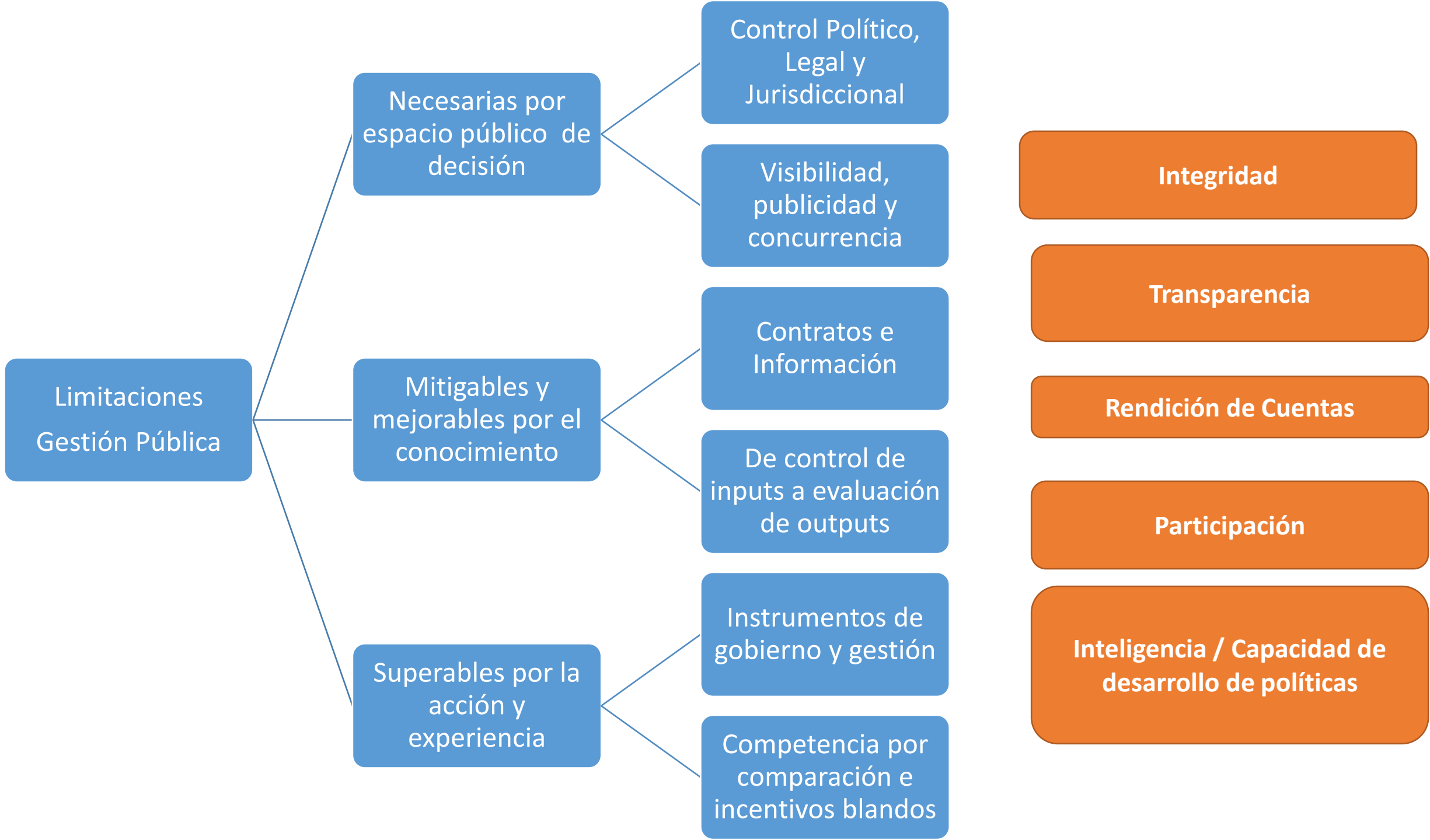
- 13- Y ya que los nuevos hospitales nos van a costar dinero, sí o sí... y no queremos que entren a formar parte de un modelo tradicional de hospitales de gestión directa...
  - ¿porqué no probar otra configuración de gestión diferente?



- **14- Por ejemplo...**

- un **modelo de Empresa pública o ente con personificación jurídica,**
- presupuesto propio,
- población de referencia
- y capacidad de facturar o acordar contratos con todos los financiadores públicos (Ministerio, Seguros Sociales, etc.)





La dificultad para encontrar marcos institucionales apropiados a la actividad profesional sanitaria hace que el problema de la gobernanza suba en la agenda política sanitaria:  
Estado versus Mercado

- *“...si el peso de ineficiencia de las decisiones públicas crece significativamente, la frontera de lo que podría hacer el Estado se desplazará hacia el mercado, y habrá que asumir pérdidas de bienestar social y de equidad que podrían haberse evitado”.*
- González-Páramo JL, Onrubia J. Información, evaluación y competencia al servicio de la gestión eficiente de los servicios públicos. Papeles de Economía Española, 2003; (95): 2-23.

# Modelo de Empresa pública (1)

- **Personal propio**, con contratos a profesionales que supongan dedicación exclusiva;
- Si no queda más remedio (y se puede controlar) se podría aceptar que algunos médicos tuvieran consulta privada... dentro del hospital y facturado por el propio hospital.
- Que tenga su propio programa de **formación de residentes de especialidades**, su propia **escuela de enfermeras**, su programa de **formación continuada**, y sus líneas de **investigación**

**Un islote de excelencia profesional** protegido en lo posible del entorno... para que sea deseable y mueva la transformación del sistema



# Modelo de Empresa pública (2)

- Usar mecanismos de **buen gobierno**
  - para trazar un **cortafuegos** frente a los altos costes de **interferencia política** (que arruinan la función directiva)
  - y para **alinear** a los profesionales con el hospital (**gestión clínica** por unidades o áreas y acuerdos de gestión);
  - también **transparencia** para que la excelencia se consiga, y se cree una **competencia por comparación** con otros centros, que haga deseable la extensión del modelo.



# Análisis multinivel de la eficiencia técnica de los hospitales del Sistema Nacional de Salud español por tipo de propiedad y gestión

Carmen Pérez-Romero<sup>a</sup>, M. Isabel Ortega-Díaz<sup>b,\*</sup>, Ricardo Ocaña-Riola<sup>a,c</sup> y José Jesús Martín-Martín<sup>c,d</sup>

<sup>a</sup> Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España

<sup>b</sup> Departamento de Economía Aplicada, Universidad de Jaén, Jaén, España

<sup>c</sup> Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada, Granada, España

<sup>d</sup> Departamento de Economía Aplicada, Universidad de Granada, Granada, España

<https://www.gacetasanitaria.org/es-analisis-multinivel-eficiencia-tecnica-hospitales-articulo-S0213911118300682>

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

*Historia del artículo:*

Recibido el 20 de julio de 2017

Aceptado el 5 de febrero de 2018

On-line el xxx

*Palabras clave:*

Eficiencia

Análisis envolvente de datos

Análisis multinivel

Sistema Nacional de Salud

Hospitales

Colaboración público-privada

Empresas públicas hospitalarias

## R E S U M E N

*Objetivo:* Analizar la eficiencia técnica por tipo de propiedad y gestión de los hospitales generales del Sistema Nacional de Salud español (2010-2012) y sus variables explicativas hospitalarias y regionales.

*Método:* Se estudian 230 hospitales combinando el análisis envolvente de datos y modelos transversales de regresión lineal multinivel de efectos fijos. Con el análisis envolvente de datos se miden la eficiencia técnica global, pura y de escala, y con los modelos multinivel, las variables explicativas de eficiencia.

*Resultados:* El índice medio de eficiencia técnica global de los hospitales sin personalidad jurídica es inferior al de los hospitales con personalidad jurídica (0,691 y 0,876 en 2012). Existe una importante variabilidad en eficiencia técnica pura (ETP) por formas de gestión directa, indirecta y mixta. Un 29% de la variabilidad en la ETP es atribuible a diferencias entre comunidades autónomas. **La dotación de personalidad jurídica del hospital aumenta en 11,14 puntos la ETP.** Por otra parte, la mayoría de las formas de gestión alternativas al modelo tradicional aumentan en porcentajes variables la ETP. En el ámbito regional, según el escenario considerado, la insularidad y la renta media por hogar son variables explicativas de la ETP.

*Discusión:* Tener personalidad jurídica favorece la eficiencia técnica. El marco de regulación y gestión de los hospitales, más que la propiedad pública o privada, parecen explicar la eficiencia técnica. Las características regionales explican de forma relevante la variabilidad en la ETP.

© 2018 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



- 15- Una posible función inicial de estos nuevos hospitales sería colaborar activamente en la reconstrucción y fortalecimiento de la **red de atención primaria** de su entorno;
  - para que mejoren y amplíen sus competencias,
  - obtengan mayor respaldo en medios diagnósticos,
  - y exista una colaboración en las referencias y contra-referencias que beneficie a los pacientes y sus familias,
  - y mejore la actualización científica y profesional.



- Es poco concebible una mejora de la atención primaria fuera de una **reconstrucción del conjunto de la red de atención**, particularmente del hospital general.
- La acusación de “hospitalo-centrismo” es inapropiada; la red de atención o es integrada o no tendrá la calidad y suficiencia exigible.

*Cuando meto médicos generales BARRIO ADENTRO, empiezan a detectar pacientes con patologías graves que deben ir BARRIO AFUERA a hospitales que no están preparados, y a veces ni existen.*

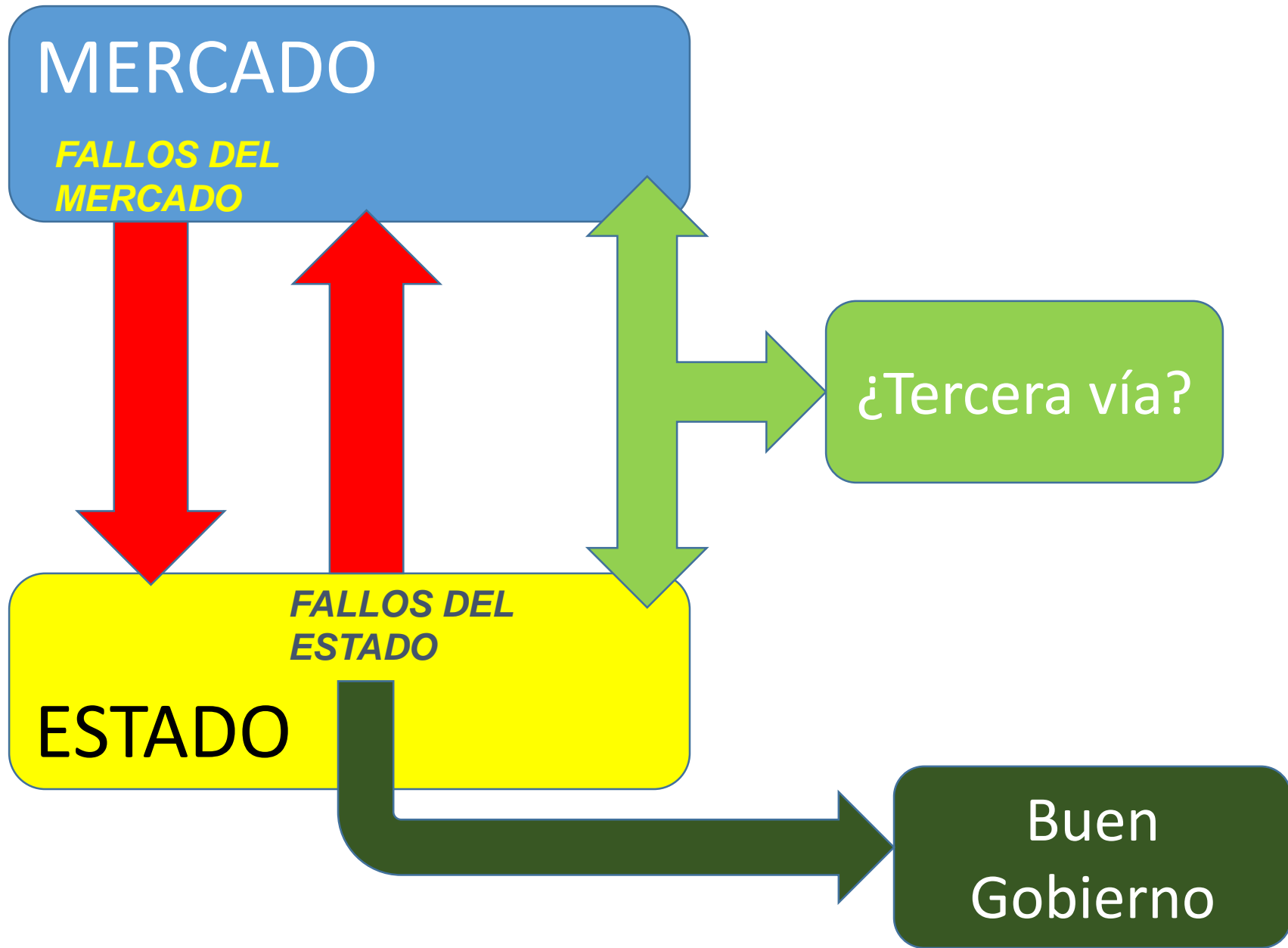


- **16- Atentos a los cambios de la medicina contemporánea:**
  - cada vez más, la excelencia clínica se basa en la integración de las redes, en los **equipos asistenciales de alto rendimiento**, en el modelo de **hospital general** como base de la praxis clínica, y en la colaboración confiada y permanente entre diferentes profesionales, de distintas especialidades.
  - La **medicina individualista, minorista y comercial**, realizada en consultas y pequeñas clínicas o centros monográficos está llamada a ocupar un papel crecientemente marginal.
  - **Ni los ricos podrán disfrutar de la buena medicina contemporánea... no se puede pagar lo que no existe.**



# EPILOGO

EL RETO DEL BUEN GOBIERNO ... y de la transición hacia equilibrios más ordenados, efectivos, eficientes y equitativos.



# La colaboración público-privada en sanidad: hasta dónde y cómo delimitar sus fronteras\*

Ricard Meneu

Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud

Rosa Urbanos

Universidad Complutense de Madrid

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6788000>

## *Resumen*

*El artículo revisa algunas áreas de colaboración entre sector público y privado en sanidad. En particular, las que conciernen a la formación continuada de los profesionales, la investigación en salud y la gestión de los servicios sanitarios. En las dos primeras se pone de manifiesto la necesidad de controlar los conflictos de interés para evitar interferencias indeseadas de la industria. En la última, y tras varias décadas de «experimentos», se subraya la imprescindible y urgente mejora de la gestión pública, que solo si es muy buena podrá sacar partido de las ventajas que ofrecen las distintas fórmulas de colaboración público-privada.*

“El mejor momento para plantar un árbol fue hace 20 años. El segundo mejor momento es ahora”.

Proverbio Chino

<http://incenta.com/es/blog/lista-forbes-citas-inspiradoras/>

