



Clínica rural en Masianokeng, a las afueras de la capital, Maseru, 2014. El 25% de la población rural de Lesoto tarda más de tres horas en desplazarse hasta el centro de salud más cercano. Foto: Sophie Freeman/Oxfam

UN DESVÍO PELIGROSO

El PPP modelo de la IFC amenaza con arruinar el presupuesto del Ministerio de Salud de Lesoto

El hospital Queen Mamohato Memorial fue construido para sustituir al antiguo hospital público de Lesoto por un partenariado público-privado (PPP), el primero de este tipo en un país de ingresos bajos. El PPP firmado en 2009 debía marcar el inicio de una nueva era de participación del sector privado en la sanidad africana. El modelo era percibido como el “buque insignia” de la Corporación Financiera Internacional (IFC), con la intención de exportarlo al resto del continente. Pero la realidad es que el Ministerio de Salud de uno de los países más pobres y más precarios del mundo se encuentra atrapado en un contrato a 18 años que ya consume más de la mitad (el 51%) de su presupuesto, al tiempo que proporciona beneficios del 25% a los accionistas privados. Es un desvío peligroso de los escasos fondos públicos de servicios de asistencia médica primaria en el medio rural, donde vive el 75% de la población del país. La experiencia de Lesoto confirma la experiencia en otros países de que este tipo de PPP tiene un alto coste financiero y entraña grandes riesgos, además de que no contribuye al objetivo de lograr una cobertura sanitaria universal y equitativa. Se deben exigir responsabilidades a la IFC por el deficiente asesoramiento prestado al Gobierno de Lesoto y por presentar ante el mundo este PPP como un éxito, pese a su coste insostenible.



Consumer Protection Association (Lesoto)



1 INTRODUCCIÓN

El Hospital Queen Mamohato Memorial, inaugurado en octubre de 2011, se construyó para sustituir al antiguo hospital público de Lesoto, el Queen Elizabeth II (QEII), ubicado en la capital, Maseru. Es el primero de este tipo que se construye en África y en un país de ingresos bajos, pues todas sus instalaciones fueron diseñadas, construidas, financiadas y gestionadas a través de un partenariado público-privado (PPP) que abarca también la prestación de todos los servicios clínicos. El PPP fue desarrollado con el asesoramiento de la Corporación Financiera Internacional (IFC), el brazo crediticio para el sector privado del Banco Mundial. El PPP debía proporcionar servicios sanitarios enormemente mejorados y de calidad por el mismo coste anual que el antiguo hospital público.

A día de hoy, el hospital PPP y sus tres clínicas anexas:

- cuestan 67 millones de dólares anuales, al menos tres veces más de lo que costaría hoy el antiguo hospital, y consumen más de la mitad (el 51%) del total del presupuesto público de salud del país;
- requerirán un aumento estimado del 64% en el gasto público sanitario a lo largo de los próximos tres años; de este aumento, el 83% corresponde a la partida presupuestaria del PPP;
- están desviando recursos vitales que deberían ir destinados a la atención primaria y secundaria en zonas rurales, donde vive el 75% de la población y donde la tasa de mortalidad va en aumento. Pese a la gran escasez de profesionales de salud debidamente cualificados, el presupuesto de recursos humanos se verá reducido en términos reales en los tres próximos años, ya que su crecimiento medio anual será de tan solo el 4,7% anual (muy por debajo de la inflación);
- generarán un retorno de la inversión del 25% para los accionistas del PPP, con unos ingresos monetarios previstos que multiplicarán por 7,6 la inversión inicial;
- están mermando el presupuesto del Gobierno hasta tal punto que este considera que sería más rentable construir un nuevo hospital de distrito en la capital para atender al exceso de pacientes que pagar al consorcio del PPP para que lo haga. De hecho, este plan fue anunciado en la presentación de los presupuestos en febrero de 2014.

Lesoto, un pequeño país montañoso y sin litoral enclavado dentro de Sudáfrica, enfrenta enormes retos para su desarrollo. Es uno de los países menos equitativos del mundo: tiene un coeficiente de Gini de 0,53¹ y el 10% de los hogares más ricos representa más de la mitad del consumo total.² Más del 57% de la población (los basutos) vive por debajo del umbral de pobreza.³ En las zonas rurales el índice de pobreza es un 50% más elevado que en las zonas urbanas.⁴

Lesoto es el tercer país del mundo más castigado por el VIH y el SIDA, con una prevalencia del 26% en mujeres y el 19% en hombres.⁵ La esperanza de vida ha caído desde los 60 años en 1990 a tan solo 50 años en 2011,⁶ y la

mortalidad materno-infantil va en aumento.⁷ La tasa de mortalidad en menores de 5 años es un 40% superior entre la población del quintil más pobre que la del quintil más rico, y las diferencias en tasas de mortalidad entre las personas que viven en la región de la capital y las de las zonas rurales son enormes.⁸ Es menos probable que las personas en situación de pobreza busquen atención médica debido principalmente a los costes y la distancia que deben recorrer para obtenerla: el 25% del quintil de población más pobre y el 25% de las personas que viven en el medio rural tardan más de tres horas en llegar al centro de salud más próximo.⁹

Hay una necesidad apremiante de actuar contra la pobreza y las desigualdades extremas de ingresos y salud en Lesoto. Las investigaciones recientes de Oxfam han subrayado el importante papel que pueden desempeñar los servicios de salud públicos, universales, equitativos y gratuitos para reducir la desigualdad tanto en países ricos como en países pobres.¹¹ El Fondo Monetario Internacional (FMI) reconoce que es imprescindible invertir en servicios de salud y educación para lograr un crecimiento económico y luchar contra la desigualdad.¹² El propio Grupo del Banco Mundial tiene dos objetivos claros: erradicar la pobreza extrema e impulsar una prosperidad compartida, y Jim Yong Kim, su presidente, ha afirmado en reiteradas ocasiones el papel fundamental que desempeñan la cobertura sanitaria universal y la equidad en materia de atención sanitaria a la hora de lograr esos objetivos.¹³

Para avanzar hacia la cobertura sanitaria universal y revertir la desigualdad en salud, el Banco Mundial aconsejó a Lesoto que diese prioridad a la sanidad y la nutrición en zonas rurales, donde hay un gran déficit de recursos.¹⁴ El plan de reforma a diez años del sector de la salud, publicado por el Gobierno en 2000 y financiado en parte por la Asociación Internacional de Fomento (AIF) del Banco Mundial, destacaba la necesidad de mejorar los servicios básicos de salud en zonas que carecen de los servicios adecuados.¹⁵ Aunque nadie dudaba de la necesidad de reformar completamente o sustituir el muy deteriorado hospital público de la capital, un documento del Banco Mundial sí cuestionó la eficacia de costes y la equidad de la propuesta, con datos que demostraban que suelen ser las personas más acomodadas, y los hombres más que las mujeres, quienes hacen un mayor uso de servicios hospitalarios caros.¹⁶

En este contexto, y dado que al parecer había alternativas de financiación públicas que deberían haberse analizado más a fondo con el Gobierno de Lesoto, resulta muy preocupante que la IFC pudiera apoyar una estrategia tan cara y arriesgada para sustituir al antiguo hospital público.

“Estas personas realmente nos necesitan, pero resulta demoledor cuando les damos cita en el hospital de la ciudad y nos dicen que no pueden acudir porque no tienen dinero para el transporte. Y yo me pregunto: ¿estoy ayudando a las personas que me motivaron para trabajar aquí, o estoy aquí simplemente para ver cómo sufren y se mueren, sin poder hacer nada?”

Auxiliar de enfermería, Clínica Ha-Mokoto, a 50km de la ciudad de Thaba-Tseka¹⁰

2 EL PPP DE SALUD DE LESOTO

Los partenariados público-privados (PPP) en el sector de la salud adoptan distintas formas, desde la externalización de servicios de apoyo concretos, como el *catering*, hasta aspectos más complejos que abarcan financiación, construcción, diseño y gestión de las instalaciones de los hospitales. El PPP de salud de Lesoto, descrito por un especialista como el más ambicioso jamás emprendido a nivel internacional,¹⁷ es uno de los pocos proyectos de características parecidas que se están llevando a cabo en todo el mundo.¹⁸ Los accionistas privados no solo debían financiar en parte, diseñar, construir, mantener y gestionar este nuevo hospital de 425 camas (de las cuales 35 iban destinadas a una unidad independiente para pacientes privados) y sus tres clínicas anexas, sino que también iban a utilizar su propio personal sanitario y prestar todos los servicios clínicos en nombre del Gobierno durante los 18 años de vigencia del contrato. A la finalización del contrato, el hospital y las clínicas pasarían a ser propiedad del Gobierno.

“El hospital PPP de Lesoto es uno de los proyectos de salud más innovadores del continente. Es impresionante ver cómo, sin incrementar el gasto público, es posible hacer mucho más para los basutos, para todos los ciudadanos, para los pacientes que necesitan tratamiento hospitalario.”

Ritva Reinikka, Directora de Desarrollo Humano para la región de África del Banco Mundial¹⁹

Cuadro 1: Partenariados público-privados para la sanidad

Casi todos los sistemas nacionales de salud incorporan alguna modalidad de PPP. El ejemplo más habitual es la adquisición de productos médicos en el sector privado. Este informe analiza una modalidad de PPP de salud concreta: construcción de las instalaciones y prestación de los servicios por un socio privado con ánimo de lucro, en el seno de un sistema de sanidad pública. Este tipo de PPP puede adoptar distintas formas:²⁰

- **Franquicia:** Las autoridades públicas contratan a una empresa privada para la gestión de un hospital ya existente
- **DBFO (diseño, construcción, financiación y gestión):** Un consorcio privado diseña las instalaciones siguiendo requisitos concretos de las autoridades públicas; el consorcio construye las instalaciones, financia la inversión y se encarga de su funcionamiento.
- **BOO (construcción, propiedad y gestión) o BOOT (construcción, propiedad, gestión y traspaso):** Las autoridades públicas contratan la prestación de servicios por un plazo determinado (por ejemplo 30 años), tras el cual la propiedad queda en manos privadas o, en el caso de BOOT, revierte en las autoridades públicas.
- **BOLB (compra, propiedad, cesión por arrendamiento):** Un contratista privado construye el hospital y las instalaciones se arriendan a las autoridades públicas, quienes se encargan de su gestión.
- **PPIP (partenariado integrado público-privado) o Modelo Alzira:** El contratista privado construye y gestiona el hospital, según un contrato que estipula que debe prestar atención médica a una población concreta.

Australia es el país con la mayor y más diversa combinación de estos modelos. En el programa de construcción de hospitales del Reino Unido predominan las iniciativas de financiación privada (PFI), un modelo DBFO. El PPP de Lesoto es de los pocos del mundo que abarca la prestación de servicios médicos, un modelo también denominado PPIP.

Nota: Siglas de los modelos según su denominación en inglés

En 2009, el contrato del PPP fue adjudicado al consorcio Tsepong Ltd, liderado

por Netcare (gestor hospitalario sudafricano e importante multinacional), y un grupo de accionistas locales para impulsar el crecimiento económico local.²¹

Este PPP estipula que Netcare debe tratar a todos los pacientes que acudan al hospital Queen Mamohato Memorial, hasta un máximo de 20.000 pacientes hospitalizados y 310.000 pacientes en consultas externas cada año. Los pacientes pagan las mismas tasas de usuario que en cualquier otra instalación pública. Quedan excluidos por razones de coste determinados servicios como trasplantes, cirugía vascular y cardíaca electiva, quimioterapia y radioterapia.²² El PPP establece que el nuevo hospital debe funcionar además como hospital universitario docente para la formación de los profesionales de salud del país, al igual que lo hacía el antiguo hospital QEII.²³

A cambio de todo ello, el Gobierno paga una tarifa anual unitaria para cubrir la inversión de capital y el coste de prestación de los servicios. Esta tarifa se actualiza únicamente en función de la inflación o si se acuerdan y añaden servicios adicionales no previstos en el contrato inicial. En el caso de que Netcare no cumpla los estándares de desempeño acordados, el Gobierno puede hacer deducciones de la tarifa a modo de sanción. Si el hospital trata a más pacientes del máximo especificado en el contrato, el Gobierno debe pagar un importe adicional de 4,72 dólares por cada consulta externa y 786 dólares por paciente hospitalizado (tarifas de 2007, sin IVA y sin ajuste por inflación).²⁴

El Banco Mundial aportó una ayuda de 6,25 millones de dólares a través de la Asociación Mundial para la Ayuda en Función de Resultados (GPOBA por sus siglas en inglés) en las etapas iniciales del proyecto, para ayudar a cubrir el coste de las clínicas anexas antes de que entrara en funcionamiento el hospital principal.²⁵

Según la teoría y la lógica que sustentaban el PPP de salud de Lesoto, la gestión privada lograría mejores resultados a un coste anual para el Gobierno idéntico al del antiguo hospital.

“El hospital PPP de Lesoto es uno de los proyectos de salud más innovadores del continente. Es impresionante ver cómo, sin incrementar el gasto público, es posible hacer mucho más para los basutos, para todos los ciudadanos, para los pacientes que necesitan tratamiento hospitalario.”

Ritva Reinikka, directora de Desarrollo Humano para la región de África del Banco Mundial.²⁶

Mucho antes de que se firmara el contrato PPP, la IFC, encargada de asesorar al Gobierno de Lesoto, afirmó que el modelo era un éxito rotundo, y proponía su exportación a otros países. En 2007, Bernard Sheahan, director de Servicios de Asesoría de la IFC, señalaba:

“Este proyecto es un nuevo modelo que Gobiernos y el sector privado pueden adoptar para la prestación de servicios sanitarios en África subsahariana y otras regiones. La estructura PPP permite al Gobierno ofrecer servicios de gran calidad de manera más eficaz y dentro del presupuesto previsto; para el sector privado representa una nueva y sólida oportunidad de mercado en el sector de servicios de salud”²⁷.

Pese a la existencia de un acervo considerable de datos que subrayan los elevados riesgos y costes inherentes a los PPP de salud en países tanto ricos como pobres (ver la Sección 5), la IFC ya está proporcionando asesoramiento para el desarrollo de un proyecto similar en Nigeria, y estudiando la posibilidad de hacerlo en Benín.²⁸ El Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido (DFID) ha aportado fondos por valor de cinco millones de dólares a

“Este proyecto es un nuevo modelo que Gobiernos y el sector privado pueden adoptar para la prestación de servicios sanitarios en África subsahariana y otras regiones.”

Bernard Sheahan, Director de Servicios de Asesoría de la IFC

la IFC para ampliar su labor de asesoría en torno a proyectos PPP de salud.²⁹ Los Gobiernos de Países Bajos, Sudáfrica y Japón también están financiando esa labor de asesoría de la IFC.³⁰

La IFC ha hecho alarde reiteradamente de su papel como asesor del Gobierno de Lesoto en materia del PPP de salud, labor por la cual obtuvo una comisión cercana a los 720.000 dólares cuando se firmó el contrato entre el Gobierno y Tsepong.³¹ El papel crucial desempeñado por la IFC, entre otros la representación del Gobierno en la planificación, el proceso de licitación y la negociación y firma del contrato, fue confirmado por todas las partes interesadas en el PPP de salud de Lesoto entrevistadas para la elaboración de este informe.

3 UN PROYECTO QUE NO HA LOGRADO CONTENER LOS COSTES

El PPP dista mucho de ser neutral en cuanto a costes (el principal argumento esgrimido a su favor). Poco después de que se inaugurara el nuevo hospital en 2011, John Lister, periodista y académico especializado en PPP de salud, hizo uso de los pocos datos disponibles para sugerir que el coste del nuevo hospital de gestión privada duplicaba ya el coste del viejo hospital público.³² Lister identificó además condiciones poco favorables del contrato PPP que dejaban al Gobierno expuesto a nuevas escaladas de costes en el futuro.³³

Los cálculos encargados y publicados por la IFC han confirmado que en 2012/13 el coste anual del nuevo hospital fue entre dos y tres veces mayor que el coste del hospital antiguo.³⁴ En 2006/7, el año de mayor coste antes de su cierre, el antiguo hospital consumió el 28% del total del presupuesto sanitario de Lesoto.³⁵ En 2012/13, el nuevo hospital privado costó 45 millones de dólares, más del 41% del presupuesto sanitario total.³⁶ Según el estudio de línea de base del proyecto, todo consumo presupuestario superior al 40% pondría en riesgo la disponibilidad de financiación adecuada para los servicios de salud en los distritos.³⁷

Los datos aportados por el Ministerio de Salud de Lesoto parecen indicar que en 2013/14 el coste del nuevo hospital privado ha seguido aumentando, para situarse en entre 3 y 4,6 veces lo que hubiera costado hoy el antiguo hospital público.³⁸ Estas cifras indican que el PPP consume ya hasta un 51% del presupuesto sanitario total, o 67 millones de dólares anuales.³⁹ El verdadero coste del nuevo hospital de gestión privada ya supera en casi dos veces y media la cantidad que el Gobierno de Lesoto y la IFC consideraron asequible antes de adjudicar el contrato.⁴⁰

El Banco Mundial y otras entidades afirman que la escalada de costes puede atribuirse en gran medida a que hay más pacientes de lo esperado utilizando el hospital, pero estas alegaciones pueden rebatirse con el hecho de que, incluso sin tener en cuenta estos gastos adicionales, el coste total del PPP en 2013/14 representaría el 44% del presupuesto sanitario total.⁴¹

Un ministro del Gobierno con el que habló Oxfam confirmó que el PPP “consume más de la mitad del presupuesto de salud” y está “lastrando enormemente al Gobierno”. En opinión del director de Operaciones de Netcare, hasta la fecha el nuevo hospital apenas ha tenido consecuencias financieras, pero “desgraciadamente ese impacto llegará en este año fiscal y creo que no será el esperado”.

Estos costes seguirán aumentando. Los gastos facturados por Tsepong antes del comienzo del nuevo ejercicio fiscal 2014/15 ya superaban los fondos públicos asignados al PPP.⁴² Entre tales gastos figuraba la solicitud por parte de Netcare de 6,6 millones de dólares no previstos para complementar los sueldos

El PPP “consume más de la mitad del presupuesto de salud. Está lastrando enormemente al Gobierno.”

Ministro, Gobierno de Lesoto

del personal del hospital privado. El reciente y merecido aumento en los sueldos del personal de sanidad pública ha generado diferencias salariales entre instalaciones públicas y privadas, por lo que el nuevo hospital está teniendo dificultades para retener a su personal. Pese a que podría haber razones de peso para exigir que Netcare asumiera esos costes, la empresa sostiene que deben ser compensados por el Gobierno.⁴³ Si el Gobierno accede a esta solicitud, es muy probable que se convierta en un coste adicional permanente; si no lo hace, el hospital no tendrá la capacidad necesaria para cubrir la demanda de servicios.

Un representante de uno de los accionistas más pequeños del consorcio Tsepong expresó su preocupación sobre la viabilidad financiera del PPP para el Gobierno. *“Tsepong pide más dinero constantemente. Para mí, es de suma importancia que el hospital se gestione de forma rentable. Pero es demasiado caro. Creo que va a agotar el presupuesto del Ministerio de Salud.”*

Un alto funcionario del Ministerio de Salud expresó la misma preocupación: *“No creo que podamos mantener este nivel de gasto. Es imposible cargar con esa lastra.”*

Los costes del PPP para el Gobierno de Lesoto y los contribuyentes basutos se disparan. Sin embargo, el modelo financiero del PPP de Lesoto confirma que la IFC ayudó a diseñar un contrato que generaría para Netcare y los demás accionistas de Tsepong un retorno de la inversión del 25%.⁴⁴ En proyectos hospitalarios de iniciativas de financiación privada en el Reino Unido, el retorno medio es de entre el 13% y el 18%, tasa que ya se considera muy rentable.⁴⁵ Cuando finalice el período de vigencia del contrato del PPP de Lesoto en 2026, se calcula que los accionistas de Tsepong habrán generado unos ingresos totales por valor superior a 7,6 veces el importe de su inversión inicial.⁴⁶

“Tsepong pide más dinero constantemente. Para mí, es de suma importancia que el hospital se gestione de forma rentable. Pero es demasiado caro. Creo que va a agotar el presupuesto del Ministerio de Salud.”

Accionista de Tsepong

Factores que contribuyen al incremento de costes

Son muchas y muy diversas las razones que contribuyen al elevado y creciente coste del PPP. Utilizando datos disponibles a nivel internacional (ver la Sección 5), muchas de esas razones parecen ser inherentes a los PPP de salud, hecho que suscita grandes interrogantes sobre por qué se llegó siquiera a proponer este modelo en un contexto de bajos ingresos y escasa capacidad. Otros incrementos de costes parecen deberse a deficiencias en la asesoría brindada por la IFC al Gobierno de Lesoto.

A continuación se presenta un análisis incompleto pero preocupante de los factores en juego. Es imposible realizar un análisis exhaustivo por la falta de transparencia de los PPP, y porque la información, que es de interés público, está protegida por cláusulas de confidencialidad comercial.

- **Escalada de costes en las etapas finales de la negociación contractual.** Es habitual que el contratista en los PPP de salud incremente los costes una vez elegido como *licitador preferente*. Llegado este punto, el sector público está en una posición negociadora más débil y el sector privado puede “aprovecharse” de él, inflando los precios y limitando el alcance de la transferencia del riesgo.⁴⁷ El Gobierno de Lesoto se encontraba en una posición especialmente vulnerable en las negociaciones por la falta de competencia en el proceso de licitación, ya que solo había dos candidatos.

Es evidente que Tsepong logró incrementar la tarifa unitaria anual de línea de base hasta los 24 millones de dólares (sin IVA), cifra un 42% por encima de lo que el Gobierno de Lesoto y la IFC consideraban “asequible”.⁴⁸ Sin duda se introdujeron también otros cambios que explicarían la rápida escalada de las tasas. Llegado ese punto y en su calidad de asesor, la IFC debería haber previsto y evitado el grave riesgo financiero que el PPP supondría en el futuro para el Gobierno.

- **Indexación errónea de la tarifa unitaria.** En todos los PPP, los accionistas privados incurren en gastos fijos como la devolución de préstamos, y costes operativos sujetos a la inflación. Por tanto, solo una parte de la tarifa unitaria anual que los Gobiernos pagan al proveedor privado debería estar sujeta a la inflación. Según el modelo financiero del PPP de Lesoto, al menos el 30% de los costes de Tsepong son costes fijos por devolución de deuda.⁴⁹ En la práctica, sin embargo, el total de la tarifa unitaria pagada por el Gobierno se ajusta cada año según la inflación.⁵⁰ Por otra parte, este incremento se calcula utilizando un complejo índice de inflación compuesto en el que tiene gran peso la tasa de inflación médica (el coste combinado de productos y servicios médicos) de Sudáfrica, que no de Lesoto.⁵¹ Esto quiere decir que el Gobierno de Lesoto no solo está abonando a Tsepong una tarifa unitaria significativamente superior a lo que sería razonable, sino que está expuesto además a una posible escalada de costes en el futuro por las tasa de inflación médica de Sudáfrica, que suele ser elevada.⁵² El hecho de que la IFC no corrigiera este modelo anómalo e injusto sugiere que no ha actuado atendiendo a los intereses a largo plazo del Gobierno de Lesoto.
- **Coste por pacientes adicionales.** La correcta estimación de la demanda de servicios es fundamental para determinar los costes. En el Ministerio de Salud hay funcionarios que opinan que las estimaciones encargadas por la IFC basadas en el antiguo hospital público eran demasiado bajas y no tuvieron en cuenta adecuadamente las deficiencias en el sistema de registro de datos.⁵³ Es posible también que existieran incentivos para que los partidarios del PPP calcularan la demanda a la baja con el fin de reducir la tarifa unitaria inicial.⁵⁴ Los datos oficiales indican un índice de hospitalización de la población del 3,2% anual, o 64.000 pacientes hospitalizados.⁵⁵ El PPP cubre menos de un tercio de esta cifra en la principal instalación del sector terciario del país. En su primer año completo de funcionamiento (2012), el número de consultas externas y pacientes hospitalizados superó el límite máximo especificado en el PPP en un 17% y un 21% respectivamente, generando un coste adicional de 4,3 millones de dólares para el Gobierno.⁵⁶ En 2013, el importe facturado al Gobierno por superar el número máximo de pacientes fue más del doble, alcanzando los 9,4 millones de dólares.⁵⁷
- **Aumento en el número de pacientes derivados a Sudáfrica.** Uno de los motivos que justificaban el PPP de salud era reducir el número de pacientes derivados a Sudáfrica para recibir cuidados especializados no disponibles en Lesoto, con los consiguientes costes añadidos. Sin embargo, entre 2007 y 2012 estos traslados aumentaron en un 61%.⁵⁸ Según Netcare, el número de pacientes derivados se está estabilizando y bajó en un 12% el año pasado,⁵⁹ aunque ha resultado difícil obtener datos fiables y actualizados. Nuestros informantes clave han confirmado que el Gobierno tiene dificultades para cubrir los cargos facturados por Netcare en concepto de traslados, y hay demoras en los pagos. La falta de información transparente y precisa sobre el número de pacientes derivados y las prácticas aplicadas en este sentido

es un problema que debe investigarse a fondo.

- **Servicios adicionales.** La flexibilidad necesaria para responder ante necesidades futuras no previstas en los servicios y el sistema de salud no parece cuadrar con un enfoque que blinda las responsabilidades de las partes contractuales, tanto públicas como privadas. Cualquier variación de lo estipulado en el contrato, incluyendo en los precios, debe ser negociada de nuevo. Es algo que ya ha sucedido varias veces en los pocos años que lleva en vigor el PPP de salud de Lesoto, y que ha incrementado su coste. Funcionarios clave del Ministerio de Salud entrevistados para este informe opinaron que el equilibrio de poder en estas negociaciones está claramente sesgado a favor de Netcare, dada su experiencia previa. Un ministro señaló además que las muchas lagunas del contrato dejan expuesto al Gobierno a futuros incrementos de los costes.
- **Gestión y supervisión deficiente del PPP.** En el caso de proyectos PPP, el escrutinio del sector público es fundamental para garantizar que los accionistas privados cumplan con sus responsabilidades y con los estándares de desempeño fijados, y que sean sancionados si no lo hacen. Uno de los estudios de línea de base de la IFC realizados para el PPP en 2009 concluyó que *“actualmente, no hay un nivel de conocimientos suficiente sobre funcionamiento de los hospitales, supervisión y análisis financiero y análisis de sistemas que haga posible gestionar el contrato PPP en el interés del Gobierno y de la ciudadanía de Lesoto...”*.⁶⁰ Todas las partes interesadas públicas y privadas del PPP de salud de Lesoto con las que habló Oxfam para la elaboración de este informe afirmaron que el Gobierno de Lesoto seguía sin tener la capacidad y la experiencia necesarias para gestionar el PPP de manera eficaz. Esto quiere decir, por un lado, que el Gobierno no debería haber puesto en marcha el PPP y, por otro, que el apoyo de capacitación en materia de PPP prestado por la IFC durante la vigencia de este proyecto no ha logrado resultados tangibles. Según un alto funcionario del Ministerio de Salud, no se realiza un escrutinio del desempeño de Netcare, ni se aplican tampoco sanciones monetarias en caso de incumplimiento de los estándares fijados. Un informante clave de Tsepong afirmó que *“el Ministerio de Salud no está gestionando nada bien el contrato; Netcare puede hacer lo que quiera y el Ministerio ni se enteraría.”* A muchas partes interesadas les preocupa también que se pusiera en marcha el PPP sin que exista una política o marco nacional de PPP.
- **Intereses por demoras en los pagos o impago de préstamos.** Como consecuencia de la escalada de costes, el Ministerio de Salud tiene dificultades a la hora de hacer frente a los pagos mensuales debidos a Tsepong. Cada pago efectuado fuera de plazo conlleva cargos adicionales, sumando hasta la fecha un total estimado de 755.000 dólares.⁶¹ El retraso en los pagos ha provocado a su vez el impago por Tsepong en varias ocasiones de la deuda que mantiene con el Banco de Desarrollo de Sudáfrica.⁶² Este hecho no solo pone en peligro la viabilidad del PPP, sino que podría tener efectos negativos en la calificación crediticia del Gobierno de Lesoto a nivel internacional, y por tanto en su capacidad para obtener financiación a intereses razonables en el futuro.^{63,64}

El elevado coste de la financiación privada

Un estudio encargado por la IFC en 2013 apunta a que es correcto descontar el coste de devolución de capital que se le carga al Gobierno de Lesoto a la hora de comparar el precio entre el nuevo y el viejo hospital, ya que en cualquier caso es un coste que el Gobierno hubiera tenido que asumir para construir un hospital nuevo.⁶⁵

Las reglas del juego parecen haber cambiado sobre la marcha, ya que el PPP se justificaba alegando que el coste total del nuevo hospital sería igual que el coste del antiguo. Además, tampoco se tienen en cuenta dos hechos clave. El primero, que el Gobierno de Lesoto aportó una parte significativa (el 34%, o 38 millones de dólares) de la inversión inicial en el hospital, con la finalidad de reducir la tarifa unitaria que debería pagar después a Tsepong.⁶⁶ Una inversión de esta envergadura (más los ocho millones de dólares adicionales por mejoras en las infraestructuras de servicios para el hospital) conlleva grandes costes de oportunidad para el Gobierno⁶⁷ que no se han tenido en cuenta en las comparaciones de costes encargadas por la IFC hasta la fecha. En segundo lugar, la financiación a través del sector privado siempre será más cara que la financiación que los Gobiernos obtienen de sus propias cuentas. Dado que el PPP de Lesoto no ha logrado un ahorro en los servicios clínicos, este mayor coste de la financiación privada cobra mayor importancia aún. El coste medio ponderado de la inversión total en el PPP de salud de Lesoto (intereses por el pago de la deuda más rendimientos de renta variable) es muy alto, situándose en el 13,6%.⁶⁸ A la vista de este elevado coste, es importante preguntarse si realmente se buscaron alternativas más baratas para financiar la construcción del nuevo hospital. Fuentes del Banco Mundial han afirmado que no fue posible obtener un préstamo de la AIF en condiciones ventajosas (normalmente con un interés de tan solo el 0,75%, un período de gracia de 10 años y vencimiento a 40 años) por el importe total debido a que la partida para préstamos al país no tenía la dotación de fondos suficiente.⁶⁹ Según nuestros informantes clave, Irish Aid y otros donantes ofrecieron aportar una cantidad igual a la del Gobierno, con lo que se hubieran necesitado tan solo 34 millones de dólares más para construir el hospital.⁷⁰ Es posible que esto hubiera hecho más viable la obtención de un préstamo multilateral o bilateral en condiciones ventajosas. Otra alternativa hubiera sido la financiación pública, ya que el Gobierno ha estado emitiendo Bonos del Tesoro a 10 años con un interés del 10%.⁷¹

4 OTROS IMPACTOS DEL PPP DE SALUD

Desempeño del nuevo hospital

Uno de los principales indicadores de resultados del PPP de salud es sin duda la mejora de la calidad y el impacto de los cuidados hospitalarios en su conjunto. Según un estudio encargado por la IFC, el nuevo hospital ha conseguido reducir la tasa de mortalidad hospitalaria un 41% con respecto al antiguo hospital público, el número de muertes por neumonías pediátricas ha caído en un 65%, y el índice de muertes al nacer se ha reducido en un 22%.⁷²

Sin embargo, el mismo estudio apunta datos preocupantes, como por ejemplo el incremento del 40% en el índice de mortalidad entre pacientes en unidades médicas generales y del 27% entre mujeres ingresadas en unidades quirúrgicas.⁷³ Por otra parte, se suceden las quejas sobre tiempos de espera,⁷⁴ y sobre la dificultad de acceso para pacientes de menores ingresos por los gastos de desplazamiento hasta el nuevo hospital, aunque estos aspectos de desigualdad no han sido investigados.⁷⁵

Con un coste al menos tres veces superior al del antiguo hospital, cabría esperar mejoras significativas en el desempeño clínico del hospital PPP. Pero los resultados apuntados en los indicadores clínicos no pueden darse por válidos por diversos motivos. En primer lugar, los patrones en cuanto a índices de mortalidad hospitalaria son muy difíciles de normalizar y comparar, pues hay que tener en cuenta, entre otros factores, posibles cambios en la demografía y casuística de los pacientes en el tiempo.⁷⁶ En segundo lugar, los índices de mortalidad hospitalaria no proporcionan indicación alguna del índice de mortalidad general entre la población en su conjunto. Por ejemplo, cualquier cambio en los servicios hospitalarios o en la casuística de los pacientes podría tener un impacto en los índices de mortalidad fuera del hospital. Por tales motivos, y dado que la IFC y Netcare se ven en la obligación de demostrar una mejora del rendimiento, el Gobierno de Lesoto y/o el Grupo del Banco Mundial deben encargar una evaluación independiente, rigurosa y exhaustiva del rendimiento y el impacto clínico en todo el sistema.

El Banco Mundial ha afirmado que el nuevo hospital es más rentable que el viejo, con un coste por paciente un 22% inferior.⁷⁷ Pero los datos utilizados inducen a error. El estudio final encargado por la IFC deja claro que no había datos suficientes para comparar los costes de forma precisa entre el nuevo y el viejo hospital, ni tampoco para desglosar los costes entre consultas externas y pacientes hospitalizados.⁷⁸ No obstante, según los costes facturados por Tsepong al Gobierno, se puede calcular que el coste por paciente es un 23% superior en el nuevo hospital. Excluyendo impuestos, la diferencia se reduce al 6%. Únicamente si se resta también el coste de la inversión se obtendría un coste por paciente del 22% menos que en el antiguo hospital.⁷⁹ Como ya se ha dicho, no está claro cómo justifica el Banco Mundial el hecho de deducir los costes de capital, pues en los PPP estos costes son más elevados y deberían

por tanto tenerse en cuenta a la hora de hacer una comparación de costes justa entre alternativas públicas y privadas para las adquisiciones y los servicios hospitalarios.

Cualquier mejora en el desempeño es de agradecer, pero lo que se prometía con el PPP de salud de Lesoto era mejorar los resultados con el mismo nivel de gasto público. Por tanto, no debe extrañar que el Gobierno de Lesoto y los contribuyentes basutos esperaran aún mayores mejoras y un impacto más generalizado en relación con los costes, incluso en los dos primeros años de funcionamiento. También estaría justificado cuestionar si no podrían haberse logrado los mismos resultados por una vía más barata, liberando así recursos que se podrían destinar a otros servicios de salud encaminados a reducir otras desigualdades en el sector de la salud, como las que prevalecen entre zonas rurales y zonas urbanas. Los análisis del PPP llevados a cabo por la IFC y el Banco Mundial no aportan respuesta a estas cuestiones de costes directos y de oportunidad, ni tampoco al tema de la rentabilidad.

Por otra parte, el nuevo hospital no está funcionando como hospital universitario docente según lo planificado; hasta la fecha no ha impartido formación alguna a estudiantes de medicina. Estudios anteriores del Banco Mundial calificaban al antiguo hospital QEII como “centro neurálgico de la educación profesional y especializada del país”.⁸⁰ Nuestros informantes clave afirmaron que con el PPP se han perdido algunas de las funciones vitales de formación que prestaba el antiguo hospital, incluyendo inducciones exhaustivas a médicos llegados de otros países, y formación de extensión en hospitales de distrito impartida por médicos con experiencia.

“La razón principal de que esté aumentando el presupuesto [de salud] es Tsepong.”

Alto funcionario del Ministerio de Salud de Lesoto

Consecuencias para el resto del sistema de salud

Es evidente que los costes del PPP de salud de Lesoto aumentan a un ritmo insostenible. En un esfuerzo por cumplir su obligación legal de hacer frente a esos costes, el Gobierno de Lesoto ha planificado un incremento extraordinario del 64% en el presupuesto total de salud para los próximos tres años.⁸¹ Un incremento de esta magnitud en el gasto sanitario debería ser motivo de celebración. En este caso, sin embargo, la partida presupuestaria del PPP de salud consumirá al menos el 83% del incremento propuesto.⁸² Algo que confirmó un alto funcionario del Ministerio de Salud: “La razón principal de que esté aumentando el presupuesto [de salud] es Tsepong.”

“No se destina dinero suficiente a la atención médica primaria, el QEII siempre recibió la mayor partida. Y es algo que se ha agravado con el nuevo hospital, que consume aún más. Para que la atención primaria sea la piedra angular de nuestro sistema de salud, tendría que tener prioridad, y no al contrario.”

Dr Ntšekhe, Director de la clínica Senkatana

Con un sesgo tan marcado en el presupuesto, las consecuencias perjudiciales para otras prioridades nacionales de salud y desarrollo son inevitables. Mientras que el presupuesto total de salud aumentará en un 64% para 2016/17, el presupuesto para agricultura y educación se reducirá en términos absolutos, con aumentos en el mismo período por debajo de la inflación de tan solo el 14% y el 7%, respectivamente. Sin duda, esto acarreará consecuencias mayores. En palabras del Ministro de Planificación para el Desarrollo: “La salud mejora, pero será en detrimento de algún otro aspecto. Quizás seremos capaces de tratar a las personas cuando enfermen, pero no podremos garantizarles alimentos suficientes para comer.”

Escasez de recursos para la atención sanitaria en el medio rural

Lesoto va camino de incumplir sus Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) relativos a la salud. Hay consenso en que, si bien es importante aumentar el gasto, para revertir los escasos avances en salud del país y progresar hacia la cobertura sanitaria universal lo que realmente se necesita es dar prioridad a la inversión en los servicios primarios y secundarios de salud en zonas rurales, donde viven más de tres cuartas partes de la población.⁸³

Por ejemplo, el índice de mortalidad materna en la capital, Maseru, es cuatro veces inferior a la media nacional.⁸⁴ Por tanto, si bien resulta alentador que el nuevo hospital PPP afirme estar reduciendo la mortalidad materna en un 10%, es urgente dedicar más recursos a luchar contra el número mucho más elevado de mujeres embarazadas que mueren en las zonas rurales pobres por carecer de acceso a cuidados prenatales, a una atención profesional en el parto y a atención obstétrica de urgencia.⁸⁵

El Gobierno de Lesoto está haciendo esfuerzos para alcanzar los ODM de salud: elaboró un marco acelerado hacia los ODM en 2011, realizó inversiones conjuntas con la Millenium Challenge Corporation para mejorar los centros de atención médica primaria,⁸⁶ puso en marcha una política nacional de salud reproductiva en 2009 y desarrolló una estrategia renovada de atención médica. Pero los avances para su puesta en marcha son lentos, y en las zonas rurales surgen retos constantes, incluyendo falta de personal cualificado, alta rotación de personal, falta de medicamentos, infraestructuras inaccesibles e inadecuadas y un servicio de transporte deficiente.⁸⁷

El gasto público en salud ya estaba de por sí sesgado hacia la atención terciaria en los centros urbanos.⁸⁹ El PPP de salud ha exacerbado de forma dramática este patrón poco equitativo, al consumir más de la mitad del presupuesto del Ministerio de Salud en 2013/14, comparado con el 28% del antiguo hospital público en 2006/7. La Christian Health Association of Lesotho (CHAL, por sus siglas en inglés) gestiona en torno al 40% de las instalaciones de salud del país, especialmente en zonas rurales.⁹⁰ Sin embargo, en 2013/14 el Gobierno asignó a CHAL poco más de una cuarta parte de la cantidad que dedicó al PPP de salud.⁹¹

Pese a la enorme escasez de profesionales sanitarios cualificados en las zonas rurales, el Gobierno está preparando un recorte en términos reales en el presupuesto de recursos humanos de salud, con un incremento medio anual de tan solo el 4,7% en los tres próximos años.⁹² El presupuesto para vacunas se reducirá además en un 1,2%.⁹³ En el mismo período, sin embargo, la partida destinada al PPP de salud crecerá en un 116%.⁹⁴ Un alto funcionario del Ministerio de Salud afirmó que *“el hospital PPP ha tenido una pésima influencia en la asignación de recursos en los dos últimos años. Cada vez hay menos recursos para la atención médica primaria y los servicios en los distritos.”*

Este enorme problema ha sido reconocido incluso por el director de Operaciones del hospital PPP, quien ha afirmado: *“No creo que de momento sea un problema económico, pero sí podría generar una gran brecha en la financiación de la atención médica en el resto del país.”*

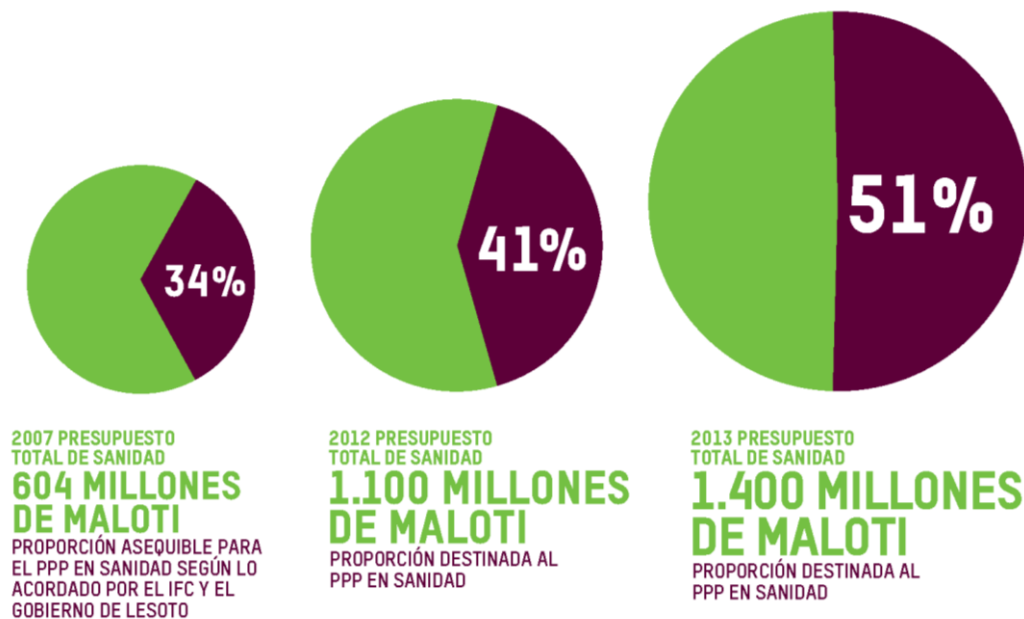
“Aquí, muchas madres solo consiguen ir una o dos veces a la clínica. Esperar que todas ellas puedan llegar a la ciudad cuando se pongan de parto, muchas veces de noche, denota falta de sensibilidad y es poco realista. No es aconsejable que una mujer a punto de dar a luz realice un desplazamiento tan largo por una carretera tan mala caminando o a caballo.”

Jefe de Distrito, Butha⁸⁸

“No estamos contentos aquí porque las condiciones de trabajo son terribles. No recibimos los incentivos que nos prometieron [...]. Además de sufrir viendo cómo las comunidades apenas pueden acceder a nuestros servicios, nosotros mismos sobrevivimos a duras penas.”

Enfermera-comadrona, clínica Ha-Makoto Clinic, a 50 km de la ciudad de Thaba-Tseka⁹⁵

Gráfico 1: Presupuesto de salud de Lesoto y coste del PPP, 2007–2013



Nota: Importes en dólares estadounidenses del presupuesto total de salud 2007: 57 millones de dólares; 2012: 108 millones de dólares; 2013: 133 millones de dólares.

Partidarios y detractores del PPP de salud entrevistados para este informe reconocieron que el pésimo estado del resto del sistema de salud y la falta de inversión en atención médica primaria están alentando a aquellos pacientes que pueden costearse el desplazamiento a la capital a buscar atención médica en el nuevo hospital. Un problema que no hará sino aumentar, a medida que el PPP consuma una proporción cada vez mayor del presupuesto nacional de salud. El Ministro de Planificación para el Desarrollo ha afirmado que, en vista de los acontecimientos, “*el nuevo hospital debería haber formado parte de un paquete de inversión más amplio encaminado a mejorar todo el sistema sanitario.*”

El PPP de salud, en cuya propuesta se sostenía que no iba a suponer un aumento del gasto, representa ya un coste tan elevado que el propio Gobierno cree que resultaría más rentable construir un nuevo hospital de distrito en la capital para atender al exceso de pacientes, en lugar de pagar a Netcare por hacerlo. De hecho, este plan fue anunciado en el debate sobre los presupuestos celebrado en febrero de 2014.⁹⁶

Los principales perjudicados por el PPP de salud de Lesoto son la mayoría de la población de etnia basuto que vive por debajo del umbral de pobreza en zonas rurales, y cuyo acceso a una atención médica apropiada es escaso o nulo. Dada la crisis de financiación del sistema de salud del país, la opción de volver a implantar e incrementar las tasas de usuario en instalaciones primarias y secundarias va a ser sometida a debate.⁹⁷ Esta medida devastadora y regresiva no haría sino exacerbar aún más las desigualdades ya existentes en Lesoto, y reducir, más que aumentar, el acceso a la atención sanitaria para la mayoría de la población. Jim Yong Kim, presidente del Banco Mundial, afirmó recientemente que las tasas de usuario en la atención sanitaria son “injustas e innecesarias”.⁹⁸

“El nuevo hospital ha tenido una pésima influencia en la asignación de recursos en los dos últimos años. Cada vez hay menos recursos para la atención médica primaria y los servicios en los distritos.”

Alto funcionario del Ministerio de Salud de Lesoto

Desarrollo de las oportunidades económicas locales

Uno de los principales objetivos del PPP de salud desde la perspectiva gubernamental era promover el desarrollo económico local. El contrato del PPP estipulaba que las inversiones que se realizaran durante la vigencia del proyecto deberían orientarse a empresas locales.⁹⁹

Sin embargo, este aspecto ha sido muy debatido entre los accionistas de Tsepong, y algunos informantes clave lo consideran una amenaza para la viabilidad futura del PPP. Algunos accionistas han acusado a Netcare de incumplimiento por no subcontratar determinadas funciones operativas especificadas en el contrato a pequeños accionistas del consorcio Tsepong. La mayoría de las contrataciones se realiza a través de empresas sudafricanas, sin contar con la autorización de la junta directiva.¹⁰⁰ Netcare, por su parte, sostiene que los gastos reales no respaldan estas denuncias.¹⁰¹

El Banco Mundial señaló como posible riesgo la presencia excesiva de empresas extranjeras y la escasa participación local en el PPP de salud basándose en la experiencia en anteriores intentos de privatización en Lesoto, y recomendó que el Banco Mundial y la IFC proporcionaran asistencia técnica sólida para ayudar a solventar este problema.¹⁰² Pero en opinión de los accionistas locales, esa asistencia no ha llegado. El desarrollo de las oportunidades económicas locales debería ser un efecto directo prioritario de toda inversión por parte de una institución financiera internacional en un país en desarrollo, y es preciso evaluar a fondo el desempeño del PPP frente a este objetivo.

5 ¿UN MODELO EN EL QUE INSPIRARSE?

El ambicioso y complejo PPP de salud de Lesoto es el primer modelo de este tipo que se pone en marcha en un país de bajos ingresos. El ahorro teórico y el potencial de rentabilidad de la financiación y la prestación de servicios a través de un PPP residen en la transferencia efectiva del riesgo al sector privado y, a su vez, en la gestión eficaz de ese riesgo por el sector privado mediante un mejor desempeño y una mayor eficiencia en relación al coste de las operaciones. En el caso de Lesoto, este posible beneficio no se ha materializado, y los costes ya se han disparado hasta unos niveles insostenibles.

La IFC ha actuado de manera poco responsable, tanto en su papel de asesor del Gobierno de Lesoto, como por retratar este proyecto como un modelo de éxito que debería replicarse en otros países de ingresos bajos. En palabras de un alto funcionario del Ministerio de Salud: *“Fue la IFC quien aportó asesoramiento para la operación. Por eso llevamos el proyecto adelante. Deberían haberlo hecho mejor, y ahora tienen que ayudarnos a salir del embrollo.”* El desempeño de este modelo, supuesto referente de la IFC, no augura nada bueno para aquellos países que pretendan replicarlo. Pero aún cabe preguntar si es posible que los PPP de salud de este tipo realmente puedan tener el potencial para aportar ventajas y rentabilidad en otros países de bajos ingresos.

Perspectivas desde Lesoto

Muchas de las partes interesadas clave con las que habló Oxfam en Lesoto afirmaron que aconsejarían a otros países de bajos ingresos no copiar su modelo PPP de salud. Uno de los accionistas más pequeños de Tsepong señaló: *“La IFC ha hecho alarde de este modelo en todo el mundo, y Netcare se deshace en elogios. Pero están engañando a todos. Es necesario frenar a estas personas tan influyentes antes de que causen más perjuicios a otros países, y sobre todo a los países pobres.”*

Chefa Lehlohonolo, director de la asociación de protección al consumidor Consumer Protection Association Lesoto (LCPA), dijo: *“Desgraciadamente, el Banco Mundial está promoviendo este tipo de PPP como modelo universal, pensando que así se solucionarán todos los problemas de salud de los países en desarrollo.”*

Pero incluso los funcionarios públicos entrevistados que estaban a favor de los PPP en general aconsejaron proceder con cautela en la implementación de modelos de este tipo para el sector de la salud, sobre todo en países de bajos ingresos con escasa experiencia y capacidad para negociar contratos PPP. Todas las partes interesadas entrevistadas recomendaron un nivel de transparencia y rendición de cuentas mucho mayor del aplicado en el PPP de salud de Lesoto, con el fin de potenciar la comprensión y el escrutinio público. Muchas pidieron una auditoría forense para esclarecer acuerdos y actividades hasta la fecha, y para entender mejor las deficiencias y cómo solucionar los

“Fue la IFC quien aportó asesoramiento para la operación. Por eso llevamos el proyecto adelante. Deberían haberlo hecho mejor, y ahora tienen que ayudarnos a salir del embrollo.”

Alto funcionario del Ministerio de Salud

“Desgraciadamente, el Banco Mundial está promoviendo este tipo de PPP como modelo universal, pensando que así se solucionarán todos los problemas de salud de los países en desarrollo.”

Chefa Lehlohonolo, director de la asociación de protección del consumidor de Lesoto

problemas, ejercicio que sin duda sería de gran valor para otros países que estén considerando emprender un proceso parecido.

La experiencia de otros países

Las experiencias de otros países indican que los problemas del PPP de salud de Lesoto no pueden atribuirse únicamente a su condición de país de bajos ingresos y reducida capacidad, o al deficiente asesoramiento de la IFC.

Inglaterra es el país que más tiempo lleva haciendo uso de partenariados público-privados en el sector de la salud en forma de iniciativas de financiación privada (PFI por sus siglas en inglés), un modelo más limitado que el de Lesoto porque no incluye la prestación de los servicios médicos. En 2012 se habían construido ya (o estaban en proceso de construcción) en la modalidad de PFI hospitales por valor total de 11.000 millones de libras esterlinas.¹⁰⁴ El coste total de estos hospitales a lo largo de su vida útil será casi seis veces más, alcanzando los 64.000 millones de libras esterlinas en 2039.¹⁰⁵

Sin embargo, no hay datos válidos que respalden la teoría de que las PFI aportan ventajas o rentabilidad en el Reino Unido.^{106,107} De hecho, parece ser todo lo contrario, ya que un informe reciente de la Comisión de Hacienda de la Cámara de los Comunes sobre las PFI concluyó que:

- el coste de la inversión en proyectos PFI es el doble que para la financiación pública directa;
- no hay pruebas evidentes de que se produzcan ahorros o beneficios en otros campos de las PFI que compensen este mayor coste de la financiación privada;
- en algunos campos las PFI tienen un desempeño peor que los proyectos de financiación tradicional, entre otros en la innovación de su diseño y la calidad de construcción;
- las PFI son poco flexibles, debido principalmente a su estructura de financiación y sus costosos y complejos procedimientos de adquisiciones.

En sus recomendaciones al Gobierno del Reino Unido, la Comisión apuntó que las PFI deberían utilizarse lo menos posible.¹⁰⁸

Al igual que sucedió en Lesoto, el elevado e inflexible coste de los proyectos PFI han obligado al servicio nacional de salud del Reino Unido (NHS por sus siglas en inglés) a recortar empleos, condiciones laborales y sueldos.¹⁰⁹ El aumento en la rotación de pacientes y la reducción en el número de camas y de personal para paliar esa “brecha de asequibilidad” de las PFI suscita preocupación en torno a la capacidad y la atención brindada a los pacientes.¹¹⁰

A su vez, tal y como ocurrió en Lesoto, los presupuestos de salud aumentaron notablemente para paliar las presiones de asequibilidad cuando comenzaron a utilizarse las PFI en el sistema sanitario del país.¹¹¹ Pese a ello, en 2012 más de 30 administraciones del NHS se veían obligadas a llevar a cabo reestructuraciones radicales y recortes para poder pagar las deudas insostenibles generadas por las PFI.¹¹² En ese mismo año, las administraciones de 22 hospitales anunciaron que el coste de las PFI estaba poniendo en peligro su futuro médico y financiero.¹¹³ El Gobierno tuvo que aportar 1.500 millones de libras esterlinas en fondos de emergencia.¹¹⁴ Desde entonces, una

“El elevado coste del endeudamiento de las PFI significa que nuestro sistema de salud solo puede emplear entre un tercio y la mitad de los servicios y empleados de los que dispondría si el proyecto se hubiera financiado de la manera tradicional.”

Allyson Pollock, Catedrática de investigación y políticas en salud pública, Colegio Queen Mary de la Universidad de Londres, Reino Unido¹⁰³

“Cuando los cálculos fallan, el error puede ser muy grave. Incluso algunos de los primeros proyectos PFI, de coste relativamente reducido, afrontan ahora grandes dificultades.”

Dr John Lister, Profesor titular de Periodismo en el ámbito de la salud por la Universidad de Coventry, Reino Unido

administración ha entrado en concurso de acreedores como consecuencia directa de su endeudamiento por la PFI, y otras han anunciado el cierre de los servicios de urgencias y de maternidad.¹¹⁵

Los PPP de salud que se están implantando en otros países tienen resultados parecidos, y ponen así en tela de juicio la teoría de que el sector privado es intrínsecamente más eficaz y reactivo que el sector público.¹¹⁶ Las evidencias de numerosos países en torno a los PPP de salud apuntan a patrones de mayores costes en comparación con la financiación tradicional, recortes en la calidad, dificultades a la hora de garantizar un futuro sostenible y, en muchos casos, una complejidad que los hace casi imposibles de gestionar.¹¹⁷

Se calcula que en Australia más de la mitad de los PPP de salud han fracasado, y muchos hospitales han vuelto a ser de propiedad pública.¹¹⁸ Las investigaciones han demostrado también que, una vez aplicado el ajuste correspondiente por casuística, los hospitales públicos de Australia son más eficaces que los privados.¹¹⁹ Un análisis sistemático identificó 149 comparaciones de instalaciones sanitarias con y sin ánimo de lucro (de diversos tipos) realizadas en Estados Unidos a lo largo de las dos últimas décadas. De estos estudios, 88 concluyeron que las instalaciones sin ánimo de lucro tuvieron un mejor desempeño en relación con los costes, la atención prestada, el acceso y su misión social; 43 estudios no encontraron diferencia alguna; y 18 afirmaron que las instalaciones con ánimo de lucro eran mejores.¹²⁰ Un informe de PricewaterhouseCoopers en Japón concluyó que la falta de flexibilidad de los contratos PPP era un grave problema, pues redundaba en una prestación de servicios tan cara que en algunos casos el Gobierno no podía seguir afrontando los pagos.¹²¹

Un número cada vez mayor de PPIP (partenariados como el de Lesoto que incluyen la prestación de servicios médicos) en España, Portugal y, cómo no, en Lesoto, se están basando en el “modelo de éxito” del hospital Alzira de Valencia, en España.¹²² El contrato del hospital PPIP de Alzira funciona a un coste inferior al referente para España. Las declaraciones sobre su éxito no tienen en cuenta el hecho de que el ahorro en los costes se ha logrado principalmente mediante una plantilla un 25% inferior en número a la que tienen otros hospitales públicos comparables, sueldos más bajos y una jornada laboral más larga, además de limitaciones en cuanto a los servicios prestados, por lo que los pacientes que precisan tratamientos más caros y complejos se derivan hacia los hospitales públicos.¹²³ El hospital de Alzira genera un beneficio de tan solo el 1,6%¹²⁴ y por tanto es posible que el modelo no fuese rentable si realmente se administrara de manera estrictamente comercial.¹²⁵

Tanto analistas internacionales como expertos en PPP de salud destacan la falta de rendición de cuentas y transparencia que parece acompañar a estos proyectos, y los riesgos que suponen para la democracia.¹²⁶ Como en el caso de Lesoto, es habitual que la mayor parte de las negociaciones y los cálculos detallados “se lleven a cabo a puerta cerrada y sujetos a confidencialidad comercial. Esto significa que no se produce un escrutinio objetivo, o si se hace es muy limitado, ya que toda la información queda en manos de personas con intereses velados y predisposición a que el contrato salga adelante.”¹²⁷ Este hecho resulta preocupante por el creciente número de PPP de salud que ya se proponen en muchos países de ingresos medios y algunos países de ingresos bajos, entre otros Turquía, Malasia, Brasil, México, Sudáfrica, Chile y Perú, y

sobre los cuales parece que aún no se dispone de datos de impacto.¹²⁸ La búsqueda de información pública sobre los PPP de salud de Benín y Nigeria respaldados por la IFC ha sido especialmente difícil.

6 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El PPP de salud de Lesoto debía marcar el inicio de una nueva era de la participación del sector privado en la atención médica en África. Pero la realidad es que el Ministerio de Salud de uno de los países más pobres y más precarios del mundo está atrapado en un contrato a 18 años que ya consume el 51% de su presupuesto. Lejos de ser neutral en cuanto a costes, el gasto público en este partenariado público-privado, referente de la IFC, se dispara, restando recursos a otras necesidades urgentes en el campo de la atención médica y exacerbando las desigualdades de salud en todo el país.

La experiencia en Lesoto respalda las evidencias internacionales de que los PPP de salud pueden ser muy arriesgados y caros, por lo que se debería evitar utilizarlos, sobre todo en contextos de bajos ingresos y escasa capacidad en los que entrañan un riesgo para la totalidad del sistema de salud. En su lugar hay que poner en práctica lo aprendido de países que están logrando notables avances hacia la cobertura sanitaria universal con una financiación y una prestación de la atención sanitaria públicas.^{129 130} Esto exige privilegiar la financiación obtenida por canales públicos menos costosa de las infraestructuras y los servicios sanitarios. Esto incluye la financiación multilateral y bilateral, ya sea en condiciones ventajosas o no.

Se deben exigir responsabilidades a la IFC por el deficiente asesoramiento proporcionado al Gobierno de Lesoto, y por retratar este PPP como éxito a nivel internacional pese a sus costes insostenibles.

Oxfam y la asociación de protección del consumidor Lesotho Consumer Protection Association hacen las siguientes recomendaciones:

En Lesoto

El Grupo del Banco Mundial debe:

- financiar y publicar una auditoría especializada independiente y transparente del PPP de salud de Lesoto, así como una revisión más amplia del mismo, conjuntamente con el Gobierno de Lesoto. La auditoría debe incluir una presentación de todas las alternativas disponibles para solventar el impacto negativo del PPP. La revisión debe abarcar (aunque no limitarse a) alternativas de renegociación, terminación y mitigación del contrato con el objetivo de reducir los costes para el Gobierno. En este proceso, el Grupo del Banco Mundial debe financiar asesoramiento y apoyo independiente, sin contar con la IFC, si el Gobierno de Lesoto así lo solicita;
- ampliar los fondos aportados al Ministerio de Salud de Lesoto para que pueda cumplir con su compromiso de mejorar la atención sanitaria primaria, y en especial aumentar rápidamente el número de enfermeras, médicos y otros profesionales de la salud.

El Gobierno de Lesoto debe:

- cumplir con su compromiso de mejorar la atención sanitaria primaria, dando prioridad a la inversión en el medio rural donde vive más de tres cuartas partes de la población;
- construir y fortalecer la capacidad del Ministerio de Salud y el Ministerio de Finanzas para gestionar el contrato del PPP y frenar la escalada de costes de la manera más eficaz posible. Esto debe abarcar la vigilancia del desempeño de Tsepong y la imposición de sanciones económicas si no se cumplen los estándares fijados. Tsepong debe cumplir su obligación de hacer del hospital PPP un verdadero hospital docente universitario;
- crear una plataforma para la participación activa de la sociedad civil en el seguimiento y la evaluación de la prestación de servicios en el hospital PPP y en el sector de salud en general;
- publicar las cuentas y los costes del PPP hasta la fecha, para potenciar así la comprensión y el escrutinio público;
- no concluir nuevos PPP de salud mientras no se lleve a cabo una revisión a fondo y una auditoría del proyecto de Tsepong, con publicación de los resultados; y mientras no se demuestre, con datos tanto nacionales como internacionales, que los PPP de salud constituyen para Lesoto un enfoque más adecuado, rentable y equitativo para la financiación y prestación de servicios de salud que las alternativas de financiación pública disponibles.

Tsepong Ltd debe publicar sus estados financieros completos y una explicación de los costes que hasta la fecha ha facturado al Gobierno de Lesoto. Esto debe incluir un desglose claro de los servicios aún no prestados pero que figuran en el contrato original del PPP, así como de los servicios adicionales acordados y facturados al Gobierno. Asimismo, Tsepong Ltd debe aportar datos para demostrar que está cumpliendo su obligación contractual de contribuir a la mejora de las oportunidades económicas locales.

A nivel internacional

El Grupo del Banco Mundial debe poner fin a toda labor de asesoría prestada por la IFC en relación con otros PPP de salud que estén en proyecto hasta y a menos que:

- se realice una auditoría plena y transparente del papel desempeñado por la IFC en el PPP de salud de Lesoto, y que se publiquen explicaciones sobre las razones por las cuales se firmó este contrato tan caro y de tan alto riesgo;
- se investigue a fondo y de forma independiente la competencia e idoneidad de la IFC como asesora sobre PPP de salud en nombre de Gobiernos de países de ingresos bajos y medios, y que la Junta de Gobierno del Grupo del Banco Mundial publique y revise los resultados de esa investigación;
- se lleve a cabo una revisión completa e independiente y se aporten pruebas revisadas por iguales que respalden la idoneidad, rentabilidad e impacto clínico y equidad de los PPP de salud en países de bajos ingresos y escasa capacidad;
- se comprometa, en el caso de que el Grupo del Banco Mundial preste apoyo a nuevos PPP de salud, a: realizar y publicar una evaluación de impacto exhaustiva sobre rentabilidad y equidad que demuestre que los posibles beneficios de la financiación y prestación de servicios a través de un PPP

contrarrestan cualquier coste o riesgo adicional, especialmente para el resto del sistema sanitario; potenciar al máximo la transparencia y la rendición de cuentas, garantizando la participación plena de todas las partes interesadas, incluyendo el Parlamento nacional y la ciudadanía, en todas las etapas de desarrollo del PPP; garantizar que el coste previsto del PPP quede reflejado en las estrategias de endeudamiento y el análisis de sostenibilidad del país.

El Banco Mundial debe cumplir su compromiso con la cobertura sanitaria universal y la equidad en materia de salud priorizando las inversiones en servicios públicos universales y gratuitos, con especial atención a los servicios sanitarios primarios y secundarios en países de ingresos bajos y medios.

- Los Gobiernos del Reino Unido, Países Bajos, Japón y Sudáfrica deben instar al Grupo del Banco Mundial a que haga efectivas las recomendaciones anteriores; y deben revisar la financiación concedida a la IFC para este costoso y arriesgado modelo de financiación y prestación de servicios de salud.
- Los Gobiernos de países de ingresos bajos y medios no deben replicar el modelo PPP de salud de Lesoto ni solicitar asesoramiento en materia de PPP de salud a la IFC mientras no se haya investigado a fondo y confirmado la competencia de la IFC en este sentido. Deben, por el contrario, dar preferencia a alternativas de financiación pública de las infraestructuras y los servicios de salud, como vía probada para acelerar los avances hacia una cobertura sanitaria universal y equitativa para toda la población.

NOTAS

En febrero de 2014 y para la realización de este informe, se llevaron a cabo en Lesoto 19 entrevistas a representantes del Gobierno de Lesoto, de Netcare, y de Tsepong Ltd, a asociaciones de profesionales sanitarios, organizaciones de la sociedad civil, la Christian Health Association of Lesotho y otros profesionales del sector de la salud a nivel de distrito. Se estableció un grupo focal con varios accionistas de Tsepong. Dada la sensibilidad del PPP de salud de Lesoto, la mayoría de las personas entrevistadas prefirió permanecer en el anonimato.

- 1 Banco Mundial (2010), "Lesotho. Sharing Growth by Reducing Inequality and Vulnerability: Choices for Change. A Poverty, Gender, and Social Assessment", Informe Núm.: 46297-LS, Washington DC: Banco Mundial, http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2010/08/05/000333038_20100805000656/Rendered/PDF/462970ESW0P1011OfficialUseOnly191.pdf
- 2 J. May, B. Roberts, G. Moqasa, e I. Woolard (2002) "Poverty and Inequality in Lesotho" CSDS Documento de Trabajo Núm. 36 <http://sods.ukzn.ac.za/files/wp36.pdf>
- 3 Banco Mundial (2013), Project Information Document (PID) Appraisal Stage, www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/AFR/2013/12/04/090224b0820f3e42/1_0/Rendered/PDF/Project0Inform0rt0Project000P143197.pdf
- 4 Banco Mundial (2010) op.cit.
- 5 Ibid.
- 6 Organización Mundial de la Salud, (2013) 'Estadísticas Sanitarias Mundiales 2013'. Disponible en http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2013/en/, consultado por última vez el 28 de marzo de 2014.
- 7 Banco Mundial (2010) op. cit.
- 8 Ibid.
- 9 Ibid.
- 10 T. Matope (2014) 'A mountain of challenges' Lesotho Times, 20–26 de febrero
- 11 Oxfam Internacional (2014) "Gobernar para la mayoría: Servicios públicos contra la desigualdad" Oxford, Oxfam Internacional, <http://oxf.am/5T3>; Oxfam Internacional (2013) "Gobernar para las élites: Secuestro democrático y desigualdad económica" Oxford, Oxfam Internacional, <http://policy-practice.oxfam.org.uk/publications/working-for-the-few-political-capture-and-economic-inequality-311312>
- 12 FMI (2014), "Concepción sólida de las políticas: La manera eficiente de reducir la desigualdad", Boletín del FMI: Políticas, www.imf.org/external/pubs/ft/survey/so/2014/POL031314A.htm
- 13 Por ejemplo, las palabras de Jim Yong Kim, presidente del Grupo del Banco Mundial, sobre cobertura sanitaria universal en las economías emergentes, Centro de Estudios Estratégicos e Internacionales (CSIS), Conferencia sobre Cobertura Sanitaria Universal en las Economías Emergentes, Washington DC, 14 de enero de 2014, www.worldbank.org/en/news/speech/2014/01/14/speech-world-bank-group-president-jim-yong-kim-health-emerging-economies; Palabras de Jim Yong Kim, presidente del Grupo del Banco Mundial, en la Conferencia Mundial sobre la Cobertura Universal de la Salud para un Crecimiento Inclusivo y Sostenible, Tokyo, 6 de diciembre de 2013, www.worldbank.org/en/news/speech/2013/12/06/speech-world-bank-group-president-jim-yong-kim-government-japan-conference-universal-health-coverage
- 14 Banco Mundial, 'Lesotho: Health Sector Reform Program Phase II', http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/AFRICAEXT/0,,contentMDK:22707082~pagePK:146736~piPK:226340~theSitePK:258644,00.html?cid=3001_2
- 15 Banco Mundial (2005), Documento de evaluación de proyecto de la propuesta de crédito por importe de 4,5 millones de SDR (6,5 millones de dólares) al Reino de Lesoto para la Fase II del proyecto de reforma del sector de la salud, 15 de septiembre de 2005. Banco Mundial, www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2005/09/29/000090341_20050929090746/Rendered/PDF/32003.pdf
- 16 Ibid. http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2005/09/29/000090341_20050929090746/Rendered/PDF/32003.pdf
- 17 M. Hellowell (2013) "Queen Mamohato Memorial Hospital PPP – Report of the PPP expert", 27 de junio de 2013 (no publicado)
- 18 C.M.N. Faustino Coelho y C. O'Farrell, "A Pioneering Healthcare Transaction", Handshake, revista de la IFC, www.ministerialleadershipinhealth.org/wp-content/uploads/sites/19/2013/07/Lesotho-Hospital-PPP-A-Pioneering-Healthcare-Transaction.pdf

- 19 Banco Mundial (2011) "A public-private partnership reshapes healthcare for the people of Lesotho" video del Banco Mundial
http://www.youtube.com/watch?v=VEDkDNJYt0Y&feature=player_embedded
- 20 Lista de modelos obtenida de M. McKee, N. Edwards y R. Atun (2006) 'Alianzas público-privadas para los hospitales' Boletín de la Organización Mundial de la Salud 2006: 84:890–896
- 21 Uno de los objetivos prioritarios del PPP de salud desde la perspectiva gubernamental era promover el desarrollo económico local mediante la participación de pequeñas y medianas empresas locales.
- 22 T. Vian, N. McIntosh, A. Grabowski, B. Brooks, B. Jack y E. Limakatso (2013) 'Endline study for Queen Mamohato Hospital Public Private Partnership (PPP)' Final Report , septiembre, Centre for Global Health and Development, Universidad de Boston, Department of Family Medicine, Universidad de Boston y Lesotho Boston Health Alliance, Maseru
<http://devpolicy.org/pdf/Endline-Study-PPP-Lesotho-Final-Report-2013.pdf>, consultado por última vez el 1 de abril de 2014
- 23 IFC (2009), Breaking New Ground: Lesotho Hospital Public-Private Partnership—A Model for Integrated Health Services Delivery'. IFC SmartLessons. Corporación Financiera Internacional, www.ifc.org/wps/wcm/connect/72379880498390c582f4d2336b93d75f/LesothoHospital_Smartlesson.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=72379880498390c582f4d2336b93d75f
- 24 El pago por pacientes que superen el número acordado en la divisa local es de 50 maloti para pacientes hospitalarios y 8.326 maloti para consultas externas, precio fijado en la fecha inicial del contrato, en abril de 2007. Esta cifra se ajusta cada año según un índice de inflación complejo en el que tiene mucho peso la tasa de inflación médica de Sudáfrica. Es preciso destacar que en el anexo de pagos del PPP de Tsepong, los precios aparecen al revés: es decir, 50 maloti por paciente hospitalario y 8.325 maloti por consulta externa. Se supone que esto es un error, pero no obstante debería ser verificado por el Gobierno de Lesoto.
- 25 Banco Mundial (2013) "Implementation and results report (TF-91156) on a grant in the amount of US\$6.25 million to the Kingdom of Lesotho for a Lesotho new hospital PPP project", 20 de septiembre, http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDS/IB/2013/10/09/000356161_20131009141930/Rendered/PDF/ICR27620ICR0KI000PUBLIC00Box379843B.pdf
- 26 Banco Mundial (2011) op. cit.
- 27 Organización de Prensa Africana (APO) (2007), "New hospital for Lesoto through public-private partnership designed by IFC", Comunicado de prensa, 18 de diciembre, <https://appablog.wordpress.com/2007/12/18/new-hospital-for-Lesotho-through-public-private-partnership-designed-by-ifc/>
- 28 Discurso sobre el Estado de la Nación del Presidente de Benín, diciembre de 2012, www.24haubenin.info/spip.php?article968. Para más información sobre PPP en Benín, ver IFC (2013), IFC Advisory Services in Public-Private Partnerships: Sub-Saharan Africa, www.ifc.org/wps/wcm/connect/a7370e80498391dd864cd6336b93d75f/RegionalFactsheet_Africa.pdf?MOD=AJPERES; y en Nigeria, ver 'Nigeria: Cross River State Hospital', www.scribd.com/doc/159713717/Nigeria-Cross-River-State-Hospital
- 29 "Pilot Health PPP Advisory Facility", portal web de HANSHEP (Harnessing non-state actors for better health for the poor), www.hanshep.org/our-programmes/pilot-health-ppp-advisory-facility
- 30 Confirmado recientemente a través de comunicación por correo electrónico de Dirk Sommer, del Departamento de Servicios de Asesoría de la IFC.
- 31 Información obtenida por Oxfam.
- 32 El análisis inicial del PPP de salud de Lesoto realizado por Lister fue financiado en parte por Oxfam GB, y el trabajo se publicó en el portal de Internet mantenido por Oxfam www.globalhealthcheck.org. Posteriormente, Lister actualizó su análisis inicial, publicando este último trabajo en su propia editorial. Lister, J. (2013) Health Policy Reform: Global Health versus Private Profit, Reino Unido, Libri Publishing
- 33 J. Lister (2011) "Lesotho hospital public private partnership: new model or false start?" <http://www.globalhealthcheck.org/?p=481>.
- 34 Se calcula que el coste del nuevo hospital de gestión privada es entre el 123% y el 226% superior al coste del antiguo hospital Queen Elizabeth II (QE II). Vian, T. et al op. cit. pág. 21
- 35 El estudio final encargado por la IFC parece basarse de forma casi deliberada en información poco clara. El estudio afirma que en el año de línea de base 2006/7 el antiguo hospital QEII costó el 38,5% del presupuesto total. Pero esta cifra no es exacta, pues no se refiere únicamente al hospital QEII, sino que incluye también las derivaciones, los centros de salud y clínicas anexas del distrito de Maseru, la asignación del QEII para Laboratorio e Investigación, Servicios Farmacéuticos y Transfusión de sangre. La cifra de comparación más adecuada del estudio de línea de base (y que también se utiliza en el estudio final para calcular el coste del QEII en dinero de hoy) es de 98.061.948 maloti en 2006/7. Como proporción del presupuesto total de salud de 344.333.030 maloti en 2006/7, los gastos del QEII consumieron el 28%.
- 36 T. Vian et al op. cit.
- 37 Ibid. pág. 22
- 38 Estimamos que el coste total del PPP de salud para 2013/14 es de 714 millones de maloti (ver la nota siguiente). Utilizando los mismos datos de línea de base y la misma metodología utilizados por los autores del estudio final del PPP encargado por la IFC, el coste es de entre el 197% y el

364% superior a lo que hubiera costado el hospital QEII en 2013/14, o entre 3 y 4,6 veces más. Cabe destacar que una pequeña proporción del incremento en los costes puede deberse a servicios adicionales no incluidos en el contrato original pero que son prestados por Tsepong, como transporte y un banco de sangre.

- 39 El coste total estimado del PPP en 2013/14 es de 714 millones de maloti o 67 millones de dólares (a una tasa de cambio media en 2013 frente al dólar estadounidense de 10,59750 www.xe.com). El presupuesto total de salud para 2013/14 fue de 1.400 millones de maloti, y el resultado previsto o gasto total en salud en febrero de 2014 fue de 1.600 millones de maloti. El coste total estimado está basado principalmente en información aportada por un alto funcionario del Ministerio de Salud. La cifra se desglosó en la tarifa unitaria total estimada, derivaciones, intereses y sanciones por retrasos en el pago, transporte y déficits en el pago correspondientes a 2012/13. Se incluyen algunos costes del año anterior en la cifra estimada para 2013/14 y por tanto puede que no sean un fiel reflejo de los costes anuales futuros. No obstante, el alto funcionario del Ministerio de Salud afirmó que este déficit en el pago seguramente continuará año a año por falta de liquidez, y por tanto son costes que deben ser contabilizados. La cifra total aportada por el Ministerio de Salud incluía también 46 millones de maloti por el exceso en el número de pacientes de los dos años anteriores. Aunque este pago debe realizarse en 2013/14 y por tanto saldrá del presupuesto del mismo año fiscal, sabemos que esta cifra fue incluida en los datos del estudio final encargado por la IFC respecto del coste del PPP en 2012/13. Por tanto, se decidió excluir esta cantidad del coste total estimado para 2013/14. También se sumó al coste total estimado una factura por importe de 100 millones de maloti por el exceso en el número de pacientes en 2013 que aún no había sido contabilizada por el Ministerio de Salud (pero que nos fue confirmada por un informante clave de Tsepong).
- 40 El coste para las arcas públicas acordado como “asequible” por el Banco Mundial y el Gobierno de Lesoto ascendía a 180,4 millones de maloti anuales, IVA excluido, en valores de 2007 y sujeto al índice de precios al consumo. (Citado en ‘The Kingdom of Lesotho: New Referral Hospital Public Private Partnerships – Request for Best and Final Offers’, 30 de octubre de 2008, Consorcio Netcare e IFC). Tras el ajuste por inflación y sumando el IVA, para 2013/14 esta cifra sería de 298,8 millones de maloti anuales. El verdadero coste del PPP en 2013/14 se calcula en 714 millones de maloti, una cifra 2,4 veces superior.
- 41 El coste para el Gobierno del exceso en el número de pacientes en 2013 fue de 100 millones de maloti, según información de un contacto clave en Tsepong.
- 42 Información aportada por un alto funcionario del Ministerio de Salud.
- 43 Ibid.
- 44 Según el Modelo Financiero del Nuevo Hospital de Referencia del Reino de Lesoto realizado por Tsepong (PTY) Ltd, de 20 de marzo de 2009, el índice nominal de rendimiento interno post financiación es del 25,2%.
- 45 V. Vecchi, M. Hellowell y S. Gatti (2013) “Does the private sector receive an excessive return from investments in health care infrastructure projects? Evidence from the UK”. *Health Policy* 110 (2–3):243–270
- 46 Todas las cifras tomadas y calculadas del modelo financiero del PPP de Tsepong.
- 47 M. Hellowell y A. Pollock (2009) “The private financing of NHS hospitals: politics, policy and practice”, *Economic Affairs* 29(1): 13–19.
- 48 La tarifa unitaria de línea de base que la IFC y el Gobierno de Lesoto acordaron como asequible era de 180,4 millones de maloti a valor de 2007 y sujeta al IPC. La tarifa unitaria de línea de base que aparece de forma generalizada en los documentos del Banco Mundial como constitutiva del acuerdo del PPP es de 255 millones de maloti, sin IVA. Según tasa de cambio media para 2013 frente al dólar estadounidense de 10,59750 www.xe.com
- 49 Todas las cifras extraídas y calculadas a partir del Modelo Financiero del PPP de Tsepong
- 50 Según consta en el plan de pagos del PPP de Tsepong
- 51 Ibid.
- 52 El índice de inflación médica en Sudáfrica suele ser alto, hecho que se considera se debe más a la escalada de precios de los servicios médicos privados del país, que al coste de los medicamentos, más controlados por el Gobierno. Pese a que pudiera ser razonable tener en cuenta en alguna medida el coste de los productos médicos sudafricanos en el índice compuesto de inflación utilizado por el PPP de Lesoto, debido al grado de dependencia de determinados productos importantes de Sudáfrica, es poco probable que el precio de los servicios médicos en Sudáfrica tenga un impacto significativo en los coste fijos de Tsepong. Por tanto, no parece adecuado que la inflación médica de Sudáfrica tenga un peso tan elevado (el 57% del índice compuesto de inflación) en la tarifa a pagar por el Gobierno de Lesoto a Tsepong. Cabe destacar que la inflación médica en Sudáfrica ha sido inusualmente baja en los últimos años, y por tanto hasta la fecha no habrá tenido consecuencias notables en el importe de la tarifa unitaria. No obstante, el Gobierno de Lesoto sigue corriendo un elevado riesgo, pues la tasa de inflación médica de Sudáfrica puede volver a sus valores elevados en los próximos años.
- 53 El estudio final constató además discrepancias notables en cuanto a estimaciones del número de pacientes del QEII; el estudio señala que una jefa de enfermeras del QEII sugirió que los registros oficiales podrían reflejar entre un 10% y un 20% de pacientes menos. T. Vian et al op. cit. pág. 31
- 54 M. Hellowell op. cit.
- 55 J. Lister (2013) “Health Policy Reform: Global Health versus Private Profit”, UK, Libri Publishing,

- pág. 109.
- 56 46 millones de maloti, según los cálculos en T. Vian. et al op. cit utilizando una tasa de cambio media para 2013 frente al dólar estadounidense de 10,59750 www.xe.com
 - 57 Cien millones de maloti confirmados por la persona informante clave de Tsepong, utilizando una tasa de cambio media para 2013 frente al dólar estadounidense de 10,59750 www.xe.com
 - 58 De 1.353 en 2007 a 2.173 en 2012. T. Vian et al op. cit.
 - 59 Comunicación de Netcare, 28 de marzo de 2014
 - 60 Lesotho–Boston Health Alliance 2009: 72 citado en Lister (2013) op. cit.
 - 61 Según un informante clave de Tsepong, el coste estimado de los intereses cargados al Gobierno ascendió a 8 millones de maloti, a una tasa de cambio media para 2013 frente al dólar estadounidense de 10,59750 www.xe.com
 - 62 Información aportada por informante clave de Tsepong.
 - 63 M. Hellowell op. cit.
 - 64 Con el fin de obtener la financiación necesaria para el proyecto, el Gobierno ofreció ciertas garantías al DBSA a través de un Contrato de Financiación Directa. S. Downs, D. Montagu, P. da Rita, E. Brashers y R. Feachem (2013). "Health systems innovation in Lesotho: Design and early operations of the Maseru Public-Private Integrated Partnership", Healthcare Public-Private Series No. 1. San Francisco: The Global Health Group, Global Health Sciences, Universidad de California, San Francisco y PwC. Publicado en EEUU. Primera edición, marzo de 2013 http://www.pwc.com/en_GX/gx/healthcare/publications/assets/pwc-health-system-innovation-in-Lesoto-complete-report-pdf.pdf
 - 65 T. Vian et al op. cit.
 - 66 Cifras del modelo financiero del PPP de Tsepong, convertidas a dólares estadounidenses utilizando la tasa de cambio media para 2013 frente al dólar estadounidense de 10,59750 www.xe.com
 - 67 M. Hellowell op. cit. (2013)
 - 68 Según el modelo financiero del PPP de Tsepong el rendimiento de renta variable = 25,19% (es decir, el 15% del total). La rentabilidad del préstamo del DBSA = 11,61% (el 85% del total). Por tanto, la tasa general de interés conjunto, que equivaldría al coste medio ponderado del capital de Tsepong = 13,647%.
 - 69 Comunicación con el Banco Mundial del 28 de marzo de 2014.
 - 70 El modelo financiero del PPP de Tsepong PPP confirma que la inversión total para la construcción del hospital fue de 1.164.541.000 maloti. Con 400 millones de maloti del Gobierno de Lesoto, y una cantidad equivalente de los donantes, quedaría un déficit de financiación de 365 millones de maloti. Tasa de cambio media para 2013 frente al dólar estadounidense de 10,59750 www.xe.com
 - 71 Folleto sobre bonos del Tesoro del Gobierno de Lesoto, [http://www.africanbondmarkets.org/fileadmin/Countries/Lesoto/Central_Bank_of_Lesoto/Lesoto_10_Yr_Bond_Prospectus.2011.Jun.1%20\(1\).pdf](http://www.africanbondmarkets.org/fileadmin/Countries/Lesoto/Central_Bank_of_Lesoto/Lesoto_10_Yr_Bond_Prospectus.2011.Jun.1%20(1).pdf)
 - 72 Todos los datos clínicos han sido obtenidos de T. Vian op. cit.
 - 73 El índice de mortalidad entre pacientes en unidades médicas, tanto hombres como mujeres, era más elevado en el nuevo hospital QMM (33% y 30%, respectivamente) que en el hospital QE II (26% y 19%, respectivamente). Las tasas de mortalidad entre pacientes quirúrgicos mujeres aumentaron (del 6% al 7,6%) en el hospital QMM comparado con QE II, T. Vian op. cit.
 - 74 Recogido en T. Vian. op. cit. y confirmado por todas las partes interesadas del PPP entrevistadas.
 - 75 El antiguo hospital público estaba ubicado en el centro de la capital Maseru, mientras que el QMM está emplazado en terrenos no explotados con anterioridad en las afueras de la ciudad. Algunas de las partes interesadas del PPP de salud afirmaron que el aumento en los gastos de transporte para los pacientes más pobres es tema de preocupación, y que en el estudio final encargado por la IFC se recomendaba evaluar el tema de acceso y equidad.
 - 76 Otras razones abarcarían cambios en la manera de clasificar a pacientes y condiciones; así como cambios en los criterios para conceder el alta médica hospitalaria.
 - 77 Comunicación del Banco Mundial a Oxfam, 28 de marzo de 2014, y Banco Mundial (2013) op. cit. pág.14
 - 78 La falta de datos llevó a los autores del estudio final a asumir una proporción media de tres consultas externas por cada paciente hospitalizado para calcular el coste unitario por paciente. Las cantidades facturadas al Gobierno por Tsepong en concepto de exceso de pacientes hospitalizados y ambulatorios (8,326 maloti y 50 maloti respectivamente a precios de 2007) por sí solas parecen indicar que esta proporción dista mucho de ser correcta.
 - 79 T. Vian et al op. cit. pág.24
 - 80 Banco Mundial (2005) op. cit.
 - 81 Gobierno de Lesoto "Previsiones del Reino de Lesoto para el ejercicio fiscal 2014/15." Aportado por el Ministerio de Salud y la Comisión de Cuentas Públicas de Lesoto.

- 82 La partida presupuestaria a que se hace referencia es “Adquisición de servicios de salud” y se refiere a los gastos públicos en proveedores externos o no gubernamentales de atención sanitaria. El presupuesto para la adquisición de servicios sanitarios aumentará de 651 millones de maloti en 2013/14 a 1.400 millones de maloti en 2016/17. El presupuesto total aumentará de 1.400 millones de maloti en 2013/14 a 2.300 millones de maloti para 2016/17. Gobierno de Lesoto (2014) op.cit.
- 83 Por ejemplo, Banco Mundial (2005) op. Cit.
- 84 Los datos sobre el índice de mortalidad materna corresponden a 2008 y han sido tomados de T. Vian et al op. cit.
- 85 Gobierno de Lesoto y PNUD (2013) “Millennium Development Goals Status Report 2013 Summary”, Reino de Lesoto, www.undp.org/content/dam/undp/library/MDG/english/MDG%20Country%20Reports/Lesoto/LESOTO%20MDGR%202013%20-%20FINAL.pdf, consultado por última vez el 28 de febrero de 2014.
- 86 Cuenta Reto del Milenio-Lesoto, ‘Health centres’, www.mca.org.ls/projects/hcentres.php
- 87 Gobierno de Lesoto y PNUD (2013) op. cit.
- 88 T, Matope. (2014) ‘Mothers in Distress: Women in rural Butha-Buthe struggle to survive childbirth’ Lesotho Times, de 27 de febrero a 5 de marzo.
- 89 Banco Mundial (2005) op. cit. y Ministerio de Salud y Bienestar Social “Lesotho: Primary Health Care Revitalisation Action Plan 2011-2017” http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country_docs/Lesotho/Lesotho_phc_action_plan_2011_2017_draft_submitted_to_moh_3_2_5.pdf
- 90 Banco Mundial (2010) op. cit.
- 91 En 2013/14, la Asociación Cristiana de Salud de Lesoto (CHAL) recibió M190 millones del Gobierno de Lesoto. El 80% de los gastos de CHAL se financian con fondos públicos. Datos confirmados por el Secretario Ejecutivo de CHAL y el Ministerio de Salud.
- 92 El presupuesto total del Ministerio de Salud para “Retribución de Empleados” es de 241 millones de maloti en 2013/14, 284 millones de maloti en 2014/15, 272 millones de maloti en 2015/16 y 274 millones de maloti en 2016/17. Gobierno de Lesoto, 2014 op.cit
- 93 El presupuesto para vacunas en 2013/14 fue de 20 millones de maloti, y para 2016/17 se reducirá a 19,8 millones de maloti. Gobierno de Lesoto, 2014 op.cit
- 94 La partida presupuestaria “Adquisición de Servicios de Salud” abarca el PPP y otros gastos públicos en proveedores terceros, en su mayoría ONG. Se calcula que la partida presupuestaria aumentará de los 651 millones de maloti presupuestados en 2013/14 hasta los 1.400 millones de maloti para 2016/17. Gobierno de Lesoto 2014 op. cit.
- 95 T. Matope (2014) “A mountain of challenges” Lesotho Times, febrero 20–26.
- 96 “Beyond Stability Towards Economic Transformation That Works (Addressing Implementation)”, Discurso de su señoría Dr Leketeketse Victor Ketso, diputado y Ministro de Finanzas, con motivo de la presentación al parlamento del presupuesto para el ejercicio fiscal 2014/15. Maseru, Lesoto, 20 de febrero de 2014, www.gov.ls/documents/speeches/2014-15%20Budget%20Speech_February%202014%20-%20Thursady%20.pdf
- 97 Aportación técnica de un informante clave de la sociedad civil sobre las opciones de financiación pública de la salud.
- 98 Discurso de Jim Yong Kim, presidente del Grupo del Banco Mundial, ante la Asamblea Mundial de la Salud: La pobreza, la salud y el futuro de la humanidad, Ginebra, Suiza, 21 de mayo de 2013 <http://www.worldbank.org/en/news/speech/2013/05/21/world-bank-group-president-jim-yong-kim-speech-at-world-health-assembly>
- 99 S. Downs et al op. cit.
- 100 Reunión del grupo de interés con accionistas de Tsepong el 23 de febrero de 2014 y representantes de D10 Investments, Afri'nnai, Excel Health
- 101 Comunicación con Netcare, 28 de marzo de 2014
- 102 Banco Mundial (2005) op. cit.
- 103 A. Pollock (2012) “How PFI is crippling the NHS”, *The Guardian*, 29 de junio, www.theguardian.com/commentisfree/2012/jun/29/pfi-crippling-nhs
- 104 HM Treasury 2012 en Lister (2013) op. cit.
- 105 Lister (2013) op. cit. pág.192
- 106 Hellowell y Pollock 2009, op. cit.
- 107 Las conclusiones de los informes de PricewaterhouseCoopers, la Oficina Nacional de Auditoría del Reino Unido, la Comisión de Hacienda de la Cámara de los Comunes y numerosos artículos académicos revisados por iguales han puesto en entredicho la teoría de “costo-eficacia” de las PFI, al destacar los “excesivos” beneficios para los socios privados y unos costes para el Gobierno muy superiores a los que hubieran resultado de la financiación pública.
- 108 Comisión de Hacienda de la Cámara de los Comunes (2011) “Private Finance Initiative - Seventeenth Report of Session 2010-12”, publicado en agosto de 2012 por autorización de la Cámara de los Comunes, Londres: The Stationary Office Limited.

- 109 J. Shaoul, A. Stafford y P. Stapleton (2008) "The cost of using private finance to build, finance and operate hospitals", *Public Money & Management*, 28(2): 101–108.
- 110 Hellowell y Pollock 2009, op. cit.
- 111 Shaoul, Stafford y Stapleton 2008, op. cit.
- 112 O. Wright (2012) 'At least 30 health trusts in a critical condition', *The Independent*, 26 de junio, www.independent.co.uk/news/uk/home-news/at-least-30-health-trusts-in-a-critical-condition-7888134.html
- 113 D. Campbell (2012) "Hospital trusts offered £1.5bn emergency fund to pay PFI bills", *The Guardian*, 3 de febrero, www.theguardian.com/society/2012/feb/03/hospital-trusts-emergency-fund-pfi
- 114 Ibid.
- 115 Portal de noticias de la BBC, 'South London Healthcare NHS Trust "should be broken up"', 8 de enero de 2013, www.bbc.co.uk/news/uk-england-london-20944705
- 116 J. Tittenbrun en M. McKee et al op. cit.
- 117 M. McKee et al op. cit.
- 118 S. Duckett (2013) "Public private hospital partnerships are risky business" *The Conversation*, 30 de julio <https://theconversation.com/public-private-hospital-partnerships-are-risky-business-16421>, consultado por última vez el 1 de abril de 2014
- 119 S. Duckett y T. Jackson (2000) citado en McKee et al op. cit.
- 120 P. Vaillancourt Rosenau y S. Linder (2003) citado en McKee et al op. cit.
- 121 PricewaterhouseCoopers (2010) 'Build and beyond: the revolution of health care PPPs' www.pwc.com/us/en/health-industries/publications/build-and-beyond.jhtml citado en Lister (2013) op. cit.
- 122 M. Bes (2009) "Prueba de una nueva combinación público-privada en un departamento de salud español", *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 87(12), www.who.int/bulletin/volumes/87/12/09-031209/en/
- 123 B. Acerete, A. Stafford y P. Stapleton (2011) "Spanish healthcare public private partnerships: The "Alzira model". *Critical Perspectives on Accounting*, 22(6), 533–49.
y Bes 2009 citado y resumido en Lister (2013) op. cit. pág.196
- 124 Bes 2009, op. cit.
- 125 Acerete et al 2011, op. cit.
- 126 El Auditor Jefe de Australia del Sur explica que los PPP son una amenaza para la democracia porque los contratos "pueden tener una vigencia mayor que el mandato de un parlamento y, partiendo de las experiencias históricas, del Gobierno en el poder." Pat Barrett, antiguo Auditor General de la Commonwealth, también ha incidido en el tema de la rendición de cuentas en las asociaciones público-privadas, al apuntar que la comercialización y la privatización pueden poner en peligro la cadena de rendición de cuentas entre el Gobierno ejecutivo y los representantes electos del pueblo en el parlamento. <https://theconversation.com/public-private-hospital-partnerships-are-risky-business-16421>
- 127 J. Lister (2013) op. cit.
- 128 PWC 2010, PWC 2012, PWC Australia 2012 citado en J. Lister (2013) op. cit.
- 129 Oxfam Internacional (2013) "Cobertura sanitaria universal: Porqué los seguros de salud se están dejando atrás a las personas pobres" <http://policy-practice.oxfam.org.uk/publications/universal-health-coverage-why-health-insurance-schemes-are-leaving-the-poor-beh-302973>
- 130 Oxfam Internacional (2009) 'Optimismo ciego: Los mitos sobre la asistencia sanitaria privada en países pobres' <http://policy-practice.oxfam.org.uk/publications/blind-optimism-challenging-the-myths-about-private-health-care-in-poor-countries-114093>

© Oxfam Internacional, abril de 2014

Este documento ha sido escrito por Anna Marriott. Oxfam agradece la colaboración de Chefa Lehlohonolo, Ceri Averill, Sophie Freeman y Charlotte Souly en su elaboración. Oxfam quiere dar las gracias también a todas las partes en el PPP de salud de Lesoto entrevistadas para la producción de este informe. Forma parte de una serie de documentos dirigidos a contribuir al debate público sobre políticas humanitarias y de desarrollo.

Para más información sobre los temas tratados en este documento, por favor póngase en contacto con advocacy@oxfaminternational.org.

Esta publicación está sujeta a copyright pero el texto puede ser utilizado libremente para la incidencia política y campañas, así como en el ámbito de la educación y de la investigación, siempre y cuando se indique la fuente de forma completa. El titular del copyright solicita que cualquier uso de su obra le sea comunicado con el objeto de evaluar su impacto. La reproducción del texto en otras circunstancias, o su uso en otras publicaciones, así como en traducciones o adaptaciones, podrá hacerse después de haber obtenido permiso y puede requerir el pago de una tasa. Debe ponerse en contacto con policyandpractice@oxfam.org.uk.

La información en esta publicación es correcta en el momento de enviarse a imprenta.

Publicado por Oxfam GB para Oxfam Internacional con ISBN 978-1-78077-614-9 en abril de 2014.

Oxfam GB, Oxfam House, John Smith Drive, Cowley, Oxford, OX4 2JY, UK.

OXFAM

Oxfam es una confederación internacional de 17 organizaciones que trabajan juntas en más de 90 países, como parte de un movimiento global a favor del cambio, para construir un futuro libre de la injusticia que supone la pobreza:

Oxfam Alemania (www.oxfam.de)

Oxfam América (www.oxfamamerica.org)

Oxfam Australia (www.oxfam.org.au)

Oxfam-en-Bélgica (www.oxfamsol.be)

Oxfam Canadá (www.oxfam.ca)

Oxfam Francia (www.oxfamfrance.org)

Oxfam GB (www.oxfam.org.uk)

Oxfam Hong Kong (www.oxfam.org.hk)

Oxfam India (www.oxfamindia.org)

Oxfam Intermón (www.oxfamintermon.org)

Oxfam Irlanda (www.oxfamireland.org)

Oxfam Italia (www.oxfamitalia.org)

Oxfam Japón (www.oxfam.jp)

Oxfam México (www.oxfammexico.org)

Oxfam Nueva Zelanda (www.oxfam.org.nz)

Oxfam Novib (www.oxfamnovib.nl)

Oxfam Quebec (www.oxfam.qc.ca)

Para más información, escribir a cualquiera de las organizaciones o ir a www.oxfam.org. Email: advocacy@oxfaminternational.org



Consumer Protection Association (Lesotho) www.oxfam.org

