

Capítulo II. Análisis comparativo internacional de las APP

El capítulo II tiene como finalidad conocer el desarrollo de las APP en el mundo. Se contextualiza brevemente la experiencia internacional explicando cómo ha sido el proceso de establecimiento de los esquemas de APP, particularmente, en el sector salud, en países como Reino Unido, Chile, Perú, Colombia, Brasil y Argentina con el propósito de conocer las experiencias exitosas o fallidas que puedan ser de utilidad para nuestro país. Asimismo, se realiza un análisis comparativo por país tomando como base los indicadores del índice de Infrascopio: Marco legal, Marco institucional, Madurez operacional, Clima de inversiones, Facilidad financiera y Factor de ajuste subnacional. Finalmente, se toma como punto de partida el comparativo para profundizar en el caso de México y conocer las implicaciones que estos esquemas han tenido en el país y en el sector.

2.1 Experiencias de APP en otros países

La experiencia de APP ha sido distinta en cada país y se ha desarrollado con características particulares. Los países cuentan con diferentes sistemas de gobierno, tienen un desarrollo económico diferenciado, además de que deben atender problemas y necesidades particulares que demanda su sociedad. En ese sentido, a pesar de esas diferencias que influyen en el proceso de desarrollo de las APP, tienen un objetivo común y es que todos buscan a través de estos mecanismos una forma de inversión novedosa para la provisión de servicios públicos y de infraestructura. A continuación, se hace una breve reseña de la experiencia en Reino Unido, Chile, Perú, Colombia, Argentina y Brasil sobre la implementación de APP, sus orígenes, éxitos y fracasos, así como enseñanzas aprendidas de los errores iniciales.

2.1.1 Reino Unido

En el Reino Unido, la Iniciativa de Financiamiento Privado (PFI, por sus siglas en inglés) fue un elemento esencial en la inversión pública durante el gobierno laborista de Anthony Blair. Durante ese periodo se usaron APP para construir y operar activos tales como hospitales, escuelas y otros proyectos de infraestructura. En marzo de 2011 se estimaba que el valor total invertido en estos proyectos en el Reino Unido era de £52 800 millones. El Reino Unido se convirtió en el laboratorio de ensayos de APP a nivel internacional con sus 698 proyectos con cierre financiero a marzo de 2011, y 630 proyectos en operación. Los proyectos incluyen los sectores de transporte, educación, salud, cárceles, defensa,



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

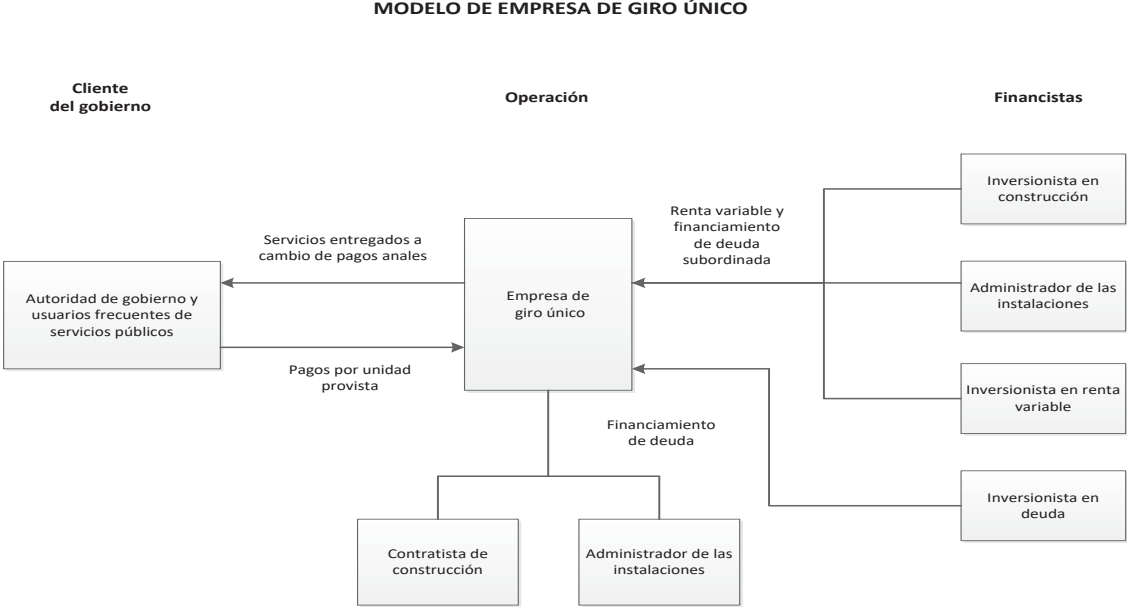
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

entretención, vivienda, tribunales, tecnología y edificios de gobierno (Engel, Fischer y Galetovic, 2014).

La estructura básica de un proyecto se esquematiza a continuación:

Figura 2. Modelo de empresa de giro único



Fuente: Modelo de empresa de giro único (Engel, Fischer y Galetovic, 2014).

En el gráfico se observa que al centro está una empresa de giro único (SPV, por sus siglas en inglés) la cual tiene un contrato con la autoridad contratante para proporcionar servicios públicos. Generalmente las empresas de giro único agrupan un capitalista que aporta entre 5 y 20 por ciento del financiamiento, una empresa administradora de instalaciones y una empresa constructora. El financiamiento se completa como deuda. El objetivo de esta estructura de financiamiento es proporcionar los incentivos correctos (*due dilligence*) al proyecto. También la empresa de giro único contrata a un contratista de construcción para la etapa inicial de construcción y a un administrador para la etapa de operaciones (que normalmente son los socios en la empresa de giro único). En compensación, la autoridad contratante paga un cargo unitario anual, denominado pago por disponibilidad (Engel, Fischer y Galetovic, 2014).

Como en la mayoría de los países, el programa de APP en el Reino Unido tuvo un comienzo lento, con poca estandarización en los términos contractuales y en las condiciones de la provisión de la infraestructura. Los primeros proyectos como el *Dartford Crossing* y el *Second Severn Crossing*, inaugurados en 1991 y 1996, respectivamente, son anteriores al PFI (Engel, Fischer y Galetovic, 2014). Estas inversiones eran reguladas por el reglamento de *Ryrie* que establecía que cualquier financiamiento privado debía ser más rentable que la alternativa de financiamiento público, además se requería que el valor de los proyectos de PFI se incorporara al presupuesto del sector público, y finalmente, se buscaba que cualquier participación del sector privado para incrementar la infraestructura pública tenía que buscar principalmente la eficiencia (*House of Lords*, 2010).

En 1992 el gobierno conservador anunció el uso de la PFI como parte de su estrategia para mejorar y modernizar los servicios públicos. Es con la llegada al poder en 1997 del gobierno laborista que se amplió la política de PFI y se le dio el nombre de PPP (por sus siglas en inglés) o su símil en español APP. Sin embargo, esto ha traído como consecuencia confusiones en la definición de una APP: para algunos es la innovación organizativa de elementos públicos y privados, mientras que para otros significa la financiación de la infraestructura pública. Cabe decir que en la manera tradicional, el sector público posee y opera un activo asumiendo los riesgos. Con la PFI, el sector privado paga la construcción y alquila el proyecto terminado al sector público, sustituyendo así la compra de un activo por la provisión de bienes y servicios públicos a cambio de pagos periódicos durante la vida del proyecto los cuales tienen una duración de alrededor de 25 años, además bajo estos esquemas el riesgo es compartido (Connolly, 2008).

En el año 2000 el gobierno publicó un documento que definía la PFI como “un diseño institucional en el que el sector público contrata la compra de servicios de calidad para el largo plazo, aprovechando las habilidades de gestión del sector privado que enfrenta incentivos por un financiamiento privado sujeto a riesgos” (H. M. Treasury, 2003). En esta definición, el esquema de PFI es distinto a privatizar total o parcialmente empresas de propiedad del Estado, o a vender servicios públicos usando la capacidad técnica y el financiamiento del sector privado (Engel, Fischer y Galetovic, 2014).

En el enfoque del gobierno hacia las PFI, se pueden destacar tres principios (H.M. Treasury, 2003). Primero, el sector público especifica los servicios que requiere de las contrapartes

privadas. Segundo, ambas partes enfrentan riesgos, los que son asignados a la parte que los puede controlar más fácilmente. La asignación de riesgo fue el elemento clave en la evaluación de proyectos de PFI del informe de la Tesorería de 2003. Tercero, el sector público garantiza la calidad y entrega efectiva y continuada de servicios públicos, tiene el poder para reducir los pagos si el desempeño es malo, además de la flexibilidad para introducir cambios si se necesitan, y el derecho de poner fin al contrato anticipadamente (Engel, Fischer y Galetovic, 2014). Cabe decir que el contrato de PFI no especifica el tipo de insumos requeridos, pero si los servicios requeridos, así como la forma en que se remunera a la empresa de giro único por los servicios, si satisfacen los estándares de desempeño y calidad contratados (Engel, Fischer y Galetovic, 2014).

Un aspecto que vale la pena resaltar es la preocupación tanto de la *National Audit Office* (NAO) como del *Committee of Public Accounts* por la falta de regulación en los métodos de contratación pública. En abril de 2009, el Reino Unido adoptó *International Financial Reporting Standards*, lo que trajo como resultado la publicación de los desembolsos presupuestarios futuros de proyectos PFI. Sin embargo, a pesar de los estándares contables utilizados hasta 2009, la mayoría de los contratos por PFI, no se incorporan al presupuesto del sector público y continúan siendo excluidos de los cálculos de la deuda neta del sector público (NAO, 2011)

En los últimos años ha crecido la oposición a las PFI en el Reino Unido. Los diseñadores de políticas han descubierto sus costos ocultos y las altas tasas de retorno que obtienen los inversionistas. Bajo condiciones más estrechas, las grandes obligaciones que generan los proyectos de PFI han debilitado las finanzas de las autoridades locales (Engel, Fischer y Galetovic, 2014).

A saber, los proyectos de PFI reducen la flexibilidad presupuestaria de las autoridades locales debido a que la obligación de pagar el cargo unitario es contractual, las autoridades públicas locales no pueden reducir los recursos que deben destinar para pagar por los proyectos de PFI, a diferencia de lo que ocurre con el financiamiento de otros proyectos de infraestructura pública tradicional. Sin embargo, no queda claro si esto es un problema o se impone una disciplina que es útil en el sector público (Engel, Fischer y Galetovic, 2014).

Es claro que uno de los principales motivos para introducir las APP en el Reino Unido, fue obtener una fuente de inversiones públicas que no se registraran en el balance de la cuenta pública. Una motivación secundaria parece haber sido aprovechar las potenciales ganancias de eficiencia. La razón para no incorporar estas deudas en el presupuesto público fue el cumplimiento de los acuerdos *Maastricht*, y que la deuda pública no sobrepasará el límite autoimpuesto de 40 por ciento del PIB. La decisión en favor de utilizar los esquemas de APP no tenía un objetivo de bienestar social, ya que el Reino Unido no enfrentaba racionamiento en los mercados de crédito. Por lo que, a medida que se hicieron comunes las APP, se comenzaron a usar argumentos más sofisticados en favor de éstas (Engel, Fischer y Galetovic, 2014).

El gobierno británico mostró un compromiso claro por impulsar la nueva iniciativa de PFI y promocionó el uso de este nuevo método de prestación de servicios en una variedad de sectores. El gobierno no se concentró en un número limitado de tipos de servicios públicos, por el contrario, todas las secretarías del gobierno central se dieron a la tarea de identificar proyectos piloto que pudieran servir como pilotos de sus programas de inversión sectorial. Se abarcaron sectores como el carretero con la creación de autopistas, el de seguridad con las cárceles, de educación con la creación de escuelas, el de salud con la creación de infraestructura hospitalaria, sólo por mencionar algunos (Millán, 2009).

En un principio, el impulso de los programas recayó en las oficinas centrales de las secretarías de gobierno central pero una vez que los proyectos se empezaron a desarrollar, cada una de las secretarías creó unidades organizacionales específicas para la promoción y coordinación de actividades a nivel sectorial. Para el caso del sector salud, se creó la Unidad PFI del Departamento de Salud en coordinación con la unidad de propiedades y asuntos inmobiliarios del Servicio Nacional de Salud, y cuyas funciones se han ido descentralizando con el tiempo. Lo cual ha propiciado que la Unidad PFI cumpla con un rol de control, asistencia técnica, guía y aprobación inicial (Millán, 2009).

En la práctica, la autoridad contratante para el caso del sector salud es el Fideicomiso del Servicio Nacional de Salud que administra las instalaciones correspondientes con el apoyo de la Unidad PFI de la Secretaría de Salud o "*Community Health Partnerships*" (CHP), en el caso del Programa de inversión en salud primaria, denominado Programa de Fideicomisos de Financiamiento de Mejoría Local -LIFT (por sus siglas en inglés de "*Local improvement*

Funding Trust”). Cabe decir que el programa es manejado por una compañía independiente, propiedad del departamento de salud (CHP) conocida hasta 2007 como “*Partnerships for Health*” (PfH). La oficina del CHP, ha establecido documentos estandarizados para el desarrollo de estudios de factibilidad y los contratos de salud primaria que le competen (Millán, 2009).

En todos los casos, las autoridades a nivel local (ya sea fideicomisos de salud primaria, autoridades municipales u otras) deben competir por una cantidad limitada de recursos asignados para cada programa. Los fondos totales disponibles se fijan desde el nivel central y se hace con base a las proyecciones del periodo presupuestario correspondiente a cada sector (Millán, 2009).

Con base en la información obtenida del análisis comparativo entre los sectores más importantes de las APP en el Reino Unido, realizado por el Programa para el Impulso de Asociaciones Público-Privadas e Estados Mexicanos (PIAPPEM) en su Informe sobre la Experiencia en el Reino Unido. Tenemos que en el sector salud se han impulsado proyectos de infraestructura en hospitales y la prestación de servicios en salud primaria.

Sobre la infraestructura hospitalaria, se considera como una categoría importante de proyectos PFI puro. Excluye los servicios sanitarios y sólo considera los servicios de apoyo, el número de proyectos con cierre financiero hasta 2009 –periodo de análisis que considera el estudio- es de 220 con una inversión inicial acumulada de £12,430M. En este caso la autoridad contratante es el Fideicomiso del Servicio Nacional de Salud que administra el hospital correspondiente, cabe decir que los terrenos son propiedad de la autoridad, quien los arrienda al contratista y que a su vez los arrienda de vuelta a la autoridad con la prestación del servicio contratado. La oficina encargada de coordinar y liderar los proyectos de APP en el sector salud es el Departamento de Salud. La obtención de aprobaciones y licencias son responsabilidad del contratista, salvo algunas excepciones, normalmente la aprobación preliminar de construcción es obtenida por la autoridad antes de firmar contrato. Respecto al proceso de licitación, inicialmente era estándar-negociado y en la actualidad es un proceso de diálogo competitivo que puede durar de 24 a 36 meses. Es importante mencionar que se cuenta con un considerable nivel de estandarización en el proceso y documentos de licitación. Sin embargo, los proyectos son más diversos que en el caso de las escuelas, por lo tanto, requieren mayor adaptación en cada caso, la etapa de

estructuración es más compleja y requiere mayor apoyo externo. Sobre el riesgo en la demanda es muy reducido, sólo relativo a ciertos servicios de apoyo con una proporción de pago por volumen como es el caso de las cafeterías. Finalmente, los ingresos de terceros normalmente son posible, permitido y regulados en este tipo de proyectos. Sin embargo, la importancia dada por los licitantes a los ingresos correspondientes en sus modelos financieros es reducida (Millán, 2009).

Los servicios de salud primaria son a través del modelo LIFT por el que se implementan planes de desarrollo de redes regionales de asistencia primaria. En la inversión se mezcla financiamiento privado y público. Además, las instalaciones borran los límites formales entre salud primaria y otros servicios sociales ya sean del nivel central o municipal. En general, excluye servicios sanitarios, pero al tratarse de salud primaria, los límites son menos claros y el rol privado puede ser mayor que en el caso de los hospitales. El número de proyectos con cierre financiero hasta 2009 es de 51 y tiene una inversión de £1,018M. La autoridad contratante es el Fideicomiso del Servicio Nacional de Salud que administra la red primaria correspondiente, sobre la propiedad de los terrenos es el mismo caso que en los hospitales, salvo en algunas ocasiones que los terrenos son provistos por el contratista. La oficina encargada de los proyectos de APP en este caso es el Departamento de Salud y “*Community Health Partnerships*” para LIFT. La aprobación y obtención de licencias, así como el proceso de licitación es similar al de los hospitales con la diferencia de que se llevan en menos tiempo de 12 a 18 meses. Sobre la estandarización en el proceso y documentación de la licitación el rol de “*Community Health Partnerships*” es fundamental para establecer los estándares aplicables a través del tiempo. Finalmente, el riesgo de demanda y la participación de terceros en los ingresos de los proyectos es similar al de los hospitales (Millán, 2009).

2.1.2 Chile

En 1991 el Congreso chileno aprobó una ley permitiendo otorgar concesiones para la mayoría de las obras públicas, incluyendo caminos, aeropuertos, embalses, hospitales y cárceles (DFL 164 y DS 240, 1991 citado en Engel, Fischer y Galetovic, 2014). Hacia finales de 2007 todas las carreteras importantes, la mayoría de los aeropuertos y otros varios proyectos habían sido concesionados (Engel, Fischer y Galetovic, 2014).

El proceso de concesión se hace a través de licitaciones competitivas, sin diferenciar entre empresas nacionales y extranjeras. La flexibilidad en la ley deja un amplio margen para adaptar el contrato a cada proyecto. Por su parte, el Ministerio de Obras Públicas (MOP) es el encargado de supervisar la construcción y operación del proyecto y tiene la autoridad para multar, suspender e incluso terminar la concesión si a quien se le adjudica no cumple con sus obligaciones. La ley también establece un mecanismo de resolución de conflictos entre el Estado y el concesionario (Engel, Fischer y Galetovic, 2014).

Durante los primeros años del programa de concesiones, el gobierno evitó las renegociaciones, pero después entre 2001 y 2007 se usaron intensamente. A finales de 2007, las 50 concesiones de infraestructura que el MOP había adjudicado entre 1993 y 2007 se habían renegociado 144 veces. En promedio, un contrato de concesión se renegocia cada 2.5 años, lo que ha llevado a un aumento en los pagos a los concesionarios por el proyecto original o por las mejoras en el mismo (Engel, Fischer y Galetovic, 2014).

En marzo de 2006, el Ministro Eduardo Bitrán decidió reformar la legislación para darle más control al MOP sobre los proyectos y reducir el alcance de las renegociaciones de los contratos. También propuso revisar la estructura de gobierno del MOP en relación con sus proyectos de inversión (propios o por concesión). Bajo la legislación propuesta, todos los proyectos especifican estándares de servicio que son supervisados por una nueva agencia independiente (Superintendencia de Infraestructura). La propuesta especifica también que cualquier renegociación de una APP que lleve a desembolsos en exceso del 5 por ciento de la inversión inicial debe ser licitada en forma competitiva y que un panel independiente debe ser creado para revisar todas las negociaciones y asegurar que cualquier cambio contractual no altere la rentabilidad del contrato (Engel, Fischer y Galetovic, 2014).

En 2010, con la implementación de las reformas a la ley chilena de concesiones, las renegociaciones pueden ser bilaterales o bajo la supervisión de una comisión establecida para decidir disputas (comisión de arbitraje). En una renegociación bilateral, el MOP y el concesionario llegan a un acuerdo que no es revisado por terceros independientes. Si, por otro lado, las partes no llegan a un acuerdo, pueden apelar a una comisión que primero trata de conciliar y después arbitra (Engel, Fischer y Galetovic, 2014).

En Chile, la industria eléctrica tiene su propio marco legal para el otorgamiento de concesiones indefinidas, y en la actualidad la gran mayoría de la industria de generación de electricidad está en manos del sector privado (Infrascopeio, 2014). En el sector del agua y saneamiento, la responsabilidad por el suministro, eliminación y tratamiento de agua ha sido adjudicada a compañías regionales⁴. Desde el año 2000 casi el 99 por ciento de los servicios en áreas urbanas ha sido transferido al sector privado (Infrascopeio, 2014).

La privatización al sector salud no fue la excepción. En los años 80 la dictadura fragmentó el Sistema Nacional de Salud, redujo considerablemente el gasto público en el sector y creó los Institutos de Salud Previsional (ISAPRE). Estos últimos son un componente básico del sistema chileno, son compañías aseguradoras privadas que reciben a través del Fondo Nacional de Salud (FONASA)⁵ la cuota de financiación (7 por ciento del salario) que el Estado impone a los trabajadores del sector formal cuando eligen su ISAPRE. Los trabajadores que no optan por una ISAPRE reciben servicios a través del sistema nacional de salud o a través de médicos privados de libre elección. En cualquier caso, FONASA sólo cubre parte del costo del servicio, el resto lo paga el usuario, excepto en el caso de la población indigente (N. Homedes, 2002).

En el año 2000, solamente el 22 por ciento de la población escogió ISAPRE, dando cobertura a familias de menor tamaño, población más joven y más sana que los beneficiarios de FONASA, representando el 43 por ciento del gasto de la atención médica del país. El otro 67 por ciento recibe servicios parcialmente financiados por FONASA, y el resto de la población es atendido por programas especiales como el de las fuerzas armadas (N. Homedes, 2002).

El sistema ha sido muy beneficioso para las ISAPRE que han operado con márgenes de rentabilidad del 20 por ciento y costos administrativos por el mismo porcentaje, gracias a una selección muy cuidadosa de sus clientes (p. ej., transfieren a los trabajadores jubilados y a los enfermos crónicos a FONASA), a una limitación en la oferta de servicios que ofrecen a sus usuarios, y con aumentos de copagos y deducibles. Por otra parte, FONASA ha mantenido los pagos a los médicos de libre elección bastante estables, lo que les ha forzado

⁴ En 1997 se adoptó la legislación que regula al sector del agua y saneamiento, permitiendo al gobierno privatizar servicios o arrendar instalaciones a empresas regionales (Infrascopeio, 2014).

⁵ El FONASA es la agencia recaudadora única del Estado para la salud (N. Homedes, 2002).

a incrementar los copagos con una consecuente reducción del número de usuarios que pueden elegir médicos (N. Homedes, 2002).

Es claro que en el sistema de salud en Chile, el gobierno subsidia al sector privado a través de las ISAPRE. Este esquema ha aumentado la inequidad en el acceso a los servicios de salud. Las ISAPRE, con una población más joven y sana, originan mayor gasto en salud que los servicios de la red pública. Lo cual sugiere que los servicios privados son más ineficientes que los públicos o, alternativamente, que la demanda de una gran parte de la población con menos recursos no es atendida. Cualquiera de las dos posibilidades no es deseable (N. Homedes, 2002).

Además, se dice “que el sistema de financiación de la atención médica en Chile es regresivo, es decir, los pobres están financiando los servicios de salud de las clases más acomodadas. El Estado se responsabiliza nada más que de una parte de los que no pueden acceder al sistema privado. En Chile, la descentralización regional de hospitales y municipal de las clínicas ha creado desigualdades en la calidad de la oferta; las jurisdicciones más pobres no tienen capacidad de ofrecer servicios de la misma calidad que las más ricas” (N. Homedes, 2002).

Con todo y la experiencia de privatización del sistema de salud en Chile, el gobierno como parte de su reforma del sector salud está realizando proyectos bajo la modalidad de APP. Dentro de este marco, el concesionario propone el diseño, construcción, financiamiento, operación y transferencia (DBOT), y ofrece servicios no clínicos como mantenimiento, alimento y servicios portátiles. Todos los servicios públicos continúan siendo proporcionados por las corporaciones públicas del hospital directamente con financiamiento del gobierno (Alborta, et al., 2011).

La primera APP en el sector salud se inició en el año 2004 para el Complejo Hospitalario Salvador, el cual fue reemplazado en 2006 por dos proyectos en Maipú y la Florida, los cuales han incorporado al sector privado para el diseño, construcción, provisión y montaje de equipamiento industrial, mantenimiento de la infraestructura y prestación de servicios no clínicos de apoyo para los dos hospitales de mediana complejidad ubicados en las comunas de Maipú y La Florida de la Región Metropolitana de Santiago. El diseño, provisión, montaje

y mantenimiento del equipamiento clínico, así como los servicios clínicos, serán exclusiva responsabilidad del Ministerio de Salud del Gobierno de Chile (Bravo, 2013).

Se dice que proyectos como el complejo hospitalario Salvador Infante, de Maipú y de la Florida, han contado con la capacidad de innovación y la experiencia del sector privado en el diseño y operación de la infraestructura del hospital, la concentración en el ciclo de vida del proyecto, el reemplazo y la puesta al día del equipo especializado, han limitado su obsolescencia. Existen otros emprendimientos como el complejo Red Sur, en el Hospital Dr. Sótero del Río, con una inversión aproximada de *US\$500 millones* (Alborta, et al., 2011).

En ese sentido, a pesar de que Chile es uno de los pioneros en el establecimiento de APP en América Latina, con una amplia experiencia en distintos sectores. Se observa que en la mayoría de los casos el problema ha sido las constantes renegociaciones de los proyectos. En el caso del sector salud, la poca evidencia que existe muestra resultados diversos de éxito y fracaso. Sin embargo, en términos generales, la tendencia ha sido la privatización de los servicios de salud, lo cual en ningún caso ha resultado beneficioso para la mayoría de la población.

2.1.3 Perú

En 1996 entró en vigor la ley sobre concesión de obras públicas, autorizando que se contraten externamente las obras públicas de carreteras, proyectos de saneamiento del agua y aeropuertos. Con la Ley (N° 29230) de Inversiones Regionales y Locales con Participación Privada de 2008, se allanó el camino al gobierno para atraer inversiones al frenar algunas de las condiciones para la aprobación del desembolso de fondos a través del Sistema Nacional de Inversión Pública (SNIP). La reglamentación de las APP es muy amplia, abarca y se aplica a todo tipo de infraestructura productiva y social, incluyendo el transporte, energía, telecomunicaciones, saneamiento, infraestructura social, cárceles, vivienda y proyectos turísticos. Se rige para los tres niveles de gobierno en todos los sectores, y requiere del mismo procedimiento (Infrascopio, 2014).

Además de la Ley 29230, la anterior administración creó la legislación que define la inversión privada en proyectos públicos: el Decreto Legislativo 1012 de mayo de 2008, regula la participación del sector privado en la infraestructura y servicios públicos por medio

de APP, estableciendo principios de adjudicación de riesgo de acuerdo con la capacidad de cada parte de mitigar dichos riesgos (Infrascopeio, 2014).

En marzo de 2014 la Ley N° 30167 modificó el Decreto Legislativo 1012. Los principales cambios fueron: i) el concepto de APP se expande, incluyendo el desarrollo de proyectos de investigación aplicada y/o innovación tecnológica; ii) se permite desarrollar una APP sobre la base de más de un proyecto de inversión pública (PIP); iii) para incorporar un proyecto al proceso PIP, la agencia estatal que hace la propuesta debe exhibir un análisis de los aspectos pertinentes del proyecto, tales como estudios de pre-inversión, etc.; iv) el diseño definitivo del contrato de APP por el respectivo Organismo Promotor de Inversión Privada (OPIP) debe contar con la opinión favorable del organismo público competente y del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), como requisito previo; v) las modificaciones a la versión definitiva del contrato de APP que involucren cambios significativos (parámetros económicos y garantías) requerirán de la aprobación del MEF⁶; vi) las iniciativas privadas de APP referidas a proyectos de nivel nacional pueden ser sometidas directamente a la Agencia de Promoción de la Inversión Privada (PROINVERSION); vii) ha sido creado un registro nacional de contratos de APP, a cargo del MEF (Infrascopeio, 2014).

Como en otros países Latinoamericanos, Perú reformó su industria eléctrica en 1992 con la adopción de la Ley 25844 y la creación de la Dirección General de Electricidad (DGE)⁷. La generación, transmisión y distribución fueron desagregadas, y la ley creó los incentivos para atraer la inversión privada en plantas generadoras con inversiones significativas. El proceso de licitación es transparente y tiene como objetivo promover la competencia, empleando criterios de beneficios económicos y reduciendo la discrecionalidad política en el proceso de toma de decisiones. El gobierno de Perú está comprometido con la promoción de proyectos de APP en varios sectores de la economía y a través de distintos niveles de gobierno (Infrascopeio, 2014).

Asimismo, se impulsaron proyectos de APP en distintos sectores e infraestructura públicos, salud no fue la excepción. De hecho, el gobierno Peruano considera que una de las grandes oportunidades que se tienen para la reestructuración de la prestación de los servicios en el

⁶ Desde la publicación de la Ley, los procesos de APP no pueden realizarse sin disponibilidad presupuestaria que atestigüe la existencia de recursos en la entidad pública competente (Infrascopeio, 2014).

⁷ LA DGE es la encargada de regular a nivel nacional la industria eléctrica (Infrascopeio, 2014).

sector salud es la difusión de las APP en diferentes niveles de complejidad (I, II, III y IV). En 2008, el Seguro Social de Salud (ESSALUD) generó diversas estrategias para mejorar su infraestructura y los servicios de salud, una de estas incentivó la participación del sector privado mediante la inversión y la provisión del servicio asistencial a través de la modalidad contractual de APP. Dicho sector se involucró en el diseño de los proyectos, la construcción de infraestructura y en brindar los servicios asistenciales y prestaciones de salud (Bravo, 2013).

ESSALUD es la primera institución de Perú en promover proyectos de inversión mediante la modalidad de APP. Hasta el momento ha suscrito cuatro contratos con sociedades operadoras que cuentan con la participación de inversionistas privados nacionales e internacionales. Cabe resaltar, que los hospitales que se están desarrollando por APP, son los denominados de “bata blanca”, lo que significa que el operador no solamente se encarga de la infraestructura, equipamiento, sino también los servicios asistenciales y administrativos para el funcionamiento autónomo de la unidad hospitalaria (Bravo, 2013).

El costo de la inversión de los proyectos de APP en Perú, se ha efectuado mediante un esquema de suma alzada, es decir que se ha trasladado el riesgo de construcción al operador. Si el operador no ha previsto un buen presupuesto o no ha determinado los alcances de la infraestructura y equipamiento para el otorgamiento del servicio, entonces el costo o pérdida deberá ser asumido por éste. Esa es la gran diferencia entre una inversión pública y una APP, el riesgo de diseño se traslada al operador privado (Bravo, 2013).

La amortización de la inversión por APP es de hasta por 15 años. Esto es que si la entidad realiza una inversión pública deberá desembolsar el costo del hospital en uno o dos años, pero si lo hace a través de una APP, la recuperación de la inversión podría ser en 15 años, con lo cual el costo se amortigua en una mayor cantidad de periodos. Es decir, esta modalidad genera costos financieros, que serán pagados en el futuro no solamente por los asegurados actuales, sino por los que se incorporen en esos 15 años, lo que hace que el costo se diluya o amortigüe en el tiempo (Bravo, 2013).

Cabe resaltar que si el hospital se paga en 15 años, el impacto del pago periódico en la estructura de costos, en términos generales, sería que un 80 por ciento corresponde al costo de operación y un 20 por ciento al repago de la inversión. Es decir, que los costos

más importantes de un servicio hospitalario no están en la inversión, sino que están concentrados principalmente en la operación asistencial y en la parte administrativa, por lo que una mala administración que genere sobrecostos operativos es más nociva que un sobrecosto por inversión (Bravo, 2013)

Para ilustrar lo anterior, cuando se realizó el análisis en los hospitales de ESSALUD en Perú, se compararon los costos de operación de la oferta. El estudio incluía la adjudicación de dos APP en hospitales, y los servicios hospitalarios similares, operados por el Estado o por la seguridad social. El resultado fue que eran más costosos estos últimos. Si la oferta era de 45 mil millones, el sector público operaba por 60 mil millones, una diferencia sustancial. El pago anual por el hospital era aproximadamente 10 mil millones. Obsérvese que el costo de operación del operador especializado de APP más el costo de la inversión era de 55 mil millones, que resulta menor que el costo de operación pública por ESSALUD. Por lo cual, en ese momento se manifestaba que a diferencia de los costos de ESSALUD, el hospital “venía de regalo”, o se generaba la reducción de costos (Bravo, 2013).

Pueden ser muchas las razones por las que los costos de la operación pública sean mayores a los de la operación de una APP. Tenemos, por ejemplo, que aunque los salarios de los médicos, enfermeras u otro personal son relativamente bajos, el monto total es muy alto. Lo que genera un problema importante que es el de la productividad, ya que al ganar poco, también producen proporcionalmente menos. Asimismo, surge otro problema además de los costos, y es la calidad en el servicio (Bravo, 2013).

Si bien es importante comparar costos entre una obra pública y una APP, también lo es prestar atención al tema de la calidad. Se ha observado que si los prestadores públicos quieren lograr la calidad que se espera, como se da en una APP, tendrían que hacer inversiones e incrementar los costos de operación que haría al costo del servicio de salud pública sumamente cara. En el caso de las APP de ESSALUD, los adjudicatarios de los hospitales ofertaron el costo señalado, pero considerando índices de servicio muy superiores al hospital público. Para analizar este efecto se consideró solamente un indicador: los días que deben darse como máximo entre la llamada de un paciente al centro de programación de atenciones y el día que efectivamente recibe la atención médica. En el hospital público o de la seguridad social, puede superar los 45 días y con el tiempo este

indicador se ha ido deteriorando aún más. La oferta en las APP es máximo de 5 días (Bravo, 2013).

Si en un hospital público o de ESSALUD se reduce la productividad o la calidad del servicio, no existe quién o quienes sean penalizados por este hecho, aunque tal vez termine en un llamado de atención, los incentivos al deterioro de la gestión resultan elocuentes. En cambio, en una APP, si se tienen los incentivos para brindar un servicio de calidad, dado que si el operador no cumple con los índices de servicio –en este caso el de los días de atención médica- se hará merecedor a una penalidad que afectará la economía de la sociedad, pues ninguna sociedad operadora está dispuesta a pagar si puede evitarlo (Bravo, 2013).

Como se puede observar, Perú es uno de los países con una amplia experiencia en proyectos de APP. Sin embargo, cabe resaltar que debido a la poca experiencia en Salud, los contratos que se han desarrollado hasta ahora son un ejemplo de buenas prácticas en materia de APP, por lo que cabe preguntarse ¿cuáles son las ventajas de promover la inversión y gestión mediante APP, en lugar de seguir con la inversión y gestión pública tradicional o la meramente privada?

2.1.4 Colombia

En Colombia se han dado por lo menos cuatro generaciones de programas de APP, cada una con distintas características. La primer generación fue de concesiones carreteras, y en general la experiencia no fue exitosa pues se mostraron serios problemas. En la segunda generación se evitaron algunos de los errores cometidos en la primera. En esta etapa los proyectos APP estaban mejor definidos al momento de licitarse y la demanda por los proyectos se estudió cuidadosamente. La diferencia entre la tercera y cuarta generación de concesiones es menor. Primero, se introduce el concepto de gradualidad en los contratos, es decir, se permite adaptar y expandir un proyecto a medida que aumenta la demanda por la concesión. Y, segundo, se simplifica el sistema de adjudicación, esto es que se adjudica la concesión a la empresa que solicita el menor monto de ingresos acumulados (Engel, Fischer y Galetovic, 2014).

Dentro de las dificultades del sistema de concesiones colombiano, se identifican diversas causas. Primero, la falta de experiencia con las licitaciones trajo como consecuencia pocos

participantes en las mismas. La premura en la primera generación de adjudicar los proyectos sin tenerlos bien definidos y estudiados, provocó las constantes modificaciones a los proyectos, aumentando sus costos. Otra muestra de inexperiencia fue no obtener garantías financieras, y no incorporar sanciones a las empresas que, habiéndose adjudicado un proyecto, no pudieron obtener financiamiento (Engel, Fischer y Galetovic, 2014).

Otra causa fue la poca importancia que se dio a los incentivos, lo que, sumado a las garantías de tráfico y de costos de construcción, generaron importantes pasivos contingentes al gobierno colombiano. Aunque se pensó que la tercera y cuarta generación reducirían los problemas observados en los programas anteriores, la experiencia no ha mostrado grandes avances. En particular, la debilidad del gobierno frente a las presiones del gremio de la construcción ha llevado a renegociaciones masivas y de tal amplitud que poco queda del contrato original (Engel, Fischer y Galetovic, 2014).

Una evaluación justa de la experiencia colombiana en proyectos APP debe considerar la comparación con la provisión estatal de infraestructura en este país. Pese a las demoras y renegociaciones, incluso bajo la primera generación de concesiones, estos retrasos fueron de dos años menos que bajo la provisión tradicional. Además, una evaluación reciente de la Dirección de Evaluación de Políticas Públicas de Colombia estima que de 11 concesiones viales en las primeras tres generaciones de APP, sólo en un caso hubiera sido mejor que la realizara el Estado (Engel, Fischer y Galetovic, 2014).

En ese sentido, como parte de las demandas y necesidades de la experiencia en proyectos de APP, en enero de 2012 Colombia aprueba la Ley de APP, que define claramente los derechos y obligaciones que recaen en la parte pública y privada en los contratos, limita las renegociaciones y, en general, mejora casi todos los aspectos legales de las APP. Sólo resalta el hecho de que no se haya establecido un mecanismo de resolución de conflictos, lo que potencialmente puede tener costos en el futuro (Engel, Fischer y Galetovic, 2014).

Por lo que respecta al sector salud, un cambio importante en Colombia fue su reforma en salud con la implementación de la Ley 100 de 1993, y la Ley 715 de diciembre de 2001, donde se estableció la última reforma. La Ley 100 define un sistema de salud con dos regímenes simultáneos: el contributivo, para ciudadanos con nivel económico suficiente y

por tanto con capacidad de pagar; y el subsidiado, para los ciudadanos sin capacidad económica. Ambos regímenes tienen Planes Obligatorios de Salud (POS) distintos y con diferentes prestaciones: mientras que el contributivo cubre casi todas las enfermedades, el subsidiado deja fuera un gran número de patologías (Esteban, et al., 2004).

Los afiliados al régimen contributivo pagan a una Entidad Prestadora de Salud (EPS), que actúa como intermediaria entre el Estado y el usuario, estas EPS suelen ser entidades privadas vinculadas a grandes empresas de salud privadas de España (ColSanitas-Sanitas) o de EEUU o en menor medida surgidas de cooperativas de trabajadores de diversos sectores. La EPS ingresa el dinero a una cuenta del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), adscrita al Ministerio de Salud, tras descontar una parte para licencias de maternidad, accidentes y otras eventualidades; se producen aquí importantes desvíos de fondos que suponen en la práctica una capitalización de estas empresas. El FOSYGA les devuelve una cantidad de dinero por cada afiliado (Unidad de pago por Capacitación, cuya cuantía se fija anualmente). Por su parte, los afiliados al régimen subsidiado tienen como intermediario a la Administradora de Régimen Subsidiado (ARS), que reciben fondos de la mencionada cuenta FOSYGA y de instituciones oficiales (Esteban, et al., 2004).

Las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) son los hospitales, centros de salud y empresas privadas, las cuales funcionan por demanda, es decir que no disponen de un presupuesto previo sino que las EPS o ARS les pagan cuando prestan los servicios y los facturan; cabe resaltar que el sistema de pago no es tan ágil ya que ha habido retrasos de hasta uno o dos años (Esteban, et al., 2004). En 2002 se hizo un estudio sobre las IPS y se encontró que de las 2,927 IPS privadas que existen en el país, 1771 (60.51 por ciento) no reportaron a tiempo la información financiera, contable, administrativa y jurídica, lo que nos da una idea del descontrol que tiene el Sistema de Salud en Colombia (Esteban, et al., 2004).

Lo que se observa en el sistema de salud colombiano, es que con la creación de las EPS comienza el desarrollo de las APP en los servicios de salud. Hay un claro desmantelamiento del sistema público, las IPS no cuentan con un presupuesto propio, dependen de la demanda de los servicios, mismos que son pagados por las EPS o ARS con sus respectivas dificultades; la salud ha dejado de ser un derecho universal y equitativo, al no ser accesible para toda la población, por el contrario se clasifica la manera en que se prestará el servicio

y a quién va dirigido (contributivo y subsidiado). En términos generales, dejar los servicios de salud en manos del sector privado no ha sido una gran experiencia para Colombia.

2.1.5 Brasil

El crecimiento económico de Brasil a lo largo de la última década se debió principalmente al crédito, el consumo y los bienes primarios. Durante este tiempo, la inversión en infraestructura de acuerdo con *Credit Suisse* ha sido baja *R*52.000 millones aproximadamente en proyectos en el sector privado. Con el enfriamiento económico mundial de 2009, la mayor economía de América Latina ha reconocido y dado prioridad a la inversión en infraestructura (Infrascopio, 2014).

En 2012, el gobierno anunció el Programa de Inversiones en Logística (PIL) para puertos, carreteras, ferrocarriles y movilidad urbana, que totalizan aproximadamente *R*240 millones en los próximos años. Ha sido descrito como un programa por vía rápida para acelerar la implementación y ha introducido el riesgo de que la calidad de los proyectos pudiera decaer como resultado de un menor rigor en su selección, planificación e implementación. Sin embargo, en la práctica esto no ha sucedido. El principal cuello de botella para las APP ha sido la capacidad técnica; mientras, el gobierno ha estado trabajando para edificar el conocimiento institucional y asegurar que los proyectos se estructuren y lancen correctamente. Brasil, ha implementado con éxito proyectos viables de movilidad urbana y aeropuertos, pero también ha habido retrasos y licitaciones con menos postores que lo esperado. El PIL provee transparencia en el proceso de subasta y selección, dado que toda la información de los proyectos actuales y los que están en su etapa inicial está en internet, y gran parte de la misma está disponible no sólo en portugués sino también en inglés. El gobierno ha sido criticado por limitar las tasas internas de ganancia; sin embargo, el sector privado continúa interesado y dispuesto a competir bajo estos términos. La capacidad institucional ha mejorado, pero las partes externas consideran que sigue siendo deficitaria (Infrascopio, 2014).

Pese a sus proyectos de APP maduros, Brasil también ha experimentado algunos problemas de crecimiento en los últimos años con respecto a concesiones eléctricas que finalizan. Los socios estatales y privados han estado en desacuerdo sobre el valor residual de los contratos. Al confrontarse con nuevas condiciones, algunos operadores han optado por alejarse de la renovación de sus concesiones (Infrascopio, 2014).

Otro aspecto que cabe resaltar es, que al igual que en E.U.A, Canadá y México, Brasil concentra la mayor parte de las actividades de APP a nivel estatal o subnacional, antes que a nivel federal. De acuerdo con datos de la consultora brasileña Radar PPP, han sido asignados 66 contratos de APP con subsidios públicos a nivel subnacional (estatal y municipal) y sólo uno a nivel federal. Esto equivale a un monto estimado de *US\$160.000* millones en capitalización, con *US\$20.000* millones adicionales de APP en preparación. Incluyendo otras APP que no implican subsidios públicos, las APP subnacionales cubren 85 por ciento del total (Infrascopeio, 2014).

En Brasil las APP subnacionales enfrentan una larga serie de desafíos, que son diferentes de aquellos que enfrenta el gobierno federal. El primero está relacionado con la percepción que el sector privado tiene del riesgo, dado que los gobiernos subnacionales no tienen capacidad fiscal soberana. Segundo, la capacidad de los gobiernos subnacionales para estructurar complejos contratos de APP es limitada y varía mucho según el estado y la municipalidad. Un tercer desafío son los impuestos, el sistema impositivo brasileño es tan complicado que siempre que hay un subsidio pagado a una empresa privada en un esquema de APP, la empresa privada tiene que pagar un alto nivel de impuestos al gobierno federal. La transparencia es el cuarto desafío que enfrentan no sólo las APP subnacionales sino también a nivel federal.

Según Siqueira⁸, un problema significativo que necesita ser abordado desde un punto de vista regulatorio se vincula con preocupaciones sobre el escrutinio público de los pasivos financieros de las APP subnacionales. Considera que no debería permitirse a las entidades subnacionales excluir los pasivos de sus balances. Entre otros desafíos que afectan al éxito de algunas APP subnacionales surge de la renuencia del sector público de absorber riesgos asociados a los proyectos y, en lugar de ello, ponerlos en la esfera del socio del sector privado, entre otros (Infrascopeio, 2014).

Pese a las dificultades mencionadas, parte de la estrategia de la Nueva Gestión Pública de Brasil fue llevar a cabo reformas para atraer la inversión del sector privado con el fin de incrementar la infraestructura pública, donde se enmarcan los esquemas de APP. Al igual

⁸ Marcos Siqueira, es asesor del presidente del banco estatal de desarrollo de Minas Gerais y uno de los principales expertos brasileños en APP.

que otros países de la región, su uso ha sido intensivo en las áreas de infraestructura del transporte (Astorga, 2016).

Si bien los estados pueden elaborar sus propias normativas de proyectos APP, existen diversos proyectos administrados y dirigidos desde el nivel nacional. En el ámbito de los servicios públicos, el diagnóstico en general es que la gestión directa por la administración enfrenta problemas por falta de autonomía financiera y administrativa; falta de agilidad en los procesos de licitación (compra de insumos y equipamiento); falta de dinamismo tecnológico; dificultades para la contratación de profesionales con la especialización requerida, burocracia y falta de orientación de los servicios hacia los ciudadanos (Astorga, 2016).

Cabe decir, que Brasil se ha caracterizado por su fuerte innovación en materia de contratos entre sector público y sector privado para entregar servicios de salud a la población beneficiaria del sistema de salud. El modelo dominante ha sido el de asociaciones con Organizaciones de Salud (OSS), que representan entidades privadas sin fines de lucro. Sin embargo, desde un punto de vista conceptual estos contratos no cumplen con las características de los contratos de APP, ya que difieren en el plazo, capital, riesgos, obligaciones y derechos de las partes (Astorga, 2016).

El Hospital do Suburbio, ubicado en Salvador, capital del estado Bahía al noreste de Brasil es el primer hospital público bajo el esquema APP, ya que el Estado de Bahía presentaba una elevada carencia de camas hospitalarias de alta complejidad. Esta carencia de recursos provocó la planificación de un nuevo centro, con la finalidad de resolver la mediana y alta complejidad de una zona altamente poblada de la ciudad de Salvador (Astorga, 2016). Dicho hospital, ha realizado más de 1.8 millones de procedimientos clínicos desde su inauguración en 2010 y ofrece servicios de salud de primera necesidad a las familias pobres de esa localidad. El concesionario de esta APP es responsable del equipamiento, mantenimiento y operación de los servicios clínicos y no clínicos del hospital por un periodo de diez años (Bravo, 2013).

En general el proyecto ha sido exitoso respecto a los resultados esperados, sin embargo la demanda ha sido superior a la estimada inicialmente, lo que obligó a incrementar a 45 el número de camas y rebalancear anticipadamente el contrato, incrementando el pago en un

46 por ciento, mismo que se destinó a financiar la mayor demanda e inversiones no consideradas. Pese al incremento presupuestario y de actividad, de acuerdo con el Departamento de Salud del Estado de Bahía (SESAB) el gasto de este hospital es un 10 por ciento inferior al de otros hospitales con prestaciones similares. Cabe decir, que uno de los efectos no deseados es que el hospital se ha convertido en un polo de atracción para municipios vecinos, mismos que han reducido su atención primaria de urgencia (Astorga, 2016).

2.1.6 Argentina

El programa de APP de infraestructura vial argentino fue el segundo en América Latina, después de México. En su primera etapa, entre 1989 y 1990, el gobierno adjudicó 12 concesiones viales interurbanas. Los niveles de tráfico en estas vías alcanzaban los 2 000 – 2 500 vehículos al día, lo que hacía viable y sumamente rentable la concesión privada para el mantenimiento, rehabilitación y algunas mejoras en la capacidad de las carreteras en lugar de una nueva construcción. Se dio a los concesionarios el derecho de cobro a cambio de un programa completo que incluyera dichos servicios. Además, se daría una regulación de precios por el cobro de peajes. Sin embargo, el gobierno no dio garantía de ingresos mínimos a los concesionarios (Estache A., 1999).

La primera ronda de licitaciones fue exitosa, con más de 100 participantes por las 12 concesiones que se ofrecían en forma simultánea. La principal variable de licitación era un pago al gobierno (“un canon”), con otras variables –menor peaje, menor calidad o monto a invertir- usadas en algunos casos. El monto total ofrecido por los cánones alcanzó los 890 millones de dólares por año (en dólares de 1990). Se debe señalar que sólo podían participar en las licitaciones firmas argentinas, y que el procedimiento de adquisición enfrentó críticas por su falta de transparencia (Cipoletta y Sánchez, 2008, citado en Engel, Fischer y Galetovic, 2014).

En un patrón que sería recurrente, sólo cinco meses más tarde, el gobierno decidió renegociar los contratos, dado que la nueva política de convertibilidad declaraba ilegales todos los contratos indexados (Banco Mundial, 1999; Cipoletta y Sánchez, 2008, citado en Engel, Fischer y Galetovic, 2014). Otros motivos para renegociar los contratos, fue que algunas firmas estaban cobrando peajes antes de realizar las inversiones requeridas por los contratos, y debido a las presiones de usuarios molestos con los peajes. Así, entre enero

y abril de 1991 se suspendieron todos los peajes hasta finalizar la renegociación de los contratos (Engel, Fischer y Galetovic, 2014).

Luego de la renegociación, las tarifas fueron rebajadas en un 50 por ciento, y a cambio se eliminó el canon. Más aún, el gobierno otorgó subsidios por 57 millones de dólares anuales a las concesionarias. En diciembre de 2000 habían finalizado las renegociaciones de los contratos de vías interurbanas. Los nuevos contratos especificaban subsidios adicionales del Estado debido a que éste no había pagado las sumas comprometidas con anterioridad. A cambio de esto, las APP realizarían algunas inversiones adicionales, y congelarían los peajes hasta el final del plazo de los contratos (Engel, Fischer y Galetovic, 2014).

Durante la década de 1990 el gobierno preparó otra ronda de concesiones, esta vez por los cuatro accesos de autopistas a Buenos Aires, y que durarían hasta 2018. Estos contratos estaban mejor diseñados que los contratos de las vías interurbanas. Las autopistas se adjudicaron a las empresas de giro único que solicitaban el mejor peaje y no se consideraban subsidios. Tal como en las concesiones interurbanas, los contratos se renegociaron frecuentemente (Engel, Fischer y Galetovic, 2014).

Las concesiones efectivamente mejoraron la calidad de las carreteras de acuerdo con mediciones objetivas, ya que el índice de rigurosidad cayó de un valor promedio de 3.52 en 1990, antes de las concesiones, a 3.03 en mediciones correspondientes a 1997 y 1998 (Nicolini, 2001; Cipoletta y Sánchez, 2008, citado en Engel, Fischer y Galetovic, 2014). Sin embargo, debido a las debilidades de los organismos reguladores y la consecuente mala calidad de los contratos de concesión, los usuarios no siempre percibieron aumentos de bienestar (Engel, Fischer y Galetovic, 2014).

En octubre de 2003 la Auditoría General de la Nación publicó un extenso informe que revisaba los resultados de 26 auditorías a las autopistas concesionadas en el periodo 1993-2003. Este informe provee evidencia de la debilidad de la fiscalización de las condiciones contractuales por los entes reguladores. El informe señala que en muchos casos no se verificó que las inversiones se hayan efectuado en su plazo y en otros simplemente éstas no se han realizado. En numerosos corredores los indicadores de calidad no se cumplían y en otros se observaba un deterioro prematuro de las obras. Asimismo, las sanciones no se pagaban y se eliminaban en renegociaciones posteriores (Engel, Fischer y Galetovic, 2014).

Argentina demuestra las dificultades que enfrenta un programa de APP en infraestructura en un ambiente demasiado variable en el que ni las regulaciones ni las condiciones económicas son estables, y en el que además es fácil renegociar contratos y la fiscalización es débil. En ese entorno los resultados de las APP son deficientes, como era de esperarse, y no se obtienen las ventajas de reducción de costos de ciclo de vida ni una buena calidad de mantenimiento, que son las virtudes de estos programas (Engel, Fischer y Galetovic, 2014).

El proceso de licitación de APP frecuentemente es poco competitivo y poco claro, y las cortes han agregado aún más confusión al proceso, emitiendo fallos contradictorios en áreas clave. El gobierno ha resuelto una serie de disputas ante el Centro Internacional de Arreglo de Diferencias Relativas a Inversiones (CIADI) y ha procurado resolver cuestiones legales pendientes con los tenedores de deuda, pero las persistentes restricciones al cambio de divisas, el flujo de capitales y las importaciones han actuado para disuadir la inversión privada en infraestructura. Si bien las APP deberían ser una atrayente alternativa de financiamiento para un gobierno con necesidades de fondos y significativas necesidades de mejoramientos de infraestructura, la actual administración sólo apoya los emprendimientos conducidos por el estado (Infrascopio, 2014).

Las concesiones de transporte enfrentan controles tarifarios que han conducido a niveles reducidos de servicio a pesar de la existencia de subsidios diseñados para contrarrestarlos. El gobierno argentino ha reducido los subsidios al gas natural y agua y está evaluando más reducciones a los subsidios a las tarifas eléctricas, pero esto no garantiza una mayor apertura a la participación del sector privado en proyectos de envergadura. Los problemas económicos de Argentina y una gran dependencia del financiamiento del sector público para la inversión de infraestructura indican que habrá de continuar un ambiente difícil para las APP (Infrascopio, 2014).

Como se puede observar, debido a la inestabilidad y falta de condiciones para llevar a cabo proyectos de APP, es poca la experiencia que se tiene en Argentina sobre estos esquemas, no se diga en el sector salud donde hay escasa o nula evidencia de proyectos por APP. En ese sentido, se hace una breve contextualización sobre la estructura y cobertura del sistema de salud Argentino.

El sistema de salud de Argentina se compone básicamente por tres sectores: el sector público, el sector de seguro social obligatorio (Obras Sociales) y el sector privado (Belló, 2011). a) El sector público se integra por las estructuras administrativas provinciales y nacionales de nivel ministerial, y la red de hospitales y centros de salud públicos que prestan atención gratuita a toda persona que lo requiera, en general personas sin seguridad social y sin capacidad de pago (14.6 millones beneficiarios aproximadamente en 2008). Los recursos para financiar a este sector tanto a nivel central como provincial provienen fundamentalmente de los recursos fiscales del presupuesto nacional. b) El sector de seguro social obligatorio se organiza en torno a las Obras Sociales (OS), que cubren a los trabajadores asalariados y sus familias según ramas de actividad. Además, cada provincia cuenta con una OS que cubre a los empleados públicos de su jurisdicción. Por su parte, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados/Programa de Asistencia Médica Integral (INSSJyP-PAMI) brinda cobertura a los jubilados del sistema nacional de previsión y sus familias. El financiamiento de las OS proviene del pago de 8 por ciento del salario de los trabajadores activos (3 por ciento lo aporta el trabajador y 5 por ciento el patrón). Cabe decir, que una parte de las contribuciones a las OS financia el Fondo Solidario de Redistribución, diseñado para aumentar la equidad en la distribución de los recursos entre entidades (Belló, 2011).

Por último, c) El sector privado, que incluye a los profesionales que prestan servicios independientes a pacientes particulares asociados a OS específicas o a sistemas privados de medicina prepagada, a los establecimientos asistenciales, contratados también por las OS, y a las entidades de seguro voluntario llamadas Empresas de Medicina. Asimismo, existe Prepaga (EMP), que incluye un subsector prestador de servicios agrupado en la confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados. Este sector abarca también a las cooperativas y mutuales de salud, que son entidades no lucrativas que ofrecen planes de salud pero no operan ni como OS ni como medicina prepagada. La atención en el sector privado se financia con las primas que los hogares o las empresas pagan a las EMP y con los pagos que hacen las personas que no cuentan con seguro de salud y reciben la atención de un privado (Belló, 2011).

2.2 Análisis comparativo

Reino Unido es considerado el pionero de las APP, su principal incentivo para impulsar dichos esquemas es la idea de eludir las restricciones a la inversión pública. La PFI es utilizada como mecanismo para esquivar los límites presupuestarios utilizando recursos fuera del balance. En Chile, el principal problema es lo negativo de las renegociaciones en los contratos, poniendo en duda la legitimidad de los programas de APP exitosos. Así como, las posibilidades de corrupción con la expansión del sistema de APP.

La experiencia Peruana en general es positiva, esto en parte por su amplia reglamentación, la cual define la participación del sector privado en proyectos públicos y los regula por medio de APP, estableciendo principios de adjudicación de riesgo de acuerdo con la capacidad de cada parte involucrada para mitigar dichos riesgos. Perú, cuenta con una legislación amplia que aplica para todo tipo de infraestructura y rige para los tres niveles de gobierno en todos los sectores, lo cual le permite tener un fuerte marco legal e institucional en el desarrollo de proyectos de APP. Para el caso de Colombia, resaltan los altos costos de la improvisación, se comienza con un programa de concesiones con poca preparación, sin una legislación apropiada y prácticamente licitando obras que aún se encuentran en la etapa de anteproyectos.

Brasil, si bien ya cuenta con proyectos maduros en APP sigue experimentando algunos problemas. Uno muy importante, y que merece ser foco de atención, es la gran concentración de proyectos que se tienen a nivel subnacional y los desafíos que estos gobiernos enfrentan por sí mismos y que no necesariamente se reflejan en el nivel federal. Finalmente, la discrecionalidad regulatoria en Argentina genera permanentes cambios en las reglas aplicables a las APP, así como la falta de una fiscalización adecuada.

Lo que concluyen Engel, Fischer y Galetovic (2014) es que, en cualquier caso, en la mayoría de los países se necesitan reglas bien diseñadas para el desarrollo de las APP y para obtener sus ventajas sobre otras formas de provisión de infraestructura.

Por su parte, el Banco Interamericano y el Fondo Multilateral de Inversiones se han dado a la tarea de evaluar el entorno de los países de América Latina y el Caribe para establecer APP de infraestructura en la región. El estudio se basa en una metodología desarrollada en

2009 y revisada en 2010.⁹ El Infrascopio mide la capacidad de un país para movilizar la inversión privada en infraestructura a través de APP. Esta herramienta evalúa la predisposición y capacidad de los países para lograr proyectos de APP sostenibles y de largo plazo por medio de la asignación de puntajes para cada indicador (Infrascopio, 2014).

El índice de Infrascopio comprende 19 indicadores de naturaleza tanto cualitativa como cuantitativa, y son los siguientes:

Cuadro 2.1 Categorías e indicadores del índice Infrascopio, 2014

Categoría	Indicadores
I. Marco legal y regulatorio	<ul style="list-style-type: none"> • Consistencia y calidad de las regulaciones de APP • Selección y toma de decisiones efectivas de APP • Equidad/apertura de las licitaciones, cambios en los contratos • Mecanismos de resolución de disputas
II. Marco institucional	<ul style="list-style-type: none"> • Calidad del diseño institucional • Contrato de APP, riesgo de retrasos y de expropiación
III. Madurez operacional	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad pública para planear y supervisar las APP • Métodos y criterios para la adjudicación de los proyectos • Antecedentes de asignación de riesgos de los reguladores • Experiencia en concesiones de transporte, agua y electricidad • Calidad de las concesiones de transporte y agua
IV. Clima de inversiones	<ul style="list-style-type: none"> • Distorsión política • Entorno de negocios • Voluntad política
V. Facilidades financieras	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo en los pagos gubernamentales • Mercados de capital: financiación privada de infraestructura • Deuda comerciable • Apoyo gubernamental y asequibilidad para usuarios de bajos ingresos
VI. Factor de ajuste subnacional	<ul style="list-style-type: none"> • Ajuste subnacional

Fuente. Elaboración propia con datos de Infrascopio, 2014.

⁹ El índice fue elaborado por *The Economist Intelligence Unit* (EIU) y cuenta con el apoyo financiero del Fondo Multilateral de Inversiones (FOMIN), miembro del Grupo Banco Interamericano de Desarrollo.

De acuerdo con datos del primer informe Infrascopio 2009, la disposición para las APP en la infraestructura de la región ha mejorado. En general, los puntajes de la mayoría de los países han aumentado y el puntaje de las seis categorías es superior desde ese año. Particularmente, las categorías de marco regulatorio e institucional han experimentado la mejora más significativa, ya que muchos países han actualizado su legislación de APP y de concesiones, y establecieron nuevas agencias de APP o unidades especializadas dentro de las instituciones existentes. El clima regional para la inversión privada en infraestructura también mejoró con el tiempo, sin embargo, las facilidades financieras en apoyo a las APP han mostrado una tasa de progreso más lenta.

A continuación, se muestra el puntaje de los países analizados en este capítulo, con base en el índice de Infrascopio 2014. Es importante precisar que sólo mencionaremos los países de América Latina. El puntaje general para evaluar cada categoría se definió como: (80-100) maduro, (60-79.9) desarrollado, (30-59.9) emergente y (0-29.9) como naciente.

Cuadro 2.2 Puntajes de países en América Latina por categorías

País	Puntaje por categoría							Definido en promedio
	Marco Regulatorio	Marco Institucional	Operacional	Madurez	Clima de Inversiones	Facilidades Financieras	Ajuste Subnacional	
Chile	75.0 Desarrollado	75.0 Desarrollado	71.9 Desarrollado	88.8 Maduro	91.7 Maduro	50.0 Emergente	75.4 Desarrollado	
Perú	75.0 Desarrollado	75.0 Desarrollado	59.4 Emergente	80.0 Maduro	72.2 Desarrollado	50.0 Emergente	68.6 Desarrollado	
Colombia	68.8 Desarrollado	50.0 Emergente	53.1 Emergente	78.0 Desarrollado	61.1 Desarrollado	50.0 Emergente	60.16 Desarrollado	
Argentina	9.4 Naciente	16.7 Naciente	21.9 Naciente	16.5 Naciente	16.7 Naciente	25.0 Naciente	17.7 Naciente	
Brasil	65.6 Desarrollado	75.0 Desarrollado	78.1 Desarrollado	76.0 Desarrollado	72.2 Desarrollado	100.00 Maduro	77.82 Desarrollado	
México	75.0 Desarrollado	58.3 Emergente	53.1 Emergente	77.0 Desarrollado	72.2 Desarrollado	75.00 Desarrollado	68.43 Desarrollado	

Fuente. Elaboración propia con datos de Infrascopio, 2014.

Lo que se puede inferir del cuadro anterior, es que los países con mayor experiencia y mejores prácticas en materia de APP en infraestructura, son aquellos que en su evaluación cuenten con un puntaje que los ubique dentro de la categoría de desarrollado o maduro. Como es el caso de Chile, Perú, Colombia, Brasil y México. Para el caso de Argentina, la experiencia en APP aún es incipiente, se cataloga como un país naciente en la materia, ya que se encuentra por debajo del puntaje en todas sus categorías.

El siguiente cuadro, sintetiza las principales características y experiencias que se obtienen del estudio en el establecimiento de APP de infraestructura en los países mencionados. Asimismo, se hace una breve comparación con la experiencia que se tiene en México, aunque en el siguiente capítulo se verá con más detalle el tema de las APP y sus implicaciones en México. Cabe decir también que se incluyó la experiencia de APP en el sector salud en cada uno de estos países.

Cuadro 2.3 Comparativo de la experiencia internacional en el establecimiento de APP

País	Marco legal	Marco Institucional	Experiencia	Experiencia en el sector salud	Objetivos para el establecimiento de APP
Reino Unido	Fuerte Apoyo (PFI ¹⁰) a las APP	Fuerte El sector público (SP) especifica los servicios que requiere de la contraparte privada. Ambas partes enfrentan riesgos. La asignación de riesgo fue elemento clave en la evaluación de proyectos de PFI del informe de la Tesorería de 2003. El SP garantiza la calidad y entrega efectiva de los servicios públicos, tiene el poder de reducir los pagos si el desempeño es malo, además de la flexibilidad para introducir cambios, así como el derecho de poner fin al contrato anticipadamente.	Es pionero en la implementación de proyectos de APP. Su antecedente fue el PFI y a pesar de algunas experiencias fallidas, su impulso y proliferación ha sido importante.	La experiencia de APP en el sector ha sido controvertida sobre todo por sus altos costos, y por los cortes y cierres en los servicios de salud.	Los PFI son excluidos de la deuda del sector público. Las APP no tienen objetivos sociales sino de cuenta pública.
Chile	Fuerte Cuenta con una Ley que regule las concesiones.	Fuerte Tienen un sistema centralizado. El Ministerio de Obras Públicas (MOP) es el	Cuenta con un sistema maduro y exitoso de concesiones. Aunque uno de sus principales problemas son las	La atención médica es regresiva, existe inequidad en el acceso a los servicios y se generan	Otorgar concesiones para la mayoría de las obras públicas. El gobierno usa el valor presente (PVR) para licitar

¹⁰ Iniciativa de Financiamiento Público (PFI) por sus siglas en inglés.

Cuadro 2.3 Comparativo de la experiencia internacional en el establecimiento de APP

País	Marco legal	Marco Institucional	Experiencia	Experiencia en el sector salud	Objetivos para el establecimiento de APP
	<p>La Ley establece un mecanismo de resolución de conflictos entre el Estado y el concesionario. Ley de 2010 para las renegotiaciones.</p>	<p>encargado de supervisar la construcción y operación del proyecto y tiene la autoridad para multar, suspender e incluso terminar la concesión si el tenedor de la franquicia no cumple con sus obligaciones. Existe una comisión de arbitraje (Ley 2010).</p>	<p>renegociaciones de los contratos.</p>	<p>mayores gastos en los servicios de la red pública.</p>	<p>las nuevas concesiones.</p>
Perú	<p>Fuerte Cuenta con una Ley amplia que aplica para todo tipo de infraestructura. Rige para los tres niveles de gobierno en todos los sectores.</p>	<p>Fuerte El Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) es el encargado de dar el visto bueno al diseño del contrato de APP propuesto por el Organismo Promotor de Inversión Privada (OPIP). Asimismo, el MEF es el encargado de aprobar las modificaciones a la versión definitiva del contrato APP que involucren cambios significativos.</p>	<p>Se reformó la industria de la electricidad con la adopción de la Ley 25844 y la creación de la Dirección General de Electricidad (DGE). La generación, transmisión y distribución fueron desagregadas, y la Ley creó los incentivos para atraer inversión privada. El proceso de licitación es transparente y tiene como objetivo promover la competencia.</p>	<p>La experiencia de proyectos APP en salud es poca. Sin embargo, los contratos que se han desarrollado (principalmente para el diseño de proyectos, la construcción de infraestructura y la prestación de servicios asistenciales y prestaciones de salud) son un ejemplo de buenas prácticas en materia de APP.</p>	<p>Promover la promoción de proyectos de APP en varios sectores de la economía y a través de distintos niveles de gobierno.</p>

Cuadro 2.3 Comparativo de la experiencia internacional en el establecimiento de APP

País	Marco legal	Marco Institucional	Experiencia	Experiencia en el sector salud	Objetivos para el establecimiento de APP
		Se crea un registro nacional de contratos de APP, a cargo del MEF.			
Colombia	Fuerte Cuenta con Ley de APP donde se definen derechos y obligaciones que recaen en la parte pública y privada, limita las renegociaciones pero no se establece un mecanismo de resolución de conflictos.	Débil Su sistema es descentralizado. No existe ninguna institución a nivel ministerial para supervisar o establecer políticas del sistema en su totalidad. Es a través del Departamento Nacional de Planeación que se supervisa la inversión en todos los sectores. El gobierno enfrenta fuertes presiones del gremio de la construcción. EL gobierno no ha definido reglas claras y ha omitido la regulación en el sector.	Tiene una práctica no exitosa debido a las constantes renegociaciones por falta de experiencia en los contratos de APP.	Con el desarrollo de las APP en el sector salud comienza el desmantelamiento del sistema público. La salud ha dejado de ser un derecho universal y equitativo. En términos generales no ha sido muy grata la experiencia de dejar en manos del sector privado los servicios de salud.	Establecer un sistema de concesiones.
Brasil¹¹	En Desarrollo Cuenta con un Programa de	Fuerte La evaluación de potenciales APP se concentra en el	Cuenta con proyectos maduros y exitosos en aeropuertos, movilidad urbana y viales, pero	En sector salud, se ha tenido la experiencia de proyectos exitosos sobre los objetivos esperados	Atender los desafíos que implica el establecimiento de APP, principalmente a nivel subnacional que es donde se

¹¹ Idem

Cuadro 2.3 Comparativo de la experiencia internacional en el establecimiento de APP

País	Marco legal	Marco Institucional	Experiencia	Experiencia en el sector salud	Objetivos para el establecimiento de APP
	Inversiones en Logística (PIL)	Ministerio de Planificación, Presupuesto y Gestión; mientras que diferentes agencias sectoriales se hacen cargo de la implementación.	también ha habido retrasos y licitaciones con menos postores de lo esperado. Asimismo, ha experimentado problemas de crecimiento con referencia a las concesiones eléctricas que finalizan.	pese a las dificultades que enfrenta el país respecto a la gestión de la administración central y la gestión subnacional o local.	concentra la mayor parte de los proyectos de APP. Desafíos vinculados a la capacidad administrativa, al marco legal y regulatorio, al diseño de los contratos, a cuestiones financieras, por mencionar algunos.
Argentina	Débil ¹² (naciente)	Débil Ambiente inestable en las regulaciones. Fácil renegociación de contratos. Débil fiscalización. Participación de firmas argentinas en los proyectos.	Tiene una experiencia no exitosa debido a la renegociación de los contratos por incumplimiento en los mismos, así como molestia en los usuarios del servicio.		Establecer concesiones competitivas.
México	Fuerte Cuenta con Ley de APP desde 2012. Anteriormente se contaba con distintas leyes para llevar a cabo el esquema de APP (LGBN, LAASSP,	Débil El marco de regulación es la LAPP. La Ley es aplicable a todos los sectores y deja un amplio margen para la renegociación de los contratos. La resolución de conflictos es a través de	Tienen una experiencia de fracaso con el rescate carretero (concesiones de la primera generación), esto debido a una mala implementación de proyectos de APP.	De acuerdo a los lineamientos de los organismos internacionales, el sistema de salud mexicano buscó la calidad y resultados de los servicios de salud, cuyo principal argumento fue introducir los mecanismos de APP para	Establecer un nuevo modelo de concesiones con pago por uso de peaje. Este modelo corrigió errores del modelo anterior. Los Proyectos de Prestación de Servicios (PPS) son utilizados para los casos donde no se cobra peaje (pago por uso) y se aplica a

¹² Datos tomados del puntaje por la categoría de marco regulatorio en el informe del Infrascopio, 2014.

Cuadro 2.3 Comparativo de la experiencia internacional en el establecimiento de APP

País	Marco legal	Marco Institucional	Experiencia	Experiencia en el sector salud	Objetivos para el establecimiento de APP
	LOPSRM, LE, entre otros ¹³ .	comités de expertos, carecen de transparencia y eficiencia, o crean procesos demasiado complejos y extensos. México como Colombia tiene un sistema descentralizado. Cada nivel de gobierno y ministerio sectorial es responsable de la planificación, implementación y supervisión de las APP. No existe ninguna institución a nivel ministerial para supervisar o establecer políticas del sistema en su totalidad.	Experiencia	cumplir con dichos objetivos. México, fue el primer país en implementar proyectos APP en el sector salud en AL con los Hospitales Regionales de Alta Especialidad (HRAE). En general, los Hospitales han sido una experiencia de buena práctica en su establecimiento pero sin dejar de lado algunas prácticas de corrupción que se han presentado en el proceso.	infraestructura en sectores como salud, educación, transporte público, en los que se usan pagos por disponibilidad combinados con pagos sombra. Aprovechamiento de activos para mantenimiento y operación de infraestructura ya consolidada. Al igual que Brasil, atender los desafíos que implica el establecimiento de APP, principalmente a nivel subnacional, que es donde se concentra la mayor parte de los proyectos de APP. Desafíos vinculados a la capacidad administrativa, al marco legal y regulatorio, al diseño de los contratos, a cuestiones financieras, por mencionar algunos.

Fuente. Elaboración propia con datos de Engel, Fischer y Galetovic, 2014 y de Infrascopio, 2014.

¹³ Ley General de Bienes Nacionales, Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, Caminos y Autotransporte Federal, Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas, Ley de Expropiación, entre otras.

Finalmente, se puede observar que en los países analizados, el impulso de las APP ha sido un proceso que se ha establecido fuertemente en sus distintas categorías. Si bien los países no se encuentran en una etapa de maduración, la mayoría de los países, a excepción de Argentina, sí se encuentra en una etapa de desarrollo, según los datos ofrecidos por el índice Infrascopio 2014 del BID. Sobre la experiencia en el desarrollo de APP en el sector salud, salvo Perú, han sido experiencias de fracaso o desagradables sobre todo cuando se trata de dejar en manos privadas un servicio público fundamental como es la salud. En ese sentido, se reafirma la hipótesis planteada de que no en todos los casos es pertinente utilizar los esquemas de APP para la prestación de servicios, por lo que es necesario evaluar la pertinencia de utilizar o no dichos esquemas en sectores estratégicos como salud, educación, agua, seguridad, los cuales no pueden verse como una mercancía sino como un derecho.

El objetivo de este apartado fue contextualizar brevemente la historia, alcance y efectos de las APP en algunos países donde se han implementado este tipo de mecanismos de mercado, con la finalidad de conocer los aspectos más sobresalientes de sus experiencias de éxito y fracaso, y compararlas entre sí. Asimismo, poder entender su establecimiento y funcionamiento en México, tema que se profundizará en el siguiente capítulo.