

6

Es el momento de relanzar la colaboración público-privada

La implantación de algunas de las fórmulas de colaboración público-privada no es algo nuevo en nuestro país, si bien es cierto que las necesidades de actualización tecnológica en un entorno de contención presupuestaria generalizada está abriendo la puerta a nuevos modelos de colaboración bajo conceptos *win-win*.

En este contexto, el sector privado aporta fundamentalmente financiación, asistencia sanitaria de calidad y eficiente a precio razonable y apertura a la innovación.

Con el objetivo de resolver algunos de los aspectos más controvertidos de estas fórmulas de colaboración, sería razonable iniciar el debate sobre la conveniencia de diseñar un marco regulatorio, que asiente las bases de los intereses públicos a preservar, junto con el tipo de relación deseable con la empresa o empresas privadas implicadas.

La CPP debe hacerse salvaguardando los intereses públicos

La colaboración público-privada (CPP) no es una moda. Distintas formas de CPP se dan prácticamente en todos los países europeos, lo que demuestra que son aplicables no sólo a infraestructuras sino a cualquier servicio.

La colaboración público-privada no es buena ni mala en sí misma; sólo es buena cuando se salvaguardan los intereses públicos y, al mismo tiempo, se reciben aportaciones del sector privado relevantes a un precio razonable.

¿Cuáles son los intereses públicos a preservar? Lógicamente, que se ofrezca a la población una asistencia sanitaria de calidad y de forma eficiente, siempre dentro de la lógica de los valores del Sistema Nacional de la Salud, que no son otros que la cobertura universal y la financiación predominantemente pública.

La CPP sólo puede funcionar con gobiernos fuertes y eficaces

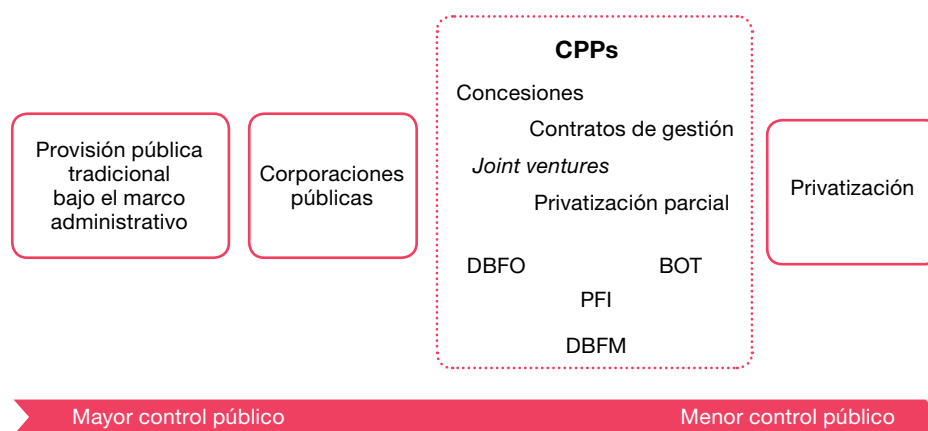
La colaboración público-privada sólo puede funcionar con gobiernos fuertes y eficaces, que tengan claras las prioridades públicas y estén dispuestos a defenderlas, así como una idea clara de lo que puede y no puede aportar el sector privado y bajo qué condiciones. De esta forma, se contribuirá a que este tipo de colaboración no se vea como una forma de dinamitar el sistema o de quebrar sus

valores fundamentales, sino que, al contrario, pueda ser contemplado como un compromiso con los valores fundamentales del mismo, que siempre puede ser interesante contemplar, pero especialmente en momentos de crisis. En contextos como el actual, con importantes limitaciones presupuestarias, es en el sector público donde se hace más evidente la necesidad de mejorar al máximo la eficiencia para garantizar los servicios, y de conjugar la gran limitación presupuestaria en inversiones con la necesidad de continuar avanzando en la actualización tecnológica del sistema. Merece la pena considerar entonces los distintos modelos de colaboración público-privada como una parte de la solución a estos retos del sistema. En la Figura 16 se recogen, de manera esquemática, diferentes modelos de prestación de servicios sanitarios.

La CPP es especialmente útil en el momento actual, con la gran limitación de inversiones

Entre las características principales de estos modelos, se encuentra: la duración relativamente larga de la relación, la financiación mixta privada y pública, una alta implicación del operador que participa en diferentes etapas del proyecto, riesgo compartido y situación *win-win* tanto para el sector público como el privado. No son fáciles y suelen requerir una importante inversión en

Figura 16.
Diferentes modelos de prestación de servicios sanitarios.



Fuente: Elaboración propia. Abreviaturas: CPPs: Colaboración público-privada; DBFO: (Design, Build, Finance, Operate); BOT (Build, Operate, Transfer); PFI (Private Finance Initiative); DBFM (Design, Build, Finance Maintain).

Para el éxito de la CPP hacen falta dos partes comprometidas con el modelo: una Administración que lo entienda y conozca las bases de su funcionamiento y unas empresas que estén dispuestas a entenderse con la Administración a largo plazo

esfuerzo y compromisos por ambas partes.

Lo que se requiere para el éxito de los proyectos CPP que, no lo olvidemos, son siempre proyectos a largo plazo es:

- Una **Administración** que tenga claros los intereses públicos a preservar y lo que debe pretender de la empresa privada, que no puede ser otra cosa que unos servicios de calidad a un precio razonable. Al mismo tiempo, que esté dispuesta a construir una relación con la empresa privada en la que se contemple un modelo de negocio para la misma y se tenga en cuenta sus necesidades de rentabilidad, dando también un margen a la empresa privada para que ejerza sus capacidades de gestión, sin querer decidirlo todo desde la Administración.
- Unas **empresas privadas**, que entiendan las prioridades de la Administración y del servicio público sanitario y que estén dispuestas a realizar un esfuerzo de diálogo

permanente con la Administración, dando respuesta a las necesidades de calidad del servicio público. Todo ello con un proyecto empresarial a largo plazo, que sea capaz de sustentar esa relación necesariamente prolongada.

No es nada fácil para las Administraciones ni para las empresas privadas entrar en esta lógica. Requiere todo un aprendizaje. Por otra parte, los acuerdos económicos no deben estar basados en la actividad, ya que de esta manera puede incentivarse la hiperactividad de manera inapropiada, sino en la cobertura poblacional, en la *performance* general o en criterios de resultados.

Nuestro país cuenta ya con una larga tradición en algunas de las fórmulas de colaboración público-privada, como son los conciertos que se llevan a cabo entre los servicios regionales de salud y centros privados, el mutualismo administrativo o las concesiones administrativas que incluyen la gestión de servicios sanitarios (Tabla 10).

Tabla 10.
Tipos de colaboración más frecuentes entre la Sanidad Pública y la Privada.

Conciertos	<ul style="list-style-type: none"> • Conciertos para pruebas y procedimientos diagnósticos y terapéuticos específicos que suponen un desahogo a las listas de espera, como diagnóstico por imagen (RM, TC, PET, mamografías, etc.), intervenciones quirúrgicas, entre otros. • Conciertos para determinadas prestaciones sanitarias, como terapias respiratorias domiciliarias, diálisis, rehabilitación/fisioterapia, logopedia, etc. • Conciertos singulares: conciertos con hospitales privados, que permiten ofrecer asistencia sanitaria a un área poblacional completa en áreas con infraestructura insuficiente. Destacan, entre otros, la Fundación Jimenez Díaz (Madrid), POVISA (Vigo), varios hospitales de la orden de San Juan de Dios, varios hospitales de Cataluña, etc.
Mutualismo administrativo	<ul style="list-style-type: none"> • El mutualismo administrativo es el mecanismo de cobertura sanitaria de aproximadamente dos millones de funcionarios: MUFACE, MUGEJU e ISFAS. La financiación es pública y los beneficiarios eligen cada año recibir provisión privada (a través de aseguradores privadas como Asisa, Adeslas, DKV e IMQ) o pública. Aproximadamente el 85% de beneficiarios elige provisión privada.
Concesiones administrativas que incluyen la gestión de servicios sanitarios	<ul style="list-style-type: none"> • En los últimos años se ha incrementado significativamente la presencia de concesiones administrativas que incluyen la construcción del hospital y la gestión de los servicios sanitarios y no sanitarios. Actualmente, existen en España 7 hospitales operativos (5 en la Comunidad Valenciana y 2 en Madrid) y, el laboratorio clínico central (Madrid), estando prevista la apertura en los próximos meses de 2 nuevos hospitales en Madrid (Móstoles y Collado) además de una nueva unidad de radioterapia en Canarias. • La empresa Ribera Salud, el grupo Capiro Sanidad y las aseguradoras privadas (Adeslas, Asisa, Sanitas y DKV) son los agentes principales.

Fuente: Elaboración propia.

Los conciertos han sido la forma tradicional y más utilizada de CPP

Los **conciertos con centros privados** en diferentes áreas de actividad (hospitales, centros médicos ambulatorios, pruebas diagnósticas, diagnóstico por la imagen, oncología radioterápica, hemodiálisis etc.) contribuyen de manera importante a valores fundamentales del sistema sanitario público como son la equidad, la accesibilidad (por ejemplo, en áreas geográficas en las que no se cuenta con infraestructura suficiente), la reducción de listas de espera y dan apoyo al cumplimiento de tiempos máximos de respuesta para determinadas patologías. La contribución de centros privados a la atención de pacientes del sistema público se pone de relevancia a la vista de los porcentajes de actividad de este tipo de centros dedicada a conciertos en diferentes áreas (Tabla 11).

En cuanto al **modelo de mutualismo administrativo**, representa un modelo de gestión sanitaria con beneficio para todos los agentes. Permite mantener la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud con un gasto per cápita menor (la prima MUFACE en 2008 se situó en 657 euros anuales frente a un gasto de 1.189 euros del SNS, sin farmacia) y reduce la presión de la demanda de pacientes en el sistema público.⁶⁷ Si el sistema público tuviera que asumir esta actividad se incrementaría el gasto sanitario público y se produciría un aumento en la demanda que conllevaría un incremento de las listas de espera.

El número de ejemplos de **concesiones administrativas que incluyen la gestión sanitaria** se ha incrementado notablemente en los últimos años

El mutualismo administrativo ha sido una forma exitosa de CPP

Tabla 11.
Porcentaje de actividad concertada en centros privados.

Centro/Servicio privado	Porcentaje actividad concertada sobre total
Hospitales	20%
Centros ambulatorios	11%
Laboratorios de análisis clínicos	12%
Diagnóstico por la imagen:	
<i>PET</i>	28%
<i>Otras pruebas diagnóstico por imagen</i>	20%
Oncología radioterápica	52%
Hemodiálisis	88%

Fuente: Sanidad Privada, aportando valor. Análisis de situación, Informe Instituto para el desarrollo e integración de la Sanidad (IDIS). Todos los datos corresponden a 2010, salvo el dato correspondiente a centros ambulatorios y laboratorios de análisis clínicos que son datos 2009.

⁶⁷ Informe IDIS. Aportación del modelo del mutualismo administrativo en el mercado laboral sanitario español. Abril 2011.

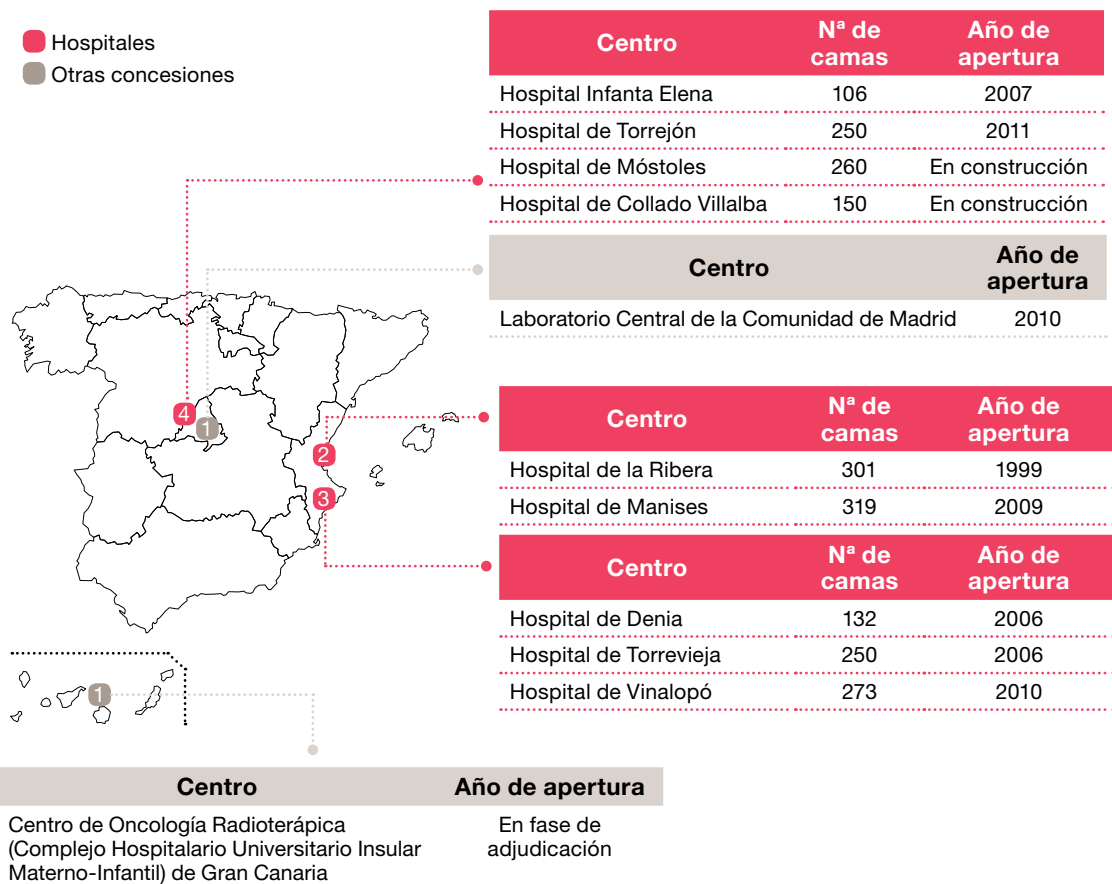
Las concesiones administrativas son nuevas formas de CPP que han demostrado su eficacia

(Figura 17). Entre los beneficios del modelo para la administración pública se encuentra el poder afrontar las necesidades de infraestructuras sanitarias, en un entorno de dificultades financieras, asumiendo el gasto a largo plazo y sin incurrir en endeudamiento financiero público. Asegura asimismo la calidad de los servicios ligando la facturación a la calidad y grado de cumplimiento de estándares previstos, lo que se incluye en los pliegos de cláusulas administrativas. Por último, permite un mayor control de gasto, estableciendo un coste fijo por paciente. Supone también ahorros respecto a

modelos tradicionales, especialmente cuando las concesiones incluyen infraestructuras y servicios clínicos y no clínicos frente a las que sólo incluyen la infraestructura y los servicios no clínicos.

En el ámbito de las concesiones administrativas y debido a las dificultades de acceso a préstamos, van a ser necesarios cada vez procesos de licitación más exigentes que permitan el cumplimiento de estándares de financiadores internacionales a los que previsiblemente se deberá acudir para la obtención de créditos.

Figura 17.
Concesiones administrativas que incluyen la gestión sanitaria.



Fuente: Elaboración propia.

Es posible la externalización de ciertas servicios de diagnóstico/tratamiento como nueva forma de CPP

Un paso más allá sería la **externalización de ciertos servicios de diagnóstico y/o tratamiento** a socios privados, que incluirían empresas de tecnologías y empresas de servicios. Como ejemplos en esta dirección se han planteado varios proyectos, como la concesión administrativa de un servicio de resonancia magnética en la Comunidad Valenciana o la de una unidad de oncología radioterápica en Canarias.

Por tanto, especialmente en un contexto como el actual, ¿qué puede ofrecer el sector privado? Fundamentalmente: 1) financiación, 2) asistencia sanitaria de calidad de forma eficiente y a un precio razonable y 3) apertura a la innovación contribuyendo a la puesta en marcha de

iniciativas en la agenda sanitaria de las Comunidades Autónomas.

El tema de la financiación no es un asunto menor, ya que si los presupuestos públicos en sanidad han disminuido en la mayoría de las Comunidades Autónomas, los de inversión (capítulo VI) están sufriendo un auténtico desplome en las mayorías de ellas (13 comunidades Autónomas han reducido el presupuesto de capítulo VI en el año 2011 con respecto al presupuesto del año anterior, con reducciones superiores al 40% en comunidades como Andalucía, Aragón, Galicia o La Rioja) (Tabla 12). Señalar que en el caso del Instituto Catalán de la Salud se paralizaron todas sus inversiones en 2011.⁶⁸ Y la situación se prevé aún más drástica para los presupuestos de 2012.

Los presupuestos de inversiones han disminuido sustancialmente en todas las Comunidades Autónomas

Tabla 12.

Presupuestos iniciales para sanidad de las Comunidades Autónomas. Total consolidado. Capítulo VI (inversiones) (miles de euros). Ejercicio económico 2009-2011

CCAA	2009	2010	2011	Variación 10-11	% Variación
Andalucía	411.937	402.966	214.040	-188.926	-46,88%
Aragón	65.701	57.361	32.695	-24.666	-43,00%
Asturias	26.195	21.647	14.501	-7.146	-33,01%
Baleares	48.079	45.353	45.353	0	0,00%
Canarias	89.927	46.987	49.377	2.390	5,09%
Cantabria	47.633	31.601	26.905	-4.696	-14,86%
Castilla-La Mancha	296.566	285.540	278.439	-7.101	-2,49%
Castilla y León	226.472	225.985	207.370	-18.615	-8,24%
Cataluña	195.904	218.610	149.183	-69.427	-31,76%
Comunidad Valenciana	211.082	223.067	234.111	11.044	4,95%
Extremadura	95.783	71.023	48.472	-22.551	-31,75%
Galicia	189.998	161.509	90.029	-71.480	-44,26%
La Rioja	6.301	11.313	6.650	-4.663	-41,22%
Madrid	189.360	39.478	126.489	87.011	220,40%
Murcia	73.763	36.066	32.757	-3.309	-9,17%
Navarra	43.821	86.751	74.174	-12.577	-14,50%
País Vasco	120.001	87.869	81.167	-6.702	-7,63%

Fuente: Recursos del Sistema Nacional de Salud. Presupuestos iniciales para sanidad de las Comunidades Autónomas, la Administración Central y la Seguridad Social (2007-2011). Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

⁶⁸ Diario Médico. 15/12/2011.

Por ello, la actualización tecnológica del sistema, particularmente en áreas intensivas en equipamiento (diagnóstico por imagen, oncología radioterápica, laboratorios, unidades de vigilancia intensiva, etc.) es difícilmente asumible en el actual contexto económico de las Administraciones Públicas sin recurrir a alguna forma de colaboración público-privada.

complejos, en los que resulte imposible determinar a priori los medios para satisfacer las necesidades del órgano de contratación o evaluar las soluciones que ofrezca el mercado. De esta forma se involucra al socio en la definición de la solución técnica, con el objetivo de incrementar la calidad de los servicios y optimizar la gestión de los recursos públicos. Tras una fase de licitación previa se abre un periodo de conversaciones con las empresas implicadas para ajustar diversos aspectos del contrato.

Comunidades como Canarias contemplan en su Plan Estratégico de Tecnologías y Sistemas de Información (PETSÍ) el desarrollo y financiación de una parte de sus proyectos cooperativos a través de modelos de colaboración público-privada.

Existen algunos ejemplos recientes de colaboración público-privada en el sector de la tecnología y servicios de diagnóstico y tratamiento en Cataluña, Murcia y Baleares. Sus principales características se resumen en la Tabla 13.

La nueva legislación permite introducir nuevas fórmulas para la adquisición y renovación de tecnología

Aunque la tecnología ha sido tradicionalmente excluida de las operaciones de colaboración público-privada, consideramos que va a constituir un elemento central en la nueva generación de fórmulas CPP. En estas nuevas fórmulas, los fabricantes se convierten en “**socios tecnológicos**” que participan en una colaboración basada en el riesgo compartido. Debido a su complejidad suelen articularse a través de la fórmula de **diálogo competitivo**. Esta fórmula viene regulada en la Ley de Contratos del Sector Público, LCSP (art. 164 a 167) como procedimiento para adjudicación de contratos especialmente

Hay ya ejemplos de utilización de estas fórmulas para la adquisición de tecnología y para equipar nuevos hospitales

Tabla 13.
Ejemplos de colaboración público-privada en el sector de la tecnología.

CCAA	Objeto Contrato	Destino	Adjudicatario	Importe	Duración	Año
Murcia	Dotación, renovación y mantenimiento de equipamiento clínico	Hospitales de Cartagena y Mar Menor	Siemens	132 millones de euros	15 años	2010 (adjudicación)
Cataluña	Actualizar y gestionar el equipamiento de diagnóstico por imagen	8 hospitales del Instituto Catalan de la Salud (ICS) Bellvitge, Vall d'Hebron, German Trias i Pujol, Viladecans, Arnau de Vilanova, Joan XXIII, Dr. Trueta y Verge de la Cinta	Pendiente	100 millones	7 años	2010 (licitación)
Baleares	Diálogo competitivo para la adquisición del equipamiento de cuidados respiratorios	Hospital Son Espases	GE Healthcare Clinical Systems, S.L.	Importe adjudicación 3,8 millones (IVA incluido)	7 años	2010 (adjudicación)
	Contrato de adquisición de alta tecnología para el diagnóstico y el tratamiento por imagen	Hospital Son Espases	GE Healthcare España S.A.	Importe adjudicación 26,2 millones (IVA no incluido)	7 años	2010 (adjudicación)

Fuente: Elaboración propia.

Estas nuevas estrategias para el equipamiento de hospitales permiten entre otras:⁶⁹

- La actualización de equipos existentes.
- Dotar de forma eficaz nuevos centros, en caso necesario, de forma progresiva en el tiempo.
- Introducir elementos de “disponibilidad” acorde a las necesidades de cada aparato (tiempo de respuesta ante incidencias, servicio técnico disponible, equipos de sustitución etc.)
- Aflorar soluciones específicas para problemas concretos, a través del proceso de diálogo con proveedores.
- En ocasiones, se incluye formación a profesionales o la incorporación de personal al funcionamiento del servicio.

Entre sus principales ventajas se encuentran: la reducción del impacto económico en las fases iniciales del proyecto, pese a la elevada complejidad inicial en la fase de licitación y diálogo; no se generan nuevos contratos a lo largo de la vida del equipamiento; se incentiva la calidad de los bienes y servicios suministrados; se fomenta la innovación y el uso eficiente de los recursos públicos y se integran las capacidades y experiencia del sector público y privado, incorporando al proveedor como socio tecnológico a largo plazo.

La Estrategia Estatal de Innovación impulsa la compra pública innovadora

En este ámbito, la **Estrategia Estatal de Innovación** es un programa de actuación promovido por la Secretaría General de Innovación, que dota al Sistema Nacional de Innovación con recursos e instrumentos dirigidos a fomentar la innovación y la competitividad como elemento clave para alcanzar una mejor y más dinámica economía del conocimiento. Entre sus prioridades, a nivel de mercados, se encuentra la economía de la salud y economía asistencial, promoviendo la denominada **compra pública innovadora (CPI)**. Lo que se pretende es

fomentar políticas públicas de compra como **elemento dinamizador de la innovación desde la demanda**. El Consejo de Ministros de 8 de julio de 2011 aprobó el procedimiento de articulación de la compra pública innovadora en los departamentos ministeriales y sus organismos públicos que supone:

- La reserva de hasta un **3% de los créditos** de la inversión nueva en todos los departamentos en 2013 para CPI.
- La puesta en marcha de un nuevo mecanismo de financiación de la CPI a través del CDTI con **préstamos al 0%** (Programa INNODEMANDA).

La compra pública innovadora puede ser un elemento de colaboración público-privada a aprovechar en los próximos años, por parte del Sistema Nacional de Salud para incorporar innovación que mejore el servicio y desarrollar soluciones para demandas futuras.

Otro ejemplo de cooperación público-privada podría ser los **contratos de riesgo compartido** entre la Administración y la industria farmacéutica en **medicamentos innovadores**. Este tipo de acuerdos distribuye los riesgos asociados a resultados entre las partes.

En España, las experiencias pioneras en contratos de riesgo compartido se han concretado en 2011 en Andalucía y Cataluña. En Europa, desde 2004, varios países han puesto en marcha contratos de riesgo compartido para financiar la entrada de nuevos medicamentos utilizando diferentes modelos (acuerdos de acceso a pacientes basados en coste-efectividad o los basados en resultados clínicos). Por ejemplo, Italia ha implantado acuerdos basados en resultados clínicos en el caso de ciertos medicamentos para el tratamiento del Alzheimer, de manera que se proporcionan de manera gratuita durante los 4 primeros meses de tratamiento y el

Los contratos de riesgo compartido para medicamentos son también formas novedosas de CPP

⁶⁹ Ponencia Congreso Nacional de Hospitales. Aplicando la Ley e Innovando. Experiencia de Baleares.

sistema de salud continúa financiándolo si se demuestra efectivo. En Reino Unido se han desarrollado acuerdos de acceso a paciente, acuerdos de coste-efectividad, frecuentes en el caso de nuevos medicamentos y acuerdos basados en resultados clínicos, bajo esquemas de “Flexible Pricing”. En este último caso, se establece un precio inicial que puede reducirse o incrementarse en función de la efectividad y seguridad demostrada del producto.⁷⁰

Los modelos de contrato de riesgo compartido, en los casos en los que existe alta incertidumbre sobre la eficacia hasta demostrar la efectividad de nuevos medicamentos o tecnologías, suponen una vía que incrementa la corresponsabilización de las industrias con la sostenibilidad del sistema.⁷¹

La CPP puede utilizarse también para la renovación de los sistemas de información

Las formas de CPP pueden también utilizarse para **inversiones en sistemas de información**, tanto para la compra de equipos como para implantaciones totales y servicios “llave en mano”. La continuidad de las inversiones en sistemas de información es una necesidad y la práctica desaparición de presupuestos de inversiones puede

ralentizar su implantación, salvo que se recurra a este tipo de fórmulas.

Desde algunos sectores se contempla la **suscripción de un seguro sanitario privado** como una forma de colaboración con el sector público, por cuanto se descarga al mismo de parte de su actividad. En este sentido, el IDIS ha propuesto⁷² el restablecer una fiscalidad favorecedora de la suscripción individual de un seguro sanitario, como ya existió en su momento y existe actualmente para las pólizas colectivas. Esta sería una forma de implicar a las familias en el sostenimiento del servicio sanitario, lo que en un momento de dificultades desde los presupuestos públicos podría ser muy interesante.

Sin embargo, la colaboración público-privada ha sido un tema muy controvertido y las distintas experiencias puestas en marcha han sido objeto de un fuerte debate público.

En este contexto, tal vez sería adecuado algún tipo de marco regulatorio general a nivel nacional, que sentara las bases de los intereses públicos a preservar, junto con el tipo de relación con la empresa o empresas privadas implicadas.

Fiscalidad favorecedora de la suscripción de un seguro sanitario

Podría ser interesante un marco regulatorio general sobre CPP en sanidad, con el fin de sacar estas fórmulas de la controversia pública

⁷⁰ “Task-force de políticas farmacéuticas innovadoras en el entorno europeo”. Barcelona, 23 de noviembre de 2010. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Servei Català de la Salut.

⁷¹ ¿Recortar o desinvertir? Jaume Puig-Junoy. Departamento de Economía y Empresa, UPF. Català de la Salut.

⁷² Propuestas de futuro. IDIS, diciembre, 2011.



Implicaciones

- *Las fórmulas de colaboración público-privada, aunque han sido siempre una opción a valorar, son especialmente relevantes en tiempos de crisis, cuando se hace especial hincapié en la eficiencia y la necesidad de dar respuestas, por ejemplo, a la continua necesidad de renovación tecnológica del sistema sanitario.*
- *Para la aplicación de soluciones de colaboración público-privada son necesarios gobiernos fuertes que tengan claras las prioridades públicas, de tal manera que no se perciba esta forma de colaboración como una amenaza al sistema público, sino como un compromiso con sus valores fundamentales.*
- *Un marco normativo que regule los intereses públicos a preservar y los niveles de colaboración con las empresas contribuiría a reducir la controversia sobre este tipo de modelos.*