

## BRECHA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD: ¿SON LAS CONCESIONES UN CAMINO?<sup>i</sup>

- Al compararnos con el promedio mundial, nuestras estimaciones señalan que Chile está bajo el promedio de camas hospitalarias al 2014 de 10.564 camas, 28% de su capacidad actual. En caso de no realizarse nuevas inversiones, este déficit podría crecer a 12.543 camas al 2018.
- Nuestras autoridades infundadamente decidieron cerrar la puerta a la colaboración del sector privado (mediante el mecanismo de concesiones) para abordar este desafío no obstante que la evidencia internacional y nacional disponible muestra que las concesiones en salud han resultado exitosas.

El segundo gobierno de Bachelet comenzó con la promesa de implementar un millonario plan de inversiones en salud para el período 2014-2018, de US\$ 4.000 millones, los cuales se destinarían a cumplir con la meta de contar (a marzo de 2018) con 20 hospitales construidos, 20 “en construcción” y 20 “en estudio o licitación”. Para cumplir con este objetivo, el Presupuesto del Ministerio de Salud (MINSAL) para 2015 en inversiones se duplicó con respecto al del año anterior, alcanzando un monto cercano a los US\$ 1.000 millones.

Este ambicioso plan público no ha estado exento de polémica. Por una parte, las declaraciones de nuestras autoridades –ministra de Salud incluida– sobre su negativa a utilizar la modalidad de concesiones en salud para concretar esta ambiciosa promesa, llevó al gobierno a tomar la decisión de no concesionar algunos recintos e incluso a retirar procesos de licitación ya en curso<sup>ii</sup>. Por otro lado, la predecible imposibilidad del sector público de gestionar eficientemente el millonario presupuesto de inversión asignado: de acuerdo a información entregada por la Dirección de Presupuestos (DIPRES), en 2015 sólo se logró ejecutar el 64% del monto destinado a inversión (\$ 337.608 millones de los más de \$ 529 mil millones asignados como presupuesto inicial), gran parte del monto original destinado a inversión fue reasignado a otros fines (más de \$ 153 mil millones de los \$ 529 mil millones) y además, la mitad del total ejecutado en el año se realizó durante el último mes.

## SITUACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA EN SALUD EN CHILE

De acuerdo a lo señalado por la OCDE, el número de camas de hospital es una aproximación sobre cómo un sistema de salud está preparado para entregar servicios oportunos a quienes los necesiten. Las últimas cifras, correspondientes a 2013 o al último año disponible, sitúan a Chile en el penúltimo lugar de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico –OCDE– (33°), con 2,2 camas de hospital por cada 1.000 habitantes, muy por debajo del promedio (4,8 camas por cada 1.000 habitantes) y superando a México, país que cuenta con 1,6 camas por cada 1.000 habitantes. Respecto a los países no pertenecientes a la OCDE, Chile supera, por ejemplo, a Colombia, Indonesia e India (con 1,5, 1 y 0,5 camas por cada 1.000 habitantes, respectivamente). Sin embargo, y tomando las cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2014, Chile está por debajo del promedio mundial de 2,7 camas por cada 1.000 habitantes.

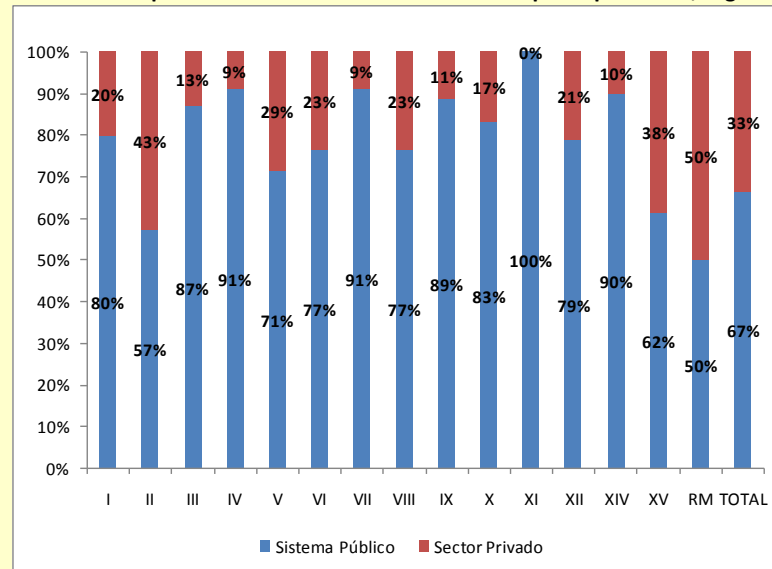
A pesar de la negativa situación relativa de nuestro país con respecto al resto del mundo en materia de infraestructura hospitalaria, cabe destacar que la tendencia de los países desarrollados es a disminuir el número de camas de hospitales. De hecho, las cifras de la OCDE muestran que en el período 2000-2013 el número promedio de camas por cada 1.000 habitantes de los países miembros ha caído de 5,5 a 4,8 (sólo Corea y Turquía habrían aumentado en dicho período el número de camas por habitante). Existirían dos explicaciones para este fenómeno. La primera es la crisis financiera de 2008, que ha llevado a varios países a avanzar en políticas de contención del gasto público en salud, dentro de las cuales se encuentra la reducción de la capacidad hospitalaria. Pero la que parece más plausible es el desarrollo de nuevas tecnologías médicas, que ha permitido el avance de la cirugía ambulatoria y se ha traducido, por ende, una menor necesidad de hospitalización.

No obstante, todo parece apuntar a que existe un déficit de infraestructura en salud en nuestro país. De hecho, al 2014 el total de camas de hospital en Chile habría alcanzado un total de 37.548, lo cual equivale a un promedio de 2,1 camas por cada 1.000 habitantes. 67% del total (24.983) corresponde a camas del sistema público y 33% al sistema privado (12.565). En otras palabras, en promedio en Chile por cada cama privada hay dos camas públicas.

Esta relación difiere entre la Región Metropolitana (RM) y lo que ocurre en el resto de Chile. Mientras que en la RM la mitad de las camas disponibles corresponde al sector privado (8.022), en regiones dicha participación baja, en promedio, a 21% (4.543 de un total de 21.554), incluso llegando a cero en Aysén<sup>iii</sup>.

## EN LA RM LA MITAD DE LAS CAMAS DISPONIBLES CORRESPONDEN AL SECTOR PRIVADO

Gráfico N°1: Participación 2014 en el total de camas del tipo de prestador, según región



Fuente: LyD en con información Clínicas de Chile A.G. y DEIS, MINSAL 2014.

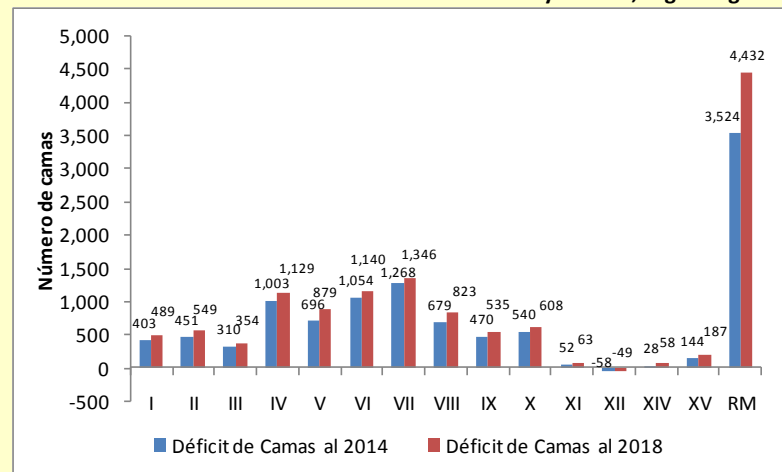
## ESTIMACIÓN DEL DÉFICIT DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD AL 2014 Y AL 2018

Considerando que el número de camas ha tendido a disminuir en el tiempo, utilizamos el promedio mundial de camas (y no el promedio vigente de los países OCDE) como una cifra “deseable” para nuestro país en el mediano plazo (2,7 camas por cada mil habitantes). Tomando lo anterior, la población al 2014 y la proyección de población a nivel regional del INE al 2018, obtuvimos una estimación del número total de camas requeridas al 2014 y al 2018. El déficit se obtiene restando dicho valor del total de camas disponibles a la fecha por región. Con todo, el déficit vigente al 2014 sería de 10.564 camas, lo que equivale al 28% de la capacidad actual. Un tercio de estas camas (3.524) se requerirían en la RM. Por su parte, el déficit total de camas al año 2018 sería de 12.543, 33,4% de la dotación actual existente en el país. 4.432 de éstas se requerirían en la RM.

La estimación al 2018 corresponde a un escenario que no considera la implementación de nueva infraestructura en salud en el período 2014-2018. Sólo como referencia, en caso que se lograran construir al 2018 los 20 hospitales públicos originalmente comprometidos para esa fecha, el déficit se reduciría en 2.497 camas, sólo 20% del requerimiento total estimado.

**UN TERCIO DEL DÉFICIT DE CAMAS ESTARÍA EN LA RM AL 2014 Y 2018**

**Gráfico N°2: Déficit de camas estimado al 2014 y al 2018, según región**



Fuente: Estimación LyD.

**EVIDENCIA INTERNACIONAL Y NACIONAL SOBRE CONCESIONES EN SALUD**

• **Evidencia Internacional**

Dado el déficit existente en infraestructura en salud, parece necesario analizar si se justifica el reciente rechazo que el gobierno le dio a las concesiones en esta materia. En este contexto, en primer lugar resulta relevante profundizar en el alcance y bondades que la modalidad de concesiones ha tenido en el mundo al compararse con el modelo tradicional de construcción de infraestructura pública en salud. Para ello, entregamos a continuación las conclusiones de un reciente estudio del BID<sup>iv</sup>, el cual realiza una revisión de la literatura y resultados disponibles en materia de concesiones. En particular, los autores aíslan una serie de variables de comparación, separándolas en dos grupos: variables cuantitativas (tales como precio y plazo de construcción, tanto en nivel como variación) y variables cualitativas (dentro de las cuales se incluyen calidad del diseño, empresa y servicio o satisfacción).

a) **Variables cuantitativas**

De las ocho variables cuantitativas escogidas por los autores, las concesiones presentan un mejor desempeño en cuatro: variación en el precio de construcción, plazo de construcción, variación de plazo de construcción y eficiencia hospitalaria. A partir de esto se puede señalar que las concesiones en infraestructura en salud,

en su mayoría, no incurren en mayores costos, demoran menos en terminar el proyecto, y lo entregan a tiempo. Esto último, probablemente como resultado del diseño de contrato (incentivos a entrega oportuna, e incluso antes de la fecha estipulada, de tal modo de activar los pagos). Por otra parte, también se evidencia mayor eficiencia y mejores resultados clínicos en los proyectos de concesiones, principalmente cuando son de “Bata Blanca”<sup>v</sup>, los que suelen recibir financiamiento per cápita (según población atendida) y se destacan (como el caso del modelo Alzira) por la integración de la atención primaria con la atención especializada y la promoción de actividades preventivas, de tal modo de minimizar el costo por paciente ofreciendo espacios de gestión en red.

Por otra parte, la evidencia es mixta, o de resultados similares para ambas modalidades de contrato, en el caso del precio de la construcción, el precio de los servicios (no clínicos) concesionados y para el gasto en salud<sup>vi</sup>. Las brechas se explican, en su mayoría por la dificultad de comparación de la modalidad tradicional con la modalidad de concesiones en algunas variables, como los mayores estándares de calidad exigidos a los servicios entregados por las concesiones, o por la forma de incorporar o no dentro del gasto total el control de gestión que debe realizar el Ejecutivo<sup>vii</sup>, u otros costos que son más complejos de aislar.

Por último, la evidencia revisada por los autores muestra que la modalidad tradicional sólo superaría a las concesiones respecto del costo de financiamiento, por cuanto levantar capital privado resulta más costoso que el financiamiento al que puede acceder el Estado para estos proyectos. Sin embargo, este factor corresponde aislarlo, ya que el mayor costo financiero se relaciona con riesgos que el Estado traspasa a los privados.

#### b) Variables cualitativas

Respecto a las variables cualitativas escogidas por los autores para evaluar la construcción de infraestructura en salud, la evidencia sitúa a la modalidad de concesiones en mejor posición que la modalidad tradicional tanto en lo que respecta a los incentivos a innovar como en la satisfacción de usuarios y directivos. En cuanto a la calidad de servicios entregados, la mayor evidencia existe para los modelos concesionados, los cuales por contrato deben cumplir con estándares de tal modo de no arriesgarse a multas por incumplimiento. Esto no ocurre en los contratos bajo modalidad tradicional, por lo que si bien la literatura da cuenta de resultados similares para ambas modalidades, no muestra necesariamente una

gran varianza en el resultado de aquellos en manos del Estado (a diferencia de los hospitales concesionados, no existen de manera obligada evaluaciones).

- **Evidencia Nacional**

La experiencia chilena en materia de concesiones en salud también da cuenta de una realidad que permite derribar varios mitos que circulan sobre esta modalidad de contrato. De hecho, un reciente estudio encargado por la Cámara Chilena de la Construcción<sup>viii</sup> muestra que los hospitales concesionados no son ni más caros, ni demoran más en estar terminados, ni tampoco presentan peores estándares de calidad que aquellos construidos por modalidad tradicional<sup>ix</sup>.

**HOSPITALES CONCESIONADOS NO SON MÁS CAROS**

**Tabla N°1: Costos de Construcción Hospitales Concesionados vs Modalidad Tradicional**

	UF/m <sup>2</sup>	
	Ya Operativos	En construcción o adjudicación
Hospital Concesionado	33.8	41.9
Hospital bajo Metodología Tradicional	39.2	44.6

Fuente: CChC 2014.

**HOSPITALES CONCESIONADOS CUENTAN CON MAYOR SUPERFICIE POR CAMA**

**Tabla N°2: Relación Superficie / N° de Camas - Hospitales Concesionados vs Modalidad Tradicional**

	superficie (m <sup>2</sup> ) / n° de camas	
	Ya Operativos	En construcción o adjudicación
Hospital Concesionado	185.4	245.2
Hospital bajo Metodología Tradicional	155.1	191.5

Fuente: CChC 2014.

En lo que dice relación con el plazo promedio de construcción (con su variación), para el caso de los hospitales en operación, el citado estudio encuentra un incremento similar en el plazo, (39,19% vs 36,1%). Sin embargo, para el caso de los hospitales aún en construcción, mientras los hospitales bajo metodología tradicional presentaban (a la fecha del estudio) en promedio un retraso de 20,29%,

los concesionados no mostraban retraso alguno. Este resultado se explica en que, en el caso de las concesiones, la finalización de la construcción es el hito que gatilla la aprobación del pago del subsidio a la construcción, y los pagos comienzan a recibirse sólo un año después de ocurrido este hito. Previo a esa fecha, el concesionario recibe por parte del Gobierno sólo lo correspondiente al IVA.

### CONCLUSIONES

Al compararnos con el promedio mundial, nuestras estimaciones señalan que Chile cuenta con un déficit de camas hospitalarias al 2014 de 10.564 camas, 28% de su capacidad actual. En caso de no realizarse nuevas inversiones, este déficit podría (al 2018) crecer a 12.543 camas. Durante el último año, el gobierno ha dado muestras evidentes de que no cuenta con las capacidades para abordar este problema. Además, por razones infundadas, nuestras autoridades decidieron cerrar la puerta a la colaboración del sector privado (mediante el mecanismo de concesiones) para abordar este desafío.

La evidencia internacional y nacional disponible muestra que el sector privado podría constituir un aporte en aumentar la disponibilidad de infraestructura en salud a nivel nacional. Los datos muestran que las concesiones en salud han resultado en general exitosas en términos de costo final de construcción, plazos de entrega, calidad y eficiencia en el servicio final entregado. Por ende, no se ven razones técnicas para descartarlas. El gran desafío está en mejorar la capacidad del sector público de gestionar los contratos e incluso en estudiar la posibilidad de avanzar en contratos que incluyan además de los servicios no asistenciales la concesión de servicios sanitarios (o clínicos) a través del financiamiento per cápita de acuerdo a una población asignada de antemano. Esto último implica también avanzar en mejorar las tecnologías de información necesarias para la administración eficiente de los problemas sanitarios de la población a atender.

Por último, la colaboración del sector privado también podría ser posible, por ejemplo, aumentando la capacidad de elegir de los beneficiarios del sector público con qué prestador quiere atenderse (fomentando con ello la inversión en un mayor número de centros privados).

---

<sup>i</sup> Sobre la base de Candia A. (Marzo 2016). "Evidencia sobre Infraestructura en Salud en Chile y Modalidades de Inversión". Serie de Informe Social N° 155, Libertad y Desarrollo.

<sup>ii</sup> En específico, el Gobierno le cerró la puerta a la colaboración del sector privado en materia de inversión, anulando el proceso de licitación (ya en marcha) de los hospitales de Marga-Marga y Quillota-Petorca, además del de los hospitales

---

Sótero del Río y Puente Alto (todos éstos estaban en licitación y con apertura de oferta técnica ya efectuada). A su vez, optó por no concesionar los hospitales de Curicó, Linares y Chillán (los cuales a marzo de 2014 estaban en proceso de ajuste de su anteproyecto).

<sup>iii</sup> Lo anterior responde a la lógica multiseguro de nuestro sistema de salud, y por ende a cómo distribuye la población beneficiaria de FONASA y por el sector privado. En promedio, 76% de la población nacional está asegurada en FONASA. Este porcentaje es algo mayor en regiones (79%) que en la Región Metropolitana (70%). Cabe destacar que en la segunda región dicho porcentaje sólo alcanza 63%, y la Región Metropolitana y la segunda región son aquellas que concentran el mayor porcentaje de participación de camas privadas.

<sup>iv</sup> Alonso P., Pinto D., Astorga I., Freddi J. "Menos cuentos, más evidencia: asociaciones público-privadas en la literatura científica". Nota técnica BID 882, Octubre 2015.

<sup>v</sup> El modelo de "Bata Blanca" no sólo incluye la concesión de la obra pública y la explotación u operación de los servicios no sanitarios ("Bata Gris-Verde"), sino que también la concesión de la gestión de la totalidad de los servicios de salud.

<sup>vi</sup> Entendido como gasto de funcionamiento que incluye recursos humanos y bienes y servicios de consumo.

<sup>vii</sup> El estudio señala que las evaluaciones que favorecen a una u otra modalidad para la variable "gasto en salud" no son categóricas, puesto que para una correcta comparación, los contratos concesionados deben contemplar los gastos "invisibles" (gastos en que incurre la autoridad por control y gestión del contrato y derivados por no incorporar algunas prestaciones como por ejemplo trasplantes o ambulancias). Sin embargo, también se señala que estos costos también existen bajo la modalidad tradicional si es que la autoridad estuviera constantemente evaluando su gestión.

<sup>viii</sup> Cámara Chilena de la Construcción (CChC). "Análisis Comparativo Implementación de Hospitales por Contrato Sectorial versus Sistema de Concesiones de Obras Públicas". Junio 2014.

<sup>ix</sup> El estudio citado, por una parte, consideró ocho hospitales concesionados a mayo de 2014, dos de los cuales ya habían iniciado operación a esa fecha (Maipú y La Florida), uno que se encontraba en construcción (Antofagasta) y los restantes que estaban en etapa de adjudicación del contrato para dar inicio a la concesión (Salvador – Geriátrico, Santiago Occidente, Sótero del Río, Biprovincial Quillota-Petorca, Provincial Marga Marga). Por otro lado, tomó 19 hospitales construidos con fondos sectoriales (modalidad tradicional) cuyo inicio de obras comenzó en el último decenio.