

PERFIL DE LAS ASOCIACIONES  
PÚBLICO-PRIVADAS EN **SERVICIOS  
E INFRAESTRUCTURA DE SALUD**  
DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

**PRINCIPALES CIFRAS  
Y TENDENCIAS DEL SECTOR**



**Banco Interamericano de Desarrollo**

*Ancor Suárez-Alemán  
Ignacio Astorga  
Gastón Astesiano  
Oscar Ponce de León*

## Catalogación en la fuente proporcionada por la Biblioteca Felipe Herrera del Banco Interamericano de Desarrollo

Perfil de las asociaciones público-privadas en servicios e infraestructura de salud de América Latina y el Caribe: principales cifras y tendencias del sector / Ancor Suárez-Alemán, Ignacio Astorga, Gastón Astesiano, Oscar Ponce de León.

p. cm. — (Monografía del BID; 909)

Incluye referencias bibliográficas.

1. Public-private sector cooperation-Latin America. 2. Health planning-Economic aspects-Latin America. 3. Hospital buildings-Design and construction-Latin America-Finance. 4. Health facilities-Design and construction-Latin America-Finance. 5. Infrastructure (Economics)-Latin America-Finance. I. Suárez-Alemán, Ancor. II. Astorga, Ignacio. III. Astesiano, Gastón. IV. Ponce de León, Oscar. V. Banco Interamericano de Desarrollo. Vicepresidencia de Países. VI. Serie.

IDB-MG-909

Códigos JEL: H51; H54; I10; O18.

Palabras clave: Infraestructura y servicios de salud; Asociaciones Público-Privadas; Hospitales; América Latina y el Caribe.

---

Copyright © 2021 Banco Interamericano de Desarrollo. Esta obra se encuentra sujeta a una licencia Creative Commons IGO 3.0 Reconocimiento-NoComercial-SinObrasDerivadas (CC-IGO 3.0 BY-NC-ND) (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/igo/legalcode>) y puede ser reproducida para cualquier uso no-comercial otorgando el reconocimiento respectivo al BID. No se permiten obras derivadas.

Cualquier disputa relacionada con el uso de las obras del BID que no pueda resolverse amistosamente se someterá a arbitraje de conformidad con las reglas de la CNUDMI (UNCITRAL). El uso del nombre del BID para cualquier fin distinto al reconocimiento respectivo y el uso del logotipo del BID, no están autorizados por esta licencia CC-IGO y requieren de un acuerdo de licencia adicional.

Note que el enlace URL incluye términos y condiciones adicionales de esta licencia.

Las opiniones expresadas en esta publicación son de los autores y no necesariamente reflejan el punto de vista del Banco Interamericano de Desarrollo, de su Directorio Ejecutivo ni de los países que representa.





*Ancor Suárez-Alemán*  
*Ignacio Astorga*  
*Gastón Astesiano*  
*Oscar Ponce de León*

---

Los autores agradecen los valiosos comentarios de

*Cristina Simón*  
Jefa de Infraestructura Social de BID Invest

*Carolina Lembo*  
Especialista APP del BID

# CONTENIDOS

• Hechos estilizados – Mensajes claves .....	01
<b>1</b> Introducción .....	02
<b>2</b> Esquemas de APP en Servicios e Infraestructura de Salud en ALC .....	06
<b>3</b> Tipología de contratos APP en hospitales .....	11
<b>4</b> Entes de gobierno involucrados – órganos concedentes .....	19
<b>5</b> Agentes privados involucrados en APP en infraestructura y servicios de Salud en ALC .....	22
<b>6</b> Procesos de licitación y duración de contratos .....	26
<b>7</b> Características económicas de los proyectos .....	31
<b>8</b> Mecanismos de pago e incentivos .....	36
<b>9</b> Asignación de riesgos .....	50
<b>10</b> Desempeño de los contratos: retrasos, modificaciones contractuales y transparencia .....	56
• <b>Referencias</b> .....	62
• <b>Anexos</b> .....	64

## HECHOS ESTILIZADOS - MENSAJES CLAVES

**1** - Mientras que en Reino Unido y otros países con mercados de Asociaciones Público-Privadas (APP) más profundos, la implementación de este mecanismo en el sector salud llega a representar aproximadamente un 20% del CAPEX de la cartera de APP, en ALC es aún un segmento naciente. Cinco países, Brasil, Chile, México, Perú y Colombia, usan de manera cada vez más frecuente este esquema para cubrir las brechas en la provisión de servicios relacionados con el sector. Sólo por dar un ejemplo, el total de proyectos APP en la región pasó de 10 en el año 2000 a 37 en el 2020.

**2** - Proyectos en preparación, construcción, u operación: se identificaron 14 en México, 13 en Brasil, 4 en Chile, 4 en Perú y 2 en Colombia. Los proyectos representan una inversión agregada de al menos USD 3,028 millones. En 59% de los casos las inversiones fueron menores a USD 100 millones, en 26% de los casos fueron mayores a USD 100 y menores a USD 200 millones, y en 15% fueron mayores a USD 250 millones. Además, los proyectos representan contraprestaciones—cubriendo construcción y operación— agregadas durante todo el ciclo de los proyectos de al menos USD 10,500 millones.

**3** - El 78% de las APP son tipo Servicios no-clínicos, que incluyen la provisión de infraestructura, equipamiento y otros servicios no-clínicos. Un 14% de proyectos, ubicados en Brasil\* y Perú, incluyen la provisión de Servicios integrales, clínicos y no-clínicos.

**4** - En 89% de los proyectos fueron adjudicados vía licitación competitiva con un promedio de 2 postores y con un factor de licitación de menor contraprestación pagada por el gobierno al privado. El 70% de los consorcios adjudicados incluyen sólo firmas locales. El restante 30% incluyen al menos una firma española, francesa o estadounidense.

**5** - Los mecanismos de pago incluyen en la mayoría de los casos componente variables en función de demanda y desempeño. El gobierno suele asumir el riesgo de demanda y de desempeño de servicios clínicos en la mayoría de los casos. Por otro lado, el privado asume el riesgo de construcción y operación de servicios no-clínicos.

---

\* En el caso de Brasil, el análisis estadístico realizado en este documento no considera los contratos de operación de corto plazo mediante un *fee for service* entre las Organizaciones Sociales de Salud (OSS) y el sector privado (página 7 para más detalle).

### Acrónimos y siglas

**DGOP:** Dirección General de Obras Públicas del MOP (Chile)

**ESSALUD:** Seguro Social de Salud (Perú)

**IMSS:** Instituto Mexicano del Seguro Social

**ISSEMM:** Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios

**ISSSTE:** Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (México)

**MOP:** Ministerio de Obras Públicas de Chile

**PROINVERSION:** Agencia de Promoción de Inversión Privada (Perú)

**H.:** Hospital

# 1

# INTRODUCCIÓN



# 1

# INTRODUCCIÓN

El presente perfil sectorial de Asociaciones Público-Privadas (APP) en salud en América Latina y el Caribe (ALC) empezó previo a la pandemia de Covid 19 que se tradujo en una fuerte demanda de la capacidad hospitalaria instalada. Por aquel entonces, un boceto de introducción contendría información sobre los siguientes aspectos:

- 1 - Rol del sector público de salud en la prestación de servicios:** A nivel regional el sector público de salud provee servicios al 66% de la población, que en 2020 llega a más de 417 millones de personas.<sup>1</sup> En la mayor parte de los países, esta población corresponde a personas sin trabajo formal ni cobertura de la seguridad social, asociándose de manera importante a grupos de menor renta y marginados, que presentan un perfil epidemiológico de mayor riesgo que la población que trabaja formalmente. Asimismo, como tiene la responsabilidad de atender a la población no cubierta por el sector privado o la seguridad social, debe entregar servicios en contextos territoriales más complejos (de difícil acceso) o de baja densidad poblacional. Para responder a esta demanda, enfrenta importantes desafíos en materias de inversión, operación y capacidad de gestión.
- 2 - Brecha de inversión en el sector:** Las necesidades de inversión en el sector se estiman cercanas a 153.000 millones de dólares, sólo en nuevos hospitales y equipamiento y modernización de la infraestructura existente<sup>2</sup>, y en términos generales (gastos de capital y corrientes) un promedio de gasto en salud que duplique el actual 4% del PIB regional en los próximos 50 años debido a cambios demográficos y cambios en ingresos, avance tecnológico, productividad y políticas de salud (BID, 2018).

---

<sup>1</sup> Con respecto a la institucionalidad relativa a la salud, cabe destacar que la diferenciación entre la responsabilidad de los ministerios a cargo de la sanidad y la seguridad social – como puede ocurrir en el caso peruano – no se da para todo el conjunto de economías de la región – como es el caso de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, y Uruguay. En Brasil, por ejemplo, el Sistema Único de Salud (SUS) se define como universal y centraliza la atención pública de la salud de todo el país. Cálculos estimados indican que responde a la cobertura de salud de alrededor de tres cuartas partes de la población brasileña, frente a un cuarto que utiliza coberturas privadas. Si bien no es el objeto principal del presente documento, puede encontrarse un análisis comparativo de los sistemas de salud de la región en a partir de la tabla 4 del documento de Kanavos et al (2019), Visión general del sistema de salud de América Latina: Un análisis comparativo del espacio fiscal en la asistencia sanitaria.

<sup>2</sup> Marco Sectorial del Sector Salud, Grupo BID. <https://www.iadb.org/es/sectores/salud/marco-sectorial>.

**3 - Brecha de eficiencia en el sector:** A ello se suman los altos niveles de ineficiencia en el gasto público en el sector, que presenta una infraestructura física obsoleta y pobremente mantenida. De acuerdo con estudios de eficiencia en el sector salud del BID; 22 de los 27 países de América Latina y el Caribe se sitúan en la mitad inferior de las clasificaciones mundiales de eficiencia promedio, y otros 12 en el 25% inferior<sup>3</sup>. Existe una necesidad de mejorar la eficiencia en la provisión de servicios de salud en ALC, tanto por los costos crecientes como señalan Dmytraczenko y Almeida (2015) así como por limitaciones presupuestarias de los gobiernos como señalan Izquierdo et al (2018). Dichos estudios plantean el uso de mecanismos de inversión que incentivan para un mejor desempeño en la provisión de servicios de salud.

### Figura - Introducción - 3

#### PRINCIPALES FUENTES DE INEFICIENCIA POR TIPO DE INSUMO DEL SISTEMA DE SALUD

Insumo del sistema de salud	Fuente de ineficiencia técnica (no utilizar el mínimo de insumos para un nivel de producto)
Personal sanitario	<ul style="list-style-type: none"> <li>Combinación inadecuada o costosa</li> </ul>
Medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Precios superiores a lo necesario</li> <li>Subutilización de medicamentos genéricos</li> <li>Uso irracional de los medicamentos</li> <li>Medicamentos de baja calidad o falsificados</li> </ul>
Productos y servicios sanitarios	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sobreutilización de procedimientos, pruebas y equipos</li> </ul>
Servicios de atención sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>Calidad asistencial subóptima y errores médicos</li> <li>Tamaño inadecuado de hospitales</li> <li>Admisión hospitalaria o duración de la estancia inadecuada</li> </ul>
Recursos financieros	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desvios del sistema de salud: corrupción y fraude</li> </ul>

Fuente: Izquierdo et al (2018)

**4 - Potencial de esquemas que incorporen la participación privada en el sector:** La experiencia incipiente en la región en la incorporación de participación privada a través de Asociaciones Público-Privadas en determinadas fases y servicios hospitalarios ha mostrado resultados positivos, pudiendo resultar un modo efectivo de cerrar la brecha de inversión y eficiencia en el sector. Como ejemplos, la experiencia chilena en APP hospitalarias muestra cómo los contratos de bata gris son más eficientes que el modelo de inversión y operación tradicional. El Ministerio de Salud de Chile encargó un estudio para comparar los modelos de contratación tradicional con los de APP en el sector. En dicho estudio, Saint-Pierre et al (2017) señalan que el precio promedio de construcción de los proyectos APP es un 22 por ciento más bajo que los ejecutados vía tradicional, adicionalmente el plazo de construcción fue un 35 por ciento inferior. Los contratos de APP en Chile incluyen servicios no clínicos tales como aseo, alimentación, vigilancia entre otros. El costo de operación del contrato APP mostró ser un 9 por ciento más económico que el tradicional, con un contrato que asegura el cumplimiento de los estándares, situación que no se daba bajo la gestión tradicional. En una línea similar, y en el marco de la Asociación Público Privada entre el seguro de salud del Perú - Seguro Social de Salud (ESSALUD) y la empresa SALOG, se encontró una disminución del valor del inventario de más del 28%, acompañado por una reducción del 69% en el sobre stock y una reducción del 44% en su cobertura de stock en unidades, sin interrumpir ni disminuir la producción de los servicios de salud tales como la entrega de recetas, cirugías, o consultas a pacientes (IPA, 2018).

<sup>3</sup> El nuevo Marco Sectorial del Sector Salud incluye cifras detalladas y actualizadas al respecto. <https://www.iadb.org/es/sectores/salud/marco-sectorial>

A comienzos de 2020, la **COVID-19** cambió la realidad mundial y ha afectado particularmente a la región de América Latina y el Caribe, generando una crisis (sanitaria en primer término y luego económica) sin precedentes. [El Informe Macroeconómico del BID 2020](#), muestra cómo la región puede enfrentarse a caídas de entre el 6,3% y el 14,4% del PIB en los próximos tres años, atendiendo a diferentes escenarios. Se avecinan tiempos de crisis para la región con una magnitud y potencial impacto mayor que las vividas en las últimas décadas. El corto y medio plazo a partir de la crisis COVID-19 generará la necesidad de cubrir fuertes demandas por gasto corriente en áreas de salud, asistencia a grupos vulnerables y fortalecimiento de la red de protección económica. Ello necesariamente profundizará la crisis económica, toda vez que el coste de oportunidad de dichos recursos se materializará a través de la reducción de los niveles de inversión y el potencial deterioro en la calidad de los servicios de infraestructura. Como recogen [Izquierdo y Ardanaz \(2020\)](#), durante la Gran Recesión de 2008, el balance general promedio en América Latina y el Caribe fue de -0,4% del PIB, comparado con -3% en 2019 —una diferencia de 2,5% del PIB. Además, la deuda pública promedio ha crecido desde un 40% en 2008 al 62% del PIB del pasado año, apuntando a un claro deterioro de las cuentas fiscales, y son en gran medida consecuencia de un mal manejo de las políticas fiscales antes, durante y después de la Gran Recesión de la pasada década. El espacio fiscal se encuentra por tanto fuertemente limitado, y las necesidades corrientes de corto plazo obligan a explorar alternativas que alivien dicha presión, o que incluso puedan llegar a crear espacio.

Si bien las necesidades corrientes y de capital inmediatas en el sector salud generadas por la pandemia deben y deberán ser cubiertas de manera rápida y con los recursos públicos existentes, el medio plazo del sector deberá considerar alternativas de inversión que, a través de ganancias de eficiencia – y en ningún lugar a costa de la calidad – reduzcan costos operativos y, por tanto, alivien la presión fiscal que seguirá experimentando la región. Si bien las APP en el sector salud son más desconocidas y sus características han sido menos exploradas y comparadas que en otros sectores de la infraestructura (como puedan ser los de transporte, energía, o incluso agua y saneamiento), varios países de la región han tenido diversas experiencias que permiten ser analizadas.

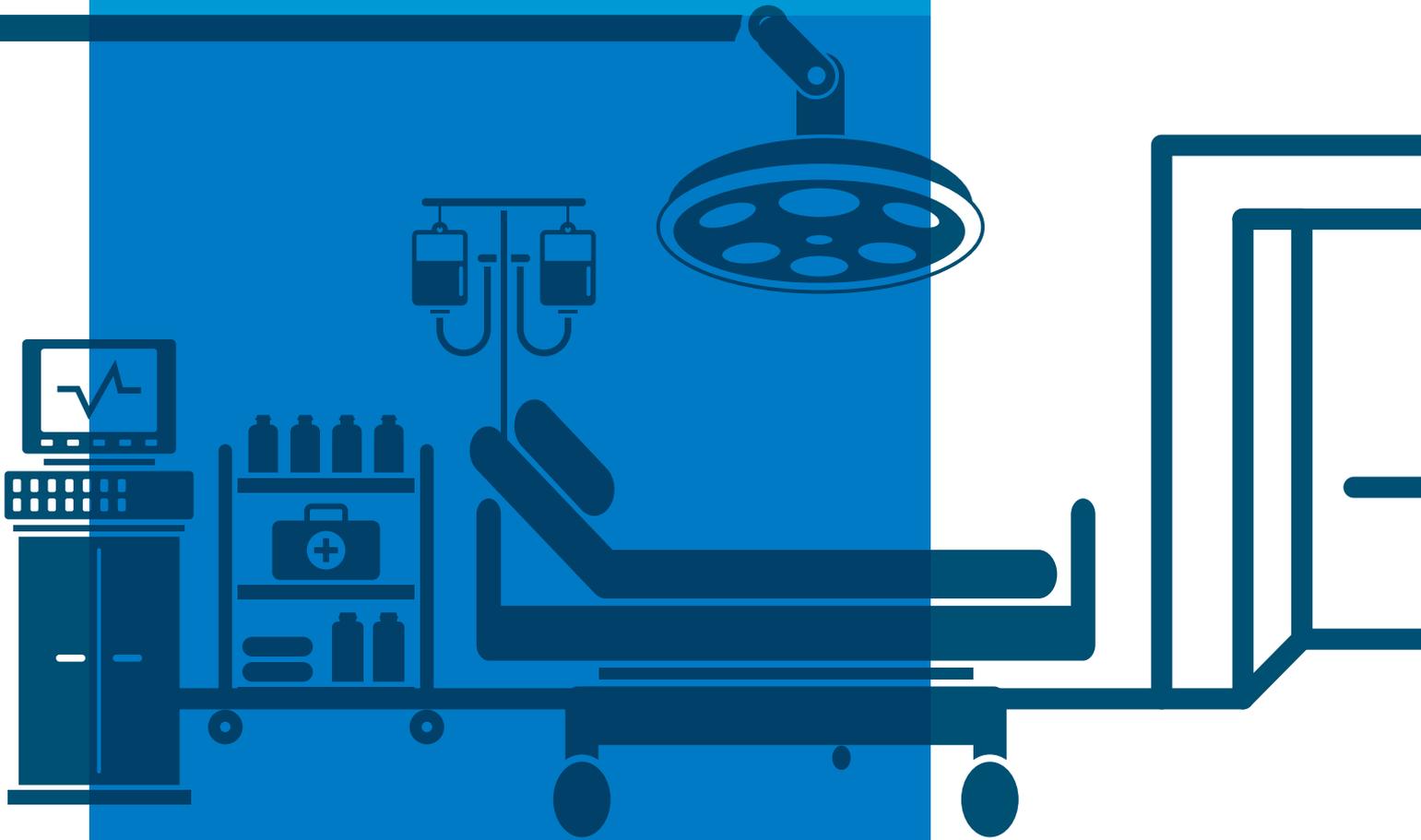
**El éxito de las APP como instrumento para mejorar los servicios en salud en ALC dependerá de la selección y preparación de proyectos que incorporen eficiencias de los privados y que sean sostenibles fiscalmente** (Turolla et al, 2019), **y que de manera ulterior supongan un mejor uso de los recursos públicos para el bienestar del conjunto de la sociedad.** Bajo las condiciones adecuadas y con proyectos bien preparados, las APP pueden constituirse una política pública clave para mejorar la calidad y costo-efectividad de los servicios de salud públicos.

El presente documento elabora un perfil de las APP en Salud en la región con el objetivo de identificar las principales tendencias del sector, entender los roles de las partes públicas y privadas, y las características de los proyectos. El objetivo ulterior es realizar una aproximación al sector que permita conocer el mercado, los procesos, y contratos. Para ello, se consolidó información de proyectos APP en salud a partir de entidades de gobierno a cargo del planeamiento, regulación, y operación de servicios e infraestructura de salud, así como de otras entidades gubernamentales encargadas de procesos de APP, además de información pública por parte de los operadores privados.

Se recolectó información de **38 proyectos y/o paquetes de proyectos APP en salud en Brasil, Chile, Colombia, México y Perú** según los entes de gobierno nacionales, regionales o locales a cargo en cada caso. Los tipos de proyecto incluyen provisión de servicios clínicos, no-clínicos y especializados, así como provisión de equipamiento e infraestructura hospitalaria.

# 2

## ESQUEMAS DE APP EN SERVICIOS E INFRAESTRUCTURA DE SALUD EN ALC



# 2

## ESQUEMAS DE APP EN SERVICIOS E INFRAESTRUCTURA DE SALUD EN ALC

**Se analizan 38 contratos APP firmados (sobre instalaciones individuales o en paquetes) en América Latina y el Caribe desde 2005, y distribuidos de la siguiente manera: 14 en México (38%), 13 en Brasil (34%), 5 en Perú (13%), 4 en Chile (11%) y 2 en Colombia (5%). De ellos, 29 proyectos se encuentran en operación y 7 en fase de construcción<sup>4</sup>.** En 68% de casos el alcance del proyecto abarca un único hospital u otro tipo de unidad de atención de salud. En 8% de los casos los proyectos comprenden paquetes de dos hospitales (Paquete H. San José y H. de Mujeres, Brasil, Paquete Hospitales Maipú y La Florida, Chile, y Paquete H. del Salvador e Instituto de Geriátría, Chile). En 5% de los casos abarcan 1 hospital y un centro de atención ambulatoria (Paquete H. Callao y Centro de Atención y Paquete H. Villa María y Centro de Atención, ambos en Perú). Finalmente, 13% los proyectos abarcan una red de hospitales o unidades de atención. Estos son: Unidades Básicas Manaus 1 y 2 (104 y 56 unidades respectivamente), Diagnóstico por Imagen – Bahía (11 unidades), Red Atención Primaria Belo Horizonte (40 unidades), y Central Material Esterilizado Manaus (49 unidades)<sup>5</sup>.

<sup>4</sup> Dos proyectos en operación tienen retrasos parciales, Unidades Básicas Manaus 1 y 2 (ambos en Brasil). Dos proyectos aun no iniciaron operaciones y se encuentran retrasados respecto a las fechas originalmente programadas, Torre Trecca (Perú), y H. Bahía de Bandejas (México). Además, 1 proyecto fue suspendido temporalmente en 2019, FURP (Brasil), y 1 proyecto fue cancelado, H. Metropolitano Ceará (Brasil).

<sup>5</sup> Para Brasil, en el análisis estadístico realizado no se consideran los contratos de operación de corto plazo mediante un fee for service entre las Organizaciones Sociales de Salud (OSS) y el sector privado. A través de este mecanismo, las entidades realizan un contrato con las municipalidades para entregar servicios a la población empleando las tarifas del Sistema Único de Salud (SUS). La definición considerada de APP a lo largo de este documento conlleva necesariamente la consideración de inversiones de largo plazo con transferencias de riesgo y medición del desempeño.

**Tabla 1**  
**PROYECTOS APP EN SALUD POR PAÍS POR AÑO**

Proyecto	País	Año suscripción de contrato	Año Inicio de operaciones
1 H. de Suburbio	Brasil	2010	2010
2 Unidades Básicas Manaus 1 (104 unidades de salud)	Brasil	2012	2014
3 Unidades Básicas Manaus 2 (56 unidades de salud)	Brasil	2012	2014
4 H. Metropolitano Belo Horizonte	Brasil	2012	2015
5 H. Norte Manaus	Brasil	2013	2015
6 Instituto Couto Maia	Brasil	2013	2013
7 Diagnóstico por Imagen Bahía (11 unidades de bio-imagen)	Brasil	2013	2015
8 FURP Producción de medicamentos	Brasil	2013	ND
9 H. Sorocaba	Brasil	2014	2018
10 Paquete H. San José y H. de Mujeres	Brasil	2014	2018
11 H. Metropolitano Ceará	Brasil	2014	Contrato rescindido en 2019
12 Red Atención Primaria Belo Horizonte (40 centros de salud)	Brasil	2016	2019
13 Central Material Esterilizado Manaus (49 unidades)	Brasil	2017	2019
14 Paquete Hospitales Maipú y La Florida	Chile	2009	2013
15 H. Antofagasta	Chile	2013	2017
16 H. Félix Bulnes	Chile	2013	2018
17 Paquete H. del Salvador e Instituto de Geriatria	Chile	2014	Esperado: 2023
18 H. Cardiovascular Cundinamarca	Colombia	2013	2013
19 H. Bosa	Colombia	2020	Esperado: 2023
20 H. del Bajío	México	2005	2007
21 H. Ciudad Victoria	México	2007	En operación - Fecha ND
22 H. Ixtapaluca	México	2009	En operación - Fecha ND
23 H. Zumpango	México	2009	2011
24 H. Toluca	México	2010	En operación - Fecha ND
25 H. Tlalnepantla	México	2011	2012
26 Clínica Mérida	México	2016	2018
27 H. Bahía de Banderas	México	2017	Esperado: 2020
28 H. Tapachula	México	2017	ND
29 H. Tláhuac	México	2017	Esperado 2020
30 H. Villahermosa	México	2017	Esperado 2020
31 H. Tepic	México	2017	2020
32 H. Municipio García	México	2017	2019
33 H. Tepotzotlán	México	2018	Esperado: 2020
34 Paquete H. Callao y Centro de Atención	Perú	2010	2014
35 Paquete H. Villa María y Centro de Atención	Perú	2010	2014
36 Torre Trecca	Perú	2010	Esperado: 2021
37 Servicio de Logística SALOG	Perú	2010	2015
38 Instituto del Niño de San Borja	Perú	2014	2015

Fuente: Entes de gobierno y operadores privados.

El siguiente cuadro nos muestra 9 proyectos que actualmente (finales de 2020) se encuentran en etapa de preparación según lo indican las agencias de gobierno a cargo. Chile cuenta con una cartera de 4 proyectos a licitarse entre 2020 y 2021. México y Perú cuentan con 5 y 2 proyectos en cartera respectivamente sin fecha determinada de licitación.

**Tabla 2**  
**PROYECTOS APP EN SALUD EN PREPARACIÓN O LICITACIÓN POR PAÍS POR AÑO**

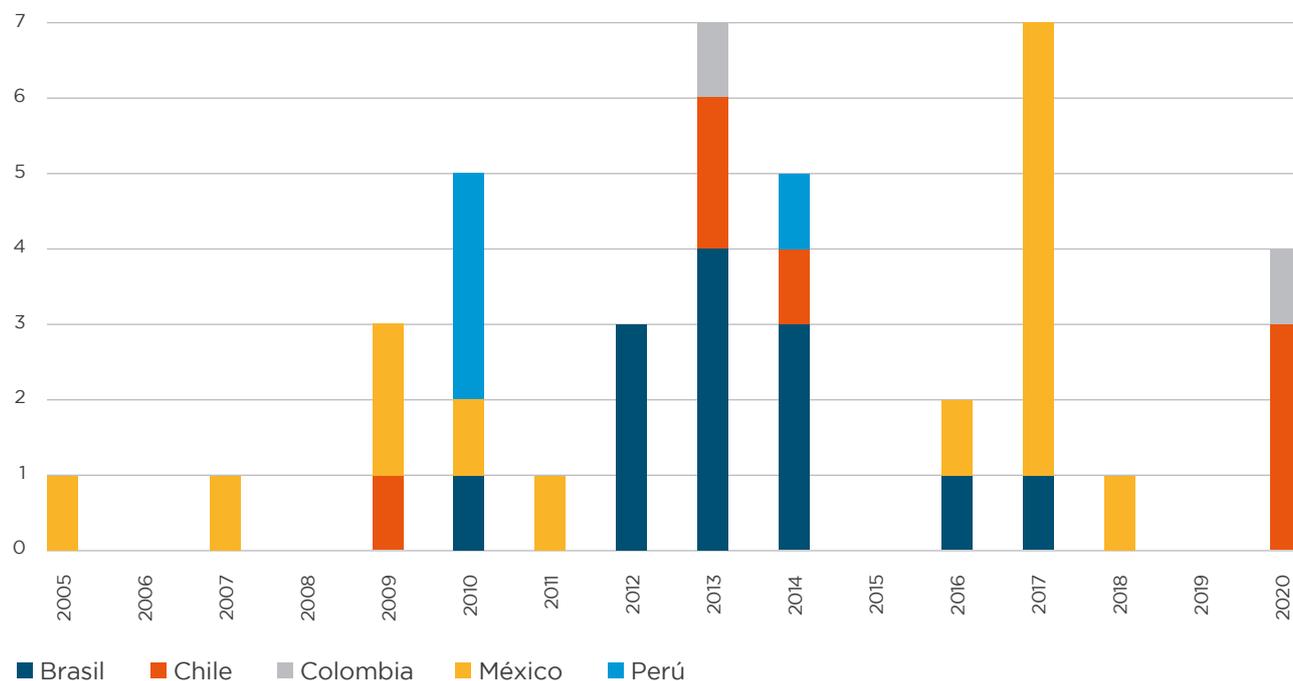
Proyectos en preparación	País	Año planeado de licitación	Ente a cargo de licitación
Red Maule: H. Constitución, Linares y Parral <sup>6</sup>	Chile	2020	MOP
H. Buin-Paine	Chile	2020*	MOP
H. Coquimbo	Chile	2020	MOP
H. La Serena	Chile	2020	MOP
H. Metropolitano Norte	Chile	2021	MOP
H. Durango	México	ND	ISSSTE / Gobierno Federal
H. Guerrero	México	ND	ISSSTE / Gobierno Federal
H. Texcoco	México	ND	ISSSTE / Gobierno Federal
H. Norte C. México	México	ND	ISSSTE / Gobierno Federal
H. Torreón	México	ND	ISSSTE / Gobierno Federal
H. Alta Complejidad Chimbote	Perú	ND	PROINVERSION
H. Alta Complejidad Piura	Perú	ND	PROINVERSION
Complejo Hospitalar Santa Catarina	Brasil	ND	Gobierno de Santa Catarina

<sup>6</sup> Adjudicado en agosto 2020

(\*) Adjudicado en Noviembre de 2020.

El gráfico siguiente muestra el número de proyectos iniciados (i.e. contratos firmados) por año desde el 2005. Los dos primeros proyectos APP en el sector salud de la década se iniciaron en México (Hospitales del Bajío y Ciudad Victoria), ambos desarrollados por la Secretaria de Salud del gobierno nacional. A partir del 2009, se han iniciado 3 proyectos en promedio por año en la región. Destacan los años 2010, con 3 proyectos en Perú, 2013, 4 proyectos en Brasil, 2014, 3 proyectos en Brasil, y 2017, con 5 proyectos en México. El gráfico incluye además 3 proyectos que se planean licitar en Chile durante el transcurso de 2020.

## Gráfico 1 EVOLUCIÓN DE INICIO DE PROYECTOS APP POR AÑO POR PAÍS



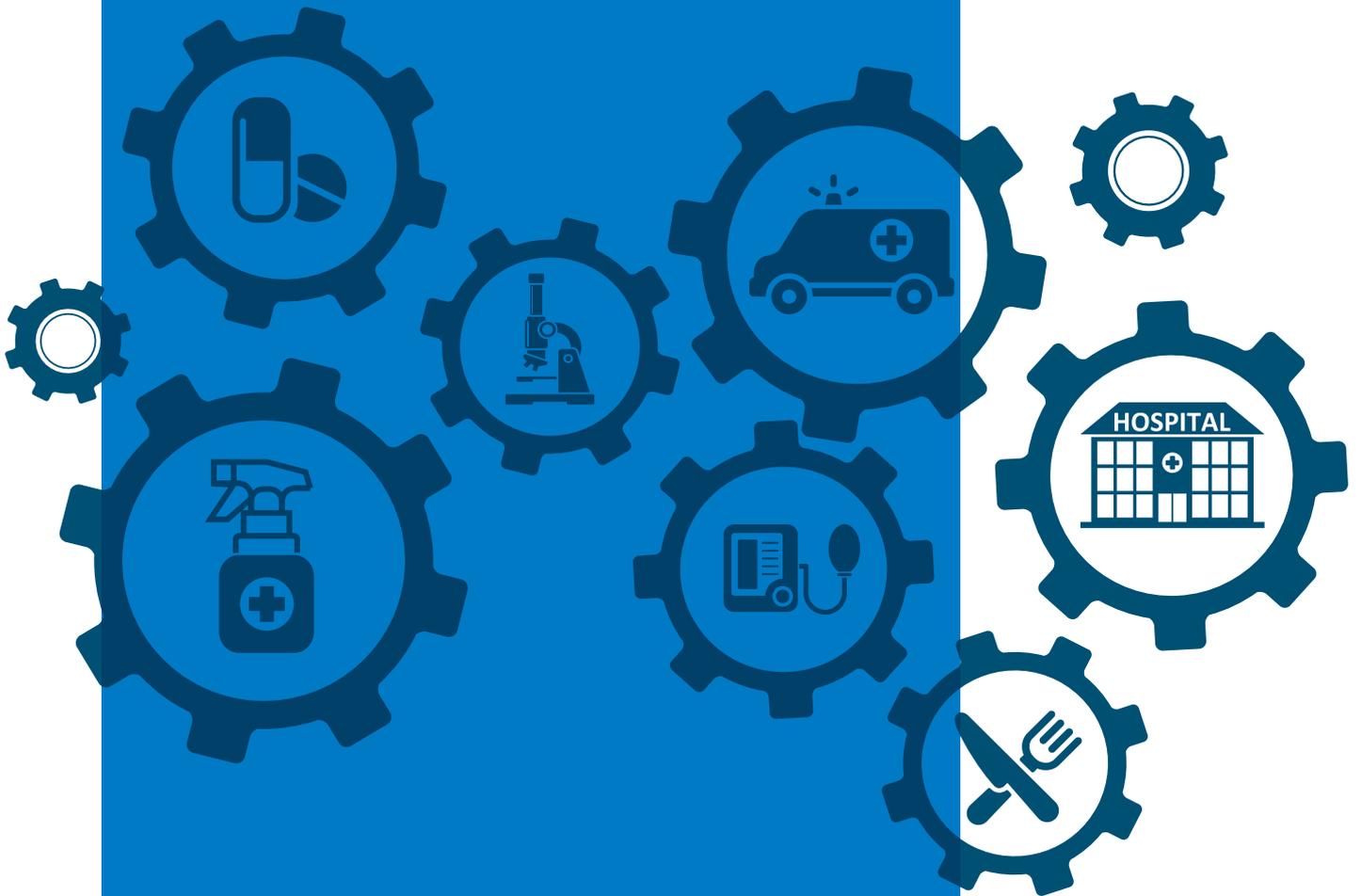
Fuente: Elaboración propia.

Si bien las APP en Salud son un segmento en crecimiento para la provisión de servicios médicos en ALC, aún representan un porcentaje relativamente pequeño de la infraestructura hospitalaria, considerando la inversión total en salud, sin embargo, países como Chile presentan tendencias de inversión donde se observa la relevancia que ha ido tomando este esquema. Los datos para el período 2018-2022 muestran cómo las APP suponen el 71.1% de la cartera de hospitales, versus el 29.9% que optan por la obra pública tradicional. De este modo, la cartera de salud ha pasado a ser la predominante en el mecanismo APP en el país, adelantando a las carreteras y los aeropuertos.<sup>7</sup> Esta tendencia es coincidente con la experiencia de Reino Unido y otras economías europeas.

<sup>7</sup> Fuente: <http://www.Concesiones.cl> y <https://plandeinversionesensalud.minsal.cl/>

# 3

## TIPOLOGÍA DE CONTRATOS APP EN SALUD



# 3

## TIPOLOGÍA DE CONTRATOS APP EN SALUD

En el sector de infraestructura y servicios de salud existen distintos tipos de contratos APP según la provisión de servicios, equipamiento y tipo de infraestructura considerada. Los servicios pueden ser servicios clínicos (término tomado de NHS (2003) y Le et al (2020)), no-clínicos y especializados. Los dos primeros corresponden al agregado de servicios provistos dentro de instalaciones hospitalarias u otras para atención de salud. Los servicios no-clínicos incluyen limpieza, seguridad, jardinería, alimentación, lavandería, y algunos servicios de apoyo clínico como laboratorio, diagnóstico, logística, esterilización, entre otros. La combinación de servicios clínicos y no-clínicos, en línea con Le et al (2020), se considera "de servicios integrales". Por su parte, los servicios especializados hacen referencia a la provisión de servicios específicos ya sean clínicos, de diagnóstico, u otros. La provisión de equipamiento e infraestructura y servicios se realiza a través de contratos de largo plazo tipo BOOT, BOT o DBFO<sup>8</sup>. Los mismos pueden ser greenfield, en caso el privado deba construir una infraestructura nueva, o brownfield, en caso deba modificar una infraestructura existente. La provisión exclusiva de servicios se puede dar a través de contratos tipo O&M u otros de similar naturaleza. La Tabla 4 nos muestra los proyectos por tipo de contrato y duración de estos.

Se identificaron tres principales tipos de APP según la naturaleza de los servicios provistos:

- 1 - APP Servicios no-clínicos (mantenimiento y servicios tipo bata gris-bata verde).** Incluyen únicamente la provisión de servicios no-clínicos a un establecimiento hospitalario u otro de atención de salud. En la mayoría de los casos incluidos incluye provisión y mantenimiento de infraestructura y equipamiento. Alonso et al (2014) distinguen dos tipos de modelos APP para servicios no clínicos; "bata gris", aquellas APP que incluyen "limpieza, vigilancia, seguridad, jardinería y viales alimentación, nutrición, lavandería, ropería" y "bata verde", aquellas que incluyen "laboratorio, imágenes, logística, esterilización, y otros". Puede incluir diseño y construcción o utilizar una infraestructura ya construida.

---

<sup>8</sup> Del inglés Build-Own-Operate-Transfer (BOOT), traducido como Construir, Poseer, Operar y Transferir, Build-Operate-Transfer (BOT), traducido como Construir, Operar y Transferir y Design-Build-Finance-Operate (DBFO), traducido como Diseñar, Construir, Financiar, y Operar. En estos contratos el privado financia y construye o modifica una determinada infraestructura para, por ejemplo, la provisión directa de servicios a consumidores (Ver Delmon, 2010).

**2 - APP Integral (mantenimiento y servicios tipo bata blanca.** Incluyen la operación integral de un establecimiento o red de salud, incluyendo todos los servicios clínicos y no-clínicos necesarios para su funcionamiento. Incluyen mantenimiento de infraestructura y/o provisión y mantenimiento de equipamiento. Puede incluir diseño y construcción o utilizar una infraestructura disponible.

**3 - APP Servicios especializados.** Incluyen la provisión de servicios específicos para redes de salud. Las experiencias en la región incluyen proyectos de servicios de apoyo clínico como diagnóstico con imagen; producción de medicamentos y gestión logística de medicamentos e insumos.

La Tabla 4 ejemplifica el detalle de servicios incluidos en proyectos seleccionados.

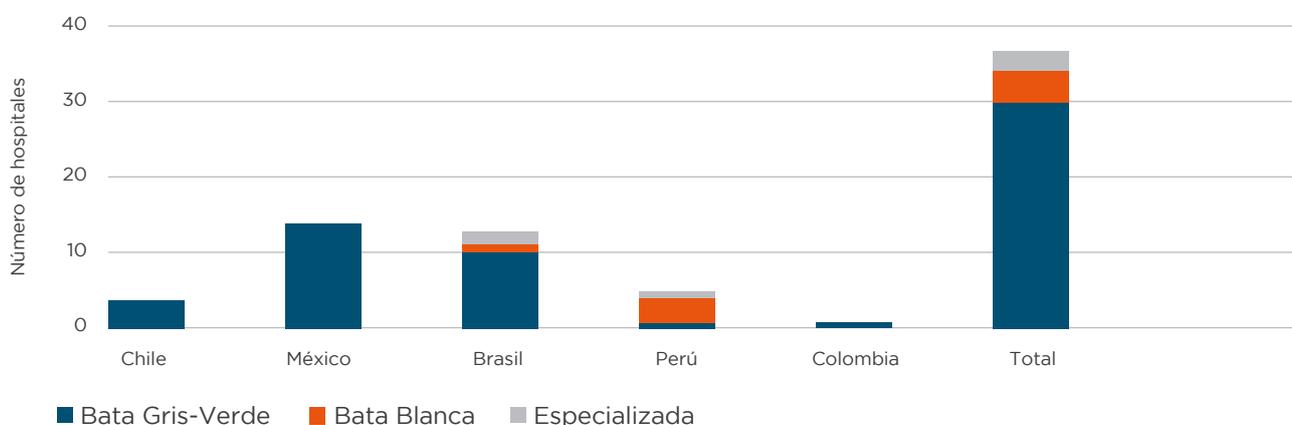
**Tabla 4**  
**SERVICIOS INCLUIDOS EN PROYECTOS SELECCIONADOS**

Proyecto (País)	Servicios/especialidades médicas incluidos
<b>APP Servicios no-clínicos</b>	
H. Sorocaba, Paquete H. San José y H. de Mujeres (Brasil)	Diseño, Construcción, Equipamiento, Mantenimiento de infraestructuras y equipamiento, nutrición, lavandería, Limpieza y desinfección, TIC, gestión de medicinas y materiales especiales, logística, esterilización, seguridad, ingeniería clínica, jardinería, y transporte
H. Metropolitano Ceará (Brasil)	Construcción, Equipamiento, Operación y mantenimiento de infraestructura y equipos, y gestión de servicios no asistenciales, incluyendo tratamiento de residuos, lavandería y provisión de ropa hospitalaria, y alimentación
Paquete Hospitales Maipú y La Florida (Chile)	Diseño, Construcción, Equipamiento, Mantenimiento de infraestructura industrial y mobiliario no clínico, Limpieza, Gestión de Residuos, Control Sanitario, alimentación de pacientes y empleados, Cafetería, Seguridad y Vigilancia, Estacionamiento, Facilidad/Guardería de niños, Alimentación de público en general, Máquinas dispensadoras, Área multiservicios
H. Ciudad Victoria (México)	Diseño, Construcción, Equipamiento, Conservación de infraestructura, Almacén, administración de servicios, Manejo de correspondencia, desinfección y control de plagas, Eliminación de Residuos, Equipamiento General, Equipamiento médico, Estacionamiento, informática, Jardinería, Limpieza, Provisión de alimentos, Ropería, Seguridad y vigilancia, Telecomunicaciones, Transporte, Farmacia, Lavandería, Administración de archivos, Transmisión de datos
Red Atención Primaria Belo Horizonte (40 centros de salud) (Brasil)	Mantenimiento de infraestructura, y servicios de vigilancia, central de atenciones, limpieza, jardinería, y lavandería
Unidades Básicas Manaos (160 unidades de salud) (Brasil)	Mantenimiento preventivo y correctivo, y sustitución de partes de equipos de 160 unidades básicas de salud, incluye servicios de limpieza
Instituto del Niño (Perú)	Mantenimiento de la edificación existente, instalaciones y equipamiento electromecánico asociado a la infraestructura, áreas verdes y estacionamiento, Mantenimiento de equipamiento clínico y no clínico, Operación y mantenimiento de los servicios generales (alimentación, lavandería, limpieza, seguridad y gestión de residuos hospitalarios), Operación y mantenimiento de los servicios de apoyo al diagnóstico (patología clínica y central de esterilización)

Proyecto (País)	Servicios/especialidades médicas incluidos
<b>APP Servicios integrales</b>	
H. de Suburbio (Brasil)	Prestación de servicios de atención de salud, gestión de medicamentos, mantenimiento de bienes del hospital, mantenimiento y reposición de mobiliario y equipamiento médico, gestión de servicios de alimentación, limpieza y seguridad. Clínica general, cirugía general, ortopedia, neurocirugía, neurología, cirugía vascular, cardiología, radiología, patología clínica, y otros
Paquete H. Callao y Centro de Atención, Paquete H. Villa María y Centro de Atención (Perú)	Diseño, construcción, equipamiento, mantenimiento de infraestructura, provisión de servicios no clínicos, y operación clínica que incluye Medicina general, Medicina interna, Medicina física y Rehabilitación, Cardiología, Dermatología, Endocrinología, Emergencias, Gastroenterología, Geriátrica, Nefrología, Neumología, Neurología, Pediatría-Neonatología, Psiquiatría, Reumatología, Anestesiología, Cirugía general, Gineco-obstetricia, Neurocirugía, Odontología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Traumatología y cirugía ortopédica, Urología
Torre Trecca (Perú)	Mejoramiento, Equipamiento, mantenimiento de infraestructura, provisión de servicios no clínicos, Servicio de Consulta Externa, Servicio de Procedimientos diagnósticos, Servicio de Urgencia, Servicio de Lectura de Imágenes, Servicio de Riesgo Quirúrgico, Procedimientos individuales
<b>APP Servicio especializados</b>	
Diagnóstico por Imagen Bahía (Brasil)	Radiología, mamografía, tomografía, y resonancia magnética
FURP Producción de medicamentos (Brasil)	Producción de medicamentos genéricos
Servicios de logística SALOG (Perú)	Gestión logística de medicamentos e insumos

Fuente: elaboración propia.

## Gráfico 2 TIPOLOGÍA DE CONTRATOS APP EN SALUD POR PAÍS



Fuente: Elaboración propia.

La tabla 5 muestra todos los proyectos de la región identificados previamente, según tipo de contrato y otras características. Los datos muestran cómo los contratos tipo APP Servicios no-clínicos constituyen la mayoría en Brasil y la totalidad de proyectos considerados en Chile y México. En Brasil y Perú se encuentran también 3 contratos con Servicios Integrales. Finalmente, sólo en Brasil se reportaron contratos de Servicios Especializados. Según los tipos de contrato APP, los proyectos se distribuyen de la siguiente forma:

- **76% Servicios no-clínicos y/o mantenimiento**, de los cuales
  - 53% incluye equipamiento e infraestructura greenfield
  - 11% incluye equipamiento e infraestructura brownfield
  - 5% incluye equipamiento e infraestructura greenfield y brownfield
  - 3% incluye sólo mantenimiento y servicios no-clínicos
  - 5% incluye sólo mantenimiento
- **13% Servicios integrales**, de los cuales
  - 8% incluyen equipamiento e infraestructura
  - 5% incluyen sólo equipamiento
- **11% Servicios especializados**

**El promedio de duración de contratos que incluyen provisión de infraestructura es de 22 años, y de 12 años cuando los contratos no incluyen provisión de infraestructura. En Chile y México la duración de contratos es homogénea, de 15 y 25 años respectivamente. En ambos casos todos los proyectos incluyen provisión de infraestructura.** En Brasil, Perú y Colombia, la duración promedio de proyectos que incluyen provisión de infraestructura es de 18, 28 y 25 años respectivamente. La duración promedio de contratos que no incluyen provisión de infraestructura en dichos países fue de 12, 30 y 10 respectivamente. Respecto a la extensión de las duraciones, en Brasil, típicamente se permiten extensiones y se imponen además duraciones máximas. En 46% de los casos la duración inicial es de 20 años y se permiten extensiones por un máximo de 15 años. En el resto se permiten extensiones sin especificar topes de duración. En 38% de los casos las extensiones solo son posibles para reestablecer equilibrio económico financiero en el resto no se especifican motivos para extensiones. En Chile y México no se señala explícitamente en los contratos la posibilidad o no de extender las duraciones. En Perú se indica en los contratos la posibilidad de extender y no se definen motivos o topes para extensiones.

**Tabla 5**  
**TIPO DE CONTRATOS APP DEL SECTOR SALUD**

Tipo de contrato	Proyecto	País	Tipo Brownfield/ Greenfield	Descripción textual de contrato	Plazo/Extensión (Años)
Servicios no-clínicos, provisión y mantenimiento de equipamiento e infraestructura	H. Norte Manaus	Brasil	Greenfield	Construcción, fortalecimiento de equipos, mantenimiento y gestión de servicios no asistenciales	<b>20</b> Extensible solo para reestablecer equilibrio económico-financiero Duración máxima: <b>35</b>
	Instituto Couto Maia			Concesion administrativa para construir, gestionar equipar, y operar servicios no asistenciales	<b>20</b> Extensible solo para reestablecer equilibrio económico-financiero Duración máxima: <b>35</b>
	H. Metropolitano Belo Horizonte			Realización de obras de ingeniería y prestación de servicios de apoyo no asistenciales	<b>20</b> Extensible solo en caso de demoras atribuibles al concedente o para reestablecer equilibrio económico-financiero
	H. Metropolitano Ceará			Construcción, fortalecimiento de equipos, mantenimiento y gestión de servicios no asistenciales	<b>25</b> Extensible
	H. Sorocaba			Construcción, equipamiento completo y provisión de servicios no asistenciales	<b>20</b> Extensible Extensión máxima: <b>15</b>
	Paquete H. San José y H. de Mujeres			Construcción, equipamiento completo y provisión de servicios no asistenciales	<b>20</b> Extensible Extensión máxima: <b>15</b>
	Red Atención Primaria Belo Horizonte (40 centros de salud)		Greenfield y Brownfield	Construcción o rehabilitación, mantenimiento, equipamiento, prestación de servicios de apoyo no asistenciales	<b>20</b> Extensible
	H. Félix Bulnes	Chile	Greenfield	Construcción, equipamiento completo y provisión de servicios no asistenciales	<b>15</b>
	Paquete H. del Salvador e Instituto de Geriátría				<b>15</b>
	Paquete Hospitale Maipú y La Florida				<b>15</b>
	H. Antofagasta				<b>15</b>
	H. Bosa	Colombia	Greenfield	Diseño, financiación, construcción, dotación, operación, reposición, mantenimiento y reversión de los equipos y de la infraestructura hospitalaria	<b>18</b>

Tipo de contrato	Proyecto	País	Tipo Brownfield/ Greenfield	Descripción textual de contrato	Plazo/Extensión (Años)
Servicios no-clínicos, provisión y mantenimiento de equipamiento e infraestructura	Bahía de Banderas	México	Greenfield	Diseño, Construcción, Equipamiento, Operación, Mantenimiento y provisión de servicios no médicos	<b>25</b>
	H. Tapachula			ND	<b>25</b>
	H. Tláhuac			ND	<b>25</b>
	H. Villahermosa			ND	<b>25</b>
	H. Tepetzotlán			ND	<b>25</b>
	H. Tepic			ND	<b>25</b>
	H. Toluca			ND	<b>25</b>
	H. del Bajío			ND	<b>25</b>
	H. Municipio García			Diseño, Construcción, Equipamiento, Operación, Mantenimiento y provisión de servicios no médicos	<b>25</b>
	Clínica Mérida			ND	<b>25</b>
	H. Zumpango		ND	<b>25</b>	
	H. Ciudad Victoria		ND	<b>25</b>	
	H. Ixtapaluca		ND	<b>25</b>	
	Provisión y mantenimiento de equipamiento e infraestructura		Unidades Básicas Manaos 1 (104 unidades de salud)	Brasil	<b>51</b> Greenfield/ <b>53</b> Brownfield
Unidades Básicas Manaos 2 (56 unidades de salud)		Greenfield	<b>9</b>		
Servicios integrales, provisión y mantenimiento de equipamiento e infraestructura	Paquete H. Callao y Centro de Atención	Perú	Greenfield	Construcción, derecho de superficie, diseño, equipamiento, operación y mantenimiento Con usuarios asignados	<b>32</b> Extensible
	Paquete H. Villa María y Centro de Atención				<b>32</b> Extensible
	Torre Trecca		Brownfield	Remodelación, implementación, equipamiento, operación y mantenimiento	<b>20</b> Extensible
Servicios integrales, provisión y mantenimiento de equipamiento e infraestructura	H. de Suburbio	Brasil	No aplica	Gestión y Operación de servicios clínicos y no-clínicos	<b>10</b> Extensible solo para reestablecer equilibrio económico-financiero Duración máxima: <b>10</b>
	H. Cardiovascular Cundinamarca	Colombia	No aplica	Dotación, operación y administración, ncluye provisión de servicios médicos	<b>30</b>

Tipo de contrato	Proyecto	País	Tipo Brownfield/ Greenfield	Descripción textual de contrato	Plazo/Extensión (Años)
Servicios especializados, (incluyen equipamiento e infraestructura)	Central Material Esterilizado Manaus (40 centros de salud)	Brasil	Greenfield	Compra de terreno, Construcción, Equipamiento, y Provisión de servicios de esterilización	<b>12</b> Extensible solo para Duración máxima: <b>35</b>
	Diagnóstico por Imagen Bahía		No aplica	Gestión y operación de servicios de diagnóstico por imagen para 12 unidades hospitalarias	<b>11,5</b>
	FURP Producción de medicamentos		ND	Gestión, operación y mantenimiento para industria farmacéutica	<b>15</b>
	Servicios de logística SALOG	Perú	Greenfield	Gestión de almacenamiento y distribución de materiales	<b>10</b> Extensible
Servicios no-clínicos	Instituto del Niño		No aplica	Mantenimiento y operación de instalaciones, equipamiento y operación	<b>10</b>

Fuente: Elaboración propia.

# 4

## ENTES DE GOBIERNO INVOLUCRADOS - ÓRGANOS CONCEDENTES



# 4

## ENTES DE GOBIERNO INVOLUCRADOS - ÓRGANOS CONCEDENTES

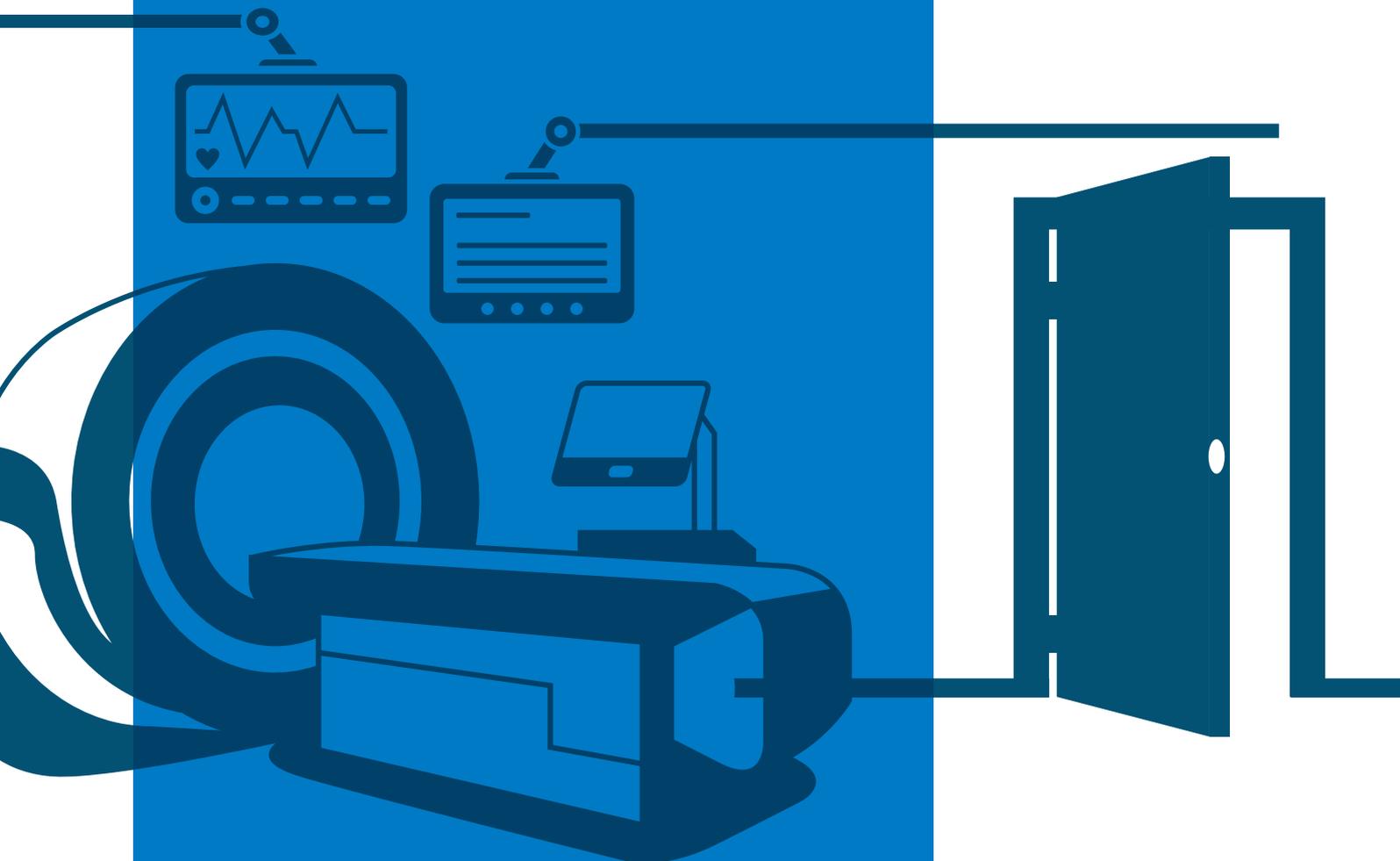
**El 43% de los proyectos APP de salud en ALC han sido desarrollados—esto es, diseñados, preparados y licitados—por entes de gobierno locales o estatales (caso de Brasil), y en un 35% de los casos por organismos semiautónomos proveedores de servicios de salud pública y seguridad social (México y Perú).** En el 14% de los casos, fueron desarrollados por entes nacionales especializados en APPs, (Chile y 1 proyecto en Perú). La tabla 6 muestra los entes de gobierno involucrados para llevar a cabo los proyectos APP, así como características de licitación en los países analizados.

- En **Brasil** los proyectos han sido desarrollados por múltiples entidades de gobierno. Trece (13) proyectos fueron desarrollados por 4 diferentes entes de gobierno estatales y 2 gobiernos de ciudad. En todos los casos dichos entes actuaron asimismo como concedentes. El Estado de Sao Paulo es el que cuenta con mayor experiencia en APPs, desarrolló 2 proyectos de salud en 2014 y más de 40 proyectos de otros sectores al 2020. El resto de las entidades cuenta con menor experiencia. Por ejemplo, el Estado de Bahía desarrolló el primer proyecto APP en salud en Brasil en el 2010. En esa fecha dicho gobierno había desarrollado sólo un proyecto APP anterior. Al 2018, el mismo había desarrollado en total 3 proyectos en salud y 3 en otros sectores. El Estado de Ceará, desarrolló un proyecto de salud en 2014 y 3 en otros sectores al 2020. Belo Horizonte desarrolló 2 proyectos de salud en 2014 y 2015 y 1 proyecto en otro sector al 2020. De igual manera, la prefectura de Manaus desarrolló 2 proyectos en salud y en 2012 y 1 proyecto en otro sector al 2020. Nótese además que durante el periodo 2010-2017 diversos estados de Brasil, incluyendo Mato Grosso, Espirito Santo, Rio Grande, Rondonia, Río de Janeiro, Sao Paulo y Distrito Federal, intentaron desarrollar proyectos de salud. Sin embargo, ellos fueron cancelados antes o durante la fase de licitación.
- En **Chile**, todos los proyectos fueron desarrollados por el MOP, quien cuenta con una [división especializada en APPs](#) y ha desarrollado más de 90 proyectos al 2020 en diversos sectores, principalmente en infraestructura de transporte. Asimismo, el concedente fue el Ministerio de Salud en todos los casos.
- En **Colombia**, el gobierno de la ciudad de Bogotá y la Gobernación de Cundinamarca desarrollaron y actuaron como concedentes de 1 proyecto cada uno.

- En **México**, al igual que en el caso de Brasil, los proyectos han sido desarrollados por múltiples entidades de gobierno. Catorce (14) proyectos fueron desarrollados y concedidos por 3 distintos entes que administran salud y seguridad social, 1 ente de gobierno nacional y 1 ente de gobierno estatal. El ISSSTE es un organismo que administra servicios de salud y seguridad social para trabajadores federales, el IMSS es un ente que administra servicios de salud, pensiones y seguridad social y depende de la Secretaría de Salud del gobierno federal, y el ISSEMM administra servicios de seguridad social en el Estado de México. Además, la Secretaría de Salud y el Gobierno del Estado de México desarrollaron y actuaron como concedentes de proyectos APP de salud.
- Finalmente, en **Perú**, 3 proyectos fueron desarrollados y concedidos por ESSA-LUD en 2010, entidad nacional que provee servicios de salud y de seguridad social. En 2014, 1 proyecto fue desarrollado por PROINVERSION, entidad especializada que al 2020 ha licitado cerca de 100 proyectos APP en diversos sectores, incluyendo transporte, energía y agua y saneamiento.

# 5

## AGENTES PRIVADOS INVOLUCRADOS EN APP EN INFRAESTRUCTURA Y SERVICIOS DE SALUD EN ALC



# 5

## AGENTES PRIVADOS INVOLUCRADOS EN APP EN INFRAESTRUCTURA Y SERVICIOS DE SALUD EN ALC

**El 66% de los consorcios concesionarios adjudicados incluyen sólo a empresas de origen del país de del proyecto.** En este grupo destacan CONSTRUCAP<sup>9</sup>, SH-Magi y OPY con 2 proyectos en Brasil cada una, Prodemex con 3 proyectos y Marnhos con 4 proyectos, ambas en México. **En 34% de los casos los consorcios incluyen empresas internacionales** —i.e. de origen de fuera del país del proyecto. Estas incluyen BM3 (España)<sup>10</sup>, con 2 proyectos en Perú, Ortiz (España), con 1 proyecto en Colombia y 1 en México, Assignia (España), con 1 proyecto en Chile y 1 proyecto en México, Sacyr (España), 1 proyecto en México y 1 proyecto en Chile, Ibérica de Mantenimiento – DOKESIM (España), 1 proyecto en Perú, Meridiam (Francia), 1 proyecto en Chile, Dalkia (Francia), 1 proyecto en Brasil), AHMC (EEUU), 1 proyecto en Perú, GIA (México), 1 proyecto en Chile, e Incot (Perú), 1 proyecto en Colombia. A nivel país, 100% de los consorcios concesionarios incluyen empresas internacionales en Perú, 75% en Chile, 50% en Colombia, 23% en México, y 8% en Brasil.

**Los consorcios incluyen en su mayoría empresas constructoras, desarrolladoras de infraestructura y administradoras de infraestructura de múltiples sectores** como: Acciona (México), Astaldi (Italia), Assignia (España), BM3 (España), CONSTRUCAP (Brasil), Eductrade (España), GIA (México), Grupo Ortiz (España), IGSA (México), Incot (Perú), Metro Engenharia (Brasil), Promedex (México), Sacyr (España), San José (Chile), SH Engenharia (Brasil) y Teya (México). Se identificaron asimismo firmas especializadas en provisión de servicios de salud Promedica (Brasil), SM Gestão Hospitalar (Brasil), Auna (Perú), y AHCM (Estados Unidos) y empresas de capital de inversión y administración de activos como OPY (Brasil) y Meridiam (Francia) y Enfoca (Perú).

Tal como muestra la siguiente tabla, la estructura de consorcio concesionario más común es aquella integrada únicamente por **empresas constructoras**. Esto sucede en 43% de los casos en Brasil, 50% de los casos en Chile, 75% en Perú y en 100% de los casos en Colombia y México.

<sup>9</sup> La empresa que figura como concesionaria se llama INOVA que pertenece al grupo CONSTRUCAP.

<sup>10</sup> Actualmente, en la empresa se encuentra en liquidación.

Ejemplos de lo anterior son los Hospitales de Sorocaba (Brasil) o Ciudad Victoria (México) donde los concesionarios son CONSTRUCAP y MARNHOS, firmas constructoras de Brasil y México respectivamente. Otra estructura encontrada en 2 casos en Brasil es un consorcio formado por una empresa constructora y una empresa del rubro de mantenimiento de infraestructura, como por ejemplo SH Engenharia (constructora) y Magi (mantenimiento) en Unidades Básicas Manaos 1 y 2.

En cuatro casos se encontraron en los consorcios **firmas especializadas en provisión en servicios de salud**. En Instituto Couto Maia (Brasil) la concesion de Servicios no-clínicos está a cargo de Metro Engenharia (constructora) y SM Gestão Hospitalar, ambas de Brasil. Esta última es una firma especializada en gestión hospitalaria del sector público y cuenta con experiencia de gestión de 20 hospitales y centros de salud. En Hospital de Suburbio la concesion de Servicios Integrales está a cargo de Promedica (Brasil) y Dalkia (Francia). La primera es una firma proveedora de servicios de salud que cuenta con red propia de centros médicos para atención. En ese mismo rubro se encuentra AUNA (Perú) que cuenta con una red de clínicas y centros médicos. Dicha firma junto con AHMC (EE. UU.) y ENFOCA (Perú) conforman el consorcio a cargo de la concesion de Servicios Integrales Torre Trecca (Perú). AHMC es una empresa estadounidense especializada en administración de unidades hospitalarias. ENFOCA es una firma peruana de capital de inversión.

Otra firma de capital de inversión OPY (Brasil) maneja dos concesiones de Servicios no-clínicos en Brasil, H. Norte Manaos y H. Metropolitano Belo Horizonte. La primera a través de adquisición de la concesion y la segunda a través de licitación. En Chile, el H. Félix Bulnes es gestionado por Meridian, empresa francesa de capital de inversión, y Astaldi, constructora italiana. Finalmente, en algunos casos, no fue posible identificar el rubro de actividad de las empresas concesionarias. Este es el caso de Red Atención Primaria Belo Horizonte en Brasil y H. Toluca en México. De la misma manera, no se pudo identificar las firmas de los proyectos de servicios especializados en Brasil, Central Material Esterilizado Manaos, Rede Brasileira de Diagnósticos y FURP Producción de medicamentos.

**Tabla 6**  
**CONSORCIOS POR TIPOS DE EMPRESAS Y PAÍS DE ORIGEN**

Proyecto	Firmas consorciadas por tipo				
	Constructor/ Desarrollador de infraestructura	Proveedor de servicios de salud	Inversor y administrador de activos	Mantenimiento de infraestruc- tura/Proveedor de soluciones de energía	Rubro no identificado
<b>Brasil</b>					
H. Norte Manaos	-	-	OPY (Brasil) <sup>11</sup>	-	-
H. de Suburbio	-	Promedica (Brasil)	-	Dalkia (Francia)	-
Instituto Couto Maia	Metro Engenharia (Brasil)	SM Gestão Hospitalar	-	-	-
H. Metropolitano Belo Horizonte	-	-	OPY (Brasil)	-	-
Red de Atención Pri- maria Belo Horizonte	-	-	-	-	-
H. Metropolitano Ceará	Constructora Marquise (Brasil), PB Consultoría (Brasil)	-	-	Vivante (Brasil)	-

<sup>11</sup> En 2020 OPY adquirió la concesion. Originalmente la concesionaria estaba formada por SH Engenharia (Brasil), Magi (Brasil) y Abengoa (España).

Proyecto	Firmas consorciadas por tipo				
	Constructor/ Desarrollador de infraestructura	Proveedor de servicios de salud	Inversor y administrador de activos	Mantenimiento de infraestruc- tura/Proveedor de soluciones de energía	Rubro no identificado
<b>Brasil</b>					
Unidades Básicas Manaos 1 y 2	SH Engenharia (Brasil)	-	-	Magi (Brasil)	-
H. Sorocaba	CONSTRUCAP (Brasil)	-	-	-	-
Paquete H. San José y H. de Mujeres	CONSTRUCAP (Brasil)	-	-	-	-
<b>Chile</b>					
H. Félix Bulnes	-	-	Meridiam (Francia) <sup>12</sup>	-	-
Paquete H. del Salvador e Instituto de Geriatria	GIA (México), Assignia (España)	-	-	-	-
Paquete Hospitales Maipú y La Florida	San José – Tecno Control (España)	-	-	-	-
H. Antofagasta	Sacyr (España), Dominion (España) <sup>13</sup>	-	-	-	-
<b>Colombia</b>					
H. Bosa	Incot (Perú), Grupo Ortiz (España)	-	-	-	-
H. Cardiovascular Cundinamarca <sup>14</sup>	-	-	-	-	Procardio (Colombia)
<b>México</b>					
H. Bahía de Banderas	Prodemex (México)	-	-	-	-
H. Tapachula	Prodemex (México)	-	-	-	-
H. Tepozotlán	Marnhos (México)	-	-	-	Infraestructura So- cial México Avanza (México)
H. Municipio García	Marnhos (México)	-	-	-	-
H. Ciudad Victoria	Marnhos (México)	-	-	-	-
H. Tlalnepantla	Marnhos (México)	-	-	-	-
H. Tláhuac	Sacyr (España)	-	-	-	-
H. Villahermosa	Prodemex (México)	-	-	-	-
Clínica Mérida	GIA (México)	-	-	-	-
H. Zumpango	Teya, IGSA (México)	-	-	-	-
H. del Bajío	Acciona (México)	-	-	-	-
H. Ixtapaluca	GIA (México), Assignia (Es- paña), Eductrade (España)	-	-	-	-
H. Tepic	Invex (México), Grupo Ortiz (España)	-	-	-	-
H. Toluca	ND	-	-	-	-
<b>Perú</b>					
Paquete H. Callao y CA	BM3 Salud; IBT (España)	-	-	BM3 Salud (España)	-
Paquete H. Villa María y CA	BM3 Salud; IBT (España)	-	-	BM3 Salud (España)	-
Torre Trecca	-	AUNA (Perú), AHMC (EE. UU.)	ENFOCA (Perú)	-	-
Instituto del Niño	-	Medlab Cantella (Perú)	-	-	DOKESIM (España), Ibérica de Manteni- miento (España)
Servicios de logística SALOG	-	-	-	-	-

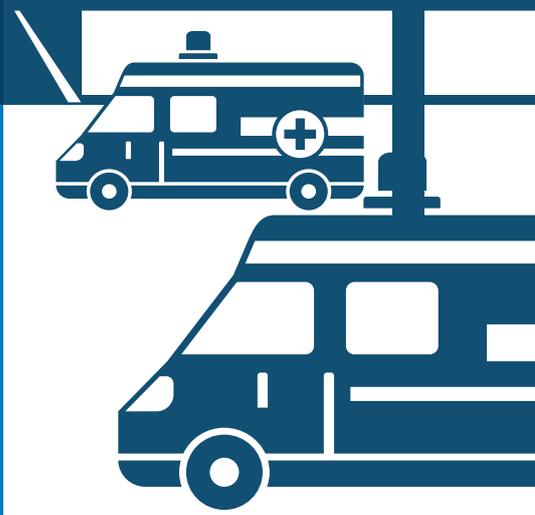
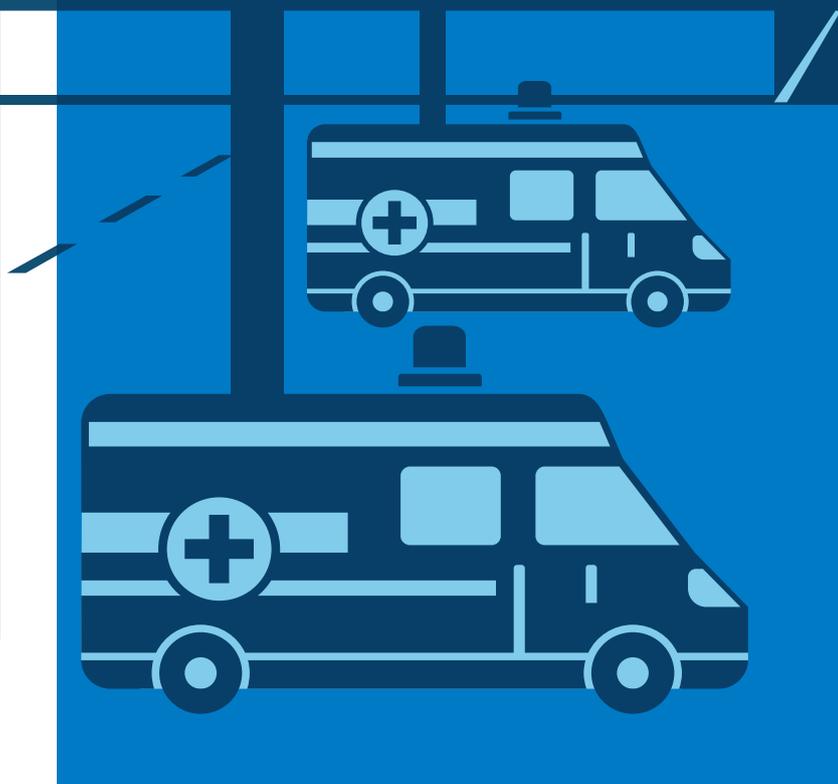
<sup>12</sup> Astaldi (constructora italiana) fue parte del consorcio concesionario hasta el 2019.

<sup>13</sup> Dominion es una empresa proveedora de equipamiento médico.

<sup>14</sup> Contrato a 30 años que incluye dotación, operación y administración, incluye provisión de servicios médicos.

# 6

## PROCESOS DE LICITACIÓN Y DURACIÓN DE CONTRATOS



# 6

## PROCESOS DE LICITACIÓN Y DURACIÓN DE CONTRATOS

El 70% de los proyectos identificados fueron adjudicados a través licitación competitiva con criterio de selección de menor contraprestación, 8% fueron otorgados vía adjudicación directa, y no hay información disponible para el restante 22%. Además, en 27% de los casos el origen de los proyectos se constituyó a partir de iniciativas privadas—i.e. propuestas privadas no solicitadas por el gobierno – cifra superior a lo observado en sectores de infraestructura económica.

**Tabla 7**  
**ASPECTOS DEL PROCESO DE LICITACIÓN POR PAÍS**

País	% Proyectos adjudicados vía licitación competitiva	Número promedio de postores en licitación competitiva	% Proyectos originados por iniciativa privada
Brasil	100%	1.4	0%
Chile	100%	3.7	0%
Colombia	>= 50%	4	<= 50%
México	>= 50%	3.3	>= 50%
Perú	25%	3	75%

Fuente: Elaboración propia.

Se encontró información disponible sobre el método de selección de concesionario en 100% de los casos en Brasil, Chile y Perú y sólo en 50% de los casos en Colombia y México. Cien por ciento de los proyectos fueron adjudicados vía licitación competitiva en Brasil, Chile, Colombia y México, y sólo 25% en Perú. En este último el restante 75% de proyectos fueron adjudicados directamente luego de presentadas iniciativas privadas y de no haber recibido interés de otras firmas. Asimismo, todos los proyectos en México se originaron como iniciativas privadas.

Una licitación competitiva y transparente permite seleccionar al postor más adecuado, minimizar costos y tiempos, y permite además el escrutinio del proceso por parte del sector público y privado (Farquharson et al, 2011). En Chile y Colombia, por ejemplo, los procesos competitivos han permitido reducir los costos de la construcción hasta un 32%. (Red Maule 2020). El promedio de postores en licitaciones competitivas fue de 1.4 en Brasil, donde en 63% de las licitaciones se presentó 1 único postor y en 25% se presentaron 2 postores. En Chile se presentaron 3.7 postores en promedio, 4 en Colombia, 3.3 en México, y 3 en Perú. El rango de postores en dichos casos fue de 2 a 4. promedio de postores por proceso es de 3 y el rango va de 1 a 4. El siguiente cuadro muestra el detalle de proyectos según número de postores como porcentaje del total de casos con información disponible de número de postores.

**Tabla 8**  
**NÚMERO DE POSTORES POR PAÍS - PORCENTAJE DEL TOTAL**

Número de postores	Brasil	Chile	México	Perú
1	32%	-	-	11%
2	11%	-	4%	-
3	4%	4%	11%	4%
4	-	7%	14%	-

Fuente: Elaboración propia  
Total de proyectos: 28

**Tabla 9**
**ENTES DE GOBIERNO, CONCESIONARIOS Y ASPECTOS DE LICITACIÓN POR PROYECTO**

Proyecto	Ente de gobierno a cargo de licitación y Concedente	Concesionario	Tipo de adjudicación	Número de postores	Criterio de selección
H. Norte Manaus	Estado do Amazonas	OPY (Brasil) <sup>15</sup>	Concurso	ND	Menor contraprestación <sup>16</sup>
Central Material Esterilizado Manaus (40 centros de salud)	Estado do Amazonas	ND	Concurso	ND	Menor contraprestación
H. de Suburbio	Estado de Bahía	Promedica (Brasil), Dalkia (Francia)	Concurso	2	Menor contraprestación
Instituto Couto Maia	Estado de Bahía	SM Gestão Hospitalar e Metro Engenharia (Brasil)	Concurso	ND	Menor contraprestación
Diagnóstico por Imagen Bahía	Estado de Bahía	Rede Brasileira de Diagnósticos SPE (Brasil)	Concurso	ND	Menor contraprestación
H. Metropolitano Belo Horizonte	Prefectura de Belo Horizonte	OPY (Brasil)	Concurso (Mejor postor declinó; proyecto adjudicado a segundo mejor)	>= 2	Menor contraprestación
Red Atención Primaria Belo Horizonte (40 centros de salud)	Prefectura de Belo Horizonte	SPE Salud Primaria BH (Brasil)	Concurso	ND	Menor contraprestación
H. Metropolitano Ceará	Estado de Ceará	Constructora Marquise, PB Consultoria, Vivante (Brasil)	Concurso	1	Menor contraprestación
Unidades Básicas Manaus 1 (104 unidades de salud)	Prefectura de Manaus	SH Engenharia (Brasil), Magi (Brasil)	Concurso	1	Menor contraprestación
Unidades Básicas Manaus 2 (56 unidades de salud)	Prefectura de Manaus	SH Engenharia (Brasil), Magi (Brasil)	Concurso	1	Menor contraprestación
H. Sorocaba	Estado de Sao Paulo	CONSTRUCAP (Brasil)	Concurso	2	Menor contraprestación
Paquete H. San José y H. de Mujeres	Estado de Sao Paulo	CONSTRUCAP (Brasil)	Concurso	1	Menor contraprestación
FURP Producción de medicamentos	Estado de Sao Paulo	EMS (Brasil)	Concurso	1	Menor pago
H. Félix Bulnes	Licitante: MOP Concedente: Ministerio de Salud	Astaldi (Italia), Meridiam (Francia)	Concurso	3	Pago por construcción y pago por operación
Paquete H. del Salvador e Instituto de Geriatria	Licitante: MOP Concedente: Ministerio de Salud	GIA (México), Assignia (España)	Concurso	4	Pago por construcción y pago por operación
Paquete Hospitales Maipú y La Florida	Concedente: Ministerio de Salud	San José – Tecno Control (Chile)	Concurso	4	Pago por construcción y pago por operación
H. Antofagasta	Licitante: MOP Concedente: Ministerio de Salud	Sacyr (España)	Concurso	ND	Pago por construcción y pago por operación
H. Bosa	Secretaria de Salud de Bogotá	Incot (Perú), Grupo Ortiz (España)	Concurso	4	Pago agregado

<sup>15</sup> En 2020 OPY adquirió la concesión. Originalmente la concesionaria estaba formada por SH Engenharia (Brasil), Magi (Brasil) y Abengoa (España).

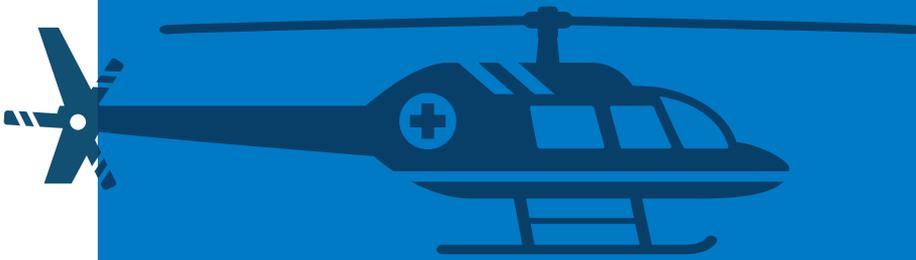
<sup>16</sup> En Brasil, incluyen pago por inversión y operación bajo un mismo concepto.

Proyecto	Ente de gobierno a cargo de licitación y Concedente	Concesionario	Tipo de adjudicación	Número de postores	Criterio de selección
H. Cardiovascular Cundinamarca	Gobernación de Cundinamarca	Procardio (Colombia)	ND	ND	ND
H. Bahía de Banderas	IMSS	Prodemex (México)	Iniciativa privada Concurso	3	Monto anual por servicios
H. Tapachula	IMSS	Prodemex (México)	Iniciativa privada Concurso	4	ND
H. Tepotzotlán	IMSS	Marnhos (México), Infraestructura Social México Avanza (México)	Iniciativa privada Concurso	3	Monto anual por servicios
H. Municipio García	IMSS	Marnhos (México)	Iniciativa privada Concurso	3	ND
H. Tláhuac	ISSSTE	Sacyr (España)	Iniciativa privada Concurso	4	Monto anual por servicios
H. Villahermosa	ISSSTE	Prodemex (México)	Iniciativa privada Concurso	2	ND
Clínica Mérida	ISSSTE	GIA (México)	ND	ND	ND
H. Zumpango	Gobierno del Estado de México	Teya, IGSA (México)	ND	ND	ND
H. del Bajío	Secretaría de Salud	Acciona (México)	ND	ND	ND
H. Ciudad Victoria	Secretaría de Salud	Marnhos (México)	ND	ND	ND
H. Ixtapaluca	Secretaría de Salud	GIA (México), Assignia (España), Eductrade (España)	ND	ND	ND
H. Tepic	ISSSTE	Invex (México), Grupo Ortiz (España)	Iniciativa privada Concurso	4	ND
H. Toluca	ISSEMM	ND	ND	ND	ND
H. Tlalnepantla	ISSEMM	Marnhos (México)	ND	ND	ND
Paquete H. Callao y Centro de Atención	ESSALUD	BM3 Salud (España)	Iniciativa Privada Adjudicación directa	1	ND
Paquete H. Villa María y Centro de Atención	ESSALUD	BM3 Salud (España)	Iniciativa Privada Adjudicación directa	1	ND
Torre Trecca	ESSALUD	AUNA, ENFOCA (Perú), AHMC (EE. UU.)	Iniciativa Privada Adjudicación directa	1	ND
Instituto del Niño	Licitante: PROINVERSION Concedente: Ministerio de Salud	Ibérica de Mantenimiento (España), DOKESIM (España), Sociedad Unipersonal y Medlab Cantella (Perú)	Concurso	3	Menor promedio de remuneración por operación y Mantenimiento y Tarifa por prueba adicional de laboratorio

Fuente: Elaboración propia.

# 7

## CARACTERÍSTICAS ECONÓMICAS DE LOS PROYECTOS



# 7

## CARACTERÍSTICAS ECONÓMICAS DE LOS PROYECTOS

La siguiente tabla nos muestra algunas características económicas de los proyectos: capacidad hospitalaria, tamaño de terreno y valor de inversión. Dichas variables son particularmente relevantes debido a la naturaleza de la mayoría de los proyectos, donde la construcción y/o rehabilitación y equipamiento de hospitales son críticos. En 15% de los casos las inversiones fueron menores a USD 50 millones, en 44% de los casos fueron mayores a USD 50 y menores a USD 100 millones, en 19% entre USD 100 y USD 200 millones, en 7% fueron mayores a USD 150 y menores a USD 200 millones, y en 15% de los casos las inversiones fueron mayores a USD 200 millones. Los proyectos APP en la región generaron una inversión agregada de USD 3,028 millones. México y Chile a la cabeza representan el 32% y 31% respectivamente de dicha inversión. Brasil representa el 22%, Colombia, 9%, y Perú, 6%.

El tamaño promedio de terreno es de 43 mil m<sup>2</sup>. El rango de tamaño observado va de 20 a 122 mil m<sup>2</sup>. En 27% de los casos el tamaño fue menor a 30 mil m<sup>2</sup>. En 53% fue mayor a 30 mil m<sup>2</sup> y menor a 50 mil m<sup>2</sup>. En 20% de los casos el tamaño fue mayor a 50 mil m<sup>2</sup>.

Respecto a capacidad hospitalaria, el rango observado de número de camas va de 32 a 375 camas por hospital. El promedio de número de camas por hospital es de 250. En menos de 6% de casos el número de camas fue menor a 100, en 38% el número de camas estuvo entre 100 y 200, en 35% estuvo entre 200 y 300, y en 22% el número de camas fue mayor a 300. Según el número de camas hospitalarias, los hospitales APP se encuentran en los rangos superiores de tamaño en sus respectivos países. Por ejemplo, en Brasil, el rango de número de camas de los proyectos APP es de 144 - 460. Según SAS (2017) de un total de 7,514 hospitales, 19% de los hospitales cuentan con 100 o más camas. En Colombia, el único proyecto APP existente se espera que cuente con 215 camas. De un total de 3,164 IPS (institución prestadora de servicios de salud), el 1% tiene más de 200 camas. Así, el Hospital Bosa pasaría a ser el noveno establecimiento público más grande según número de camas. En Chile 3 proyectos APP en contarían con más de 500 camas y dos proyectos con más de 375 camas. Según el Ministerio de Salud de Chile (2019), de un total de 318 establecimientos los hospitales con más de 500 camas representan el 5% del total y aquellos en el rango 350-500 representan el 6%. Por otro lado, en México, donde el número de camas por hospital APP va de 90 a 260, la legislación no permite construir hospitales con más de 300 camas.

**Tabla 10**  
**INVERSIÓN, CAPACIDAD Y ÁREA POR PROYECTO APP**

Proyecto	Área (Miles m <sup>2</sup> )	Número de camas	M <sup>2</sup> por cama	Inversión total (CAPEX) (USD millones)	Inversión/Área (Miles USD)	Inversión por cama (Miles USD)	Costo (Suma contra-prestaciones) (USD millones)
Servicios no-clínicos, provisión y mantenimiento de equipamiento e infraestructura							
Paquete H Maipú y La Florida	142	766	185	179.6	1,265	234	-
H. Metropolitano Belo Horizonte	46	460	100	194	4,217	422	310
H. Antofagasta	114	671	170	247	2,167	368	-
H. Félix Bulnes	122	707	173	250	2,049	354	-
H. Bosa	30	215	140	267	8,900	1,242	-
Paquete H. del Salvador e Instituto de Geriatria	165	641	257	275	1,667	429	-
H. Norte Manaus	30	300	100	116	3,867	387	1132
H. Municipio García	32	260	122	120.2	3,780	462	-
H. Ixtapaluca	ND	246	-	122.4	-	498	-
H. Tláhuac	49	250	196	149.2	3,038	597	805
Clínica Mérida	ND	38	-	50.4	-	1,326	175
H. Sorocaba	27	144	188	68	2,519	472	-
H. Villahermosa	33	90	366	74.5	2,264	828	313
Paquete H. San José y H. de Mujeres	ND	376	-	77	-	205	1064
H. del Bajío	ND	184	-	ND	-	-	284
H. Ciudad Victoria	ND	94	-	77.8	-	828	382
H. Tepic	26	150	177	77.9	2,942	519	-
H. Bahía de Banderas	28	150	188	85.2	3,021	568	429
H. Tepetzotlán	32	260	123	88	2,750	338	-
H. Tapachula	27	180	149	93.6	3,491	520	485
Instituto Couto Maia	18	155	116	40	2,222	258	354
H. Zumpango	-	124	-	44.5	-	359	-

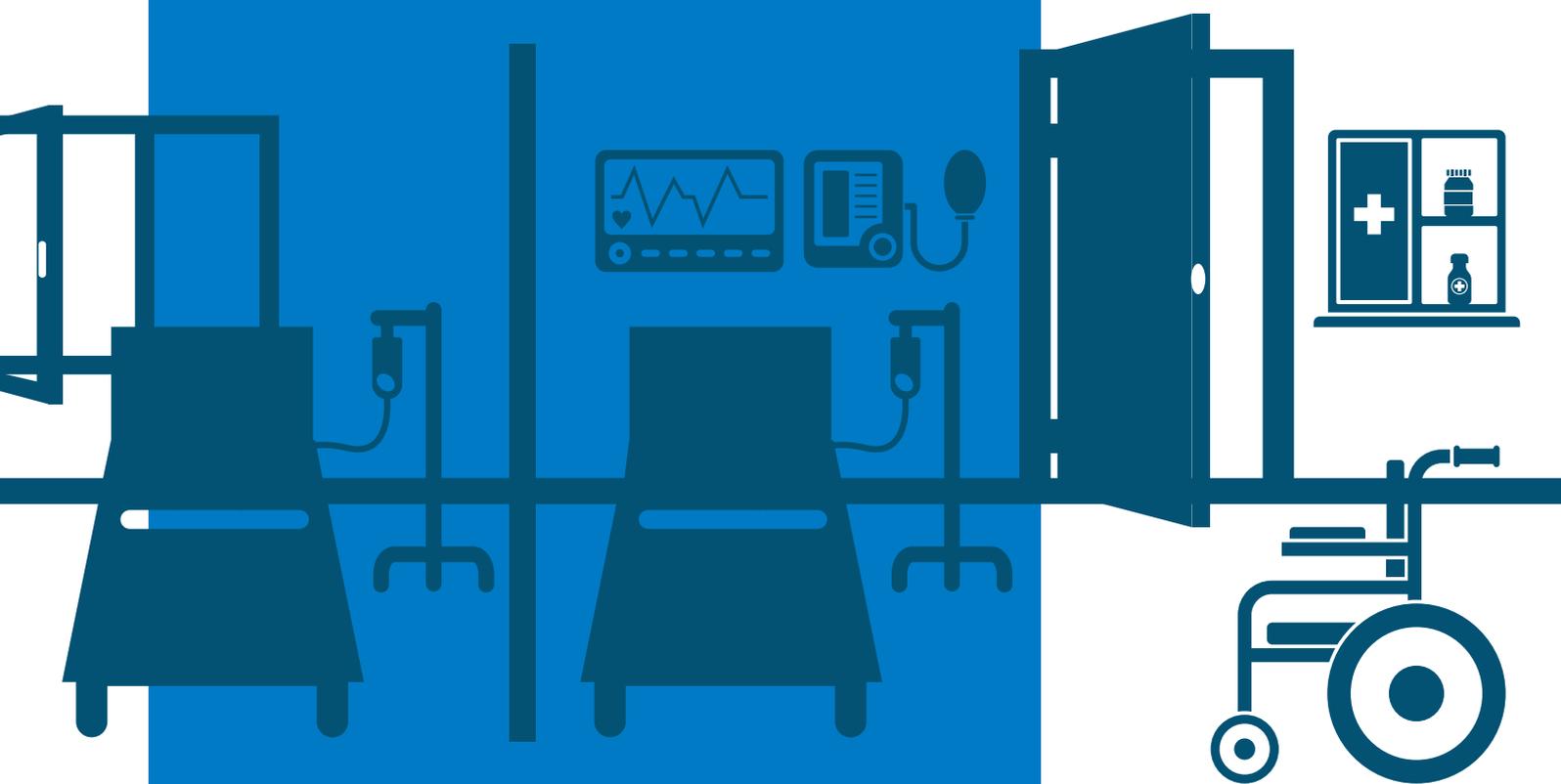
Proyecto	Área (Miles m <sup>2</sup> )	Número de camas	M <sup>2</sup> por cama	Inversión total (CAPEX) (USD millones)	Inversión/Área (Miles USD)	Inversión por cama (Miles USD)	Costo (Suma contra-prestaciones) (USD millones)
Servicios no-clínicos, provisión y mantenimiento de equipamiento e infraestructura							
Instituto del Niño	33	253	128	No aplica	-	-	-
Red Atención Primaria Belo Horizonte (40 centros de salud)	ND	No aplica	-	ND	-	-	-
H. Metropolitano Ceará	ND	432	-	ND	-	-	934
H. Toluca	ND	120	-	ND	-	-	-
H. Tlalnepantla	ND	120	-	ND	-	-	-
Provisión y mantenimiento de equipamiento e infraestructura							
Unidades Básicas Manaos (160 unidades de salud)	ND	No aplica	-	ND	-	-	66
Servicios integrales, provisión y mantenimiento de equipamiento e infraestructura							
Torre Trecca	38.9	-	-	51.3	1,319	-	-
Paquete H. Callao y Centro de Atención	22	193	113	57.6	2,630	298	-
Paquete H. Villa María y Centro de Atención	20	200	98	58.1	2,979	291	-
Servicios integrales y provisión de equipamiento y mantenimiento de equipamiento e infraestructura							
H. de Suburbio	46	373	122	32	703	86	610
H. Cardiovascular Cundinamarca	23	250	92	-	-	-	-
Servicios especializados, (incluyen equipamiento e infraestructura)							
Diagnóstico por Imagen Bahía	No aplica	No aplica	-	50.4	-	-	353
Servicios de logística SALOG	No aplica	No aplica	-	16.1	-	-	No aplica

Fuente: Elaboración propia.

El Gráfico 2 muestra el costo de inversión promedio por cama para aquellos proyectos que incluyen provisión de infraestructura en contratos tipo greenfield. El costo promedio es de USD 0.5 millones por cama. El valor máximo es de USD 1.33 (Clínica Mérida, México) y el mínimo es USD 0.23 millones por cama (Paquete H. Maipú y La Florida, Chile). En 38% de los casos el costo promedio se encuentra 20% por encima o por debajo del promedio, y en 46% se encuentra 30% por encima o por debajo. En proyectos de México (Clínica Mérida, H. Villahermosa y H. Ciudad Victoria), Brasil (H. Norte Manaus) y Colombia (H. Bosa) el costo se encuentra al menos 54% por encima del promedio. En proyectos de México (H. Zumpango, H. Tepetzotlán), Brasil (H. de Mujeres, H. San José, Instituto Couto Maia), Perú (Paquete H. Callao y Centro de Atención, Paquete H. Villa María y Centro de Atención), y Chile (Paquete H. Maipú y La Florida, Chile) el costo se encuentra al menos 31% por debajo del promedio.

# 8

## MECANISMOS DE PAGO E INCENTIVOS



# 8

## MECANISMOS DE PAGO E INCENTIVOS

**La mayoría de las estructuras de pago al concesionario cuentan con un componente fijo de pago y componente variable en función de demanda y/o desempeño.** Turolla et al (2019) señalan precisamente que la asociación de estándares de servicio a deducciones monetarias son clave para que las APP en salud en ALC cumplan un buen desempeño. En H. Sorocaba el peso del pago variable (en función de desempeño y demanda) sobre el pago fijo (donde pago variable / pago fijo = 1.6) es significativamente más alto que en el caso de H. Metropolitano Ceará (donde pago variable / pago fijo = 0.2). Excepción a la estructura de pago fijo y variable son H. de Suburbio (Brasil) y H. Ciudad Victoria (México) donde se aplica un único pago por servicios. La Tabla 11 muestra las diferentes estructuras de contraprestación (el pago hecho por el gobierno al concesionario privado por los servicios o activos provistos) encontradas.

**Tabla 11**  
**ESTRUCTURAS DE CONTRAPRESTACIÓN EN PROYECTOS SELECCIONADOS**

Proyecto	H. Sorocaba (Brasil)	H. Norte Manaus (Brasil)	H. de Suburbio (Brasil)	H. Metropolitano Ceará (Brasil)	H. Bosa (Colombia)	H. Ciudad Victoria, H. Ixtapaluca (México)
	Componentes de pagos por construcción, y operación y mantenimiento juntos					
	Juntos					
<b>Pago fijo</b>	Pago fijo ¿por disponibilidad?	Pago por disponibilidad fijo	-	Pago fijo	Pago por disponibilidad	-
<b>Pago variable en función de:</b>						
Demanda	Pago en función de tasa de ocupación y desempeño	Pago por disponibilidad en función de ocupación de camas	Pago por tasas de atención	-	Pago variable por operación en función de tasa de ocupación	-
Desempeño <sup>17</sup>	Pago en función de tasa de ocupación y desempeño	Pago por desempeño de servicios no asistenciales que cambian de volumen Pago por desempeño de servicios no asistenciales que no cambian de volumen	Pago por indicadores de calidad de gestión (rendimiento)	Pago por desempeño	-	Pago por servicios menos deducciones por falta de calidad, menos deducciones por falta de rectificaciones
<b>Costos financieros del concesionario</b>	-	-	-	-	-	Costos de financiamiento se introducen en pago fijo
<b>Multas o penalidades</b>	-	-	-	-	Aplican deducciones por incumplimiento en reposiciones de equipos y por incumplimientos en los procesos de supervisión, retraso en entregas, y por retraso en inicio de operaciones	-
<b>Nuevas inversiones</b>	-	-	-	-	-	Pago variable por nuevas inversiones y servicios adicionales
<b>Otros conceptos fuera de la fórmula de contraprestación</b>	-	-	-	-	-	Premio por Nivel de Servicio (fuera del mecanismo de pago)

<sup>17</sup> En la mayoría de los países, las fallas al desempeño se sancionan con deducciones y no hay un pago adicional por buen desempeño. Sólo en el caso chileno se utiliza el pago por desempeño, ya que no existen deducciones.

Proyecto	Clínica Mérida, H. Bahía de Banderas (México)	Paquete Hospitales Maipú y La Florida (Chile)	Paquete H. Callao y CA, Paquete H. Villa María y CA (Perú)	Instituto del Niño (Perú)
	Componentes de pagos por construcción, y operación y mantenimiento juntos			
	Separados			No aplica
<b>Pago fijo</b>	Pago por capital Pago por O&M	Pago por construcción Pago por operación hasta un % de ocupación (80%)	Pago por Inversión Pago por equipamiento	Asociado a costos de O&M
<b>Pago variable en función de:</b>				
Demanda	-	Pago variable a partir del pago fijo hasta un 110% de ocupación. Sobre ese monto el Estado paga penalidad	Pago por servicios no asistenciales Pago por servicios asistenciales (Ajuste de valores por demanda no son periódicos Relación precisa entre pago y desempeño no es indicada en el contrato)	Pago por número de pruebas de laboratorio
Desempeño <sup>18</sup>	Deducciones a Pago por capital por incumplimiento de obligaciones Deducciones a Pago por O&M por incumplimiento de indicadores de desempeño	Pago variable de operación en función de la calidad del servicio	Pago por servicios no asistenciales Pago por servicios asistenciales (Ajuste de valores por demanda no son periódicos Relación precisa entre pago y desempeño no es indicada en el contrato)	Deducciones por fallos en metas de calidad y de disponibilidad obligatorias
<b>Costos financieros del concesionario</b>	Pago por financiamiento	Riesgo financiero por incumplimiento del concedente	Costos financieros efectivos se incluyen en pago fijo	-
<b>Multas o penalidades</b>	Pago por capital y O&M penalizados en caso de incumplimiento reiterado	Aplican por incumplimientos establecidos en el contrato	-	-
<b>Nuevas inversiones</b>	-	-	Ajuste del RPI por infraestructura nueva	-
<b>Otros conceptos fuera de la fórmula de contraprestación</b>	-	-	Penalidades por desempeño no explícitas. Incumplimiento reiterado es causal de terminación	-

Fuente: Elaboración propia

<sup>18</sup> En la mayoría de los países, las fallas al desempeño se sancionan con deducciones y no hay un pago adicional por buen desempeño. Sólo en el caso chileno se utiliza el pago por desempeño, ya que no existen deducciones.

**El pago fijo está generalmente asociado al desarrollo de la infraestructura y sus costos asociados.** En H. Norte Manaus (Brasil) y en H. Bosa (Colombia) se le denomina pago por disponibilidad, mientras que en Clínica Mérida (México) se le denomina pago por capital. En H. Félix Bulnes, Paquete Hospitales Maipú y La Florida (Chile) se le denomina pago por fijo construcción y pago fijo por operación. En Paquete H. Callao y Centro de Atención, y Paquete H. Villa María y Centro de Atención (Perú) se le denomina pago por inversión y pago por equipamiento.

**Los pagos variables se realizan en función de demanda (vía tasas de ocupación o cambio de demanda) y/o desempeño en todos los casos.** En 7 de los 10 casos observados el pago variable se ajusta tanto por demanda como por desempeño. En la mayoría de los casos los ajustes en función de demanda son periódicos. Por ejemplo, en H. Sorocaba (Brasil) el pago variable se ajusta según la tasa de ocupación de un periodo anterior. En contraste, en H. Callo (Perú) en contraste el valor de contraprestación se revisa si el número de población cubierta supera determinados límites. Los dos hospitales bata-blanca de Perú tienen un mecanismo de pago por población, que debe ser atendida por ellos. Ningún otro proyecto en la región tiene este tipo de mecanismo. Los ajustes por desempeño se especifican de manera explícita, por ejemplo, en todos los proyectos en Brasil, H. Ciudad Victoria (México), o Gestión Instituto del Niño (Perú). En otros casos, como en H. Callao y H. Villa María (Perú) no se especifica explícitamente la forma de descontar los pagos según niveles de desempeño.

- En **Brasil** los pagos fijos y variables se realizan a lo largo de todos los años de operación del proyecto. En diversos casos, como H. Norte Manaus, H. de Suburbio, Instituto Couto Maia, H. Metropolitano Belo Horizonte, y H. Metropolitano Ceará, el valor de la contraprestación se revisa cada 2 o 5 años según haya cambios significativos en parámetros de demanda o costos. En los Hospitales Sorocaba, Norte Manaus y Metropolitano Ceará—donde el proyecto abarca construcción y operación—se aplica un pago fijo y un pago variable. En H. Suburbio—donde el proyecto abarca sólo operación—se aplica un pago variable. En todos los casos, excepto en H. Metropolitano Ceará, los pagos variables dependen de tasas de ocupación y de indicadores de desempeño, detallados en los contratos. En H. Metropolitano Ceará, el pago variable corresponde al 15% del pago total (fijo más variable) y depende sólo de indicadores de desempeño. Para la fiscalización del desempeño en Instituto Couto Maia y en H. Metropolitano Ceará los contratos prevén la selección de un verificador independiente. En el segundo caso debe además ser seleccionado por acuerdo de partes.
- En H. Bosa (**Colombia**) los pagos fijos y variables se realizan a lo largo de todos los años de operación del proyecto. Si bien no existen pagos o penalidades explícitamente asociadas a desempeño, el contrato prevé la aplicación de penalidades monetarias en caso de incumplimiento de obligaciones contractuales como provisión de equipos, retrasos, y aspectos que deriven de la supervisión de las obligaciones contractuales del privado. El Supervisor es designado por la Secretaría de Salud de Bogotá.
- Al igual que en el caso anterior, en **México**, los pagos fijos y variables se distribuyen a lo largo de todos los años de operación del proyecto. En Clínica Mérida se aplican deducciones a los pagos fijos en función de cumplimiento de obligaciones. En contraste, en los hospitales Ciudad Victoria e Ixtapaluca no se aplican pagos fijos sino únicamente pagos variables. Estos pagos se descuentan en función de cumplimiento de calidad y rectificaciones de faltas cometidas. El costo efectivo de financiamiento del concesionario se reconoce como un pago fijo en todos los proyectos observados.

- En **Chile** los pagos fijos se pagan durante un número de cuotas anuales menor a la duración del proyecto y los pagos variables se realizan a lo largo de toda la vida del proyecto. Por ejemplo, en Paquete Hospitales Maipú y La Florida se realizan 8 pagos anuales fijos mientras que el contrato dura 15 años. El ratio pago variable (por operación) sobre pago fijo (por construcción) en Paquete Hospitales Maipú y La Florida en 2017 fue de 0.34, y para H. Félix Bulnes fue de 0.45. Nótese que en ambos casos se proveen únicamente servicios no-clínicos. Los pagos en ambos proyectos están asociados a desempeño. Sin embargo, la información sobre el detalle de su aplicación no se encuentra disponible. En los proyectos en Chile también se consideran multas asociadas a incumplimientos en las etapas de construcción y operación, y multas asociadas a incumplimiento de medidas tomadas por un inspector fiscal (designado por la DGOP) quien es el principal responsable de fiscalizar el cumplimiento de las obligaciones contractuales del concesionario. También se reconoce un pago por riesgo financiero derivado del incumplimiento de obligaciones del concedente. Finalmente, se reconoce un pago fijo por nuevas obras solicitadas por el gobierno y asimismo se especifica un procedimiento de reconocimiento y metodología de valoración de aquellas.
- Al igual que en el caso anterior, en **Perú** las contraprestaciones fijas se pagan durante un número de cuotas anuales menor a la duración del proyecto y los pagos variables se realizan a lo largo de toda la vida del proyecto. En Paquete H. Callao y Centro de Atención, por ejemplo, se realizan 10 pagos anuales en un contrato de 32 años de duración. El ratio pago variable (por operación) sobre pago fijo (por construcción) para Paquete H. Callao y Centro de Atención (Perú) fue de 8.9 en ambos casos. Nótese que en dichos proyectos se proveen servicios clínicos y no-clínicos. Si bien los contratos en esos casos señalan que los pagos corresponden a la prestación de servicios con los estándares señalados en el contrato, no se ha encontrado una fórmula explícita de asociación pago-desempeño. El supervisor del contrato es designado por ESSALUD. Los contratos además prevén la aplicación de penalidades monetarias en caso de incumplimiento de obligaciones contractuales. En los Paquetes H. Callao y Paquete H. Villa María la contraprestación se revisa si hay un incremento significativo del número de personas con cobertura de salud del proyecto. Además, el costo efectivo de financiamiento del concesionario se reconoce como pago fijo.

La Tabla 12 ofrece mayor detalle de los esquemas de contraprestación y valores de estos por proyecto, así como los indicadores de desempeño asociados en casos seleccionados. A manera de ejemplo, en el Anexo I al final del documento se muestra los indicadores y estándares de desempeño requeridos para proyectos de servicios integrales.

**Tabla 12**

**DETALLE DE ESQUEMAS DE CONTRAPRESTACIONES POR PROYECTO**

Proyecto	Esquema de contraprestación	¿Contra-prestación condicionada a desempeño?	Indicadores de desempeño y calidad	Contra-prestación anual 2019 (*) (millones USD por año)
H. Norte Manaus (Brasil)	<p>Dos componentes:</p> <p>1 - Pago por disponibilidad: pago fijo + pago variable en función de la ocupación de camas y realización de exámenes</p> <p>2 - Pago por desempeño: pago de servicios no asistenciales que no sufren cambio de volumen + pago por servicios no asistenciales que sufren cambio de volumen</p> <p>Los pagos se realizan incluso en caso el concedente no inicie la prestación de servicios de salud (posterior al recibimiento/aprobación de entrega de obras)</p> <p>Los pagos anuales se ajustan anualmente a través de un promedio del Índice Nacional de Precios (IBGE), 45%, Índice de Precios de Mercado (IGPM), 10%, y del Índice de Salarios de Sindicatos de Amazonas (IAC), 45%.</p> <p>El concesionario puede explorar ingresos alternativos mediante arrendamiento de áreas a terceros. El 5% de dichos ingresos deberán ser compartidos con el concedente.</p>	Sí Pagos asociados a niveles de desempeño.	ND	En 2017: USD 75.8 anuales
Central Material Esterilizado Manaus (40 centros de salud) (Brasil)	<p>Pago fijo: 80% de valor de contraprestación</p> <p>Pago variable: 20% de valor de contraprestación</p> <p>Al pago variable se le aplican descuentos por desempeño</p>	Sí Pagos asociados a niveles de desempeño.	ND	2015: USD 13.0 millones anuales
Instituto Couto Maia (Brasil)	<p>Pago fijo = 60% de contraprestación máxima</p> <p>Pago variable = (30% Factor de desempeño + 10% Tasa de ocupación Factor de desempeño) x contraprestación máxima</p> <p>Ajustado por un promedio ponderado de cambios en salarios negociados por sindicatos para profesionales médicos y otros, e Índice de Precios al Consumidor (IBGE)</p>	Sí Pagos asociados a niveles de desempeño.	<p>Indicadores de calidad:</p> <p>Satisfacción de pacientes (higiene, nutrición, seguridad, lavandería, ingeniería hospital, recepción)</p> <p>Satisfacción de profesionales (higiene, nutrición, seguridad, lavandería, ingeniería hospital, recepción, transporte, TIC, otros)</p> <p>Cualidad técnica (higiene, nutrición, seguridad, lavandería, ingeniería hospital, ingeniería clínica, telefonía, recepción, TIC, help desk, otros).</p> <p>Indicadores de conformidad: obras e instalaciones, utilidades, ingeniería hospitalaria, administración general, seguridad, hotelería, ingeniería clínica, telecomunicaciones, data center, help desk</p> <p>Indicadores de disponibilidad: Utilidades, estructuras generales, atención, TIC</p>	2013: USD 17.7 millones anuales
Diagnóstico por Imagen Bahía (Brasil)	<p>Parte del pago está condicionado a indicadores cuantitativos de desempeño</p> <p>Contraprestación fija</p> <p>Ajustado por un promedio ponderado de cambios en salarios negociados por sindicatos para profesionales médicos y otros, y Índice de Precios al Consumidor (IPCA)</p>	Sí	ND	2013: USD 34.4 millones anuales

\* Salvo indicado de otra manera

Proyecto	Esquema de contraprestación	¿Contra- prestación condicionada a desempeño?	Indicadores de desempeño y calidad	Contra- prestación anual 2019 (*) (millones USD por año)
H. de Suburbio (Brasil)	<p>Dos componentes:</p> <p>1 - Porción "Indicadores cuantitativos" (70%) Ponderado por el peso de la actividad en los costos totales (hospitalización, urgencia / emergencia/ atención ambulatoria, SADT)</p> <p>2 - Porción "Indicadores de rendimiento" (30%): incentivo para la calidad de la gestión. Descuento aplicado a las cuotas de "Indicadores cuantitativos" e "Indicadores de rendimiento", debido al incumplimiento de los objetivos e indicadores. Reduce el rendimiento de los socios, preservando la cobertura de los costos operativos y la deuda.</p> <p>El porcentaje del pago se paga de acuerdo con el indicador de rendimiento.</p> <p>Indicador entre 95% -100%, pago 100%; indicador entre 90% -95%, pago 98%, indicador entre 85% -90%, pago 95%, indicador entre 80% -85%, indicador 85 %, pago entre 75% -80%, indicador de 80%, indicador entre 70% -75%, pago de 75%, indicador de hasta 70%, pago de 70%,</p>	Sí Pagos asociados a niveles de desempeño.	<p>Indicadores cuantitativos:</p> <p>Tasa de internamiento (peso de 72%), tasa de urgencias (peso de 21%), tasa de apoyo de diagnóstico terapéutico (peso de 7%).</p> <p>Las metas de internamiento son desagregadas en 8 áreas, incluyendo clínica médica, clínica quirúrgica, pediatría, unidad de cuidados intensivos, cuidados semi intensivos e internamiento domiciliario.</p> <p>Las metas de apoyo de diagnóstico son desagregadas en laboratorio clínico, radiología, anatomía patológica, ultrasonografía, resonancia magnética, tomografía, endoscopia, especialidades.</p> <p>Indicadores de desempeño: Incluyen metas</p> <p>1 - operativas: en revisión de prontuarios, validación de revisión de decesos, control de infección Hospitalar, vigilancia de fármacos, registro de trasplantes, prevención de accidentes laborales</p> <p>2 - de desempeño de atención: intervalo de sustitución, índice de renovación, índice de respuestas, tasa de atendimento de usuarios en emergencia, intervalo de tiempo de realización de cirugías de emergencia, tasa de reingreso a cuidados intensivos</p> <p>3 - calidad de atención: densidad de infección hospitalaria, densidad de infección Hospitalar asociada a catéter central venoso de cuidados intensivos, tasa de mortalidad operativa, tasa de mortalidad de infarto, tasa de mortalidad de accidentes vasculares cerebrales, tasa de ocurrencia de ulcera (d)</p> <p>4 - de gestión clínica: implantación de protocolos clínicos ara patologías prevalentes</p> <p>5 - indicadores del sistema de salud: tasa de atenciones a través de complejo regulador, garantía de continuidad de atención</p> <p>6 - gestión de personas: porcentaje de médicos con título de especialista, ratio enfermeros/camas, actividades de educación permanente, tasa de accidentes de trabajo</p> <p>7 - desempeño de control social: medio de escucha a usuarios, validación de satisfacción de usuarios,</p> <p>8 - humanización</p> <p>9 - acreditaciones hospitalarias</p>	2009: USD 60.7 millones anuales
H. Metropolitano Belo Horizonte (Brasil)	<p>Contraprestación fija</p> <p>Ajustado por un promedio ponderado de cambios en Índice de Precios al Consumidor (IPCA) (65%), salarios negociados por sindicatos para profesionales médicos (15%) y otros indicadores de salarios a profesionales no médicos (20%)</p>	Sí	ND	-

\* Salvo indicado de otra manera

Proyecto	Esquema de contraprestación	¿Contra- prestación condicionada a desempeño?	Indicadores de desempeño y calidad	Contra- prestación anual 2019 (*) (millones USD por año)
Rede de Atención Primaria de Salud Belo Horizonte (Brasil)	<p>Dos componentes:</p> <p>Contraprestación efectiva 1: Factor de operación (número de centros de salud) x contraprestación máxima x 75%</p> <p>Contraprestación efectiva 2 Factor de operación (número de centros de salud en operación) x contraprestación máxima x Índice de Disponibilidad x 25%</p> <p>El Índice de disponibilidad mide el grado de cumplimiento de indicadores de desempeño y de disponibilidad obligatorios</p>	Sí Pagos asociados a niveles de desempeño.	<p>Disponibilidad: Se mide en las siguientes categorías: temperatura de ambiente, accesibilidad, iluminación, electricidad, agua corriente, equipamiento, mobiliario, apariencia y funcionamiento. Aplica a 15 tipos de unidades funcionales, incluyendo consultorios, salas de espera, farmacia, administración, etc.</p> <p>Desempeño: Incluye disponibilidad de información al concedente, tiempo de espera de usuarios en central de atención, indicadores de limpieza, satisfacción de usuarios, satisfacción de trabajadores, aplicación de plan de acción, tiempo de disponibilidad en central de atención, llamadas no atendidas plenamente, vigilancia, mantenimiento preventivo de tecnología clínica, mantenimiento correctivo de equipos, mantenimiento preventivo de unidades funcionales, laboratorio, etc., accidentes durante ocurrencia de obras civiles, seguros para cobertura de daños a terceros, seguro de quipos, otros seguros, calidad de prendas para pacientes.</p> <p>Estos indicadores se califican cualitativamente en categorías (2, 3 o 4) según grado de cumplimiento</p>	2012: USD 28 millones
H. Metropolitano Ceará (Brasil)	<p>Contraprestación efectiva: 85% contraprestación máxima + 15% contraprestación máxima ajustada por desempeño</p> <p>La contraprestación máxima se ajusta por Ajustado por un promedio ponderado de cambios en Índice de Precios al Consumidor (IPCA) (25%), salarios negociados por sindicatos de limpieza y conservación (65%) e índice de inflación de bienes finales (10%)</p> <p>El concesionario puede obtener ingresos adicionales por otras actividades</p>	Sí Pagos asociados a niveles de desempeño.	ND	2014: USD 36.7 (*) millones
Unidades Básicas Manaos (160 unidades de salud) (Brasil)	<p>Parte fija pagada por cada nueva unidad funcional</p> <p>Parte variable por mantenimiento de cada unidad funcional</p> <p>Ambas se ajustan por inflación (IPCA)</p> <p>El concesionario puede obtener ingresos adicionales por otras actividades</p> <p>Además, aplican deducciones por disponibilidad y desempeño.</p>	Sí Pagos asociados a niveles de disponibilidad y desempeño.	<p>Condiciones Mínimas de Disponibilidad: Se mide en las siguientes categorías: temperatura de ambiente, iluminación, electricidad, equipamiento, apariencia, etc.</p> <p>Se describe el procedimiento para evaluar a cada uno de 14 tipos de unidades funcionales, incluyendo consultorios, salas de espera, farmacia, administración, etc.</p> <p>Desempeño: Incluye realización de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos, en predios o sobre ingeniería clínica, y limpieza.</p> <p>Los indicadores se califican cualitativamente y según tiempo de incumplimiento y se aplican unidades de deducciones.</p>	(2012): USD 14.7 millones anuales
Unidades Básicas Manaos (160 unidades de salud) (Brasil)			ND	(2012): USD 9.8 millones anuales

\* Salvo indicado de otra manera

Proyecto	Esquema de contraprestación	¿Contra-prestación condicionada a desempeño?	Indicadores de desempeño y calidad	Contra-prestación anual 2019 (*) (millones USD por año)
H. Sorocaba (Brasil)	Pago fijo + Pago variable Ambos se ajustan por inflación (IPC) Pago variable: Precio unitario x (0.8 x Factor de producción + 0.2 x Coeficiente de desempeño) El factor de producción depende directamente de la tasa de ocupación El coeficiente de desempeño es ponderado según 3 tipos de área y según 3 niveles de "criticidad"	Sí Pagos asociados a niveles de disponibilidad y desempeño.	ND	USD 31.3 millones anuales
Paquete H. San José y H. de Mujeres (Brasil)	Pago fijo + Pago variable Pago variable = Precio unitario x (0.8 x Factor de producción + 0.2 x Coeficiente de desempeño) El factor de producción depende directamente de la tasa de ocupación El coeficiente de desempeño es ponderado según 3 tipos de área y según niveles de "criticidad"	Sí Pagos asociados a niveles de disponibilidad y desempeño.	ND	USD 36.2 millones anuales por H. de Mujeres USD 25.6 millones anuales por H. San José
FURP Producción de medicamentos (Brasil)	Componente A por inversiones realizadas Componente B por servicios de gestión y mantenimiento y otros El componente B es descontando según desempeño	ND	ND	Suma de pagos; USD 159 millones, USD 11 millones promedio anual
H. Félix Bulnes (Chile)	Pago fijo por construcción Pago fijo por operación (ajustado por cambios en salario mínimo) Pago variable por operación (n función de ocupación de días-cama) Pago por sobredemanda de camas Pago por servicio de alimentación (para empleados del hospital) Pago por riesgo financiero del concedente (compensación al concesionario en caso de incumplimiento grave de obligaciones del concedente) compensación por sobredemanda de camas Pago fijo por mobiliario no clínico Pago fijo por mobiliario clínico	Sí	ND	ND
Paquete H. del Salvador e Instituto de Geriatria (Chile)	ND	Sí	ND	ND
Paquete Hospitales Maipú y La Florida (Chile)	ND	Sí	ND	Maipú 2018 USD 98 millones por construcción 2017 USD 34 millones por operación La Florida 2018: USD 106 millones por construcción 2017: USD 36 millones por operación

\* Salvo indicado de otra manera

Proyecto	Esquema de contraprestación	¿Contra-prestación condicionada a desempeño?	Indicadores de desempeño y calidad	Contra-prestación anual 2019 (*) (millones USD por año)
H. Antofagasta (Chile)	-	Sí	ND	-
H. Bosa (Colombia)	Retribución: Pago por disponibilidad + Otros ingresos Pago por disponibilidad: Aporte FFDS + Deducciones + Multas y descuentos	No	A la tarifa por capital se le aplican deducciones por incumplimiento en reposiciones de equipos y por incumplimientos en los procesos de supervisión, retraso en entregas, y por retraso en inicio de operaciones. A la tarifa por gastos de operación aplican deducciones por fallas en servicio, reincidencia de fallas en servicio, deficiencias en reportes, y perjuicios causados a usuarios Las deducciones por fallas consideran componentes: deducción directa, deducción en función a la implementación de solución provisional y el tiempo en dicha implementación. Las deducciones por reincidencia de fallas de servicio se aplican en función a la frecuencia de la reincidencia y el tipo de unidad funcional.	-
H. Bahía de Banderas (México)	Tarifa por deuda de financiamiento Tarifa por capital Tarifa por gastos de operación Tarifa por servicios facturables La tarifa por financiamiento se ajusta para reflejar los costos efectivos del financiamiento A la tarifa por capital se le aplican deducciones por incumplimientos en obligaciones A la tarifa por gastos de operación aplican deducciones por fallas en servicio, reincidencia de fallas en servicio, deficiencias en reportes, y perjuicios causados a usuarios Las tarifas por capital y por gastos de operación se ajustan por inflación (INPC)	Sí	ND	USD 21.4 millones
H. Tapachula (México)	ND	ND	ND	USD 24.2 millones
H. Tláhuac (México)	ND	ND	ND	USD 40.2 millones
H. Villahermosa (México)	Tarifa por deuda de financiamiento Tarifa por capital Tarifa por gastos de operación Tarifa por servicios facturables La tarifa por financiamiento se ajusta para reflejar los costos efectivos del financiamiento A la tarifa por capital se le aplican deducciones por incumplimientos en obligaciones A la tarifa por gastos de operación aplican deducciones por fallas en servicio, reincidencia de fallas en servicio, deficiencias en reportes, y perjuicios causados a usuarios Las tarifas por capital y por gastos de operación se ajustan por inflación (INPC)	Sí	ND	USD 15.7 millones

\* Salvo indicado de otra manera

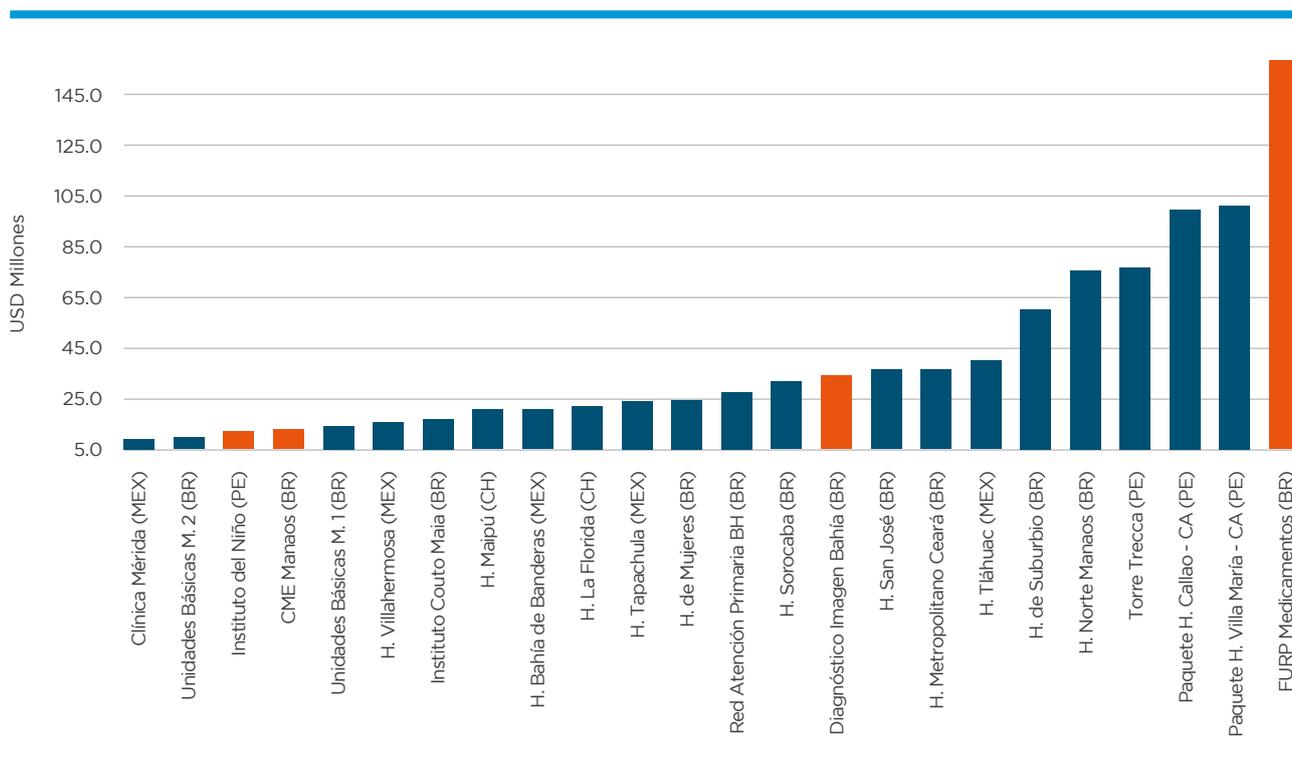
Proyecto	Esquema de contraprestación	¿Contra-prestación condicionada a desempeño?	Indicadores de desempeño y calidad	Contra-prestación anual 2019 (*) (millones USD por año)
Clínica Mérida (México)	Tarifa por financiamiento Tarifa por capita Tarifa por gastos de operación y mantenimiento Tarifa por servicios unitarios A la tarifa por capital se le aplican deducciones por incumplimiento en reposiciones de equipos, por servicio deficiente, y por errores y omisiones en emisión de reportes Todas las tarifas se ajustan por inflación (INPC)	Sí	A la tarifa por capital se le aplican deducciones por incumplimiento en reposiciones de equipos, por servicio deficiente, y por errores y omisiones en emisión de reportes A la tarifa por gastos de operación y a la tarifa por servicios unitarios les aplican deducciones por incumplimiento de indicadores específicos, fallas en servicios eventuales, y reiteraciones de las fallas anteriores, reincidencia de fallas en servicio, y por errores y omisiones en emisión de reportes	USD 8.7 millones
H. del Bajío	Pago por servicios menos deducciones por falta de calidad menos deducciones por falta de rectificaciones	Sí	ND	-
H. Ciudad Victoria (México)				
H. Ixtapaluca				
Paquete H. Callao y Centro de Atención (Perú)	RPI = Costos por inversión + Costos por equipamiento RPO = Costos por operación asistencial + costos por O&M El RPI por costos de inversión se repaga en 15 años, el RPI por equipamiento se paga en 3 o 10 años según el tipo, y el RPO se paga durante toda la duración del proyecto. El valor del RPI se calcula utilizando un valor referencial de costos del contrato y el valor real de la tasa de financiamiento del concesionario.	No	Indicadores de satisfacción Indicadores de calidad Indicadores de resultados (Ver Tabla abajo)	Total 2018 = 100.6 (RPI = USD 10.2 millones RPO = USD 90.4 millones)
Paquete H. Villa María y Centro de Atención (Perú)	El RPI calculado se ajusta en función del cambio del Índice Nacional de Precios de Construcción, Índice de Maquinaria y Equipo, Índice de Mano de Obra, y el Índice de precios al consumidor. Además, El RPI se puede incrementar según el concedente solicite obras nuevas (cuyo límite es el 15% del valor referencial de la inversión). El RPO se ajusta por inflación (Índice de Precios al Consumidor), Tipo de cambio, y de acuerdo con el incremento del número de asegurados.	No	ND	Total 2018 = 101.2 (RPI = USD 10.7 millones RPO = USD 90.4 millones)
Torre Trecca (Perú)	ND	No	Indicadores de satisfacción Indicadores de calidad Indicadores de resultados	Total 2018 77.3 millones (RPI = USD 9.6 millones, RPO = USD 67.7 millones)
Instituto del Niño (Perú)	RPMO: Retribución por mantenimiento y operación RPAL: Retribución por prueba equivalente adicional de laboratorio RSI: Retribución por servicio de reparación y puesta en funcionamiento inicial Retribución por Demanda no cubierta El RPMO se ajusta por inflación y por cambios en la remuneración mínima vital. Además, le aplican deducciones por fallos en metas de calidad y de disponibilidad obligatorias RPAL y RSI se ajustan por inflación	Sí Deducciones por mal desempeño aplican a las retribuciones descritas en la columna anterior. Además, el contrato especifica penalidades para diversos tipos de incumplimientos contractuales.	Indicadores de calidad Indicadores de disponibilidad	RPMO 2014 = USD 10.6 millones RPAL 2014 = USD 1.4

\* Salvo indicado de otra manera

El Gráfico 3 muestra el valor estimado de contraprestación anual en el primer año de marcha de proyecto. La mayoría de los proyectos del gráfico son tipo Servicios no-clínicos los cuales, junto a cuatro proyectos tipo Servicios integrales (Paquete H. Callao, Paquete H. Villa María, y Torre Trecca, todos de Perú y H. Suburbio en Brasil), se muestran en barras azules. Los proyectos tipo Servicios especializados se muestran en barras naranjas. Las contraprestaciones anuales para proyectos tipo Servicios no-clínicos son en promedio USD 43 millones anuales y van de USD 9 hasta USD 142 millones. Los valores más altos se encuentran en Paquete H. Callao y Paquete H. Villa María, y Torre Trecca (todos de Perú) con USD 101, USD 101, y USD 77 millones anuales respectivamente.

### Gráfico 3

## VALOR ESTIMADO DE CONTRAPRESTACIÓN ANUAL EN AÑO 1 DE PROYECTO USD MILLONES

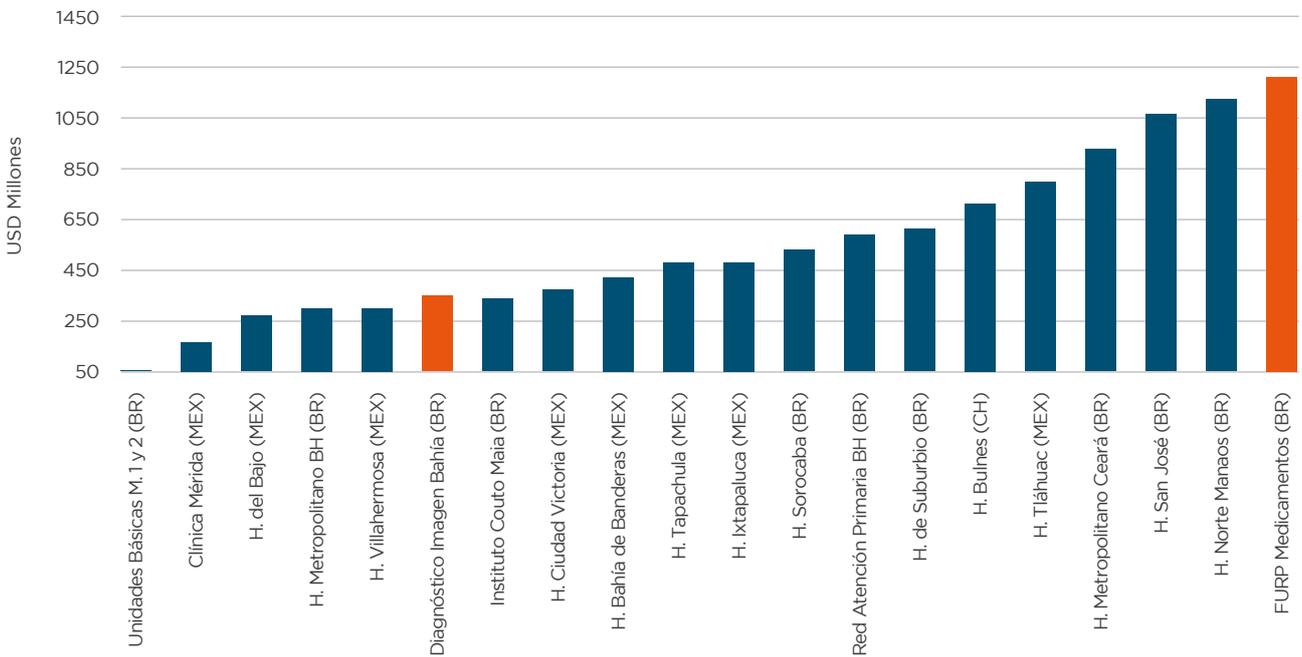


**Fuente:** Contratos APP de los proyectos de Brasil publicados por organismos concedentes y descripción de proyectos mexicanos provistas por "Proyectos México", sitio web del gobierno de México (<https://www.proyectosmexico.gob.mx>).

El Gráfico 4 muestra el valor estimado de la suma de contraprestaciones durante toda la vida del proyecto. Debido a disponibilidad de información se incluyen únicamente proyectos de Brasil y México. Al igual que en el gráfico anterior, la mayoría de los proyectos del gráfico son tipo servicios no-clínicos los cuales se muestran en barras azules. Los proyectos tipo Servicios especializados se muestran en barras naranjas. El valor promedio para proyectos tipo Servicios no-clínicos es de USD 539 millones y van de USD 66 hasta USD 1,221 millones. Los valores más altos son de H. Norte Manaos, San José, y H. Metropolitano Ceará (todos en Brasil) con USD 1,132, USD 1,132, y USD 1,064 millones respectivamente. Le siguen los proyectos H. Tláhuac (México) y H. Félix Bulnes (Chile) con USD 805 y USD 719 millones anuales respectivamente. En agregado, sólo la suma de contraprestaciones de los proyectos de Brasil y México alcanza USD 10,500 millones, 68% del primero y 32% del segundo.

## Gráfico 4

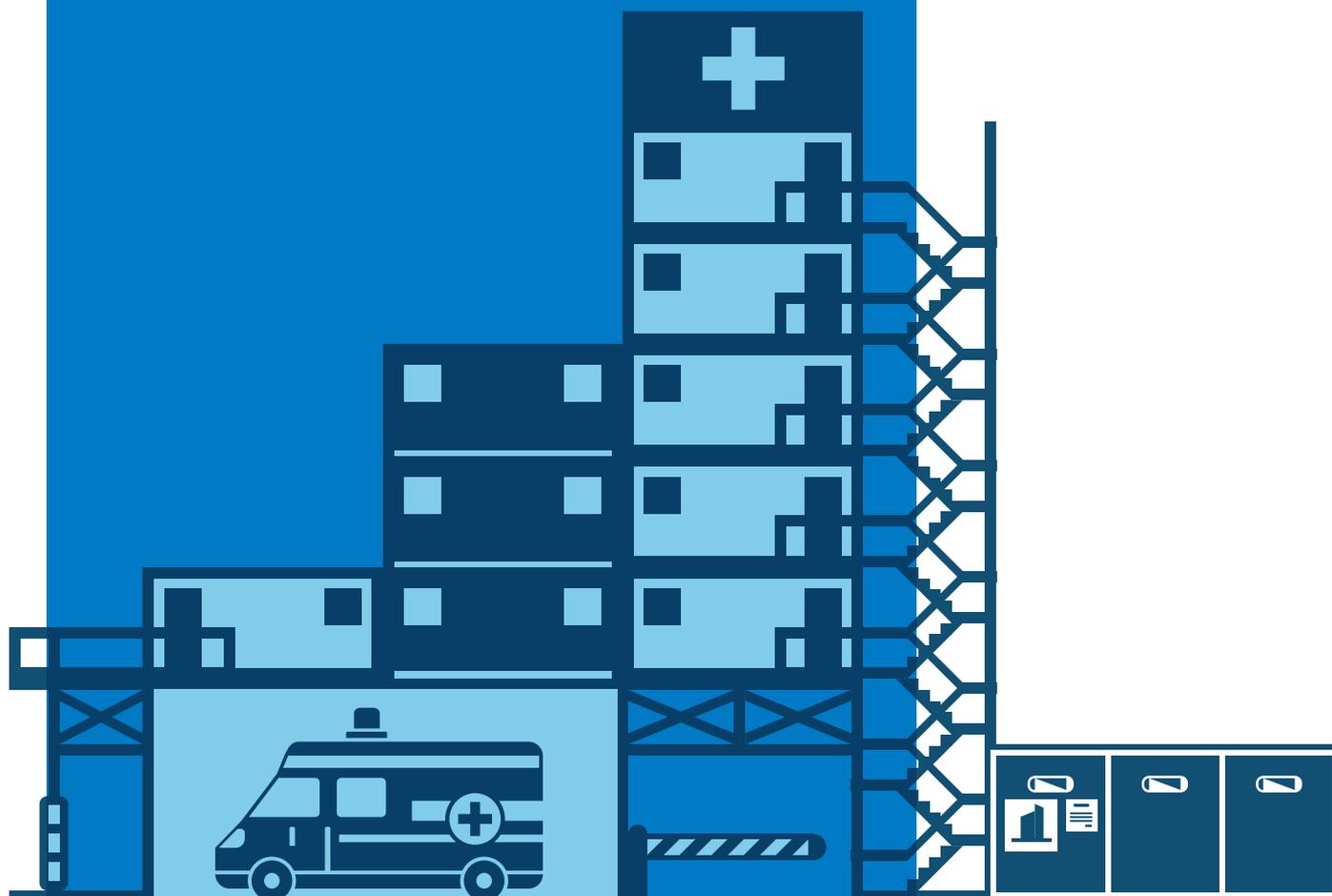
### VALOR ESTIMADO DE SUMA DE CONTRAPRESTACIONES PARA TODA LA VIDA DEL PROYECTO - USD MILLONES



**Fuente:** Contratos APP de los proyectos de Brasil publicados por organismos concedentes y descripción de proyectos mexicanos provistas por "Proyectos México", sitio web del gobierno de México (<https://www.proyectosmexico.gob.mx>).

# 9

## ASIGNACIÓN DE RIESGOS



# 9

## ASIGNACIÓN DE RIESGOS

En la mayoría de los casos, en el desarrollo de proyectos APP en salud, el sector público asume riesgos de demanda y de desempeño operacional de servicios clínicos; el privado asume riesgos de obtención de licencias, construcción y diseño, equipamiento, desempeño operacional de servicios no-clínicos, y pasivos ambientales. Lo anterior es consistente con lo señalado por Turolla et al (2019) para una muestra de proyectos APP de salud en ALC.

La Tabla 13 muestra la asignación de riesgos para aquellos proyectos con información disponible.

- El **riesgo por obtención de licencias y permisos** es asumido por el privado en todos excepto un caso. En Red Atención Primaria Belo Horizonte el gobierno asume costos por retrasos en obtención de permisos atribuibles a autoridades de gobierno.
- El **riesgo de demanda** es asumido en todos los casos por el público y en la mayoría de los casos reconocido a través de ajustes a la contraprestación. La contraprestación recibida por el privado es revisada periódicamente y ajustada por demanda en 77% de los casos en Brasil. En Perú los contratos de Servicios Integrales también permiten ajustar la contraprestación ante incrementos de demanda de la población atendida. En Chile y Colombia el mecanismo de pago incorpora un ajuste ante mayor tasa de ocupación.
- El **riesgo de construcción y diseño** y equipamiento es asumido por el privado en el 94% de los proyectos para desarrollo de instalaciones hospitalarias u otras de atención de salud. Estos incluyen contratos tipo Servicios no-clínicos y Servicios integrales donde el privado provee la infraestructura y equipamiento. Los contratos en Brasil explícitamente indican que el privado asume el riesgo de incrementos en costos o retrasos en construcción. El riesgo de ingeniería es señalado explícitamente en Instituto Couto Maia y H. Norte Manaus, ambos en Brasil. En Chile y Perú los contratos incluyen penalidades específicas por retrasos. En todos los casos el privado es responsable por el adecuado funcionamiento de infraestructura y equipamiento. En dos casos, Instituto del Niño (Perú) y H. Suburbio (Brasil), el público realizó la construcción de las instalaciones hospitalarias de manera separada a través de inversión pública tradicional. En aquellos casos donde hay pagos fijos ligados a avances de obra, el riesgo de construcción no se transfiere en su totalidad.

- El **riesgo de desempeño** operacional de servicios no-clínicos es asumido por el privado en todos los proyectos. En Brasil, Chile y México el mecanismo de pago está asociado a indicadores de desempeño. En Colombia y Perú el contrato prevé penalidades ante incumplimiento de metas de desempeño. El riesgo de desempeño operacional de servicios clínicos es asumido por la parte pública en el 88% de los proyectos para desarrollo de instalaciones hospitalarias u otras de atención de salud. En un caso de aquellos, H. Norte Manaus, el riesgo es mitigado a través de un contrato de O&M con otro privado. El 12% restante incluye proyectos en Perú y Brasil, donde se aplica un esquema APP Servicios integrales.
- En 58% de los casos el privado asume el **riesgo de financiamiento**. Este es el caso en la mayoría de los proyectos en Brasil, todos los proyectos en Chile y Colombia, y 1 proyecto en Perú. El restante 42% donde el riesgo de financiamiento es compartido está compuesto por 2 proyectos en Brasil, todos los proyectos de México y la mayoría de los proyectos en Perú. En H. Sorocaba, Paquete H. San José y H. de Mujeres (Brasil), el gobierno aportó el 62% del capital de los proyectos. En México y Perú (los proyectos de Servicios integrales), los mecanismos de pago incorporan el reconocimiento de los costos de financiamiento efectivo de los concesionarios.
- El **riesgo de pasivos ambientales** generados por recolección de residuos es asumido en la mayoría de los casos por los privados. Estos son señalados explícitamente en diversos proyectos en Brasil. En otros países el privado asume en general los riesgos medioambientales de operación.

**Tabla 13**  
**DISTRIBUCIÓN DE RIESGOS**

Proyecto	Licencias	Demanda	Construcción y Diseño	Equipamiento	Desempeño / Operación		Financiamiento	Pasivos ambientales (por recolección de residuos)	Fuerza mayor
					Servicios no-clínicos	Servicios clínicos			
H. Norte Manaus (Brasil)	Privado	Público Revisión de parámetros c. 5 años Cláusula de equilibrio económico financiero	Privado Público aprueba en detalle estudios y planes de construcción y equipamiento	Privado Público asume incremento de costos causados por incorporación de innovaciones tecnológicas	Privado Mecanismo de pago no asociado a desempeño	Público (Transferido parcialmente a través de un contrato de gestión con otro privado)	Privado	Privado	Compartido Privado asume todo riesgo asegurable Público Asume el resto
H. de Suburbio (Brasil)	Privado	Público Revisión de parámetros durante los 2 primeros años y c. 5 años Cláusula de equilibrio económico financiero	Público Privado no participa de la construcción y diseño	Privado	Privado Mecanismo de pago no asociado a desempeño	Privado	Privado	-	Compartido Privado asume todo riesgo asegurable Público Asume el resto

Proyecto	Licencias	Demanda	Construcción y Diseño	Equipamiento	Desempeño / Operación		Financiamiento	Pasivos ambientales (por recolección de residuos)	Fuerza mayor
					Servicios no-clínicos	Servicios clínicos			
Instituto Couto Maia (Brasil)	Privado	Público Revisión de parámetros al fin del año 1 y c. 5 años Cláusula de equilibrio económico financiero se activa por subida de tasa de ocupación (+110%)	Privado Público aprueba en detalle estudios y planes de construcción y equipamiento	Privado	Privado Mecanismo de pago no asociado a desempeño	Público	Privado	Privado	Compartido Privado asume todo riesgo asegurable Público Asume el resto
Diagnóstico por Imagen Bahía (Brasil)	Privado	Público Revisión al fin de 18 meses y c. 5 años para incorporar cambios de demanda	Privado Público aprueba en detalle estudios y planes de construcción y equipamiento	Privado	No aplica	Servicios especializados: Privado	Privado	Privado	Compartido Privado asume todo riesgo asegurable Público Asume el resto
H. Metropolitano Belo Horizonte (Brasil)	Privado	Público Revisión de parámetros c. 5 años Cláusula de equilibrio económico financiero	Privado Público aprueba en detalle estudios y planes de construcción y equipamiento	Privado	Privado Mecanismo de pago no asociado a desempeño	Público	Privado	Privado	Compartido Privado asume todo riesgo asegurable Público Asume el resto
Red Atención Primaria Belo Horizonte (40 centros de salud) (Brasil)	Compartido Público asume riesgo por retrasos atribuibles a autoridades competentes. Dichos retrasos pueden activar cláusula de equilibrio económico financiero	Público Tres revisiones de contra-prestación estipuladas en el contrato.	No aplica	Privado	Privado Mecanismo de pago no asociado a desempeño	Público	Privado	Privado	Compartido Privado asume todo riesgo asegurable Público Asume el resto
H. Sorocaba, Paquete H. San José y H. de Mujeres (Brasil)	Privado	Público	Privado	Privado	Privado Mecanismo de pago no asociado a desempeño	Público	Compartido 62% capital público 38% privado	Privado (Responsabilidad por daños ambientales)	Compartido Privado asume todo riesgo asegurable Público Asume el resto

Proyecto	Licencias	Demanda	Construcción y Diseño	Equipamiento	Desempeño / Operación		Financiamiento	Pasivos ambientales (por recolección de residuos)	Fuerza mayor
					Servicios no-clínicos	Servicios clínicos			
H. Metropolitano Ceará (Brasil)	Privado	Público Revisión de parámetros económicos durante los 2 primeros años y cada 5 años Cláusula de equilibrio económico financiero Público asume riesgo en caso de cambio en perfil epidemiológico de la población atendida	Privado Público aprueba en detalle estudios y planes de construcción y equipamiento.	Privado	Privado Mecanismo de pago no asociado a desempeño	Público	Privado	Privado	Compartido Privado asume todo riesgo asegurable Público Asume el resto
Paquete Hospitales Maipú y La Florida	Privado	Público Exceso de demandas es incluido en mecanismo de pago	Privado Público aprueba en detalle estudios y planes de construcción y equipamiento.	Público	Privado Mecanismo de pago no asociado a desempeño	Público	Privado	Privado	Se evalúa de acuerdo al caso
H. Félix Bulnes, Paquete H. del Salvador e Instituto de Geriátrica, H. Antofagasta (Chile)	Privado	Público Exceso de demandas es incluido en mecanismo de pago	Privado recupera costos de construcción aun con incumplimiento grave de obligaciones	Privado	Privado Mecanismo de pago no asociado a desempeño	Público	Privado	Privado	Se evalúa de acuerdo al caso
H. Bahía de Banderas, H. Villa Hermosa, Clínica Mérida (México)	Privado	Público	Privado Público aprueba en detalle estudios y planes de construcción y equipamiento	Privado	Privado Mecanismo de pago no asociado a desempeño	Público	Compartido El mecanismo de pago al incorporar los costos efectivos de financiamiento obtenidos por el concesionario	ND	Compartido Privado no recibe compensación por eventos de fuerza mayor. Puede recibir prorrogas.
H. del Bajío, H. Ixtapaluca, H. Ciudad Victoria (México)	Privado	Público	Privado	Privado	Privado Mecanismo de pago no asociado a desempeño	Público	Privado Beneficios de refinanciamiento posterior al cierre financiero se comparten	Privado	Compartido Ciertos eventos (e.g. brote de infecciones) excusan al privado de sus obligaciones.

Proyecto	Licencias	Demanda	Construcción y Diseño	Equipamiento	Desempeño / Operación		Financiamiento	Pasivos ambientales (por recolección de residuos)	Fuerza mayor
					Servicios no-clínicos	Servicios clínicos			
Paquete H. Callao y CA, Paquete H. Villa María y CA, Torre Trecca (Perú)	Privado	Público El RPO (pago por operación) se ajusta según el número de asegurados se incrementa	Privado Público aprueba en detalle estudios y planes de construcción y equipamiento.	Privado	Privado Mecanismo de pago no asociado a desempeño	Privado	Compartido El mecanismo de pago al incorpora los costos efectivos de financiamiento	ND	ND
Instituto del Niño (Perú)	Privado	Público	Público Privado no participa de la construcción y diseño	Privado	Privado Mecanismo de pago no asociado a desempeño	Público	Privado	Privado	Compartido Ciertos eventos excusan al privado de sus obligaciones

Fuente: Elaboración propia.

# 10

## DESEMPEÑO DE LOS CONTRATOS: RETRASOS, MODIFICACIONES CONTRACTUALES, Y TRANSPARENCIA



# 10

## DESEMPEÑO DE LOS CONTRATOS: RETRASOS, MODIFICACIONES CONTRACTUALES, Y TRANSPARENCIA

**Algunos estudios en Latinoamérica han evaluado el desempeño de hospitales bajo ambos mecanismos de contratación usando indicadores como: percepción del trato recibido por parte de los usuarios; provisión de otros servicios además de los clínicos; tasa de rotación, sustitución y ocupación de camas; duración de la estadía de los pacientes; y tasas de mortalidad general y quirúrgica.** En un estudio realizado para hospitales en Sao Paulo, Brasil, en 2009, por La Forgia y Harding, se evidenció que los hospitales APP son más eficientes, con un mejor desempeño en varias áreas, incluida la tasa de rotación, sustitución y ocupación de camas, y duración de la estadía. El estudio reveló que, de acuerdo con las mejores prácticas internacionales, los hospitales APP utilizan aproximadamente un tercio menos de médicos y un tercio más de enfermeras que las instalaciones administradas directamente por el sector público. También concluyeron que, aunque las tasas de mortalidad general y quirúrgica fueron más bajas en los hospitales APP, las diferencias fueron solo marginalmente significativas (Harding, 2009). Asimismo, cabe destacar que en Brasil existen las Organizaciones Sociales de Salud (OSS), entidades privadas sin fines de lucro que entregan servicio a los establecimientos públicos bajo contrato. En México, se evaluó la percepción de los usuarios de acuerdo con el trato recibido en Hospitales APP. La satisfacción global con la atención recibida se situó en un promedio de 9,1 sobre 10, siendo únicamente inferior a 9, en los primeros meses de la concesión (Alonso, 2015).

La Tabla 14 muestra las fechas de inicio de operaciones, retrasos en el inicio de operaciones y modificaciones contractuales. Se observaron retrasos en algunos proyectos en Brasil en Unidades Básicas Manaos 1 y 2 y H. Sorocaba (2 años de retraso). Además 1 proyecto se suspendió temporalmente en 2019, FURP Producción de medicamentos, y otro fue rescindido, H. Metropolitano Ceará. Además, se encontraron retrasos significativos en Chile, de casi 4 años en Paquete H. del Salvador e Instituto de Geriátrica, derivada de hallazgos arqueológicos, de más de un año en Paquete Hospitales Maipú y La Florida, y de al menos 5 meses en H. Félix Bulnes. En México se encontró un retraso de 10 meses en H. Bahía de Banderas. Finalmente, en Perú, se observa un retraso a la fecha de 5 años en Torre Trecca, explicado por un cambio normativo del plan regulador.

Debe notarse que la falta de información en Brasil y México no permite tener una mejor apreciación de la efectividad de sus proyectos para iniciar operaciones en las fechas programadas. En contraste en Chile y Perú se cuenta con mejor información al respecto. En agregado, el 75% de los proyectos en Chile y en 25% de los proyectos en Perú.

Las modificaciones contractuales son prevalentes en ALC. En el 100% de los proyectos donde hay información disponible se encontraron cambios contractuales. En promedio se realizaron 4 modificaciones por proyecto. El rango de modificaciones va desde 1 hasta 10. Los proyectos con mayor número de modificaciones son Paquete Hospitales Maipú y Florida, con 9, y H. Metropolitano Belo Horizonte, con 10. En 79% de los proyectos se modificó valores o cronograma de inversiones, en 93% se modificó el valor de la contraprestación pagada al privado, y en 86% de los casos se modificó el alcance de los servicios a cargo del privado.

**Tabla 14**  
**RETRASOS Y MODIFICACIONES CONTRACTUALES POR PROYECTO**

Proyecto	País	Año suscripción de contrato	Año inicio de operaciones/ Retrasos	Modificaciones/ Temas modificados (Inversiones, Servicios (cantidad/calidad), Plazos, Contraprestación)
H. de Suburbio	Brasil	2010	2010	5 adendas (2010-2020) Cambio en valor de contraprestación Parámetros para medición de servicios Equipamiento requerido Retiro de servicios Términos de asignación de riesgo de demanda
Unidades Básicas Manaos 1 (104 unidades de salud)	Brasil	2012	2014: 64 unidades en operación Retrasos en otras unidades	Acuerdos (2016) reducción de servicios de conservación y limpieza y de valor de contraprestación (-20%)
Unidades Básicas Manaos 2 (56 unidades de salud)	Brasil	2012		
H. Norte Manaos	Brasil	2013	2015	6 adendas (2013-2017) Cambio en valor de contraprestación (+26%)
Instituto Couto Maia	Brasil	2013	2013	1 adenda (2014) Cronograma de inversiones
Diagnóstico por Imagen Bahía (11 unidades de bio-imagen)	Brasil	2013	2015	3 adendas (2015-2018) Alcance de servicios Cronograma de inversiones y operaciones Parámetros de medición de servicios Valor de contraprestación
FURP Producción de medicamentos	Brasil	2013	ND Suspendido temporalmente en 2019	ND
H. Sorocaba	Brasil	2014	2018 2 años de retraso	ND
Paquete H. San José y H. de Mujeres	Brasil	2014	2018	ND
H. Metropolitano Ceará	Brasil	2014	Contrato rescindido en 2019	ND

Proyecto	País	Año suscripción de contrato	Año inicio de operaciones/ Retrasos	Modificaciones/ Temas modificados (Inversiones, Servicios (cantidad/calidad), Plazos, Contraprestación)
H. Metropolitano Belo Horizonte	Brasil	2012	2015 1 mes de retraso	10 adendas (2020) Alcance de servicios, Inversiones, Cronograma de inversiones, Valor de contraprestación
Red Atención Primaria Belo Horizonte (40 centros de salud)	Brasil	2016	2019 primer centro; esperado 2022 último centro	3 adendas (2019-2020) Cronograma de obligaciones, Valor de contraprestación, Alcance de servicios
Central Material Esterilizado Manaus (49 unidades)	Brasil	2017	2019	ND
Paquete Hospitales Maipú y La Florida	Chile	2009	2013 Retraso de más de un año	9 modificaciones (2011-2018) Características de obras y servicios, Cronograma de obras, Cambio en valor de contraprestación
H. Antofagasta	Chile	2013	2017	4 modificaciones (2014-2017) Características de obras, equipamiento y servicios Cambio en valor de contraprestación
H. Félix Bulnes	Chile	2013	2018 Retraso de al menos 5 meses	2 modificaciones (2015-2019) Características de obras y servicios, Cronograma de obras
Paquete H. del Salvador e Instituto de Geriatria	Chile	2014	Esperado: 2023 3.8 años de retraso	5 modificaciones (2015-2018) Características de obras y servicios, Cronograma de obras, Cambio de parámetros para medir estándares de servicios
H. Cardiovascular Cundinamarca	Colombia	2013	2013	ND
H. Bosa	Colombia	2020	Esperado: 2023	ND
H. del Bajío	México	2005	2007	ND
H. Ciudad Victoria	México	2007	En operación Fecha ND	ND
H. Ixtapaluca	México	2009	En operación Fecha ND	ND
H. Zumpango	México	2009	2011	ND
H. Toluca	México	2010	En operación Fecha ND	ND
H. Tlalnepantla	México	2011	2012	ND
Clínica Mérida	México	2016	2018	ND
H. Bahía de Banderas	México	2017	Esperado: 2020 10 meses de retraso	ND
H. Tapachula	México	2017	ND	ND
H. Tláhuac	México	2017	Esperado 2020	ND
H. Villahermosa	México	2017	Esperado 2020	ND
H. Tepic	México	2017	2020	ND
H. Municipio García	México	2017	2019	ND
H. Tepotzotlán	México	2018	Esperado: 2020	ND

Proyecto	País	Año suscripción de contrato	Año inicio de operaciones/ Retrasos	Modificaciones/ Temas modificados (Inversiones, Servicios (cantidad/calidad), Plazos, Contraprestación)
Paquete H. Callao y Centro de Atención	Perú	2010	2014	2 adendas (2011-2012) Cambio en obras Equipamiento y servicios Cambio en valor de contraprestación Inversiones se incrementaron a USD 57,6 millones (+44% del valor original)
Paquete H. Villa María y Centro de Atención	Perú	2010	2014	2 adendas (2011-2012) Cambio en obras Equipamiento y servicios Cambio en valor de contraprestación Inversiones se incrementaron a USD 58,1 millones (+44% del valor original)
Torre Trecca	Perú	2010	Esperado: 2021 5 años de retraso	Adenda 1 (2011) Inversiones se incrementaron a USD 51,3 millones (+18% del valor original)
Instituto del Niño	Perú	2014	2015	ND

Fuente: Elaboración propia.

**Por último, la transparencia—claridad y apertura de los procesos—es un aspecto clave de buena gobernanza para seleccionar proyectos adecuados, realizar licitaciones competitivas, proveer servicios públicos de manera efectiva y desarrollar proyectos APP sostenibles.** En la siguiente tabla se muestra el nivel de transparencia respecto a información básica dentro del proceso desarrollo de APP en Salud. Se observa un bajo nivel de transparencia y difusión de bases, contratos, e indicadores de desempeño de los operadores, menor a aquel observado en el sector de transportes por ejemplo (ver Suárez-Aleman et al 2020a y 2020b). Para 100% de casos en Chile, 75% de casos en Perú, y en 42% de casos en Brasil se publican documentos de licitación, contratos y sus modificaciones. Además, únicamente en Chile se encontraron reportes de con registro de contraprestaciones pagadas a los operadores en todos sus proyectos, y únicamente en Perú se encontraron reportes de cumplimiento de desempeño operativo (establecido en los contratos) para los proyectos de ESSALUD. En ningún país se publican el monitoreo de los compromisos de inversión o de las contraprestaciones. En México solo se encuentran públicamente los contratos del 43% de los proyectos. Finalmente, no se encuentran públicamente las modificaciones de contratos para el 100% de los casos en Colombia y México, 58% de los casos en Brasil, y 25% de los casos en Perú. Esta falta de transparencia debilita el esquema de APP al no permitir a agentes interesados conocer los términos de los acuerdos ni del cumplimiento de obligaciones de las partes.

**Tabla 15**  
**INFORMACIÓN ANUAL DISPONIBLE POR PROYECTO**

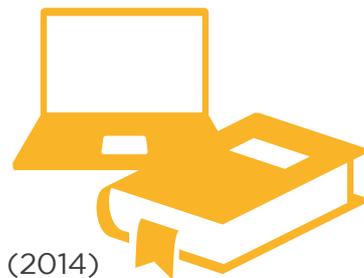
Proyecto	País	¿Información disponible a través de autoridades licitante, concedente o regulatoria?					
		Documentos de licitación	Contrato	Modificaciones al contrato	Nivel de servicios (requerimientos y cumplimiento)	Inversiones (requerimientos y cumplimiento)	Pagos al concesionario
Paquete H. Callao y Centro de Atención, Paquete H. Villa María Centro de Atención, Torre Trecca	Perú	Sí	Sí	Sí	Parcialmente	No	No
H. Félix Bulnes, Paquete H. del Salvador e Instituto de Geriatria, Paquete Hospitales Maipú y La Florida, H. Antofagasta	Chile	Sí	Sí	Sí	No	No	Parcialmente
H. de Suburbio, Instituto Couto Maia, Diagnóstico por Imagen Bahía, H. Metropolitano Belo Horizonte, Red Atención Primaria Belo Horizonte	Brasil	Sí	Sí	Sí	No	No	No
H. Sorocaba, Paquete H. San José y H. de Mujeres, FURP Producción de medicamentos	Brasil	Sí	Sí	No	No	No	No
H. Bahía de Banderas, H. Villahermosa, Clínica Mérida, H. del Bajío, H. Ixtapaluca, H. Ciudad Victoria	México	Sí	No	No	No	No	No
H. Bosa	Colombia	Sí	No	No	No	No	No
Instituto del Niño	Perú	Sí	No	No	No	No	No
H. Norte Manaus, Unidades Básicas Manaus 1 y 2	Brasil	No	Sí	No	No	No	No
H. Tlalnepantla, H. Toluca, H. Tepic, H. Zumpango, H. Municipio García, H. Tláhuac, H. Tapachula, H. Tepotzotlán	México	No	No	No	No	No	No
Central Material Esterilizado Manaus	Brasil	No	No	No	No	No	No
H. Cardiovascular Cundinamarca	Colombia	No	No	No	No	No	No

Fuente: Brasil: [www.saude.salvador.ba.gov.br](http://www.saude.salvador.ba.gov.br), [www.parcerias.sp.gov.br](http://www.parcerias.sp.gov.br), [www.amazonas.am.gov.br](http://www.amazonas.am.gov.br), [www.ceara.gov.br](http://www.ceara.gov.br), [www.manaus.am.gov.br](http://www.manaus.am.gov.br), [www.pre-feitura.pbh.gov.br](http://www.pre-feitura.pbh.gov.br); Chile: [www.concesiones.cl](http://www.concesiones.cl); Colombia: [www.colombiacompra.gov.co](http://www.colombiacompra.gov.co); México: [www.gob.mx](http://www.gob.mx), [www.proyectosmexico.gob.mx](http://www.proyectosmexico.gob.mx); Perú: [www.essalud.gob.pe](http://www.essalud.gob.pe), [www.proinversion.gob.pe](http://www.proinversion.gob.pe).

---

## REFERENCIAS

---



- Alonso, Paloma, Diana Pinto, Ignacio Astorga, y Jazmín Freddi (2014) Conceptos generales y modelos Serie de notas técnicas sobre asociaciones público-privadas en el sector de la salud de América Latina. Nota Técnica IDB-TN-714. Banco Interamericano de Desarrollo
- Alonso, Paloma, Diana M. Pinto Ignacio Astorga Jazmín Freddi (2015a). Menos cuentos, más evidencia. Asociaciones público-privadas en la literatura científica. Nota Técnica IDB-TN-882. Banco Interamericano de Desarrollo
- Alonso, Paloma, Diana Pinto, Ignacio Astorga, y Jazmín Freddi (2015b) Requerimientos generales y específicos para los contratos de asociaciones público-privadas en salud Nota 2 de la serie de notas técnicas sobre asociaciones público-privadas en el sector de la salud en América Latina. Nota Técnica IDB-TN-1273. Banco Interamericano de Desarrollo
- Astorga, Ignacio, Paloma Alonso, Diana M. Pinto, Jazmín Freddi, y Martín Correderas Silván (2016). 10 años de Asociaciones Público-Privadas (APP) en salud en América Latina ¿Qué hemos aprendido? Nota 4 de la serie de notas técnicas sobre asociaciones público-privadas en el sector de la salud en América Latina. Nota Técnica IDB-TN-1068. Banco Interamericano de Desarrollo
- Astorga, Ignacio, Paloma Alonso, Diana M. Pinto, Jazmín Freddi, y Martín Corredera (2017) ¿Cómo articular las APP dentro de un programa de inversiones en salud en América Latina y el Caribe? Nota 5 de la serie de notas técnicas sobre asociaciones público-privadas en el sector de la salud en América Latina. Nota Técnica IDB-TN-1273. Banco Interamericano de Desarrollo
- Astorga, Ignacio (2019) ¿Qué hemos aprendido de las APP en salud y que deberías conocer? Blog del Banco Interamericano de Desarrollo
- Banco Mundial. Banco Asiático de Desarrollo. Banco Interamericano de Desarrollo. Asociaciones Público-Privadas. Guía de Referencia. Versión 2.0
- Delmon, Jeffrey (2010). Understanding Options for Public-Private Partnerships in Infrastructure. The World Bank. Policy Research Working Paper 5173
- Dmytraczenko, Tania y Gisele Almeida (2015) Toward Universal Health Coverage and Equity in Latin America and the Caribbean. Evidence from Selected Countries. The World Bank, Pan American Health Organization y World Health Organization
- Izquierdo, Alejandro, Carola Pessino y Guillermo Vuletin (2018). "Better Spending for Better lives. How Latin America and the Caribbean Can Do more with Less. Banco Interamericano de Desarrollo
- IPA (2018) Intervención en la Gestión de Recursos en Salud: Evidencia en Políticas de la Cadena de Suministros en EsSalud. Innovation for Poverty Action

- 
- Kanavos, P., Colville Parkin, G., Kamphuis, B., Gill, J. (2019) Visión general del sistema de salud de América Latina. Un análisis comparativo del espacio fiscal en la asistencia sanitaria. The London School of Economics and Political Science
  - La Forgia, Gerard y April Harding (2009). Public-private partnerships and public hospital performance in São Paulo, Brazil. Project Hope. Health Affairs. (<https://www.healthaffairs.org/doi/pdf/10.1377/hlthaff.28.4.1114>)
  - Le, Sang Minh, Ramesh Govindaraj and Caryn Bredenkamp (2020). Public-Private Partnerships for Health in Vietnam Issues and Options. The World Bank.
  - Ma, Cecilia, Mara Souza, Cecilia Espinoza, Mauricio Márquez, Ignacio Astorga y Ancor Suárez-Alemán (2019). ¿Cómo se están gestionando los servicios no clínicos en las Asociaciones Público - Privadas de salud en América Latina? Nota Técnica IDB-TN-1662. Inter-American Development Bank
  - NHS (2003). Public Private Partnerships in the National Health Service: The Private Finance Initiative. United Kingdom
  - Santamaría, Carmen, Ignacio Astorga, Cecilia Ma, Mauricio Márquez, y Ancor Suárez-Alemán (2019). ¿Qué riesgos sociales retiene el Estado en proyectos de Asociaciones Público-Privadas de salud y cómo gestionarlos? Nota Técnica IDB-TN-1665. Banco Interamericano de Desarrollo
  - Souza, Mara, Mónica Jaldin, Mauricio Márquez, Ignacio Astorga, Ancor Suárez-Alemán (2019) ¿Cómo garantizar el servicio de equipamiento médico?: Un aporte de las Asociaciones Público-Privadas de Salud. Nota Técnica IDB-TN-1663. Banco Interamericano de Desarrollo
  - Suárez-Alemán, Ancor, Carolina Lembo, José Yitani Ríos, Ignacio Astorga, Gastón Astesiano, y Julio Franco Corzo (2019). Casos de estudio en Asociaciones Público-Privadas en América Latina y el Caribe Hospital de Antofagasta (Chile). Documento para Discusión N° IDB- DP-00677. Banco Interamericano de Desarrollo
  - Suárez-Alemán, Ancor; Gastón Astesiano, y Oscar Ponce de León (2020a) Perfil de las asociaciones público-privadas en aeropuertos de América Latina y el Caribe: Principales cifras y tendencias del sector. Banco Interamericano de Desarrollo
  - Suárez-Alemán, Ancor; Gastón Astesiano, y Oscar Ponce de León (2020b) Perfil de las asociaciones público-privadas en puertos de América Latina y el Caribe: Principales cifras y tendencias del sector. Banco Interamericano de Desarrollo
  - Turolla, Frederico Patricio Apablaza Mauricio Márquez Pablo Hernández Ignacio Astorga Daniel Vieitez Mayo (2019). ¿Cómo se están estructurando financieramente las Asociaciones Público-Privadas en Salud en América Latina? Nota Técnica IDB-TN-1664. Inter-American Development Bank.
-

# ANEXOS



**Tabla 16**  
**INDICADORES CONTRACTUALES OBLIGATORIOS - PAQUETE H. CALLAO**  
**Y CENTRO DE ATENCIÓN Y PAQUETE H. VILLA MARÍA Y CENTRO DE ATENCIÓN**

Indicadores de desempeño			
Proyecto	Callao	Villa María	Meta
Indicador	Agosto-septiembre 2017		
1 - Satisfacción del usuario	-	83.4%	90%
2 - Porcentaje de quejas	0.01%	0.0%	< 10%
3 - Porcentaje de quejas resueltas	100.00%	100.00%	80%
4 - Satisfacción del usuario del servicio quirúrgico	-	87.95%	90%
5 - Porcentaje de quejas del servicio quirúrgico	0.04%	0.10%	< 10%
6 - Porcentaje de quejas resueltas del servicio quirúrgico	100.00%	100.00%	80%
7 - Satisfacción del usuario del servicio clínico	-	68.76%	90%
8 - Porcentaje de quejas del servicio clínico	0.02%	0.02%	< 10%
9 - Porcentaje de quejas resueltas del servicio clínico	100.00%	100.00%	80%
10 - Satisfacción del servicio de diagnóstico	-	83.61%	90%
11 - Porcentaje de quejas del servicio de diagnóstico	0.00%	0.00%	< 10%
12 - Porcentaje de quejas resueltas del diagnóstico	100.00%	100.00%	80%

<b>Indicadores de calidad</b>			
Proyecto	Callao	Villa María	Meta
Indicador	Agosto-septiembre 2017		
13 - Porcentaje de pacientes con diferimiento de primeras citas para consulta externa, procedimientos diagnósticos y terapéuticos <sup>1</sup>	27.8%	24.62%	<5%
14 - Porcentaje de diferimiento de citas continuadoras para consulta externa y/o procedimientos diagnósticos y terapéuticos <sup>2</sup>	14.1%	16.60%	< 10%
15 - Porcentaje de pacientes con diferimiento en intervenciones quirúrgicas <sup>3</sup>	7.53%	14.82%	< 10%
16 - Porcentaje de pacientes con diferimiento para para hospitalización en especialidades médicas <sup>4</sup>	0.99%	0.99%	< 5%
17 - Porcentaje de referencias no pertinentes	3.63%	0.26%	< 5%
18 - Disponibilidad de medicamentos: indicador de dispensación	95.69%	97.57%	> 99%
19 - Disponibilidad de medicamentos: indicador de abastecimiento	99.91%	99.77%	> 99%
20 - Uso de protocolos y guías de práctica clínica	100.00%	100.00%	90%
21 - Porcentaje de infecciones de herida operatoria: colecistectomías y hernioplastias	1.06%	-	< 5%
22 - Porcentaje de reingresos de pacientes hospitalizados	0.29%	-	< 5%
23 - Porcentaje de pacientes con hemorragia post parto	0.09%	-	< 5%
24 - Porcentaje de pacientes con enfermedad hipertensiva del embarazo complicado	41.98%	-	< 5%
25 - Porcentaje de úlceras de presión	0.36%	-	< 5%
<b>Indicadores de resultado</b>			
Proyecto	Callao	Villa María	Meta
Indicador	Agosto-septiembre 2017		
26 - Diagnóstico precoz de cáncer de mama	33.33%	0.35%	> 60%
27 - Detección precoz de cáncer de mama	No incluido	No incluido	No incluido
28 - Referencia oportuna de mamografías sospechosas de cáncer de mama	No incluido	No incluido	No incluido
29 - Diagnóstico precoz de cáncer de cuello uterino	50.00%	1.15%	> 60%
30 - Cobertura de tamizaje de PAP (cobertura de PAP)	21.62%	32.86%	> 60%
31 - Referencia oportuna de PAP sospechosos de cáncer de cuello uterino	No incluido	No incluido	No incluido
32 - Cobertura de tamizaje de mamografía (cobertura de mamografías)	14.35%	0.16%	> 60%
33 - Cobertura de tamizaje de cáncer de próstata (cobertura de PSA)	35.30%	16.67%	> 50%

Indicadores de resultado			
Proyecto	Callao	Villa María	Meta
Indicador	Agosto-septiembre 2017		
34 - Tasa de mortalidad materna	0.00%	66.67%	< 4.5%
35 - Complicaciones obstétricas (1): hemorragia obstétrica y shock hipovolémico	0.00%	23.72%	< 20%
36 - Complicaciones obstétricas (2): complicaciones de enfermedad hipertensiva del embarazo	0.00%	14.32%	< 20%
37 - Tasa de cesáreas	41.65%	36.11%	< 38%
38 - Complicaciones por diabetes mellitus e hipertensión	No incluido	No incluido	No incluido
39 - Cobertura de pacientes nefroprotegidos	94.69%	0.00%	-
40 - Inmunizaciones - cobertura de vacuna antipoliomielítica (APO)	0.42%	0.00%	> 70%
41 - Inmunizaciones - cobertura de vacuna pentavalente	60.18%	0.00%	Sí
42 - Inmunizaciones - cobertura de vacuna antipoliomielítica (APO)	0.42%	0.00%	> 70%
43 - Inmunizaciones - cobertura de sarampión, paperas y rubeola (SPR)	92.00%	39.15%	> 90%
44 - Control del niño sano	144.88%	93.78%	> 90%
45 - Control prenatal - captación de gestantes	48.88%	89.82%	> 90%

Fuente: Elaboración propia.

## Tabla Resumen

### CARACTERÍSTICAS DE APP EN SALUD MÁS REPRESENTATIVA POR PAÍS

	Brasil	Chile	Colombia	México	Perú
Número total de APPs	13	4	2	14	4
Tipo de APP más común (todos incluyen infraestructura y equipamiento)	Servicios no-clínicos	Servicios no-clínicos	Servicios no-clínicos	Servicios no-clínicos	Servicios integrales
Número de camas promedio	211	434	215	160	264
Origen del proyecto	Iniciativa pública	Iniciativa pública	Iniciativa pública	Iniciativa privada	Iniciativa privada
Tipo de licitación	Competitiva	Competitiva	Competitiva	Competitiva	Adjudicación directa
Ente de gobierno a cargo de licitación	Gobierno local	Unidad APP	Gobierno local	Proveedor de salud y seguridad social	Proveedor de salud y seguridad social
Duración (extensión máxima)	20 (15)	15 (ND)	18 (ND)	25 (ND)	32 (ND)
¿Contraprestación asociada a indicadores de desempeño?	Sí	Sí	No	Sí	No
Riesgo de demanda	Público Contra-prestación incorpora cambios de demanda en la mayoría de casos	Público Contra-prestación incorpora cambios de demanda	Público Contra-prestación incorpora cambios de demanda	Público	Público Contra-prestación se ajusta ante cambios de demanda
Riesgo de diseño y construcción	Privado	Privado	Privado	Privado	Privado
Numero de renegociaciones (aspectos económicos)	4 por proyecto	5 por proyecto	ND	ND	2 por proyecto
Retrasos en inicio de operaciones	ND para todas las observaciones	75% de los casos	ND	ND	25% de los casos
Transparencia en publicar documentación antes y después de licitar	Baja	Baja-Media	Baja	Baja	Baja

