

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DEL PERÚ**

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**



La importancia de las ideas. Factores institucionales en la implementación de los hospitales Barton y Kaelin en el año 2010 en EsSalud.

Tesis para obtener el título profesional de Licenciado en Ciencia Política y Gobierno  
presentado por:

Cerna Montes, Jorge Renato

Asesor:

Dosek, Tomás

Lima, 2023

### Informe de Similitud

Yo, Tomas Dosek, docente de la Facultad de Ciencias Sociales de la Pontificia Universidad Católica del Perú, asesor de la tesis/trabajo de investigación titulado .....“La importancia de las ideas. Factores institucionales en la implementación de los hospitales Barton y Kaelin en el año 2010 en EsSalud”, del autor Jorge Renato Cerna Montes deo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 21%. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software *Turnitin* el 11/04/2023
- He revisado con detalle dicho reporte y la Tesis o Trabajo de Suficiencia Profesional, y no se advierte indicios de plagio.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las pautas académicas.

Lugar y fecha: Lima 11 de abril 2023

Apellidos y nombres del asesor: <u>Dosek Tomas</u>	
DNI: 01400127	Firma 
ORCID: 0000-0003-4297-8456	

## RESUMEN

Las Asociaciones Público Privadas son el fenómeno más reciente en cuanto a modalidades que combinan las capacidades de los sectores público y privado. Bajo ella, ambos se unen para lograr una diversidad de proyectos con el objetivo de extender la cobertura de los servicios básicos hacia la población. En el Perú, su mayor expresión se ha realizado en el sector de salud, donde EsSalud ha promovido la participación privada a través de la construcción de dos hospitales: Alberto Barton (Callao) y Guillermo Kaelin (Villa María del Triunfo). Por otro lado, dicho sector posee una caracterización especial pues en los últimos años ha sido escenario de desencuentros y conflictos debido a denuncias de privatización por sectores de trabajadores sanitarios. ¿Qué factores permiten explicar la adopción de dichas modalidades en el año 2010? A través de un estudio cualitativo, la investigación ofrece una respuesta multidimensional que resalta la importancia de las ideas sobre la adopción de modalidades público-privadas en ámbitos internacionales, institucionales e individuales. Las directrices de los organismos multilaterales de la salud influyen en la creación de espacios institucionales, los cuales encuentran justificación en una variedad de individuos que refuerzas dichas ideas, materializándose en la generación de APPs. Finalmente, la importancia del estudio es actual. Desde el año 2010 se vienen negociando cinco proyectos bajo la misma modalidad y otros dos se encuentran en preparación. Además, se le considera como una herramienta fundamental para aumentar el volumen de infraestructura social, como manifiesta el Plan Nacional de Competitividad y Productividad 2019-2030 como en el Plan Nacional de Infraestructura para la Competitividad. Por lo tanto, la investigación contribuye, en primer lugar, a descifrar las dinámicas de poder entre ambos sectores. Debido a la ausencia sustancial de estudios sobre dicho fenómeno en el Perú, apunta a ser un esfuerzo inicial con el objetivo de que posteriormente se investigue mucho más sobre el tema.

Palabras clave: asociación público privada, sector público, sector privado, salud, instituciones.

## ÍNDICE

Introducción .....	1
Capítulo 1: Revisión de Literatura y Metodología de Investigación .....	4
1.1 Elementos y Discusiones previas .....	4
1.2 Asociaciones Público Privadas: Conceptualización .....	10
1.2.1 Definición y ámbitos de aplicación.....	10
1.2.2 Características y modelos .....	10
1.2.3 Beneficios y críticas .....	11
1.3 Metodología de investigación .....	15
Capítulo 2: Sistema Nacional de Salud: Protagonistas y Limitaciones .....	17
2.1 Entidades y responsabilidades .....	17
2.2 Limitaciones .....	19
Capítulo 3: Marco Teórico .....	21
3.1 Factores teóricos de la investigación .....	21
3.1.1. Dimensión internacional .....	22
3.1.2. Dimensión institucional.....	24
3.1.3. Dimensión individual .....	28
Capítulo 4: La gestación de los hospitales Barton y Kaelin .....	33
4.1. Análisis de los factores de implementación de los hospitales .....	36
Capítulo 5: Conclusiones .....	44
Referencias.....	49
ANEXO A. Tablade Entrevistas.....	57
ANEXO B. Guía de Preguntas... ..	58
ANEXO C. Consentimiento Informado .....	59

## Introducción

El día 31 de marzo de 2010 se llevó a cabo la suscripción de los convenios para el desarrollo de dos hospitales: Alberto Barton (Callao) y Guillermo Kaelin (Villa María del Triunfo). Tras un proceso de licitación, los proyectos lograron ser adjudicados al Consorcio integrado por las empresas Ribera Salud S.A., Mensor Consultoría y Estrategia S.L. y BM3 Obras y Servicios Exploraciones Radiológicas Especiales Eresa. Tanto el diseño como la construcción, el equipamiento y la atención integral de ambas infraestructuras eran responsabilidades de este consorcio.

Los proyectos mencionados son los primeros ejemplos de Asociaciones Público Privadas (APP) llevadas a cabo en el sector salud en el Perú. EsSalud gestionó los procesos para su logro mediante una iniciativa privada. El resultado devino en la modalidad “bata blanca”, la cual abarca la totalidad de prestación de servicios de salud, incluyendo diagnóstico, tratamiento y la asistencia sanitaria directa a la ciudadanía. Por lo tanto, el actor privado tiene la responsabilidad de otorgar los servicios clínicos.

¿Qué factores explican la adopción de las modalidades de APP para los hospitales Barton y Kaelin en el 2010? Más aún, ¿cómo se explica la adopción particular de dicha modalidad en el convenio? ¿de qué manera EsSalud tuvo la incidencia en ella?

Esta tesis busca responder a estas interrogantes, centrándose en la dinámica de poder detrás de EsSalud y su relación con el consorcio ganador. En ese sentido, explora la importancia de factores como la influencia de los burócratas de las instituciones, su ambiente, los niveles de competencia en los que desenvuelven, las características del consorcio privado involucrado y el sector en el que se llevan a cabo las APP. Por lo tanto, el objetivo principal de la tesis tiene dos niveles: busca explicar la presencia del sector privado en servicios básicos y contribuir a la formulación de estudios sobre el tema todavía incipientes en el país.

La implementación de modalidades que combinan las ventajas relativas del sector público y privado se da en un sector caracterizado por la constante amenaza a la privatización (entrevista a Baffigo, 2021). La fragmentación gremial de los trabajadores del sector y la segmentación del propio sistema de salud lo dotan de una naturaleza particular, muy diferente con respecto a otros sectores. Existe una agudización de esas tensiones, adoptando la forma de huelgas indefinidas y plantones

durante el segundo gobierno del presidente Alan García (2006-2011) en EsSalud.

Este gobierno se caracterizó por una orientación definida en cuanto a aceptar y promover la participación del sector privado en la economía. El sector de la salud es muy sensible para la población debido a la importancia de la salud pública otorgada por el Estado. De esta forma, la participación privada en la prestación de servicios sanitarios entra en conflicto con el conjunto de mecanismos bajo los cuales opera lo de tipo público. Teniendo esto en consideración, ¿qué factores explican que diversas formas de asociación entre el sector público y privado logran su implementación?

La tesis argumenta que la posibilidad de adopción de las distintas modalidades de APP en el sector salud responde a una combinación de liderazgo de un grupo de profesionales y su visión cercana a las bondades presentes en el sector privado. Dicha relación se concretiza con el surgimiento de la Nueva Gobernanza Pública. En los últimos años, las interacciones entre el sector público y privado la han encontrado como su principal paradigma. En ella, las partes son asumidas como “socios” y, de esa manera, comparten recursos, riesgos, costos, responsabilidades y los beneficios del desarrollo de determinados proyectos. Debido a la brecha existente entre las capacidades de ambos sectores, busca que el sector público acorte las distancias respectivas para responder a las demandas de la población, las cuales se han vuelto más difíciles de cubrir con el paso del tiempo.

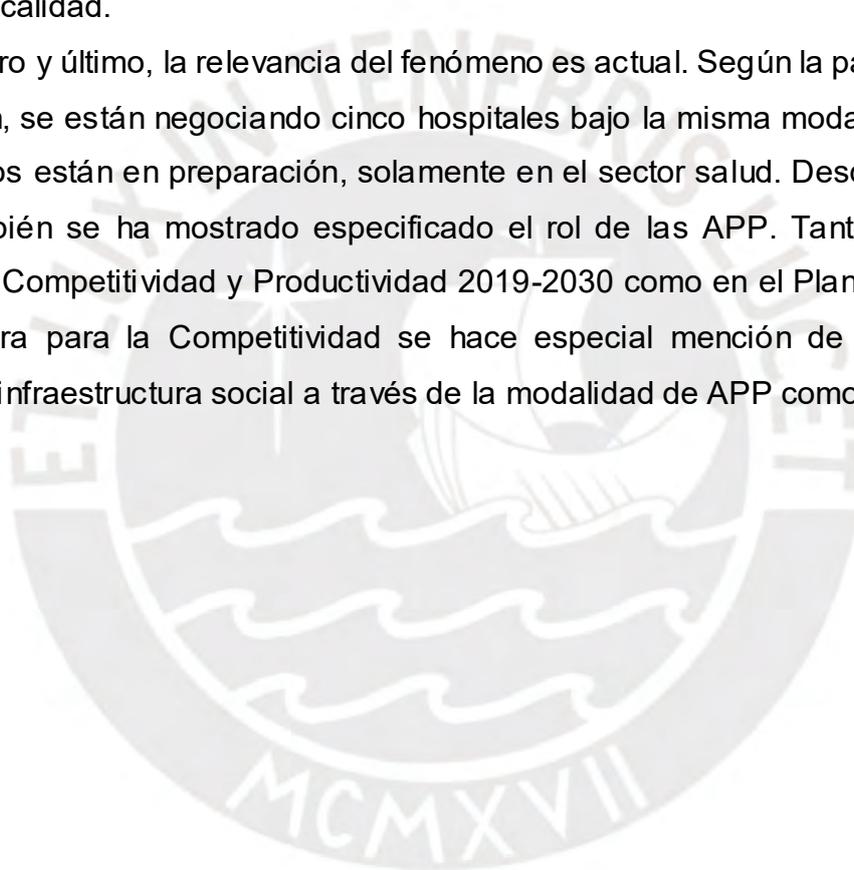
La investigación pretende contribuir en algunas ausencias latentes en la bibliografía sobre la implementación de esquemas público privados en la provisión de servicios básicos. En primer lugar, el análisis mediante los actores involucrados en la implementación de las modalidades de APP en EsSalud permite descifrar las dinámicas de poder entre ambos sectores. En segundo lugar, debido a la ausencia sustancial de estudios sobre dicho fenómeno en el Perú, apunta a ser un esfuerzo inicial con el objetivo de que posteriormente se investigue mucho más sobre el tema. Una tarea de tal magnitud sería favorable si se pretende conocer el fenómeno en otros sectores, como es el de transporte e infraestructura, sectores que están experimentando un aumento de experiencias de APP.

La justificación de la investigación radica en preocupaciones de índole teórica como práctica. Primero, el estudio de las APP permite conocer la relación que existe entre el sector público y privado. Específicamente en los servicios básicos, esto ha significado el surgimiento de diversas figuras de asociación donde los actores adoptan responsabilidades en una multiplicidad de formas. Sumado a los tipos de iniciativa que

existen, esto otorga, una compleja red de asociaciones en donde se contraponen diferentes visiones, así como las capacidades que ambos sectores cuentan para llevar a cabo sus metas.

Segundo, dentro de ese conjunto de roles que ambos sectores asumen, el Perú resalta por su particularidad a nivel regional. Según Llumpo et al. (2015), Perú es el primer país de América Latina en establecer contratos de APP en el que el socio privado es responsable de prestar servicios clínicos de forma directa. Conocer a profundidad los casos en los que dicho fenómeno se lleva a cabo es de suma importancia. Más aún si es que se pretende responder a una demanda cada vez mayor en cuanto a calidad.

Tercero y último, la relevancia del fenómeno es actual. Según la página web de ProInversión, se están negociando cinco hospitales bajo la misma modalidad y otros dos proyectos están en preparación, solamente en el sector salud. Desde la agenda política también se ha mostrado especificado el rol de las APP. Tanto en el Plan Nacional de Competitividad y Productividad 2019-2030 como en el Plan Nacional de Infraestructura para la Competitividad se hace especial mención de aumentar el volumen de infraestructura social a través de la modalidad de APP como herramienta fundamental.



## Capítulo 1: Revisión de la Literatura y Metodología de la Investigación

La primera parte de la investigación tienen como propósito encuadrar el estudio de las Asociaciones Público Privadas dentro del amplio conjunto de temas y discusiones que lo dotan de particularidad, describir sus elementos principales, identificar los elementos teóricos que se usan para responder a la pregunta de investigación y la metodología que se usa para llevarla a cabo.

Las transformaciones socioeconómicas de las décadas de 1980 y 1990 del siglo XX tuvieron impactos profundos. La importancia de la consolidación del mercado interno y el empleo formal se llevó a cabo de forma conjunta de los derechos fundamentales. El tránsito hacia una economía de austeridad fiscal y un rol estatal vigilante, impulsó un cambio en los esquemas de protección social, las políticas sociales y los criterios bajo los cuales ellas funcionaban.

En segundo lugar, se adscriben los elementos constitutivos del fenómeno de las Asociaciones Público Privadas, los enfoques en los que ha encontrado sustento y un balance de sus bondades y críticas. Al respecto, los últimos rebalsan a los primeros. En el contexto latinoamericano aquellos desencuentros se vuelven más críticos debido a particularidades de índole institucional y social.

Finalmente, la consideración de las Asociaciones Público Privadas como una herramienta de innovación en los esquemas de administración pública que promueve la Nueva Gestión Pública se evidencia en dos niveles: institucional y participación de actores privados. Se identifican actores, herramientas que posee para lograr sus objetivos y la incidencia de las firmas transnacionales en la formulación de los contratos de los hospitales Barton y Kaelin. Por ello, se utilizará principalmente el rastreo de procesos para situar a los actores involucrados en su implementación.

### 1.1. Elementos y discusiones previas

La literatura sobre las APPs presenta características previas importancias de resaltar debido al impacto que pueden tener sus postulados. En primer lugar, debido a que se trata de un fenómeno complejo, las investigaciones que han surgido para su estudio contienen un amplio espectro de procedencia, dotándolo de un carácter multidisciplinario. Fundamentalmente, el campo donde ha tenido mayor desarrollo ha sido el de la economía (Cunill Grau, 2016) debido a sus consideraciones económico-financieras con respecto a las políticas sociales. Otros campos han sido los de la salud pública, administración y gestión pública, así como la contabilidad.

Su multidimensionalidad radica en el centro de su consideración como fenómeno. Por ello, la participación de diversidad instituciones multilaterales, tanto de índole pública como privada, es otro aspecto relevante. La mayoría de argumentos a favor de modalidades de APP provienen de organismos internacionales. Existen estudios más críticos pero estos, por lo general, se remiten a casos más concretos, como el caso de Brasil (Menicucci, 2011). Finalmente, en algunos países han proliferado campañas desde la sociedad civil que llaman la atención con respecto a las consecuencias que trae ciertos tipos de arreglos público-privados, ya sea para la gestión de los hospitales o para un grupo específico de la población. Australia y Reino Unido son países ejemplos de ello.

En segundo lugar, la producción académica con respecto al fenómeno de las APP contiene un importante elemento geopolítico. La literatura anglosajona es la que prolifera no solamente de manera general, sino que también es utilizada en el contexto latinoamericano. Esto tiene importantes implicancias a la hora de evaluar críticamente las implicancias que trae adoptar ciertos modelos sin considerar las particularidades que presentan los países de nuestra región. Como se podrá evidenciar más adelante, diversos autores han llamado la atención sobre este componente pues una extrapolación acrítica no considera factores previos que condicionan el desempeño de cualquier arreglo público-privado.

Debido a que las APPs pretenden responder a una demanda en el campo de los servicios básicos, existen diferentes tópicos bajo los cuales la participación de diferentes formas de asociaciones entre el sector público y privado pueden alcanzar un mayor desempeño.

Uno de ellos es lo que concierne a criterios orientadores de políticas sociales. Destaca lo que se ha denominado como el enfoque de derechos. De acuerdo a este rótulo, las políticas públicas deberían seguir un esquema claro y definido en cuanto a lo que se pretende aplicar en la diversidad de políticas de desarrollo, sin importar la expresión que asuman. Sus contenidos y orientaciones deben definirse desde el principio, incidiendo en la elaboración e implementación de las mismas. La institución que ha incidido en este aspecto es la CEPAL (2004, 2007) en los ejemplares denominados "Panorama Social", en el que destacan los números dedicados a las políticas de juventud y los pueblos indígenas.

En la Conferencia Regional sobre Desarrollo Social de América Latina y el Caribe, organizada por la misma entidad junto con el Ministerio de Desarrollo e

Inclusión Social (MIDIS) y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) llevada a cabo en Lima en el año 2015, se declaró que cualquier modelo de protección social que pretenda tener como enfoque el de derechos, requiere pronunciarse sobre cuatro elementos esenciales: la determinación de los niveles y las fuentes de financiamiento contributivos y no contributivos; la magnitud de la solidaridad en el financiamiento; el desarrollo de la institucionalidad social para una gestión eficiente de la política de oferta de prestaciones; y la identificación de derechos explícitos que se puedan garantizar y exigir en términos de acceso a prestaciones sociales (CEPAL, 2015, p. 125).

De esta forma, únicamente si es que la base de cualquier sistema de protección social es el enfoque en cuestión, estamos en presencia ante algo mayor a una simple estructura institucional. Es un acuerdo en donde la sociedad establece los criterios bajo los cuales se construye y regula la convivencia con el aparato estatal en la provisión de servicios básicos.

En segundo lugar se encuentra la búsqueda universalidad. Su surgimiento debe entender en forma conjunta con otro concepto, a saber, el de focalización. En la década de 1980, se resaltan los aspectos negativos de los programas universales pues, en contraposición con versiones focalizadas, resultaban regresivos. Un camino sería concentrar la inversión pública social hacia los grupos más vulnerables. De esta forma, los gobiernos podrían reducir ciertas problemáticas de manera más efectiva y con costos muy bajos.

La política social pasaba a ser canalizada y no general. El principio de universalidad, por otra parte, consiste en otorgar beneficios o protecciones en forma de derechos, teniendo como criterio ulterior los medios necesarios para satisfacer el amplio abanico de demandas en los servicios básicos. En el contexto latinoamericano, una de las principales publicaciones en torno a la universalidad es el informe elaborado por la Organización Panamericana de Salud en donde se declara que todavía existe “la falta de universalidad y equidad en el acceso a servicios de calidad y de una cobertura apropiada, lo que tiene un considerable costo social efectos empobrecedores en los grupos de la población que se encuentran en mayor situación de vulnerabilidad” (OPS, 2017, p. 1).

Los fundamentos que sostienen determinadas perspectivas orientadores de políticas sociales han experimentado transformaciones, ya sea concentran la atención en el ejercicio efectivo de una categoría determinada de derechos o el mecanismo de

lograr de forma más óptima dichos objetivos. Resulta importante situar la discusión del fenómeno de las Asociaciones Público Privadas en aquellos tópicos pues encuentra un mayor significado. Aún más con la presencia de posiciones favorables o críticas hacia ellas.

Los servicios sociales también han experimentado profundas transformaciones. El punto de la partida es la crisis económica de las últimas dos décadas del siglo XX, que dio paso a una transformación económica y social, radicalmente diferentes a la visión previa en donde la promoción de un mercado interno sólido y servicios sociales garantizados perdieron popularidad. Barba (2007) argumenta que en América Latina se ha dado un abandono paulatino del paradigma del seguro social, el cual tenía como eje al empleo formal y los derechos sociales, esto ha significado que muchos de los gobiernos de la región hayan interrumpido acciones consistentes y suficientes para asegurar la universalización de derechos sociales (Barba, 2007).

En ese contexto, Figueira (2014) establece las tendencias y transformaciones de los sistemas de protección social en la región. Desde su óptica, la historia de las políticas sociales en la región no puede entenderse sin considerar los modelos de desarrollo y los paradigmas económicos que han predominado con el paso de los años. Así, el modelo exportador primaria, el modelo sustitutivo de importaciones y el modelo exportador y de austeridad fiscal pueden identificarse de forma muy general en diversos países.

La particularidad de los países en América Latina y la no linealidad de los esquemas presentados nos remite a otra discusión. El concepto de protección social implica reflexionar sobre aspectos que deben ser considerados dentro de ese concepto. La administración de lo que generalmente se denomina “bienestar” aterriza un poco más la discusión. No obstante, encamina la discusión hacia los estados de bienestar, regímenes políticos que han experimentado varias transformaciones desde su gestación.

Realizar una discusión en cuanto al concepto, mecanismos de funcionamiento, actores implicados y resultados del estado de bienestar sobrepasa los propósitos de la investigación. Sin embargo, debido a que nuestro objetivo radica en conocer lo que implica hablar sobre protección social en el contexto latinoamericano, aparece necesaria la mención del estado de bienestar en los países de esta parte del continente. Robles (2013) manifiesta que “América Latina nunca logró gestar estados de bienestar plenamente desarrollados e inclusivos”. Las causas y particularidades

mismas de la región pueden ir desde prácticas clientelistas, fragilidad institucional hasta bajos niveles de industrialización. En este sentido, la autora sostiene que:

“tales dinámicas determinan el surgimiento de ‘estados potenciales de bienestar’ o ‘regímenes informales de seguridad’, que en su mayor nivel de desarrollo han logrado expandir sustancialmente la cobertura de los principales seguros de salud o de pensiones, aunque nunca universaliza completamente su distribución en igual magnitud” (Robles, 2013, p. 36)

Otro cambio que ha experimentado la política social tiene que ver con la separación de sus funciones. Tradicionalmente, dichas actividades han sido concebidas como una actividad estrictamente estatal. Financiamiento, diseño, operación, supervisión e, incluso, evaluación estaban unificadas en el Estado. Sin embargo, como argumenta Franco (2004), desde la década de 1980 este modelo empezó a mostrar señales de agotamiento. Es así que comienza a ganar fuerza la tesis de que el Estado ya no debe hacer (todas) las actividades que llevaba a cabo anteriormente, mucho menos de la misma manera. Por lo tanto, existen otros subsectores en los cuales se podría apoyar: filantrópicos o voluntarios, comerciales, informales y comunitarios.

La desconcentración de funciones estatales en servicios sociales ha acogido diferentes posiciones. Algunos autores incluso sugieren que “la tendencia global apunta al retiro gradual del Estado” en cuanto a bienes y servicios sociales (García & Camacho, 2004, p. 10). El rol del Estado como supervisor y regulador, influenciado por las políticas neoliberales de contracción fiscal, ha sido ampliamente discutido.

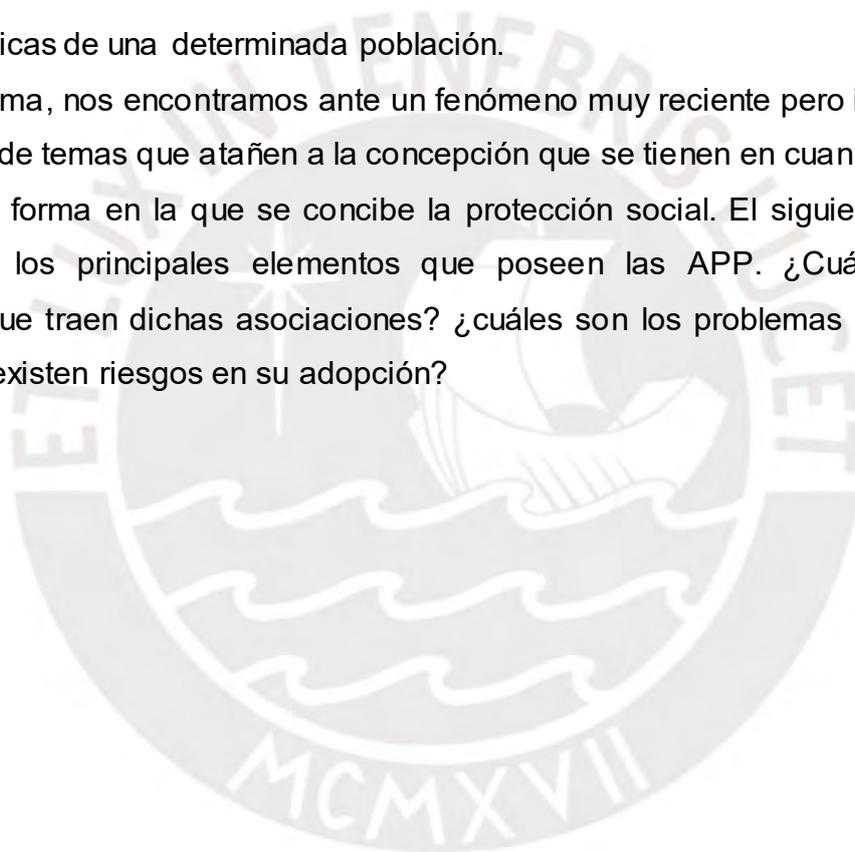
Es en este amplio espectro de cambios en los que se enmarcan los arreglos público privados en la protección social. De acuerdo con Kersnetzky (2012), los orígenes de aquellas formas de asociación se remiten a la experiencia de los países del Sudeste Asiático entre los años 1960 y 1970. Los comúnmente llamados “tigres asiáticos” condensaron una serie de atributos deseables en cuanto al desenvolvimiento del capital privado. Eran la prueba de que la alternativa de poseer estados limitados en propiedad y control de empresas y facilidad para permitir el florecimiento del capital privado era posible. Así lo hizo saber el Banco Mundial (BM), en su promoción del “Estado desarrollista”.

Elvidge (2012) ofrece una visión más desagregada en cuanto al surgimiento de combinaciones de modelos de provisión privada. Su análisis se centra en los sectores de salud, educación y cuidado. El autor identificó dos argumentos principales por los

cuales es necesario realizar un cambio: los sistemas actuales son insostenibles - inasequibles e ineficientes- y existe una demanda ciudadana por una relación diferente con los servicios públicos. Con el paso del tiempo, los servicios públicos se han vuelto cada vez más caros, lo que ha impulsado la demanda por nuevas combinaciones, sean privadas, públicas o una combinación de ambas.

Teniendo en cuenta todo lo mencionado, el fenómeno de las APP permite una mayor contextualización y un entendimiento más óptimo de sus elementos en el sector de la salud. Por ejemplo, Montagu & Harding (2012) llaman la atención con respecto a los productos que trae consigo un contrato de ese tipo. Según los autores, estos se alteran de forma considerable en relación con las características demográficas y epidemiológicas de una determinada población.

En suma, nos encontramos ante un fenómeno muy reciente pero imbricado en un conjunto de temas que atañen a la concepción que se tienen en cuanto a servicios básicos y la forma en la que se concibe la protección social. El siguiente apartado desarrollará los principales elementos que poseen las APP. ¿Cuáles son los beneficios que traen dichas asociaciones? ¿cuáles son los problemas a los que se enfrenta? ¿existen riesgos en su adopción?



## 1.2. Asociaciones Público Privadas: Conceptualización

### 1.2.1. Definición y ámbitos de aplicación

En términos conceptuales, el Fondo Multilateral de Inversiones considera que se trata de un esquema de colaboración a largo plazo entre una autoridad pública y el sector privado para la provisión de un servicio público (Bloomgarden & Maruyama, 2008).

La versión más amplia de lo que respecta a una APP la provee el Banco Interamericano de Desarrollo, definiéndose como “acuerdos o alianzas que no sólo permiten la participación activa de los sectores público y privado, sino que también establecen un nexo irrenunciable entre la disposición de infraestructura y los servicios para el mejoramiento de los niveles de vida en el largo plazo” (BID, 2011, p. 25).

Los ámbitos de aplicación de una APP son extensos. Inicialmente se impulsó su existencia en el de la infraestructura. Con el pasar de los años, su popularización la ha llevado a otros sectores como el transporte, provisión de servicios de agua potable y saneamiento, esquemas de irrigación y servicios de educación y salud. Muy recientemente, como manifiesta el documento mencionado, han comenzado a gestionarse proyectos en áreas como registros, manejo de información o recolección de facturas.

### 1.2.2. Características y Modelos

Como hemos podido observar, se trata de un fenómeno muy amplio, y debido a su expansión en múltiples ámbitos, ha tomado diversas configuraciones. Siguiendo el propósito de la investigación, nos remitimos a desarrollar aquellos elementos en el sector de la salud.

De acuerdo con la Nota Técnica N°1 realizada por el BID (2014), las principales características de las APPs en el sector de salud son las siguientes:

- Los contratos son de largo plazo (más de 10 años).
- El privado financia la inversión de la infraestructura y tras su puesta en funcionamiento recibe una retribución de la Administración.
- Los pagos están sujetos al cumplimiento de los estándares de servicio definidos en el contrato.
- El bien, la planificación, el control y financiación de las APP poseen carácter público.

- El criterio ulterior para la aplicación de APP debe ser el de “valor por dinero” frente a otras alternativas. Esto resulta imprescindible para determinar la idoneidad si la APP resulta la opción más ventajosa frente a otras (BID, 2014, p. 11).

En el sector salud, podemos mencionar principalmente a los modelos denominados “bata blanca” y “bata gris-bata verde”. Existen otras variantes, pero la principal diferencia entre todos ellos radica en los servicios que incluye en el contrato. Al igual que las características, encontramos sus respectivos desarrollos en la Nota N°1.

Por un lado, las APP de modalidad “bata blanca” abarca la totalidad de prestación de servicios de salud, incluyendo el diagnóstico, tratamiento y la asistencia sanitaria directa la ciudadanía (servicios clínicos). La cartera de servicios queda determinada por la autoridad de salud a la que pertenece la concesión, al igual que los criterios de ordenación de recursos. Sin embargo, no suelen incluirse elementos como la prescripción farmacéutica ambulatoria, trasplantes y transportes sanitarios.

Por otro lado, las prestaciones que suelen incluirse en la modalidad de “bata gris-bata verde” abarcan un extenso conjunto de actividades de tipo no clínico. Para la modalidad gris se refiere a limpieza, vigilancia, seguridad y jardinería; mientras que para la modalidad verde se refiere a alimentación, nutrición, lavandería, ropería, archivo de documentación clínica y soporte de papel.

### 1.2.3. Beneficios y críticas

El cuerpo principal de la literatura con respecto a Asociaciones Público Privadas contienen elementos definidos. Con respecto a su promoción, los organismos multilaterales internacionales hacen énfasis en sus beneficios y un aumento creciente de los diversos casos en países desarrollados y en vías de desarrollo.

El Banco Mundial ha sido uno de los principales impulsores de modalidades de APP. En una primera publicación, llamada “Public-Private Partnerships in Health” (BM, 2016), se manifiesta que cada vez más gobiernos buscan adoptar modalidades de APP con el objetivo de expandir el acceso a servicios de salud de alta calidad, además de valerse de mayores capacidades relativas del sector privado, tales como su capacidad administrativa y conocimiento procedimental. Asimismo, se resalta la labor que está teniendo dicho organismo asesorando la diversidad de proyectos que, para la fecha, eran alrededor de setenta y ocho.

En otro ejemplo se encuentra el informe realizado por el panel de expertos con respecto a maneras efectivas de inversión en salud titulado “Health and Economic Analysis for an Evaluation of the Public-Private Partnerships in Health Care Delivery across Europe” (Unión Europea, 2014). Una de las conclusiones más provocativas del informe es la que argumenta que la propiedad no es un determinante significativo en cuanto a la eficiencia en la provisión de servicios.

Un argumento defendido por el sector que promueve la generación de APPs es que la recaudación pública no ha tenido el mismo desempeño que el crecimiento en el gasto público. Es por ello que se han incrementado formas alternativas de financiamiento privado, como el gasto ciudadano y seguros médicos privados. Australia, Reino Unido, Suecia y Brasil recurren cada vez más a las asociaciones con el sector privado en las distintas modalidades que se han mencionado líneas arriba. En ese sentido, Taylor & Blair (2002) realizan una descripción pormenorizada de dichos países y los numerosos ejemplos de hospitales en la modalidad de APP.

Ya sea a través de un recuento detallado de los casos, identificación de bondades en cuanto a eficiencia o la reducción de las diversas brechas entre los sectores público y privado, las pocas fuentes que se pueden encontrar pueden tornarse repetitivas. En el otro lado del espectro, la literatura supera con creces a lo que se ha escrito con respecto a las bondades que poseen las Asociaciones Público Privadas. Estamos frente a una literatura que ha abordado los diversos problemas que generan y/o enfrentan las APP.

Existen tres aspectos negativos. Primero, existe un riesgo que los estados son proclives a asumir en cuanto al costo-efectividad y su transferencia en el sector de la salud, esto debido a su mecanismo de financiamiento. Acerete et al. (2011) analizan el caso español en un hospital APP en Valencia. Según los autores, el contrato aparece como una modalidad más barata para los residentes sirviendo de ejemplo como un “producto político exitoso” (Acerete et al., 2011, p. 1). El proyecto original nunca debió haber sido viable pues, en realidad, la renegociación resultó ser costosa para el gobierno español.

Chung (2009) realiza una evaluación sobre la primera experiencia APP en Australia, teniendo como énfasis el clima político en el momento de su implementación. Según la autora, el proyecto político no cumplió con lograr los resultados esperados, pues el criterio subyacente fue el de la reducción de la deuda pública, además de una promoción exagerada de las cualidades del sector privado.

En la misma línea, el encarecimiento de los proyectos puede provenir de al menos tres fuentes (Eurodadd, 2019, p. 8): los gobiernos nacionales tienen la posibilidad de demandar préstamos con tasas de interés más bajas que las empresas privadas debido a que el riesgo de no pagar es menor (HM Treasury, 2015); debido a que las empresas esperan obtener beneficios de su inversión, se añaden costos al balance final de los proyectos; y, por último, en la negociación de los contratos, se presentan altos costos de transacción.

Segundo, no existen consenso en cuanto a los resultados de las APP con respecto a tópicos importantes como la eficiencia y sostenibilidad para lograr la Cobertura Social Universal (CSU). Esto es debido a que los proyectos no cuentan con un marco claro para se pueda mejorar los resultados a largo plazo (Independent Evaluation Group, 2018).

Tercero, existen amplios cuestionamientos de mecanismos presentes en los contratos de Asociaciones Público Privadas en temas de transparencia y el acceso a la información. Los contratos suelen presentar cláusulas de confidencialidad comercial para las cuales no existen mecanismos de escrutinio sobre los elementos que forman parte en un determinado proyecto de APP. Eurodadd ha dejado en evidencia de manera muy precisa este aspecto en otras dos publicaciones sobre el fenómeno (2013, 2018).

Otro problema que se encuentra en la literatura es la falta de flexibilidad en las modalidades de APP en el sector salud, lo que las convierte en un negocio muy arriesgado. En lo que respecta a la demanda de servicios sanitarios, la población suele experimentar cambios demográficos, geográficos, en las pautas de las diversas enfermedades y en las oportunidades que ofrecen nuevas tecnologías (McKee et al., 2006).

La Campaña “Jubilee Debt” nos muestra un escandaloso caso en el Reino Unido y que también suma otro problema a la larga lista que venimos desarrollando. Ante un eventual fracaso de la empresa privada, es el Estado el que se ve en la presión de asumir las implicancias financieras de dicho problema. Como ocurrió en un hospital de dicho país, el costo de evitar perturbaciones políticas y sociales fue mucho mayor que los gastos en los que se tuvo que incurrir para que dicho hospital siga funcionando.

Una conclusión importante del estudio de Cunill Grau (2016) es la apelación por más estudios de carácter empírico entre los diversos casos de APP y su relación

con el estado en todos los países posibles. Sin embargo, en la literatura existente fuera de la región latinoamericana existen cuatro puntos clave de carácter empírico. Primero, contrariamente, la consagración subyacente de las bondades del sector privado aparecen de forma muy débil, tal como lo demostró un Grupo de Expertos sobre las APP en salud (Unión Europea, 2014). De forma análoga, Torchia et al. (2015) realizan una revisión de 74 artículos académicos sobre las APP y, dentro de muchos otros resultados, remarcan la necesidad de contar con un rol regulador por parte del estado, mucho más en sector como el de la salud. La rendición de cuentas y el interés público son criterios más que suficientes para dicha conclusión.

Segundo, en materia de reducción de desigualdades y una verdadera oferta de calidad para la ciudadanía, los casos de APP se muestran muy limitados. En el caso especial de las relaciones de género, Comendeiro-Maaloe (2019) realiza una evaluación del modelo Alzira en el Sistema de Salud en España en términos de su calidad y eficiencia técnica con respecto a otros casos donde la provisión era de carácter público. Sus resultados muestran que el desempeño de dicho modelo fue estadísticamente peor en 15 de los 26 criterios que posee la investigación.

Tercero, algunas investigaciones demuestran una selección de determinados proyectos basados únicamente en criterios comerciales. En último término, esto puede tener profundos impactos en la desatención de la atención primaria. Al respecto, Cucunubá et al. (2017) resaltan la ausencia de una clara demarcación de responsabilidades entre los actores público y privado en el tratamiento de la enfermedad de Chagas en Colombia. En otro caso, Macinko et al. (2016) analizan la magnitud en la que las poblaciones de varios países poseen atención primaria de alta calidad, analizándola en su relación con las percepciones del sistema sanitario y su desempeño. Los resultados que encuentran son consistentes con la visión de que las percepciones están ampliamente influenciadas por una atención apropiada y de alta calidad.

Una investigación del King's College de Londres manifestó que “los profesionales de la salud en hospitales de propiedad privada se enfrentan, por ejemplo, a incentivos evidentes e implícitos para aumentar los ingresos, que se mantiene en muchos casos en la solicitud de pruebas excesivas, sobre-diagnóstico y tratamientos innecesarios” (Hunter & Murray, 2019, p. 2). Dicha información requeriría un análisis más aterrizado. No obstante, muestra las lógicas a las que diversas formas de financiamiento entran en conflicto. La búsqueda de ganancias del sector privado

encuentra una barrera complicada al trabajar con el sector público.

Cuarto y último, los cuestionamientos hacia ejemplos de APP han alcanzado el campo del trabajo. Países como España, Suecia y Australia poseen investigaciones en donde se manifiesta que no existe protección y promoción del trabajo digno de las personas involucradas en estos proyectos (Wasuleszowski, 2019; McKell Institute, 2014; Acerete et al., 2011).

La lista podría continuar, pues la literatura que muestra una gama amplia de problemáticas vinculadas a ejemplos de Asociaciones Público Privadas es extensa. Reino Unido es el país que ha avanzado mucho en cuanto a generar información de los resultados del fenómeno (Hall, 2015; Holden, 2009; Lethbridge, 2016; Shaoul, 2011).

### 1.3. Metodología de Investigación

Para poder determinar el tipo de investigación -y, de esa manera, poder establecer la mejor forma de llevarla a cabo- sería pertinente comenzar la presente sección con determinar bajo qué categoría los casos pueden calzar. Para EsSalud, los hospitales del Callao y Villa María del Triunfo son las únicas experiencias de Asociación Público Privada que se encuentra en funcionamiento hasta el momento. De la misma manera, para el MINSa la gestión del Instituto Nacional del Niño es el único ejemplo de dicho fenómeno.

Por lo tanto, los casos de la investigación son de tipo representativos-diversos, de acuerdo con la clasificación seguida por Gerring & Cojocarú (2015). Según los autores, un caso representativo “pretende representar a una población más amplia de casos en algún aspecto relevante, el cual puede ser descriptivo o causal” (p. 5). Como poseen dicha cualidad respecto a la variable independiente, son a la vez diversos.

En otro plano, la investigación pretende responder a los mecanismos que explican la adopción de determinadas modalidades de Asociación Público Privada a la luz de una teoría específica. Considerando la caracterización del sector salud y el tipo de gobierno en el que se llevaron a cabo sus respectivas implementaciones, la investigación sigue un diseño de casos “menos probable” (*‘least-likely’*) en el testeado de hipótesis, de acuerdo a la categorización de Levy (2008). Un estudio de esa naturaleza pretende confirmar o informar acerca de las categorías presentadas en una investigación (p. 4).

Debido a que nos encontramos ante una investigación que busca estudiar un número reducido de casos y, a la vez, pretende comprender un conjunto de eventos

particulares, la investigación es de tipo cualitativa. Según Aragón & Guibert (2014), “son particularmente útiles cuando lo que se quiere conocer, explicar e interpretar son casos o fenómenos que se consideran particularmente relevantes; y para hacer progresar la teoría que se encuentra sobre esos casos o fenómenos” (p. 38).

Los casos de APP son resultados de largos procesos con una secuencia de etapas, entre las que destacan la suscripción del convenio, el inicio de la obra y la fecha de inicio de funcionamiento. Por ello, la principal herramienta cualitativa de la cual haremos uso es la del rastreo de procesos (*‘process-tracing’*) pues la investigación pretende hacer uso una reconstrucción de dichos procesos. Por la presencia de momentos o situaciones específicas, es particularmente útil por su capacidad de otorgar inferencias causales.

Adicionalmente, resulta particularmente útil debido a su profundidad para poder observar los mecanismos causales que operan en los casos de estudios (Mahoney, 2010; Collier, 2011). Bennett & Checkel (2015) identifican dos componentes propios del rastreo de procesos importantes: deductivo e inductivo. Para el primero, se examinan los mecanismos causales para testear si explican los casos; para el segundo, se utiliza la evidencia con el objetivo de desarrollar una determinada hipótesis para explicar los casos.

## Capítulo 2: Sistema Nacional de Salud: Protagonistas y Limitaciones

La presente sección se aboca al desarrollo de las características del Sistema de Salud Nacional (SNS) en el Perú. Para lograr dicho objetivo, se procede a identificar dos secciones. La primera explica la naturaleza del SNS, sus principales protagonistas, así como sus respectivas responsabilidades en la totalidad de la dinámica. La segunda se enfoca en proveer un balance somero con respecto a las principales limitaciones que el SNS tiene que hacer frente en los rubros de gasto público, localización y acceso a la salud.

### 2.1. Entidades y responsabilidades

El Perú cuenta con un sistema de atención de carácter descentralizado bajo el liderazgo de cinco entidades en el sector salud: Ministerio de Salud (MINSa), EsSalud, Fuerza Armadas (FF.AA.), Policía Nacional del Perú (PNP) y el sector privado. Con respecto a la rectoría del Sistema Nacional de Salud (SNS), el Decreto Legislativo 584 (Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud) dota de máxima autoridad al Ministerio en materia sanitaria, además de posicionarse como el ente rector de todo el SNS. Dicha institución tiene como labor la conducción, regulación y desarrollo de todo el conjunto de funciones centrales en materia de salud pública en nuestro país.

Al hacer referencia al SNS nos referimos al “proceso de aplicación de la política nacional de salud” (OIT, 2013, p. 44). Se encuentra compuesto por un conjunto de actores con sus respectivos mecanismos de financiamiento y suministro de servicios. En el año 2002 se promulgó la Ley N° 27783 (Ley de Bases de la Descentralización) la cual dotaba al SNS de tres niveles de estructuración: nacional, regional y local. De esta forma, el esquema resultante encumbra al MINSa como la institución encargada de formular los lineamientos de política en materia de salud pública (Robles Guerrero, 2013) mientras que los Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales son los encargados de operativizar aquellos lineamientos mediante la armonización de los recursos con el objetivo de alcanzar el aseguramiento efectivo de la población.

El SNS se compone principalmente de los sectores público y privado. En primer término, el público se subdivide en otros dos sistemas denominados contributivo directo e indirecto (también denominado “régimen subsidiado”). El gobierno realiza el pago de una cuota por cada persona no asegurada, cuya variabilidad está sujeta a la discrecionalidad de las instituciones sanitarias encargadas de proveer los servicios a la población objetivo.

Sobre el subsistema contributivo directo -denominado alternativamente

“seguridad social”- cuenta con los ramificaciones adicionales: el seguro social y la provisión privada. La entidad encargada de dirigir las acciones con respecto al primero es EsSalud, la cual ofrece servicios sanitarios a los trabajadores formales y todos aquellos que posean capacidad contributiva. Según un documento realizado en conjunto por la institución y la Organización Internacional del Trabajo (2013), el rol de la institución posee un carácter elemental dentro del entramado sanitario nacional.

En su faceta orgánica, EsSalud se encuentra adscrito al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo y vinculado en materia económica al Ministerio de Economía y Finanzas. A la cabeza cuenta con un Consejo Directivo el cual funge como órgano de dirección compuesto por representantes del Estado, trabajadores, empleadores y pensionados. El Presidente Ejecutivo, máxima autoridad en la institución, es elegido por el Poder Ejecutivo por el periodo de dos años.

La labor de EsSalud no se aboca exclusivamente en la cobertura sanitaria, sino que también realiza un conjunto de prestaciones económicas y sociales, razón por la cual se justifica su inclusión dentro del subsistema contributivo. En ese sentido, la institución brinda diferentes tipos de seguros regulados por múltiples tasas de aportación, prestaciones sociales y económicas. De acuerdo al documento señalado anteriormente elaborado en conjunto con la OIT, son tres: regular, independiente y agrario. El universo de asegurados bajo su tutela va desde los trabajadores, jubilados, pensionistas hasta los trabajadores que desarrollan actividades de cultivo y/o crianza de animales.

El tercer componente del SNS es el conformado por las denominadas sanidades de las Fuerzas Armadas (FF.AA.) y la Policía Nacional del Perú (PNP). Dichas entidades cuentan con sus propias instalaciones.

El cuarto y último componente del SNS es el correspondiente al sector privado. De la misma manera que el público, se subdivide en dos tipos: lucrativo y no lucrativo. Dentro del subsistema privado lucrativo encontramos a las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), aseguradoras privadas, clínicas privadas especializadas y no especializadas, centros médicos y policlínicos y el amplio universo de consultorios médicos. Por último, en el subsistema privado no lucrativo se encuentran todas aquellas instituciones sin fines de lucro (en su mayor ONGs), Cruz Roja Peruana, Compañías de Bomberos Voluntarios y organizaciones de acción social de algunas iglesias. Un dato importante a considerar es que según datos del Banco Mundial (2011), gran parte de los hospitales o institutos de alta complejidad pertenecen al

sector privado con 208 hospitales en 2005.

## 2.2 Limitaciones

Los diversos análisis a los que se ha sujeto al SNS peruano han generado en la concepción unánime con respecto a la fragmentación y segmentación de la que es víctima. Se trata de un sistema que presenta numerosos proveedores de servicios con sus respectivos esquemas de funcionamiento. Ellos se intercalan en un contexto donde la coordinación es casi inexistente e incluso pueden realizar actividades que lógicamente se podrían realizar de forma unificada, especialmente si se trata estrictamente de servicios de salud. Por si fuese poco, debido a la prevalencia de la informalidad en el campo laboral en nuestro país, podría señalarse sin temor a equivocarse que grandes proporciones de población se encuentran fuera de la cobertura.

De acuerdo a un documento elaborado por el MINSA (2008), en el año 2005 el gasto concerniente a servicios de salud representó 4.5% del PBI del Perú, nivel a grandes rasgos similares con respecto a su tendencia desde mediados de finales del siglo XX. No obstante, dicho valor es todavía bajo si lo comparamos con el promedio de la región, el cual se ubica en 6.6% (CEPAL, 2006; USAID, 2011).

Situación diferente es la concerniente al gasto per cápita, la cual responde a una tendencia favorable desde principio del siglo XXI en nuestro país. Según el mismo documento mencionado del MINSA en el párrafo anterior, el monto alcanza los \$268,8, superando con creces las estimaciones para los países pobres. En este caso el problema radica principalmente en los graves lastres sociales y económicos que el Perú todavía adeuda expresándose en una distribución desigual de los recursos hacia toda la población.

La localización de los recursos, ya sean infraestructurales o humanos, es otro obstáculo a superar. De acuerdo a Alcalde-Rabanal et al. (2011), el censo realizado el año 2005 al sector arrojó que “el 90% de los hospitales e institutos de salud se encuentran en zonas urbanas, 7% en zonas urbanas marginales y 3% en zonas rurales” (p. 7). La situación no mejora con respecto al conjunto de profesionales que laboran en el sector pues según datos del año 2009, Lima concentraba “53,19% de los médicos, 40,23% de las enfermeras, 41,47% de los técnicos y auxiliares de enfermería” (p. 8). Todo lo mencionado pone en evidencia la necesidad de hacer frente al centralismo que permea todo el conjunto de instituciones públicas en la provisión de servicios básicos y no únicamente el sector de la salud. Si establecemos un

paralelo entre lo señalado hasta el momento en materia de localización y la prevalencia de la informalidad en nuestro país, podemos identificar una dinámica muy perjudicial para la población peruana en materia de salud.

Finalmente, otro elemento negativo identificado dentro del SNS peruano da cuenta de la prevalencia del gasto de bolsillo particular en los múltiples esquemas de financiamiento existentes. Esta situación se da de forma paralela incluso con el importante crecimiento en los montos desembolsados por parte del gobierno en el sector. ¿Por qué son perjudiciales los pagos directos? La OMS (2015) manifiesta que:

“Los pagos directos son la forma de financiación menos equitativa. Son regresivos, permiten que los ricos paguen la misma cantidad que los pobres por un determinado servicio (...). El beneficio derivado de los pagos directos se limita a la persona que recibe la asistencia y al profesional o al centro que cobra la cuota (...). Asimismo, hacen que sea imposible distribuir los costes a lo largo de la vida de una persona” (p. 71)

En resumidas cuentas, el gasto de bolsillo en el sector salud es regresivo, promueve la exclusión, frustra la presencia de solidaridad y es limitado. Su dependencia estricta en la capacidad de pago la subyuga a variables socioeconómicas. En tal sentido, las consecuencias de tal estrategia las sufren especialmente los sectores ubicados en situaciones de pobreza y/o pobreza extrema. Para el año 2012, el gasto de bolsillo en el Perú era de 37%, monto que si bien sitúa a nuestro país por debajo de la media regional estimada en 45% (Titelman, 2015), constriñe significativamente los esfuerzos estatales en alcanzar la Cobertura Universal de la Salud (CUS) promovida desde el año 2009 a través de la Ley N° 29344 (Ley de Aseguramiento Universal) cuyo objetivo es garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en materia de salud.

## CAPÍTULO 3: MARCO TEÓRICO

### 3.1. Factores teóricos de la investigación

La presente investigación propone como respuesta a la pregunta de investigación factores de carácter internacional, institucionales e individuales para la implementación de los hospitales Barton y Kaelin por parte de EsSalud. En primer lugar, se reconoce la influencia de diversos organismos internacionales como el Banco Mundial, Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud. Su importancia radica en el conjunto de directivas y guías de políticas que dichas instituciones dotan no sólo a las instituciones sanitarias del Perú sino también a los burócratas que las conforman. Como se verá más adelante, el Banco Mundial ha elaborado un conjunto de documentos con el objetivo de llamar la atención sobre la importancia de las experiencias que reúnen capacidades públicas y privadas a través del concepto de la “reforma de la salud”.

Los fundamentos que proveen las instituciones multilaterales internacionales mencionadas encuentran materialización en la voluntad de crear nuevos espacios institucionales que permitan la participación de actores privados en la provisión de servicios sanitarios. Por lo tanto, el cambio institucional será la segunda dimensión a considerar dentro de la respuesta formulada. Los desarrollos teóricos concernientes a por qué cambian las instituciones presentan diversos alcances desde sus tres principales escuelas. En general, existe una dificultad para poder explicar el cambio institucional a partir de variables endógenas debido a la dependencia en determinados elementos, mermando considerablemente la capacidad explicativa de las escuelas clásicas del institucionalismo.

Sin embargo, las limitaciones que las tres corrientes clásicas del institucionalismo presentan son sopesadas si se considera el más reciente desarrollo teórico del institucionalismo, a saber, el de tipo discursivo. Su importancia radica en la visión dinámica que propone sobre el discurso y cómo de esa forma los actores eligen ciertas ideas y descartan otras. Es a partir de su consideración del discurso en estrecha relación con el contexto donde se formulan que la adopción de los postulados de la Nueva Gobernanza Pública toma sentido. De esta manera, el institucionalismo discursivo permite explicar las razones por las que determinados burócratas de EsSalud se decantaron por las modalidades de Asociaciones Público Privadas y no otras modalidades.

### 3.1.1. Dimensión internacional

A finales del siglo XX y principios del siglo XXI se realizaron importantes transformaciones en los organismos multilaterales y sus respectivos roles. Instituciones situadas en el más alto rango en materia sanitaria como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), perdieron preponderancia ante el avance de otras. Principalmente, el Banco Mundial (BM) asume preponderancia ante el avance de otras. Principalmente, el Banco Mundial (BM) asume el rol protagónico en la definición de las políticas sanitarias globales. Por esos años la institución promovía una visión favorable hacia el gerencialismo y resaltaba las bondades de los esquemas provenientes del sector privado (Eibenschutz, 2007).

La definición de la política sanitaria global experimentó otro cambio de forma paralela a las medidas económicas experimentadas profundas para la totalidad de sistemas de salud del mundo. El concepto de “protección social” comienza a ser evaluado como insuficiente y posteriormente es anulado para dar paso a la promoción de esquemas de protección social donde se privilegian los aspectos financieros, concentrando toda la atención hacia los esquemas de financiamiento y la retórica del “aseguramiento universal”. De acuerdo con Laurell (2010), sin este cambio no podría comprenderse la integración de la protección privada en los esquemas sanitarios del mundo.

Con la generación de un nuevo esquema de provisión de servicios de salud, los gobiernos abren las puertas masivamente a empresas privadas caracterizadas por prestar atención a aspectos como el riesgo, elemento característico en el mercado de seguros de vida y las aseguradoras, por ejemplo (López Arellano et al., 2013). La labor del Banco Mundial (BM) radica fundamentalmente en empoderar a las empresas privadas para que presenten la oferta de servicios que poseen de la mano con amplios paquetes de intervenciones. En la actualidad, muchos de ellos han proliferado como son los copagos, coaseguros o cuotas proporcionales a la prestación.

Particularmente en la región latinoamericana la estrategia impulsada por el Banco Mundial instó a varios países a implementar reformas:

“(…) que se caracterizan por ‘crear’ un Sistema Nacional de Salud que implica varios tipos de financiamiento y la atención diferenciada a varios sectores de la población, con una fuerte intervención de las empresas de aseguradoras privadas, que definen rangos de cobertura y subroga el servicio público al privado” (Eibenschutz

et al., 2014, p. 4)

El modelo de aseguramiento universal que el BM impulsa no responde exclusivamente a la priorización de esquemas estrictamente privado. Por el contrario, en diversas publicaciones se hace eco de la necesidad de contar con estados eficientes y capaces de reorientar los presupuestos públicos hacia programas de salud con éxito. De esta manera, los gobiernos permiten el fortalecimiento del mercado a través de la mejora de incentivos para la ampliación de la cobertura sanitaria dando paso a la participación privada. Existen tres documentos centrales en materia de política sanitaria global donde se desarrollan las respuestas que deben otorgarse a los déficits en la cobertura de servicios sanitarios en el mundo y cómo la diversidad de actores públicos y privados pueden trabajar para alcanzarlos. Su importancia radica en que representan directrices que marcaron un antes y un después en la forma en la que se estaba gestionando la salud hasta su formulación.

El primer documento titulado “Invertir en Salud” (Banco Mundial, 1993) considera una respuesta tripartita en la solución de los problemas de servicios sanitarios para el 2030, estrategia promovida por la institución con especial ahínco. Con respecto a la identificación de las funciones de los gobiernos y el mercado en el sector de la salud, el documento establece tres principios: primero, la información sobre enfermedades deben poseer carácter de bien público; segundo, la prestación de servicios en función de los costos es un método efectivo para la reducción de la pobreza; finalmente, se necesitan medidas gubernamentales para compensar los problemas generados por la “incertidumbre” y “las deficiencias del mercado de seguros” (Banco Mundial, 1993, p. 13)

Un segundo ejemplar se trata del documento titulado “El Estado en un mundo en transformación” (Banco Mundial, 1997). En él se reconocen las demandas hacia poderes públicos ausentes que, en algunos casos, no proporcionan ni siquiera bienes públicos como la protección de los derechos de propiedad, red vial, entre otros lastres. Se propone una doble estrategia para una participación estatal “más creíble y eficaz en el proceso de desarrollo” (Banco Mundial, 1997, p. 3): el primer elemento busca acomodar la función del Estado a su capacidad, sopesando cómo y dónde intervenir, a través de la identificación de criterios más selectivos; el segundo elemento consiste en apuntar hacia la revitalización de las instituciones públicas, ofreciendo incentivos para mejorar el rendimiento de los funcionarios públicos.

Finalmente, el documento “Más allá del consenso de Washington: la hora de la

reforma institucional” profundiza en la importancia de las instituciones y su agencia en la solución de diversos problemas. En el diagnóstico, las instituciones poseen especial importancia para determinar la eficiencia y la existencia de mercados, el nivel de las inversiones en capital físico y humano y la producción y calidad de los bienes públicos (Banco Mundial, 2008, p. 24). Para lograr ello, las instituciones deben caracterizarse por la promulgación de reglas claras, coherentes, con posibilidad de amplia aplicación en diversos ámbitos y fundamentalmente que sean cumplidas de forma apropiada.

### 3.1.2. Dimensión institucional

La generación, modificación e incluso destrucción de espacios para la participación privada en la atención sanitaria remite a la discusión llevada a cabo por las múltiples corrientes del institucionalismo. Las razones que llevan a las instituciones a cambiar han sido un tópico común entre sus diversas corrientes, alegando factores de carácter endógeno y exógeno.

En su faceta más minimalista, las instituciones son estructuras ideacionales que constriñen el comportamiento de los individuos, afectando las estructuras políticas, económicas y sociales. El aspecto ideacional es importante pues se tratan de reglas o normas, las cuales pueden ser formales o informales con dos finalidades específicas. Primero, reducen la incertidumbre al establecer mecanismos procedimentales siguiendo un determinado orden. En segundo lugar, esta misma estructura provee un conjunto de incentivos en una economía de transacción. Ambos elementos son fundamentales para trascender las individualidades y dotar a las instituciones de un propósito mayor (North, 2016).

El aspecto más relevante de la teoría institucional es la existencia de recursos y grupos que compiten entre sí por ellos. El conflicto está mediado dependiendo de la organización que tome la institución para poder realizar la distribución de recursos, aspecto crucial para la sobrevivencia de las instituciones debido a que otorga certeza en el comportamiento de los individuos que las componen. De esta manera, se origina un proceso constante en donde el éxito de un grupo viene acompañado por el fracaso de otro. El comportamiento colectivo puede ser analizado a través de la organización institucional y sus dinámicas de poder.

El punto de partida en la teoría institucional son las razones por las cuales las instituciones se mantienen en el tiempo. La persistencia y estabilidad de patrones derivan principalmente de “premisas lineales y estáticas” (Weyland, 2008, p. 2) que responden a diversas motivaciones. Su énfasis en la persistencia ha llamado la

atención de investigadores cuando se quieren descifrar los motivos que hacen que las instituciones decidan cambiar. Si las instituciones representan esfuerzos por solidificar procedimientos a lo largo del tiempo, ¿qué puede explicar la posibilidad del cambio?

Para el cambio institucional, Hall & Taylor (1996) identifican tres corrientes predominantes. En primer lugar, el institucionalismo histórico (Hall & Taylor, 1996, p. 5) surge de forma predominante en la década de 1960 y 1970 en respuesta a la teoría de grupos y el funcionalismo estructural prominente en años previos. Para explicar la continuidad a través del tiempo, esta primera corriente postula la necesidad de alcanzar un punto de equilibrio. Los individuos se adhieren a las normas institucionales pues no cumplirlas acarrearía más costos. Partiendo de aportes de la acción racional, los individuos se encuentran en un estado constante de análisis de coste y beneficio en la solución de determinadas problemáticas.

El institucionalismo histórico privilegia el análisis de las instituciones a la luz de un periodo más largo de tiempo. Desde esta perspectiva, las instituciones, al estar mediadas por factores distributivos en determinados contextos, están condicionados a ciertos comportamientos predecibles (*path-dependence*). Para que la posibilidad del cambio aparezca, tienen que ocurrir momentos críticos que desvían la trayectoria establecida. Estos pueden ser eventos cuyo impacto cambia las preferencias de los individuos, tales como una crisis económica o un conflicto militar.

La segunda corriente es el institucionalismo de la acción racional la cual se distancia del tipo histórico debido a su dependencia estricta en herramientas analíticas propias de las “nuevas economías de la organización” (Hall & Taylor, 1996, p. 11). Los derechos de propiedad, costos de transacción, entre otros elementos costean la operacionalización y el desarrollo de las instituciones. La estabilidad en este caso responde a la existencia de “dilemas de acción colectiva” (Hall & Taylor, 1996, p. 12), las cuales explican por qué la maximización de preferencias individuales conlleva a un resultado subóptimo colectivo.

Esta segunda corriente se distancia de su par histórico debido a la propuesta que posee en torno al rol de la interacción estratégica en la identificación de productos políticos. En este aspecto el institucionalismo de acción racional sostiene que los individuos no se guían por fuerzas históricas sino por el mero cálculo estratégico condicionado por las propias expectativas y la de los demás. Su potencial explicativo recae estrictamente en análisis racionales sobre determinadas situaciones, aspecto que otorga una fundamentación sencilla para explicar el cambio. Si una institución

cambia, esto se debe sencillamente a un cálculo estratégico donde la identificación previa de objetivos y la disponibilidad de información son aspectos determinantes.

Por último, el institucionalismo sociológico surge desde los aportes de la teoría organizacional tratando de encontrar un punto de convergencia entre los aportes de fines y medios de la racionalidad. En este caso, la persistencia de las instituciones se debía a ciertos roles con normas de comportamiento ya establecidas (Hall & Taylor, 1996, p. 15). Por lo tanto, el concepto de “interpretación” juega un papel determinante en la sostenibilidad de las instituciones pues existe una dimensión normativa de carácter cognitivo. Categorías, modelos y demás elementos otorgan un contexto a la acción racional de los individuos, alterando sus preferencias y los roles que pueden ejercer en el mundo social.

La génesis y el desenvolvimiento de las instituciones en un contexto social proveen una explicación diferente a las motivaciones para el cambio. Las instituciones adoptan determinadas formas o prácticas pues comienzan a ganar legitimidad social. No se trata de cálculos en la búsqueda de la eficiencia sino que responden a un ambiente cultural mucho más vasto. Este aspecto transporta nuestra atención hacia discusiones sobre la legitimidad de aquellos arreglos sociales donde la autoridad cultural enfatiza desde la imposición de prácticas regulatorias hasta la profesionalización de ciertas comunidades profesionales. Todos los modelos responden a la existencia de diversos estándares entre sus miembros.

Aportes más recientes han llamado la atención sobre algunas de las premisas más importantes producidas por los aportes teóricos de las diversas corrientes del institucionalismo. Por ejemplo, Mahoney & Thelen (2010) llaman la atención acerca de la preminencia que tienen los factores exógenos para explicar el cambio. Podemos observar de manera más precisa dicho aspecto en el institucionalismo histórico, por ejemplo, al manifestar la posibilidad del cambio por causas de fuerza mayor, condiciones bajo las cuales las instituciones no tienen otra salida más que cambiar y adaptarse.

Por lo tanto, la principal crítica radica en la necesidad de factores exógenos para la posibilidad del cambio. No sólo eso, sino que la presencia de factores exógenos necesariamente implica un desenlace rápido y radical que permite la reconfiguración de las instituciones. ¿Qué sucede cuando las instituciones difieren de dicho esquema y se transforman por factores internos? ¿cómo deberíamos conceptualizar dicha casuística? ¿a qué tipo de factores las instituciones son más

vulnerables?

La importancia de considerar factores de carácter endógeno radica en su vinculación estrecha con particularidades de cada contexto institucional y sus respectivas propiedades. Una mirada más desagregada precisa de una perspectiva que considere a las instituciones como estructuras con consecuencias en el comportamiento de los individuos y sus respectivas relaciones de poder. A su vez, las dinámicas de grupo están condicionadas por la asignación de recursos que puedan priorizarse a unos, lo que supone el desmedro de otros. De esta forma, se pueden considerar los principales aportes de la composición de las instituciones sin necesariamente ubicar el peso explicativo del cambio en los exteriores.

En una primera publicación, Weyland (2009) llama la atención sobre la importancia de los factores ideacionales en la oferta para el cambio, ello en las contribuciones del institucionalismo discursivo-ideacional. Un enfoque basado únicamente en la demanda no puede explicar las transformaciones institucionales en un mundo caracterizado por su complejidad y rápida evolución. Es importante introducir la noción de crisis debido a que surge como un espacio en el que los individuos se abren a la posibilidad de considerar opciones para la solución de problemas y continuar con la consecución de objetivos. Por lo tanto, la existencia de modelos con éxito en otros países ofrece una solución, incluso cayendo en el riesgo de generar los efectos contrarios.

En línea con las tres escuelas mencionadas al inicio, el cambio institucional responde a la posibilidad de que haya soluciones en otros contextos. Esas alternativas tienen que ser identificadas como propuestas viables y prometedoras, en primer término. Sólo tras ser consideradas de tal manera, su viabilidad entra en relación con características ubicables en el interior de las instituciones, como son el expertise político, capacidad técnica, creatividad (Weyland, 2008). De esta forma, los elementos propuestos indican una mirada más holística de un proceso ciertamente complejo y variado.

La investigación pretende contribuir hacia un enfoque institucional que explique las motivaciones de los actores, los recursos con los que cuentan y la relación que establecen con factores más amplios como el contexto político y las características propias de las instituciones de las que forman parte. Es por ese motivo que la propuesta se apoya principalmente en dos contribuciones: los modos de cambio institucional de Streeck & Thelen (2005) y la teoría de cambio institucional propuesta

por Mahoney & Thelen (2010)

Sobre cambio institucional, la perspectiva defendida por los autores coincide con los planteamientos presentados hasta el momento sobre la necesidad de contar con enfoques que pongan énfasis en la existencia de cambios graduales a partir de variables endógenas. Para ello, Streeck & Thelen (2005) distinguen entre los “procesos de cambio” y los “resultados del cambio” (Streeck & Thelen, 2005, p. 13). Sobre lo primero, se pueden identificar entre procesos incrementales o abruptos, mientras que para lo segundo se distingue entre la continuidad y la discontinuidad. La identificación de estos componentes proporciona un primer acercamiento para tratar el cambio institucional.

### 3.1.3 Dimensión individual

El desarrollo más reciente en cuanto a los estudios institucionalistas la provee el de tipo discursivo, centrándose en el contenido sustantivo del discurso y sus impactos en las políticas públicas, los programas que siguen y corrientes teóricas más generales que las alimentan. De la misma manera que las tres escuelas mencionadas, el institucionalismo discursivo concentra su atención en el cambio institucional. Sin embargo, su principal contribución radica en su énfasis en las dinámicas impregnada en la formulación del discurso. Esto es debido a que se parte de la sobrestimación que el institucionalismo ha tenido sobre la relevancia de las ideas. Al situarlas en el engranaje institucional, las ideas adoptan significados permitiendo un acercamiento dinámico al cambio.

De acuerdo a Vivien Schmidt (2008), el discurso puede adoptar dos formas: coordinativo y comunicativo. El discurso coordinativo se da entre los actores de política inmersos en los juegos de poder propios de la política. Mientras que el discurso comunicativo, por otro lado, se da entre los actores políticos y el público en los momentos en los que los primeros dan cuenta a la población sobre las políticas. El enfoque adoptado por el institucionalismo discursivo parte de la idea de que el discurso es indisociable del contexto en el que se origina, motivo por el cual el lugar y momento de enunciación y las razones para ello son igual de importantes que lo que se intenta comunicar.

El objetivo principal del institucionalismo discursivo es proveer una base alternativa para la acción política en contextos institucionales. De esta manera, dicha corriente ayuda a explicar por qué algunas ideas triunfan mientras que otras son dejadas de lado. Para el caso del discurso coordinativo, los individuos y grupos parten

de la elaboración de determinadas políticas interactúan en determinadas “comunidades epistémicas” (Schmidt, 2008, p. 8) donde se comparten ideas y normativas. Mientras que para el caso del discurso comunicativo, los políticos y el público se encuentran interrelacionados en la presentación y deliberación de los resultados.

La perspectiva relacionados que asume el institucionalismo discursivo entre los individuos y sus determinados contextos permite incluirlos en el entramado de factores desarrollados hasta el momento. El impacto de las directrices de organismos internacionales se materializa en la toma de consciencia de la generación de espacios institucionales para la participación privada. El esquema se completa al considerar el potencial explicativo que posee el institucionalismo discursivo para escoger determinadas ideas y dejar de lado otras. La Nueva Gobernanza Pública es el cuerpo teórico que presenta con mayor claridad la constante alusión a la imbricación de capacidades públicas y privadas.

A partir de este diagnóstico podemos comprender el cambio institucional como un fenómeno compensatorio que presenta fuerzas que otorgan más visibilidad a determinados actores con sus respectivas estrategias. Weimar & Vining (1999) resaltan el rol determinante de los protagonistas en el logro de resultados en materia de administración pública. Para ello, la identificación de un objetivo es importante. En el nivel institucional, dichos actores cuentan con diversas herramientas que les permiten operar en el campo político donde la presencia de incentivos y restricciones son elementos decisivos.

Los actores en el nivel institucional poseen una concepción que realza las bondades del sector privado y busca su inclusión en la toma de decisiones, a través de la generación de espacios para su participación. Según Cunill Grau (2016), desde su concepción hasta su popularización, diversas perspectivas han dotado de soporte a las APP. La principal -y quizás la más popular-, es la Nueva Gobernanza Pública (NGP), cuyo surgimiento puede encontrarse a comienzos de la década de 1970 del siglo pasado. La NGP ha sido la corriente dominante en el apoyo de una diversidad de modalidades de gestión pública. Particularmente en su relación con entidades privadas, dicha corriente es muy en emprender y mantener dichas asociaciones con el objetivo de lograr proyectos costosos que de otra manera el sector público no puede realizar. Los principales campos de aplicación en los que se enfoca son los de desarrollo de infraestructura vial, construcción de hospitales, escuelas y otros de

carácter público.

Osborne (2010) otorga un primer acercamiento al modelo. La NGP representa un nuevo modelo en el que la superioridad de las capacidades administrativas del sector privado sobrepasa a las del público. Por lo tanto, la aplicación de dichas capacidades a los servicios públicos significa automáticamente mejoras sustanciales en la eficiencia y efectividad de sus servicios. Para lograr dicho resultado, se hace un énfasis en los denominados “inputs” y “outputs” como mecanismos de control y evaluación.

La literatura sobre la NGP es diversa, abarcando un vasto conjunto de aspectos. Con el objetivo de comprender algunos de sus componentes más sustanciales, consideraremos el diagnóstico sucinto que proporciona Merino (2017) al tratar de establecer criterios para la gestión pública desde una perspectiva de la ética. En un primer momento, la masificación de la NGP se encuentra ligada íntimamente con las medidas neoliberales de la última década del siglo XX. La revalorización de la cultura empresarial, la identificación de las “fallas del estado” (en una alusión directa al discurso de las “fallas del mercado” ensalzadas en los ochenta) y una estrategia transversal que incluía privatizaciones, desregulaciones, reducción de cargas fiscales, flexibilización del mercado de trabajo, entre otras medidas que buscaban la desburocratización de los servicios públicos (Merino, 2017, p. 10).

Por otro lado, algo diferentes son las ideas que componen la NGP en la administración pública. Si bien comparten esencialmente una determinada visión de la política, en las burocracias estatales los procedimientos tenían que asumir otro horizonte. Por ejemplo, la necesidad de establecer resultados, los cuales deberían ser medibles a través de métodos identificables y técnicos, en un proceso de control hacia los productos; un giro hacia la concepción del ciudadano como “contribuyente”; separación de la formulación y la provisión de servicios públicos; y, finalmente, imitación de los principales componentes de gestión del sector privado (Merino, 2017, p. 11).

Una mejor comprensión de la NGP, así como las motivaciones detrás de sus postulados y los objetivos que busca alcanzar resultan de situarse en el largo plazo. Joan Prats (2005) realiza una contribución sustantiva sobre los modelos de administración pública destacando el modelo burocrático weberiano, la NGP y el modelo de gobernanza. Tras décadas caracterizadas por expansión del gasto público, la paulatina universalización de los servicios públicos y la conformación de las

primeras etapas de los estados de bienestar, el modelo de la NGP orientaba a la administración pública en criterios de eficacia y eficiente. Para ello, dicho paradigma hacía uso de las ideas de teorías económicas como la elección pública, teoría de la agencia y la economía de los costos de transacción.

La crisis del modelo burocrático weberiano, descrito como un esquema de procedimientos fijos para el desempeño de las funciones públicas, permite a la NGP realizar un número considerable de críticas hacia su forma de proceder. Olías de Lima (2001) propone considerar a la NGP como un “contramodelo” cuyo propósito principal consistía en desmontar el gran aparato burocrático montado por los inicios de la administración pública y la rigidez que le caracterizaba. La rigidez y el aumento de las reglas demandaba, de acuerdo a sus impulsores, mayor disposición hacia los resultados, dejando de lado los esquemas organizacionales.

Debido a la expansión de la NGP y la amplitud de países que han apostado por múltiples esquemas por sus postulados, ya sea de forma total o parcial, es necesario considerar también su elemento geopolítico. Otro aspecto importante es el de la globalización y la “necesidad de integración internacional” que el modelo defiende (Conde, 2001). Sobre este aspecto, la revalorización de la empresas ha tomado más protagonismo debido a la naturaleza radicalmente diferente que posee con respecto a líneas estatales. García-Marzá (2004) señala que las últimas décadas configuran un escenario donde la empresa debe transformar su “papel social” (García-Marzá, 2004, p. 4). Es dentro de la sociedad donde se encuentra el germen para la formulación de capacidades para transformar el entorno económico y social.

Retomando a Prats (2005), podemos identificar dos grandes ejes de la NGP. El eje de la eficiencia se concentra principalmente en la formulación de reformas donde priman la devolución de competencias, la evaluación del desempeño y la competencia como el principal mecanismo para promover una mayor libertad de elecciones para los usuarios-clientes. El eje de la responsabilización se desplaza de las tendencias “gerencialistas” de la NGP y sitúa su atención en generar mecanismos que doten de control y transparencia a las capacidades técnicas y administrativas. Como se puede inferir, el segundo eje responde más a razones de criterio cronológico tras la identificación de los límites y problemas de la corriente.

Al observar el primer eje, el del tipo “eficientista”, podemos mencionar otras medidas generadas con el objetivo de incluir la participación privada y sus bondades en la administración pública. De forma concreta, sobre la provisión de servicios

públicos, Peters & Pierre (1998), identifican la existencia de dos elementos importantes en el esquema de la NGP: la importancia de las redes y el paso del control a la influencia en el sector público. La apertura de espacios donde el Estado ceda su capacidad de control directo y las reemplaza con la capacidad de influir impulsa la generación de soluciones novedosas al menor costo posible.

La innovación, entendida como la solución más eficaz a problemas públicos, juega un rol interesante. Un ejemplo de innovación son las Asociaciones Público Privadas. De acuerdo con Brinkerhoff & Brinkerhoff (2011), las demandas en cuanto a efectividad impulsan a los gobiernos a considerar al sector privado. Amparados en el surgimiento de un conjunto de normas globales y valores liberales como “derechos humanos”, “libertades” y “buena gobernanza”, las diversas experiencias de APPs pretenden otorgar una solución radicalmente novedosa a las demandas crecientes por eficiencia y eficacia. Se trata de encuadrar las necesidades de los/las ciudadanos/as en sistemas que les otorguen una solución concreta a sus problemas. Podemos observar aquí un intento de liberar a las políticas públicas de cualquier restricción que trunque la posibilidad de una atención inmediata a las problemáticas que enfrenta la sociedad en su conjunto.

¿Cuál es la naturaleza de los actores privados existentes en la provisión de servicios sanitarios en el mundo? Existe una considerable limitación en torno a estudios que logren realizar dicha tarea. Por lo general, la mayoría se aboca a analizar la participación de las instituciones financieras internacionales (Banco Mundial, Fondo Monetario Internacional) y en menor medida de organizaciones filantrópicas. Todo lo contrario ocurre con la participación de empresas transnacionales en el campo de la salud, donde la escasez de estudios que centran su atención en dichos actores es resaltante.

Romero & Gideon (2020) analizan la participación de compañías mundiales en consultoría en la promoción de Asociaciones Público Privadas en el sector salud. Dichas empresas llevan a cabo revisiones mundiales de políticas, marcos jurídicos y prácticas que rivalizan con los esfuerzos de determinados organismos públicos. Entre ellas destacan PwC, Deloitte, KPMG y Ernst & Young. Otro ejemplo es el de Winters (2017), quien manifiesta una concentración de empresas farmacéuticas en torno a iniciativas de APP también en el sector salud. GlaxoSmithKline, Johnson & Johnson y Pfizer son ejemplos que dan las autoras.

#### CAPÍTULO 4: LA GESTACIÓN DE LOS HOSPITALES BARTON Y KAELIN

El presente capítulo tiene como propósito principal desarrollar la gestación de los proyectos hospitalarios Barton y Kaelin. Para llevar a cabo dicha tarea, se procede a narrar en primer lugar la secuencia de eventos que dieron origen a los proyectos mencionados. A partir de las entrevistas realizadas a algunas funcionarias de EsSalud se procede a mencionar la estrategia desde la cual se fundamenta la necesidad de iniciar un proceso de licitación. En segundo lugar, el presente capítulo se aboca al análisis de los factores identificados en el capítulo anterior, así como también la información recabada a partir de las entrevistas realizadas.

El 31 de marzo de 2010 es el día en el que se realiza la suscripción de los contratos bajo la modalidad de APP de los hospitales Sabogal y Guillermo Kaelin, en los distritos del Callao y Villa María del Triunfo respectivamente. En ambos hospitales, el consorcio ganador fue el integrado por las empresas Ribera Salud S.A., Mentor Consultoría y Estrategia S.L., BM3 Obras y Servicios y Exploraciones Radiológicas Especiales. De esta forma, dicho consorcio resultó como ganador para adjudicarse la concesión del proyecto bajo la modalidad de “bata blanca”, asumiendo las responsabilidades en el diseño, construcción, equipamiento médico y atención integral de la población asegurada.

Es a partir de la presidencia ejecutiva de Javier Rosas Santillana donde se decide transformar la relación que tiene la institución con empresas privadas del sector sanitario con el objetivo de incorporar las ventajas relativas que poseen hacia la provisión de servicios. De esta forma, la generación del concurso público para la adjudicación de los proyectos hospitalarios es parte de un proceso institucional que incluye la creación del “Comité de Promoción de Infraestructura y Servicios de Salud”, devenido en la actualidad en la “Gerencia Central de Promoción y Gestión de Contratos de Inversión” (entrevista a Seminario, 2021). Dicha instancia se ha bifurcado para presentar dos gerencias de línea: la Gerencia de Gestión de Contratos, encargada de la administración de los contratos ya suscritos, y la Gerencia de Promoción, Facilitación y Asuntos Técnicos, encargada de generar nuevos proyectos y sus respectivos actores interesados.

Según el Acuerdo 1-1-EsSalud-2009, con fecha el 15 de enero de 2009, se convenía en que el Comité en mención sería la encargada de llevar a cabo los procesos del Plan Estratégico de Inversiones de EsSalud. Dos semanas más tarde, se promulga el Acuerdo 5-2-EsSalud-2008 con el que se lanzaba el Plan Estratégico

de 2008-2011 y el Plan Estratégico de Inversiones mencionado anteriormente. Finalmente, el día 16 de septiembre de 2008, a través del Acuerdo 67-17-EsSalud-2008, se realiza la declaración de intereses de la propuesta por el consorcio mencionado.

El factor político en la adopción de dichas estrategias institucionales encuentra asidero en la orientación del segundo gobierno aprista de Alan García Pérez (2007-2011). Tanaka (2008) traza una línea temporal que conecta el primer gobierno aprista en la década de los ochenta hasta el segundo a comienzos de los dos mil para proveer una explicación que dé cuenta tanto del debilitamiento del partido como institución así como los resultados que dejó su gobierno más reciente. Por un lado, el autor identifica la competencia interpartidaria, caracterizada por estrategias pragmáticas con el objetivo de lograr el voto de determinados grupos que le asegurasen la victoria. Por otro lado, el autor considera las características institucionales del partido haciendo énfasis en muchas limitaciones de carácter político, técnico y temporal.

Ambos factores no sólo buscan explicar el desenvolvimiento del segundo gobierno aprista sino que también otorgan importantes aspectos con respecto a las respuestas a sus medidas. El ex presidente García, en el afán de borrar la experiencia de su primer gobierno, se decantó por políticas económicas de carácter ortodoxo, un estilo aislado de gobierno y la priorización de medidas efectistas en el corto plazo, decisiones que si bien le adjudicó buenas medidas macroeconómicas, degeneró en un gobierno caracterizado por el aislamiento, sin ninguna predisposición para dialogar con otros actores.

Sin embargo, una de las ideas presentadas por el autor es de especial particularidad para la investigación. En el desarrollo de las limitaciones institucionales del partido aprista, el autor llama la atención con respecto a la oportunidad que perdió el gobierno para realizar reformas sociales importantes debido, precisamente, a la ausencia de cuadros técnicos y un desinterés en convocar a otras fuerzas políticas. El análisis sobre los factores de implementación de los hospitales Barton y Kaelin proporciona una perspectiva alternativa que, si bien no puede denominarse como parte de una estrategia social gubernamental, pueden ser caracterizadas como una estrategia institucional de carácter social. En las entrevistas realizadas existe consenso con respecto a la importancia de la voluntad política al más alto nivel para la viabilidad de proyectos público-privados en el sector salud.

Sobre el proceso de licitación, la Nota 4 (2016) del Banco Interamericano de

Desarrollo manifiesta que en el Perú los plazos de licitación de la modalidad de bata blanca han sido considerablemente menores que los del tipo gris. El consorcio ganador para los hospitales Barton y Kaelin contó con tiempo adicional para el diseño de la propuesta, aspecto que facilitó el conocimiento oportuno y profundo de las características del convenio.

En los planes se encontraba un programa institucional que contenía los hospitales Barto y Kaelin, un proyecto especial sobre la logística de medicamentos e insumos y otro proyecto concerniente a la red de almacenes y farmacias. La intención por parte de la presidencia y el Directorio Ejecutivo de EsSalud, máximas instancias de gestión y decisión en la institución, consistía en generar un plan para aprovechar el dinamismo y la capacidad de gestión de las empresas privadas del sector salud para compartir los riesgos de la provisión sanitaria a través de la asignación de un determinado volumen de población. De esta forma, ambos hospitales tenían como objetivo la cobertura de medio millón de ciudadanos cada uno (entrevista a Fernández, 2021).

Sin contravenir lo mencionado, EsSalud conformó otro comité denominado “Comité de Promoción de Salud y Seguros” (CEPIS) (entrevista a Fernández, 2021). A diferencia de la bifurcación del Comité de Promoción de Infraestructura y Servicios de Salud, este comité respondía a criterios estrictamente técnicos. De acuerdo a la entrevista realizada a María Elena Fernández, actual Coordinadora de las Inversiones de la Salud de ProInversión y por ese entonces miembro de EsSalud, se trataba de “un pequeño ProInversión” con el objetivo de realizar la reglamentación interna que permitiera trabajar el desarrollo de los proyectos hospitalarios.

Otro elemento importante mencionado por la entrevistada es el “empoderamiento de la oficina”, aspecto que subraya el rol proactivo de los órganos directivos de la institución (entrevista a Baffigo, 2021). Es decir, la gestión del entonces Gerente General de EsSalud Javier Rosas Santillana resultó ser muy proactiva en la generación de modalidades que combinen a los sectores público y privado. Para lograr dicho objetivo, el primer paso de la institución fue recurrir a la asesoría brindada por ProInversión en asuntos de contratos público-privados. Sin embargo, la respuesta de la institución fue de “entrar a la cola”, como mencionada la entrevistada, debido principalmente a que ya existían temas en agenda sobre otros proyectos que se estaban desarrollando.

Esta decisión significó un primer episodio en la gestación de los proyectos

hospitalarios. Por un lado, se temía la viabilidad del proyecto debido a la existencia del Sistema Nacional de Inversión Pública (SNINP, por la conformación de sus siglas), aspecto que podría sumar elementos imprevistos, teniendo que replantear las propuestas. Pero en el balance final existían más aspectos positivos de acuerdo a la entrevistada. Uno de ellos fue la no intervención del MEF, decisión que impulsó la gestación de las propuestas debido a que la función regulatoria y de control que posee la institución iban a hacer muy difícil su factibilidad. De acuerdo con la entrevistada, esto es debido a una sobreproducción en la elaboración de lineamientos. Por último, tampoco iba a existir injerencia de la Contraloría de la República, hecho que generó buen prospecto a los involucrados en la institución para la continuación de las gestiones de los proyectos hospitalarios.

#### 4. 1. Análisis de los factores de implementación de los hospitales

En la presente sección se realiza el análisis de los factores identificados en el capítulo anterior, así como también otros mencionados en las entrevistas señaladas. La hipótesis desarrollada propone la prevalencia de factores internacionales materializados en la creación de espacios institucionales para la participación privada. Es en este respecto que las ideas asumen relevancia debido a que permiten conectar las intenciones de los burócratas de EsSalud con el contexto institucional en los que se desempeñan. A través de la identificación de las bondades de la Nueva Gobernanza Pública, los individuos que conforman el seguro social lograron concretizar los paradigmas internacionales en cuanto a la reforma del sector sanitario y, en último término, lograr el cambio institucional.

¿Cuáles son las razones que permiten la adopción de las modalidades APP en EsSalud? Existen dos elementos principales que, de acuerdo a las entrevistas realizadas a Rosa Seminario y Virginia Baffigo, son esenciales para comprender la gestación de los hospitales Barton y Kaelin. El primero es la naturaleza organizacional que goza EsSalud en el entramado jurídico institucional del Perú. El segundo elemento es la autonomía de carácter técnico y administrativo de la institución, aspectos que son identificados como prioritarios en las entrevistas realizadas.

Primero, la naturaleza organizacional de EsSalud hizo posible la gestación de los proyectos en la interna. EsSalud cuenta con un régimen autónomo por lo que posee competencia jurídica y presupuestaria para la ejecución y adopción de proyectos de APP de acuerdo al Decreto Legislativo N° 1012 Ley de Marco de Asociaciones Público Privadas. Esto hizo posible que la totalidad de los elementos

que componen el expediente de ambos proyectos (financiero, técnico, jurídico, entre otros) fueran supervisados por la misma auditoría de la institución.

Rosa Seminario, actual servidora pública de la Gerencia Central de Promoción y Gestión de Contratos de Inversión, en una entrevista aporta un segundo elemento que subraya la importancia de la autonomía técnica y administrativa de la institución lograda en el segundo gobierno de Alan García, expresada en el desacoplamiento que experimenta EsSalud del FONAFE (Fondo Nacional de Financiamiento de la Actividad Empresarial del Estado). Dicha empresa estatal se encuentra adscrita al sector Economía y Finanzas y tiene como funciones principales la dirección de la actividad empresarial del estado, la aprobación del presupuesto de las empresas y la administración de las rentas que produce la inversión de las empresas que componen la corporación.

La discusión concerniente a la autonomía de los burócratas puede rastrearse desde la última década del siglo XX en el contexto de las reformas neoliberales. Un conjunto de países latinoamericanos adoptó como estrategia la designación de profesionales con conocimiento técnico en posiciones especiales en el aparato público. Los denominados “tecnócratas” son “individuos con un alto nivel de especialización académico, el cual les sirve como principal criterio para ser elegidos y ocupar posiciones de alto rango en materia de decisión en el sector público como privado” (Dargent, 2011, p. 3).

Dargent (2011) proporciona cuatro teorías con el objetivo de comprender el grado de autonomía que alcanzan los agentes burocráticos sobre otros actores sociopolíticos. En primer lugar, las acciones de los tecnócratas están supeditadas a la voluntad de los actores políticos. En este caso, el expertise técnico depende de las estrategias que los políticos adoptan. En segundo lugar, los tecnócratas logran alcanzar cierta autonomía de los actores políticos únicamente a través de la consecución de ciertos intereses íntimamente relacionados a instituciones internacionales de tipo financiero como el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional, entre otros. En tercer lugar, los tecnócratas están supeditados a los intereses de firmas privadas ya sean nacional o internacionales. Finalmente, los tecnócratas resultan ser otros grupos de actores sociopolíticos que distan de otros debido a su capacidad de diseñar e implementar políticas basadas en sus preferencias.

Al margen de la perspectiva que se desee adoptar para explicar la relevancia

de los tecnócratas, Dargent (2011) manifiesta que el estudiar la autonomía tecnocrática implica considerar a dichos actores como fuentes de su propio poder. Es decir, la capacidad que poseen para adoptar sus propias preferencias, trabajar sobre ellas, incluso a expensas de otros intereses, los posiciona como agentes útiles para el estudio político de la región. Además, la existencia de reglas informales de reclutamiento y la necesidad de poseer un alto nivel de especialización académico los dota naturalmente de una relevancia considerable a través de la “sofisticación creciente en materias técnicas de la política pública” (Dargent, 2011, p. 15).

La concepción que posee la institución y sus respectivos burócratas con respecto a la importancia de la participación privada en la institución está presente en la diversidad de sus declaraciones. Existe una concepción tácita sobre la distancia entre capacidades que caracteriza la relación público-privada en el Perú. En la entrevista realizada a la ex Directora Ejecutiva de EsSalud Virginia Baffigo de Pinillos, los consorcios privados involucrados en los contratos de APP en salud poseen ventajas relativas:

“La principal bondad de las empresas privadas radica en la eficiencia y correcta rentabilidad que poseen. Esto es necesario para la gestión pública en el sentido de que produce un doble efecto: genera interesantes cuotas de rentabilidad y un espacio de ahorro para el concedente”

Sobre el diagnóstico de las capacidades del consorcio involucrado en la gestación de los hospitales en cuestión, la entrevistada también se refiere a una superación totalmente real. En la entrevista realizada se mencionan, por ejemplo, las ventajas que aporta las empresas que conforman el conglomerado radican en temas como la experticia relacionada a la micro organización de los complejos hospitalarios, acceso al diagnóstico (automatización de laboratorios, por ejemplo) y la gestión del talento humano (reclutamiento, desarrollo y retención de personal e los hospitales).

Sobre este aspecto es importante evidenciar los grados de “ajuste” que poseen diversas técnicas de gestión empresarial en las instancias públicas. Mendoza (2000) desarrolla dicha variabilidad hallan diversos elementos en los que la parte privada ha logrado un desarrollo sustancial. El autor menciona un conjunto de técnicas compartidas en el mundo empresarial como la calidad total centrada en el rendimiento de las personas, la generación de reformas sobre las funciones y procedimientos y más recientemente los alcances referidos a la planificación estratégica.

En efecto, la identificación de la participación privada en la provisión de

servicios básicos en el Perú encuentra asidero en un extenso conjunto de elementos legales los cuales facilitan la participación privada en obras públicas e infraestructura. El origen del amplio conjunto de jurisprudencia en materia de participación privada en el esquema económico-político del Perú puede rastrearse a partir del gobierno de Alberto Fujimori a finales del siglo XX, periodo marcado por una intensa crisis económica y fiscal. A continuación, se mencionan los más relevantes, así como su finalidad:

- a) Decreto Legislativo N°1012 Ley Marco de Asociaciones Público-Privadas, norma que establece los principios, procesos y atribuciones para la evaluación, implementación y operación con participación del sector privado.
- b) Decreto Legislativo N°839 Ley de Promoción de la Inversión Privada en Obras Públicas de Infraestructura y de Servicios Públicos, norma que declara de interés nacional la promoción de la inversión privada en el ámbito de las obras públicas de infraestructura y de servicios públicos.
- c) Decreto Legislativo N°758 para la Promoción de las Inversiones Privadas en la Infraestructura de Servicios Públicos que regula la concesión a personas jurídicas, nacionales o extranjeras para la construcción, reparación, conservación y explotación de obras de servicios públicos.
- d) Decreto Supremo N°060-96-PCM que regula la entrega de concesión al sector privado las obras públicas de infraestructura y de servicios públicos.
- e) Decreto Supremo N°132-97-EF que regula los beneficios tributarios para la inversión privada en obras públicas de infraestructura y de servicios públicos.

Consideraciones adicionales sobre la superioridad de las ventajas relativas de las empresas privadas se encuentran en la entrevista realizada a Alejandro Rojas, ex Gerente Central de Planeamiento y Desarrollo de EsSalud, quien menciona que las APP son una modalidad atractiva debido a que:

“Todo viene en paquete, aspecto que es atractivo debido a que la responsabilidad viene por parte del privado a través del seguimiento a las operaciones, procedimientos y estándares presentes en un determinado proyecto”

Se puede apreciar aquí otra referencia a la superioridad de los actores expresadas en sus capacidades de operación y desarrollo eficaz de las operaciones que tienen a su cargo. Barzelay (2005) encuentra en esta concepción un “origen académico-práctico” sobre el diseño organizacional del sector público. Con el paso de los años esto ha devenido en múltiples formas cuya esencia promueve doctrinas que privilegian diversos elementos de la economía institucional en la administración pública.

Otro elemento importante en nuestro análisis es el concerniente a la imbricación entre factores de índole político y técnico. El segundo gobierno de Alan García (2006-2011) se caracterizó por un apoyo político y técnico sostenido a la participación privada en un conjunto amplio de sectores en donde la salud no podía dejarse de lado. En la publicación “El Quinquenio Perdido. Crecimiento con Exclusión” (2011) realizado por el Centro de Estudios y Promoción del Desarrollo, se analizan los principales componentes de la gestión del segundo “alanismo” caracterizado por la inercia económica y una respuesta ciudadana expresada en la radicalización de las protestas.

El ensayo realizado por Mariel García sobre el “gobierno al decretazo” señala la estrategia de gobierno del ex presidente tras haber desarrollado los pilares de su gobierno en su artículo del “perro del hortelano”. Las ideas presentadas ahí sustentaron un constante “estado de excepción” (Descro, 2011, p. 5), motivo que dio paso a un manejo discrecional por parte del estado a través de un amplio número de decretos supremos, legislativos y de urgencia. El sector de la salud no estuvo ajeno a esta estrategia que puede contrastarse con la omisión del gobierno para invertir el presupuesto nacional bajo un criterio que permita acortar los déficits de atención en los servicios. Un ejemplo es el Decreto de Urgencia N° 001-2011, el cual dicta las disposiciones a ser aplicadas para facilitar la promoción de la inversión privada en determinados proyectos de inversión, APPs y diversas modalidades de concesiones.

Entre las personas entrevistadas la prevalencia de la voluntad política sobre criterios técnicos no solamente es real sino necesaria. En la entrevista realizada a la Dra. Virginia Baffigo de Pinillos considera que es necesaria la existencia de políticas públicas que estén funcionalmente integradas. Sin embargo, dicho aspecto no podría lograrse si es que antes no hay decisiones políticas al más alto nivel. Es más, de acuerdo a su perspectiva, los cambios que vienen experimentando las instituciones sanitarias en varios países del mundo responden a la participación de instituciones multilaterales que brindan asesorías técnicas siempre. De acuerdo a lo mencionado

en la entrevista, esto no se podría lograr si es que no hay “ganas de apostar por la participación privada”.

En el documento del BID referido múltiples veces (Nota 4, 2016), el apoyo político también se encuentra dentro de las lecciones generales que las experiencias de APP en nuestro país han dejado para el resto en la región y, por qué no, para otros contextos. De forma similar a lo expresado en las declaraciones a la ex Directora Ejecutiva de EsSalud, la decisión de apostar por el sector privado y sus bondades empujan a los organismos que componen el sector público a “modernizar su enfoque y capacidad de gestión” (BID, 2016, p. 24).

Este aspecto resulta interesante debido a la interrelación que se forma entre la naturaleza internacional de los criterios técnicos y las instituciones que las operativizan, la decisión de apostar por modalidades público-privadas y las instituciones que concretan las reformas. Confluyen en este sentido la autonomía mencionada y la existencia de la voluntad política. Con el objetivo de contrastar esta interrelación de los factores presentes en EsSalud, se realizaron entrevistas a funcionarios de otras entidades sanitarias.

En otra entrevista realizada a Helena Baltodano, funcionaria de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), coincide que el aumento del apoyo hacia la participación privada experimenta un antes y después tras el segundo gobierno de Alan García. La entrevistada coincidió acerca de la voluntad política como elemento imprescindible para concretar proyectos de salud teniendo como objetivo la mayor cobertura posible hacia la ciudadanía. Destaca la experiencia de EsSalud en la creación de espacios institucionales para lograr dicho objetivo debido a que introdujo dos factores necesarios para una gestión pública de calidad: la auditoría y la generación de mecanismos de control. Sin embargo, a pesar de estos avances, la entrevistada señala que este es un “fenómeno voluble” debido al cambio repentino que puede experimentar de gobierno a gobierno.

Al respecto, María Elena Fernández menciona la importancia de considerar la variabilidad en el apoyo político a las modalidades público-privadas. Según cuenta le entrevistada, el apoyo político se dio de forma marcada a partir del año 2008 pero sufre un cambio posteriormente con la llegada de Ollanta Humala. Durante la etapa más temprana de su gobierno, los convenios de los hospitales Barton y Kaelin experimentan una etapa de renegociación de los contratos, aspecto que puede comprobarse en la generación de múltiples adendas.

La particularidad institucional de EsSalud puede observarse si se toma en consideración al órgano rector en política sanitaria en el Perú. En la entrevista realizada a Ariel Palomino Encizo, Asistente de Dirección de Redes Integradas de Lima Norte, la dinámica presupuestal y la normatividad que posee EsSalud le permite llevar a cabo las modalidades público-privadas en salud. Sus declaraciones fueron las siguientes:

“Las APP son una fortaleza que debería estandarizarse en todas las instituciones públicas de salud. En el caso del MINSA, la prioridad en otra debido a su énfasis reciente en la atención en el nivel primario de la salud” (Entrevista a Palomino, 2021).

Se puede ver otra perspectiva en lo que propone el entrevistado. La particularidad de EsSalud como institución puede verse también como un producto de la priorización de ciertos temas en la agenda institucional. A diferencia del seguro social, el MINSA le ha puesto énfasis a la remodelación de iniciativas público-privadas. Este aspecto encuentra asidero en lo señalado al inicio con respecto a la deliberada estrategia para la generación de espacios institucionales para la participación privada.

Finalmente, tanto las declaraciones de Helena Baltodano de SUSALUD como de Ariel Palomino del Ministerio de Salud recopiladas remiten a un balance con respecto a los dos ejes propuestos por Prats (2005) en la NGP. Sobre el primer eje existen suficientes indicios para comprobar la prevalencia de la corriente “eficientista” de dicha perspectiva. Aspectos como la discrecionalidad y flexibilidad necesarios para la consecución de resultados, la delegación hacia determinados niveles y unidades operativas, el control gubernamental y la separación de la formulación de la provisión de servicios sanitarios son algunos de los aspectos hallados en la investigación. Como ocurrentemente mencionó el Sr. Ariel Palomino en la entrevista, EsSalud “es como una empresa”, debido principalmente a la procedencia de sus aportes.

Sin embargo, con el pasar de los años y especialmente por la continuación de la política institucional del seguro social, expresadas en la generación de contratos APP a nivel subnacional, el segundo eje mencionado por Prats (2005) ha ganado notoriedad (Merino, 2017). El aumento en la discrecionalidad ha tenido efectos en la transparencia y el acceso a la información sobre los componentes esenciales en una modalidad de APP. Este aspecto ha generado consecuencias negativas al momento de saber comunicar a diversas autoridades y gremios sobre las bondades que el modelo posee. Esto ha devenido en la inexistencia de técnicas y/o mecanismos

participativos en la gestión de la salud, uno de los elementos más resaltantes del eje de la responsabilización.



## CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES

La presente investigación ha tenido como objetivo principal conocer la principal modalidad de colaboración público-privada en el estado peruano como estrategia para incrementar las capacidades en materia sanitaria en la provisión de servicios básicos. La idea subyacente que engloban las múltiples dimensiones pertenecientes al argumento defendido es la importancia de las ideas. En los últimos años, la influencia de los organismos internacionales dota de directrices generales a los países que requieren el incremento de capacidades para hacer frente a problemas públicos en salud. Las transformaciones institucionales han respondido a ellas a través de un conjunto de estrategias que, en el caso del Perú y EsSalud, ha correspondido en la creación de espacios para animar a los actores privados a participar en la generación de experiencias público-privadas como las APP. Finalmente, el aspecto internacional e institucional no encuentran pleno desarrollo de no ser por la presencia de un conjunto de burócratas cuya autonomía les ha permitido avanzar planes a largo plazo en donde la participación privada es necesaria.

En esta sección final de la investigación se ponen de relieve algunos aspectos que se desprenden de la presencia de las Asociaciones Público Privadas en el Perú. En primer lugar, a la luz de la posterior expansión de experiencias de APP en el sector salud en las regiones. En efecto, en la actualidad se están dando las fases respectivas para dos nuevos hospitales en las regiones de Piura y La Libertad. Las lecciones de los casos estudiados en la presente investigación pueden contribuir a la retroalimentación de los procesos con el objetivo de evitar problemáticas que puedan afectar la viabilidad de los proyectos.

Un ejemplo sobre este aspecto lo provee la ex congresista de la república por el partido Fuerza Popular Karla Schaefer sobre la APP en Piura. En su gestión, la entrevistada hizo especial mención con respecto al rol a veces contraproducente que tienen los gobiernos regionales para establecer servicios de salud. Esto sucede de forma paralela debido a que posee autonomía que los faculta para establecer servicios públicos. Este aspecto encontró máxima expresión al momento de generar espacios de diálogo y negociación entre las autoridades nacionales y los gremios de médicos, enfermeras y demás profesionales de la salud.

Thompson & Miller (2003) manifiestan que debería existir un cambio sobre la concepción de la NGP que privilegia el aumento de la productividad en el sector público. De acuerdo a los autores, esto pasa por reevaluar la conexión que tiene con

los valores democráticos pues la provisión de servicios públicos necesariamente acrecienta los mecanismos de gobernabilidad democrática (Thompson & Miller, 2003, p. 355). La flexibilización de procedimientos administrativos no trae consigo perder de vista que todos los procedimientos que caracterizan al sector público están enraizadas en una concepción más amplia de valores democráticos.

Es en este aspecto que la transparencia y la rendición de cuentas juega un rol fundamental para un correcto entendimiento de los alcances que proveen las modalidades público-privadas en la provisión de servicios básicos. Arellano-Gault (2005b) realizó un estudio empírico sobre la aplicación de las técnicas de la NGP durante el periodo 1995-1997 en México. Sus resultados mostraron la necesidad de establecer mecanismos que promuevan la transparencia pues, de lo contrario, las acciones de las instituciones públicas generarían acciones sumamente negativas, propiciando el desorden (Arellano-Gault, 2005b, p. 411).

Rosa Seminario identifica otro elemento importante para un mejor diálogo para clarificar los beneficios y bondades de las modalidades de APP en salud. Según la entrevistada, es necesario considerar las distintas culturas organizacionales de las instituciones que forman parte de las mesas de negociación y diálogo pues es la única forma de poder establecer una estrategia conjunta sin generar perjuicios. Este es un aspecto recurrente, de acuerdo a su análisis. Primero sucedió con la gestación de los hospitales Barton y Kaelin y posteriormente se ha repetido el patrón con los proyectos de APP hospitalarios en Piura y Chimbote.

La alusión a la cultura organizativa es otro aspecto señalado por el eje de la responsabilización en la NGP. Según Román (2001), este aspecto se ha subestimado al no poder ser analizado a través de parámetros cuantificables, convirtiéndolos en incapaces de ser medidos bajo los criterios de eficacia y eficiencia. Con el pasar de los años esto ha devenido en el problema que hemos señalado sobre la rendición de cuentas y transparencia. En palabras del autor, la NGP debe reclamar:

“Personas que, conscientes de su margen para tomar decisiones que afectan a la colectividad, sean responsables de acciones que, en definitiva, están encaminadas a conseguir el bien público. Personas que, convencidas de su importancia en el mecanismo democrático que asegura la consecución de un Estado social y de derecho se empapen del ethos democrático (...) y entiendan que mejorar la gestión de los servicios públicos es, en definitiva, mejora nuestra democracia” (p. 241)

Por lo tanto, es necesario con instituciones que, sin desmedro del logro de criterios medibles orientados al logro de resultados, sean capaces de adaptarse a cambios que se produzcan en el entorno. Se trata de un abalace adecuado sobre las prioridades internas y su interrelación con otros actores sociales en las instituciones. Esto, sin lugar a dudas, se traduce en un verdadero cambio del cuadro administrativo con respecto a modelos alternativos, especialmente con el paradigma previo a la NGP (Bañón, 1997).

En otro plano de discusión, la existencia de las APP en la región origina discusiones de carácter teórico sobre las dificultades que acarrea la imbricación de las capacidades público-privadas.

El análisis de Cunill Grau (2016) sobre las APPs en la región identifica algunas “tensiones emergentes” que resultan pertinentes. En primer lugar, existe una tensión entre la democracia y el corporativismo en servicios públicos. La sobrestimación de actores, instituciones y corporaciones privadas en sus capacidades difumina las desigualdades de poder existentes en los países latinoamericanos. Lo peor que puede suceder es el uso corporativo de la participación ciudadana en lugar de generar canales que democratizen la toma de decisiones. Estamos hablando de canales equitativos de distribución del poder a lo largo y ancho de la sociedad (Dahl & Soss, 2014; Jacobs, 2014).

Otro aspecto es el de la tensión entre lógica pública y lógica mercantil, componentes vitales de los actores públicos y privados, respectivamente. La literatura sobre las APP tiende a sobredimensionar el aporte de los recursos de ambos espectros sin realizar un análisis pormenorizado de las ventajas comparativas en un esquema general que privilegie las interdependencias. Bode & Brandsen (2014) indican que este fenómeno ocurre con especial reiteración en los sectores de salud y del cuidado, caracterizados precisamente por generar “formas de organización híbridas” (p. 1063).

La última fuente de tensión es donde las relaciones de colaboración y de transacción no encuentran un correlato apropiado debido a la divergencia entre los propósitos, mecanismos y condiciones que dichos esquemas proponen. Por un lado, el propósito de las relaciones de colaboración es la creación de sinergia mientras que diversos estudios coinciden en el aspecto estrictamente transaccional de las APP. Esto limita significativamente la conformación de relaciones asociativas, motivo ulterior que proponen las APP y que también se encuentran en la esencia de su

génesis. Un caso paradigmático es el que proporciona Dwyer et al. (2014) respecto a las reformas emprendidas en Canadá, Nueva Zelanda y Australia en los servicios de salud considerando la participación de las organizaciones indígenas. Lo que se pudo observar es que al considerar a dichos actores como “co-principales”, en la práctica generan relaciones de naturaleza contractual específicamente.

Finalmente, ¿cómo es que los modelos de Asociaciones Público Privadas impactan en la generación de un sistema nacional de salud de calidad y universal? Al margen de las estrategias que buscan darle solución, como es la Cobertura Básica Universal en nuestro país, indudablemente el apoyo sostenido a modalidades que privilegien las bondades privadas tiene un impacto en el esquema general de la salud. La necesidad de comenzar una discusión sobre este tema se hace más pertinente a la luz de las graves consecuencias ocasionadas por el coronavirus en nuestro país.

¿De qué manera la participación privada puede contribuir a la generación de un correcto sistema público de salud? En un ensayo realizado por Alexandro Saco (2014), reconocido profesional y activista en el campo de la salud, el sistema de salud nacional se encuentra en un momento crítico pues el actual esquema que manejan las instituciones de salud no apunta hacia el criterio de aseguramiento. En su visión, “los sucesivos gobiernos han confundido el sistema de salud con el sistema de seguros de salud” (p. 117). Esto invariablemente encuentra asidero en el criterio de aseguramiento que se posee en la actualidad en desmedro de las necesidades reales de la población.

Según su perspectiva, pueden existir otros paradigmas alternativos que enmarcan la participación privada en un contexto “universalista”. Medidas para alcanzar dicho horizonte pueden encontrarse en establecer topes a las utilidades, medidas de reinversión de excedentes en favor del sistema, entre otras. Consideramos que propuestas alternativas como esta pueden nutrirse de los elementos del eje de la responsabilización desarrollados en la sección de la NGP.

Esto no significa necesariamente que la participación privada sea esencialmente negativa en el campo de la salud. Es más, según una entrevista realizada al autor, la participación privada ya existe desde hace muchos años, convirtiéndose en elementos definitorios de nuestro sistema de salud como es la preeminencia del gasto de bolsillo por parte de los/las ciudadanos. El problema pasa por articular las diversas instituciones que componen el entramado público de la salud, esquema en el que instituciones que componen el entramado público de la salud,

esquema en el que EsSalud es diferente a otras instituciones debido a las características ya desarrolladas que la dotan de autonomía administrativa, técnica, financiera, entre otros criterios.

De esta manera, podemos observar una visión diferente sobre la existencia de EsSalud, resaltando las características principales de nuestro sistema sanitario. Como mencionamos en su respectiva sección, la fragmentación institucional con la interdependencia de diversos esquemas con sus respectivos elementos normativos hace muy difícil una convergencia eficaz. Para el entrevistado, bajo esta interpretación, EsSalud funciona en un “esquema de aislamiento” del sistema en su totalidad pues privilegia criterios sanitarios que no se condicen con las necesidades de la población. “La salud se juega en el primer nivel”, menciona el Sr. Saco.

Para concluir, sería interesante situar en la agenda de las colaboraciones público-privadas enfoques más recientes con respecto al tratamiento de la salud. Por ejemplo, la prevención de la salud ha ganado notoriedad con los recientes sucesos de la pandemia debido a que es un momento idóneo para generar criterios territoriales en el tratamiento de la salud y la superación de enfoques enteramente biologicistas de la salud que se concentran en la salud a través de la identificación de enfermedades y sus respectivos procedimientos para su superación. Sin lugar a dudas, el campo de las asociaciones público-privadas posee un amplio potencial para superar problemas endémicos de la sociedad, siempre y cuando se realicen análisis pertinentes.

## REFERENCIAS

Alcalde-Rabanal, J., Lazo-González, O. & Nigenda, G. (2011). Sistema de salud de Perú. *Salud Pública*, 53(2), pp. 243-254.

Acerete, B., Stafford, A. & Stapleton, P. (2011). Spanish Healthcare Public Private Partnerships: The 'Alzira Model'. *Critical Perspectives on Accounting*, 11(6), 533-549.

Aragón, J. & Guibert, Y. (2014). *Metodología y Diseños de Investigación en Política Comparada*. Escuela de Gobierno y Políticas Públicas. Pontificia Universidad Católica del Perú.

Banco Interamericano de Desarrollo (2011). *10 Años de Asociaciones Público Privadas (APP) en Salud en América Latina. ¿Qué hemos aprendido?*. Nota 1 de la serie de notas técnicas sobre asociaciones público privadas en el sector de la salud en América Latina.

Banco Interamericano de Desarrollo (2016). *10 Años de Asociaciones Público Privadas (APP) en Salud en América Latina. ¿Qué hemos aprendido?*. Nota 4 de la serie de notas técnicas sobre asociaciones público privadas en el sector de la salud en América Latina.

Banco Mundial (1993). *Informe sobre el Desarrollo Mundial. El Estado en un mundo en transformación*. Washington D.C., EE.UU.

Banco Mundial (1997). *Informe sobre el Desarrollo Mundial. El Estado en un mundo en transformación*. Washington D.C., EE.UU.

Banco Mundial (1998). *Mas allá del Consenso de Washington. La Hora de la Reforma Institucional*. Estudios del Banco Mundial sobre América Latina y el Caribe. Washington D.C., EE.UU.

Banco Mundial (2011). *Mejorando los resultados mediante el fortalecimiento de los derechos de los usuarios y de la gestión del sector público*. Informe N° 59218-PE Unidad de Gestión del Sector de Desarrollo Humano. Unidad de Gestión de Países Andinos, Región de América Latina y el Caribe. Banco Mundial.

Banco Mundial (2016). *Public-Private Partnerships in Health. World Bank Group Engagement in Health PPPs*. An IEG Synthesis Report, Washington, D.C.

Bennett, A. & Checkel, J. (eds.) (2014). *Process Tracing. From Metaphor to Analytics Tool*. Cambridge University Press, Londres, Reino Unido.

Barba, C. (2007). América Latina: Regímenes de Bienestar en Transición durante los años Noventa: Inseguridad y Protección Social en los Países Desarrollados y en América Latina. *Cuaderno CRH*, 20(50), pp. 197-211.

Barzelay, Michael (2001). *Origins of the New Public Management. An international view from public administration/political science*. Routledge.

Bañón, R. & Carrillo, E. (Comps.) (1997). *La Nueva Administración Pública*. Alianza Universidad Textos. Madrid, España.

- Benington, J. (2011). *From Private Choice to Public Value?*. Public Value: Theory and Practice. J. Benington & M. Moore (eds.). Georgetown University Press.
- Bloomgarden, D. & Maruyama A. (2008). *Retrospectives Infrastructure and Public-Private Partnerships in Latin America and the Caribbean*. FOMIN, Washington, D.C.
- Bode, I. & Brandsen, T. (2014). State-Third Sector Partnerships: a Short Overview of Key Issues in the Debate. *Public Management Review*, 16(8), pp. 1055-1066.
- Bozeman, B. (2007). *Public Values and Public Interest: Counterbalancing Economic Individualism*. Georgetown University Press, Washington.
- Brinkerhoff, D. & Brinkerhoff, J. (2011). Public Private Partnerships: Perspectives on Purpose, Publicness and Good Governance. *Public Administration and Development*, 31(1), pp. 2-14.
- Bryson, J., Crosby, B. (2014). Public Value Governance: Moving Beyond Traditional Public Administration and the New Public Management. *Public Administration Review*. 74(4), pp. 445-456.
- Campaña 'Jubilee Debt' (2017). *The UKs PPPs Disaster: Lessons on Private Finance for the Rest of the World*. Febrero 2017. Recuperado de <https://jubileedebt.org.uk/report/uks-pps-disaster-lessons-private-finance-rest-world>
- CEPAL (2005). *Panorama Social de América Latina – 2004*. Naciones Unidas. Santiago, Chile.
- CEPAL (2006). *Base de datos de inversión social*. Recuperado de observatoriosocial.cepal.org.
- CEPAL (2008). *Panorama Social de América Latina – 2007*. Naciones Unidas. Santiago, Chile.
- CEPAL (2015). *Desarrollo Social Inclusivo. Una Generación de Políticas para Superar la Pobreza y Reducir la Desigualdad en América Latina y el Caribe*. Conferencia Regional sobre Desarrollo Social de América Latina y el Caribe. CEPAL, Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social del Perú y PNUD, 2 al 4 de Noviembre. Lima, Perú.
- Cid, C., Pescetto, C., Pagano, J., Del Riego, A. & Fitzgerald, J. (2017). *Health Financing and Financial Protection in the Americas Conference: Universal Health Coverage*. Pan American Health Organization (PAHO). Tokio, Japón.
- Chapman, T., Brown, J., Ford, C., & Baxter, B. (2010). Trouble with Champions: Local Public Third-Sector Partnerships and the Future Prospects for Collaborative Governance in the UK. *Policy Studies*, 31(6), pp. 613-630.
- Chung, D. (2009). Developing an Analytical Framework for Analysing and Assessing Public-Private Partnerships: A Hospital Case Study. *Economic and Labour Relations Review*, 19(2), pp. 69-90.
- Collier, David (2011). Understanding Process Tracing. *Political Science and Politics*, 44(4), pp. 823-830.

Comendeiro-Maaloe, M., Ridao-López, M. Gorgemand, S. & Bernal-Delgado, E. (2019). A Comparative Performance Analysis of a Renowned Public Private Partnership for Health Care Provision in Spain between 2013 and 2015. *Health Policy*, 123 (4), pp. 412-418.

Cucunubá, Z., Manne-Goehler, J., Díaz, D., Nouvellet, P., Bernal, O., Marchiol, A., ... Conteh, L. (2017). How Universal is Coverage and Access to Diagnosis and Treatment for Chagas Disease in Colombia? A Health System Analysis. *Social Science and Medicine*, 175, pp. 187-198.

Cunill Grau, N. (2016). La Protección de Servicios de Protección Social. Confrontando el Debate Anglosajón con los Imperativos de América Latina. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, 66, pp. 35-66.

Dahl, R. & Soss, J. (2014). Neoliberalism for the Common Good? Public Value Governance and the Downsizing of Democracy. *Public Administration Review*, 74, 4, pp. 496-504.

Dammert, M. (2009). La ética pública y las amenazas de la república lobbysta. *Perú Hoy*, (16), pp. 57-62. DESCO, Centro de Estudios y Promoción del Desarrollo. Lima

Dargent, E. (2011). Agents or Actors? Assessing the Autonomy of Economic Technocrats in Colombia and Peru. *Comparative Politics*, 43(3), pp. 313-332.

Dargent, E. (2011). Capacidad de respuesta del Estado en el Perú: crisis, desafíos y entorno cambiante. *Revista de Ciencia Política y Gobierno*, 2(4), pp. 11-22.

Decreto Legislativo 1012 de 2008. Ley Marco de Asociaciones Público-Privadas para la Generación de Empleo Productivo y Dicta Normas para la Agilización de los Procesos de Promoción de la Inversión Privada. 13 de Mayo de 2008.

Decreto Legislativo 839 de 1996. Ley de Promoción de la Inversión Privada en Obras Públicas de Infraestructura y de Servicios Públicos. 19 de Agosto de 1996.

Decreto Legislativa 758 de 1991. Ley que dicta Normas para la Promoción de las Inversiones Privadas en la Infraestructura de Servicios Públicos. 13 de Noviembre de 1991.

Decreto Supremo 060-96-PCM. Normas con rango de ley que regulan en concesión al Sector Privado de las obras públicas de infraestructura y de servicios públicos. 27 de Diciembre de 1996.

Decreto Supremo 132-97-EF. Reglamento de los Beneficios Tributarios para la Inversión Privada en Obras Públicas de Infraestructura y de Servicios Públicos. 27 de Octubre de 1997.

Decreto de Urgencia 001-2011. Disposiciones Extraordinarias para facilitar la promoción de la inversión privada en determinados proyectos de inversión, asociaciones público privadas y concesión de obras públicas de infraestructura y de servicios públicos por parte del gobierno central. 18 de Enero de 2011.

Durand, F. (2012). El Debate sobre la Captura del Estado Peruano. *Perú Hoy*, pp. 11-

45. Lima: DESCO.

Dwyer, J., Boulton, A., Lavoie, J., Tenbenschel, T., & Cumming, J. (2014). Indigenous People's Health Care: New Approaches to Contracting and Accountability at the Public Administration Frontier. *Public Management Review*, 16, 8, pp. 1091-1112.

Eibenschutz, C. (2007). *Atención médica, neoliberalismo y reforma sanitaria en México*. En: la seguridad social: retos de hoy. Molina, R. (Coord.). Universidad Autónoma de México. Iztapalapa, México.

Eibenschutz, C., Saco, A., Tamez, S., Zafra, X. & Ramírez, R. (2014). Reflexione sobre el proceso de reforma sanitaria (1993-2013) y participación social en Perú. *Saúde Debate*, 38(103), pp. 872-882.

Elvidge, J. (2012). *The Enabling State: A Discussion Paper*. Dunfermline Carnegie UK Trust.

Eurodadd (2013). *Health and Economics Analysis for an Evaluation of the Public-Private Partnerships in Healthcare Delivery across the EU*. Documento de Investigación.

Eurodadd (2018). *History RePPPeated*. Documento de Investigación.

Eurodadd (2019). *Asociaciones Público-Privadas y Asistencia de Salud Universal en América Latina: ¿a qué costo?*. Documento Informativo. Octubre 2019.

Ferrando, Juan (2014). *Hacia un Modelo de Protección Social Universal en América Latina*. CEPAL, Serie Políticas Sociales, 188. Santiago, Chile.

Franco, Rolando (2004). *Institucionalidad de las Políticas Sociales: Modificaciones para Mejorar su Efectividad*. FLACSO, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Sede Chile.

Garcé, A. (2015). El institucionalismo discursivo como oportunidad. La ciencia política latinoamericana y el estado del arte en la literatura sobre el poder político de las ideas. *Políticas y Gobierno*, 22(1), pp. 199-226.

García, A. & Camacho, J. (2004). *Regulación de los Servicios Sociales y Autoridad Social*. CEPAL. Santiago, Chile. Borrador.

García-Marzá, D. (2007). Responsabilidad social de la empresa: una aproximación desde la ética empresarial. *Veritas. Revista de Filosofía y Teología*, 2, 17, pp. 183-204. Valparaíso, Chile.

Gerring, J. & Cojocar, L. (2015). *Case-Selection: A Diversity of Methods and Criteria*. Departamento de Ciencia Política. Universidad de Boston.

Getha-Taylor, Heather (2012). Cross-Sector Understanding and Trust. *Public Performance and Management Review*, 36(2), pp. 216-229.

Grindle, M. & Thomas, J. (1991). *Public Choice and Policy Change: The Political Economy of Reform in Developing Countries*. The John Hopkins University Press.

Londres, Reino Unido.

Haigh, N. & Hoffman, A. (2012). Hybrid Organizations: The Next Chapter of Sustainable Business. *Organizations Dynamics*, 41(2), pp. 126-134.

Hall, David (2015). *¿Por qué las Asociaciones Público-Privadas (APPs) no Funcionan? Las Numerosas Ventajas de la Alternativa Pública*. Internacional de Servicios Públicos. Universidad de Greenwich, Reino Unido.

Hall, P. & Taylor, R. (1996). Political Science and the Three “New Institutionalisms”. *Political Studies*, 44, pp. 936-957.

Holden, Chris (2009). Exporting Public-Private Partnerships in Healthcare: Export Strategy and Policy Transfer. *Policy Studies*, 30(3), pp. 313-332.

Hunter, B. & Murray, S. (2019). Deconstructing the Financialization of Healthcare. *Journal of Development and Change*, 50(5), pp. 1263-1287.

Jacobs, L. (2014). The Contested Politics of Public Value. *Public Administration Review*, 74(4), pp. 480-494.

Kerstenetzky, C. & Kerstenetzky, J. (2015). O Estado (de Ben-Estar Social) como Ator de Desenvolvimento. Uma História das Ideias. *Dados*, 58(3).

Kindornay, S., Tissot, S. & Sheiban, N. (2014). *The Value of Cross Sector Development Partnerships: Research Report*. The North-South Institute, Ottawa.

Kingdon, J. (1995). *The Policy Window, and Joining the Stream. Agendas, Alternatives and Public Policies*. Harper Collins College Publishers, Nueva York.

Kitschelt, H. (1999). Panoramas de Intermediación de Intereses Políticos: Movimientos Sociales, Grupos de Interés y Partidos a Comienzos del Siglo XXI. *RIPS Revista de Investigaciones Políticas y Sociológicas* 1(2), pp. 7-25.

Laurell, A. C. (2009). *Aseguramiento universal en los sistemas de salud de América Latina*. Organización Panamericana de Salud. Washington D.C., Estados Unidos.

Laurell, A.C. (2010). *Revisando las políticas y discursos en salud en América Latina*. Revista Medicina Social, 5. Montevideo, Uruguay. Disponible en: <http://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/403/816>.

Lethbridge, J. (2016). *Unhealthy Development: The UK Department for International Development and the Promotion of Health Care Privatisation*. Public Services International Research Unit. UNISON, Londres, Reino Unido.

Levy, J. (2008). Case Studies: Types, Designs, and Logics of Inference. *Conflict Management and Peace Science*, 25(1), pp. 1-18.

Ley 29344 (Jueves 9 de Abril de 2009). Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud. Lima: Diario Oficial El Peruano.

Lindblom, C. (1991). *The Policy Making Process*. Prentice Hall, Inc.

- Llumpo, A., Montagu, D., Brashers, E., Foong, S., Abuzaineh, N. & Feachem, R. (2015). *Lessons from Latin America: The Early Landscape of Healthcare Public-Private Partnerships*. Healthcare Public-Private Partnership Series, N°2. The Global Health Group, Global Health Sciences, University of California, San Francisco, EEUU.
- Macinko, J., Guanais, F., Mullachery, P. & Jimenez, G. (2016). Gaps in Primary Care and Health System Performance in Six Latin American and Caribbean Countries. *Health Affairs*, 35(8), pp. 1513-1521.
- Mahoney, J. (2010). After KKV: The New Methodology of Qualitative Research. *World Politics*, 62(1), pp. 120-147.
- Mahoney, J. & Thelen, K. (2010). *Explaining Institutional Change: Ambiguity, Agency, and Power*. Cambridge University Press.
- Mahoney, J. & Thelen, K. (2010). *A Theory of Gradual Institutional Change*. En: "Explaining Institutional Change: Ambiguity, Agency and Power". James Mahoney and Kathleen Thelen (eds.). Cambridge University Press.
- Merino, F. (2017). *Ética en la función pública. De la indiferencia al reconocimiento*. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. Lima, Perú.
- McKee, M., Edwards, N. & Atun, R. (2006). *Public-Private Partnerships for Hospitals*. Bulletin of the World Health Organization, 84(11), 890-896.
- Ministerio de Salud (2008). *Cuentas Nacionales de Salud. 1995-2012*. Dirección General de Planeamiento y Presupuesto. Unidad Funcional de Estudios Económicos en Salud. Lima, Perú.
- Menicucci, T. (2011). *Público e Privado na Política da Assistência e Saúde no Brasil: Atores, Processos e Trajetória*. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro.
- Montagu, D. & Harding, A. (2012). A Zebra or a Painted Horse? Are Hospitals PPP's Infrastructure Partnerships with Stripes or a Separate Species?. *World Hospitals and Health Services*, 48(2), pp. 15-19.
- Moore, M. (1995). *Creating Public Value: Strategic Managements in Government*. Harvard University Press, Cambridge.
- National Audit Office (2015). *The Choice of Finance for Capital Development*. HM Treasury.
- North, D. (2014). Institutions. *Journal of Economics Perspectives*, 5, 1, pp. 97-112.
- Olías de Lima, B. (2001). *La evolución de la gestión pública: la nueva gestión pública*. En: La Nueva Gestión Pública. Olías de Lima, Blanca (Coord). Pearson Educación. Madrid, España.
- Organización Mundial de la Salud (2010). *La Financiación de los Sistemas de Salud. El camino hacia la cobertura universal*. Ginebra, Suiza.
- Osborne, S. (2010). *The New Public Governance? Emerging Perspectives on the*

*Theory and Practice of Public Governance*. Taylor & Francis Group, Routledge, Londres.

Peters, B. & Pierre, J. (1998). Governance without Government? Rethinking Public Administration. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 8, pp. 223-243.

Prats, J. (2005). *De la burocracia al "management", del "management" a la gobernanza. Las transformaciones de las administraciones públicas de nuestro tiempo*. Instituto Nacional de Administración Pública (INAP). España.

Robles, C., Calero, A., Danani, C., Boltvinik, J., Almerida, C., Cardoso, C., ... Bosch, M. (2013). *Persistencias de la Pobreza y Esquemas de Protección Social en América Latina y el Caribe*. CLACSO, Buenos Aires, Argentina.

Romero, M. J. & Gideon, J. (2020). *Una Revisión de las APP en Salud en América Latina*. Cuaderno de Trabajo N° 58. Departamento Académico de Ciencias Sociales, Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.

Saco, A. (2014). *La disputa por el sistema de salud*. En: "Más a la derecha Comandante". Toche, Eduardo y Acevedo, Jorge. DESCO, Centro de Estudios y Promoción del Desarrollo. Lima, Perú.

Schmidt, V. (2008). Discursive Institutionalism. The Explanatory Power of Ideas and Discourse. *Annual Review of Political Science*, 11, pp. 303-326.

Shaoul, J. (2011). Sharing Political Authority with Finance Capital: The Case of Britain's Public Private Partnerships. *Policy and Society*, 30(3), pp. 209-220.

Streeck, W. & Thelen, K. (2005). *Beyond Continuity: Institutional Change in Advanced Political Economies*. Oxford University Press.

Tanaka, Martín. (2008). Del voluntarismo exacerbado al realismo sin ilusiones. El giro del APRA y de Alan García. *Nueva Sociedad*, 217(95), pp. 172-184.

Taylor, R. & Blair, S. (2002). *Public Hospitals: Options for Reform through Public-Private Partnerships*. Grupo del Banco Mundial, Private Sector and Infrastructure Network. Public Policy for the Private Sector, Nota N° 241.

Titelman, D., Cetrángolo O., Acosta, O. La cobertura universal de salud en los países de América Latina: cómo mejorar los esquemas basados en la solidaridad. *MEDICC Review*, 2015, 17, p. 68-72.

Thompson, F. & Miller, H. (2003). New Public Management and Bureaucracy Versus Business Values and Bureaucracy. *Review of Public Personnel Administration*, 23, 4, pp. 328-343.

Torchia, M. & Matos, R. (2015). Public-Private Partnerships in the Health Care Sector: A Systematic Review of the Literature. *Public Management Review*, 17, pp. 236-261.

USAID (2011). *Estudio de Gasto y Financiamiento en Salud, año 2011*. Washington, D.C., EE.UU.

Unión Europea (2014). *Health and Economic Analysis for an Evaluation of the Public-Private Partnerships in Health Care Delivery across Europe*. Expert Panel of Effective Ways of Investing in Health (EXPH).

Van Gestel, N., Koppenjan, J., Schrikver, I., Van de Ven, A. & Veeneman, W. (2008). Managing Public Values in Public-Private Networks: A Comparative Study of Innovative Public Infrastructure Projects. *Public Money and Management*, 28(3), pp. 139-146.

Waluszewski, A., Hakansson, H. & Snehota, I. (2019). The Public-Private Partnership (PPP) Disaster of a New Hospital-Expected Political and Existing Business Interaction Patterns. *Journal of Business & Industrial Marketing*, 34(5), pp. 1119-1130.

Weimar, D. & Vining, A. (1999). *Policy Analysis: Concepts and Practice*. New Jersey: Prentice Hall, Inc.

Weihe, G. (2008). Public-Private Partnerships and Public-Private Value Trade-Offs. *Public Money and Management*, 28(3), pp. 153-158.

Weyland, Kurt (2006). *Bounded and Policy Diffusion: Social Sector Reform in Latin America*. Princeton University Press.

Weyland, Kurt (2008). Toward a New Theory of Institutional Change. *World Politics*, 60, 2, pp. 281-314.

Weyland, Kurt (2009). Institutional Change in Latin America: External Models and their Unintended Consequences. *Journal of Politics in Latin America*, 1, 1, pp. 37-66.

Winter, Janelle (2017). The Surge of Public-Private Partnerships for Health since the Millenium (WWW Document). Global Health Governance Programme. Recuperado de <http://globalhealthgovernance.org/blog/2017/7/21/the-surge-of-public-private-partnerships-for-health-since-the-millennium>.

## ANEXO A: Tabla de Entrevistas

Nombre	Cargo	Institución	Fecha	Modalidad
Virginia Baffigo	Ex Presidente Ejecutivo	EsSalud	11/10/21	Virtual
Rosa Seminario	Gerencia Central de Promoción y Gestión de Contratos de Inversión	EsSalud	16/11/21	Virtual
María Elena Fernández	Coordinadora de las Inversiones de la Salud	ProInversión	18/11/21	Virtual
Ariel Palomino	Asistencia de Dirección de Redes Integradas de Lima Norte	Ministerio de Salud (MINSA)	17/11/2021	Virtual
Helena Baltodano	Intendencia de Supervisión de IPRES	SUSALUD	17/11/21	Virtual
Karla Schaeffer	Ex Congresista	Congreso de la República	13/10/21	Virtual
Alexandro Saco	Director Ejecutivo	Secretaría de Coordinación del Consejo de Salud (MINSA)	19/11/21	Virtual

Fuente: Elaboración Propia

## ANEXO B: GUIA DE PREGUNTAS

Sobre la participación privada en EsSalud:

1° ¿Cuál es el rol de la participación privada en la institución?

2° ¿Desde cuándo puede identificar un aumento en el apoyo a la participación privada?

3° ¿Cuál cree que son las razones por las cuales se deciden por las modalidades de APP?

Sobre el rol de conocimiento técnico en relación a factores políticos:

1° ¿Considera usted que el apoyo a la participación privada en la institución responde a criterios técnicos o medidas políticas propias de una coyuntura?

2° De ser el último caso, ¿podría mencionar algunos aspectos relevantes que recuerde?

3° ¿Cómo calificaría usted el apoyo de los gobiernos nacionales a la participación privada?

4° ¿Cuál crees usted que ha sido el gobierno que más apoyo ha dotado a las modalidades público-privadas en salud?

Sobre los hospitales Barton y Kaelin:

1° ¿Cómo se gestaron los acuerdos de APP en ambos hospitales?

2° ¿Quiénes son los participantes públicos como privados involucrados en ambos proyectos?

3° ¿Cuál sería su opinión con respecto al desempeño de ambos casos? ¿representan casos exitosos a emular? ¿o posee algunas críticas?

Sobre la importancia de espacios institucionales para la provisión privada en EsSalud:

1° ¿Cuál es el rol de dichos espacios al momento de colaborar con actores privados en la provisión de servicios sanitarios?

2° ¿Puede identificar los beneficios que traen consigo dichos espacios? ¿cuál es su opinión sobre los aspectos negativos (si los hubiera)?

3° ¿Cuáles son las herramientas/recursos con las que cuentan tanto los actores de actores privados y los burócratas en dichos espacios?

Sobre la importancia del sector privado para el sistema nacional de salud:

1° ¿Cuál es la importancia de la participación privada para la reforma de salud?

2° ¿Cómo ayuda la participación privada para la elaboración de un sistema nacional de salud público, universal y de calidad?

## ANEXO C: CONSENTIMIENTO INFORMADO

## FORMATO PARA LAS ENTREVISTAS PERSONALES

Invitación a participar: Le estamos invitando a participar en el proyecto de investigación de tesis de licenciatura “Los factores explicativos de la implementación de las modalidades de Asociación Público Privada en el sector salud”.

Objetivos: Esta investigación tiene por objetivo integrar su conocimiento y experiencia en el sector público de la salud. El estudio incluye la presentación del tema, la evidencia existente e información relacionada a los casos estudiados en la institución de EsSalud.

Procedimientos: Si Ud. Acepta participar será sometido/a, por un periodo máximo de 1 hora, una entrevista con una guía de preguntas previamente formuladas, la cual se le otorgará previa coordinación de la fecha y hora.

Por lo tanto, Yo

.....  
 identificado/a con el número de documento de identidad  
 ....., actuando a mi nombre y en calidad de  
 ..... (cargo y rol  
 del participante), acepto participar de manera voluntaria del proceso de recolección  
 de información para el proyecto en mención, realizado por el estudiante Jorge Renato  
 Cerna Montes identificado con número de documento de identidad 72209438.

Accedo a participar y me comprometo a responder las preguntas que se me hagan de  
 la forma más honesta posible, así como de participar en caso de ser requerido en  
 posteriores reuniones de ser necesario. Autorizo a que lo hablado durante las  
 entrevistas o sesiones de trabajo sea grabado en audio, así como también autorizo a  
 que los datos que se obtengan del proceso de investigación sean utilizados para  
 efectos de sistematización y publicación del resultado final de la investigación.

Expreso que el investigador me ha explicado con antelación el objetivo y  
 procedimiento de dicho proceso.

Sin otro particular.

Nombres y apellidos o firma:

N° DNI: .....