

# SERIE INFORME SOCIAL

ISSN 0717-1560

N° 122

Septiembre 2009

---

**Concesiones Sanitarias:  
Garantizando la  
Sostenibilidad del  
Sistema**

---

Por: Rafael Caviedes D.\*

LIBERTAD   
DESARROLLO



## INDICE

---

Resumen Ejecutivo	5
<hr/>	
I. Introducción	7
<hr/>	
II. El Diagnóstico	7
2.1. Gasto Público creciente, Insatisfacción creciente	7
2.2. Hospital de Talca: un buen (mal) Ejemplo	10
2.3. Atención Primaria	11
2.4. Los Desafíos	12
2.5. Un Modelo Alternativo	13
<hr/>	
III. Concesión Sanitaria	13
3.1. Características Generales del Sistema de Concesiones Sanitarias	13
<hr/>	
IV. La Experiencia Internacional	18
<hr/>	
V. Referencias Bibliográficas	20
<hr/>	



# CONCESIONES SANITARIAS: GARANTIZANDO LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA

## Resumen Ejecutivo

---

El presente estudio contiene una propuesta para introducir en Chile el sistema de concesiones sanitarias como una alternativa para mejorar la operación de la salud pública. El autor, Rafael Caviedes, director ejecutivo de la Asociación de ISAPRE, plantea que los inevitables incrementos de los costos y las tensiones que sufren los sistemas de salud, obligan a buscar mecanismos que garanticen la máxima eficiencia posible y la sostenibilidad del sistema de salud en el tiempo. Como no se puede continuar pensando que el Estado debe financiarlo y proveerlo todo en salud es necesario encontrar un espacio compartido que equilibre los intereses públicos y privados para que ambos compartan riesgos, oportunidades y responsabilidades en salud.

Por esta razón sostiene que se debe construir un modelo que permita la tan necesaria complementariedad, que provea la infraestructura y equipamiento necesario y que sea capaz de responder a las prioridades sociales en materia de salud. El modelo debe contener los incentivos que aseguren el acceso a la salud, refuercen la equidad y la toma responsable de decisiones, así como la definición e implantación de estándares clínicos que garanticen la calidad y oportunidad de las prestaciones y contemple los mecanismos de control suficientes para garantizar la transparencia y generar confianza.

Este modelo corresponde al de la “Concesión Sanitaria”, donde el financiamiento y control de la salud lo tiene el Estado, pero la inversión y la gestión la realiza la empresa privada. Estas concesiones sanitarias implican conceptualmente la compra por parte del Estado de “soluciones en salud” en los tres niveles de complejidad, baja, media y alta, bajo el concepto de un pago per-cápita para que el concesionario atienda a la población adherida en una “red de servicios clínicos”, pero con garantías y control público estatal de los servicios ofrecidos. El Estado, de esta forma, garantiza la universalidad, la equidad, e incluso la gratuidad del sistema cuando corresponda. Así se plantea un modelo de complementariedad pública-privada, en el que sin perder la propiedad ni el control estatal, se permite la inversión y la gestión privada, como una forma de garantizar la sostenibilidad del sistema.



# CONCESIONES SANITARIAS: GARANTIZANDO LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA

## I. Introducción

---

Los inevitables incrementos de los costos y las tensiones que sufren los sistemas de salud, obligan a buscar mecanismos que garanticen la máxima eficiencia posible y la sostenibilidad del sistema de salud en el tiempo. El primer aspecto de la sostenibilidad en salud estará dado por la búsqueda de un espacio compartido que equilibre los intereses públicos y privados para que ambos compartan riesgos, oportunidades y responsabilidades en salud. No se puede continuar pensando que el Estado debe financiarlo y proveerlo todo en salud.

Se debe construir un modelo que permita la tan necesaria complementariedad, que provea la infraestructura y equipamiento necesario y que sea capaz de responder a las prioridades sociales en materia de salud. El modelo debe contener los incentivos que aseguren el acceso a la salud, refuercen la equidad y la toma responsable de decisiones, así como la definición e implantación de estándares clínicos que garanticen la calidad y oportunidad de las prestaciones y contemple los mecanismos de control suficientes para garantizar la transparencia y generar confianza.

El modelo analizado, que a juicio del autor garantiza la sostenibilidad del sistema, corresponde al de la “**Concesión Sanitaria**”. Este se basa en que el financiamiento y control de la salud lo tiene el Estado, pero la inversión y la gestión la realiza la empresa privada. Dichas **Concesiones Sanitarias** implican conceptualmente la compra por parte del Estado de “soluciones en salud” estructurada y organizada en los

tres niveles de complejidad, baja, media y alta, bajo el concepto de un pago per-cápita para que el concesionario atienda a la población adherida en una “red de servicios clínicos”, pero con garantías y control público estatal de los servicios ofrecidos. El Estado, de esta forma, garantiza la universalidad, la equidad, e incluso la gratuidad del sistema cuando corresponda. Se plantea un modelo de complementariedad pública-privada, en el que sin perder la propiedad ni el control estatal, se permite la inversión y la gestión privada, como una forma de garantizar la sostenibilidad del sistema.

## II. El Diagnóstico

---

### 2.1. Gasto público creciente, insatisfacción creciente

Los últimos gobiernos han efectuado un esfuerzo notable por mejorar el acceso a la salud de las personas. De hecho, en Chile, el presupuesto de salud ha aumentado de \$ 542 miles de millones el año 1990 a \$ 2.972 miles de millones para el año 2009 (todo en moneda 2009) (Tabla N° 1). Con esta ampliación presupuestaria se ha tratado de dar respuesta a las nuevas y crecientes necesidades sanitarias, tanto en atención primaria, como de mediana y alta complejidad.

La reforma del año 2005 constituyó un hito importante al establecer el AUGE-GES para dar respuesta a los requerimientos de un sistema moderno, no obstante que no modificó sustancialmente la forma como se gestionan los establecimientos públicos.

**Tabla N° 1: Presupuesto de Salud**

<b>Años</b>	<b>Gasto Público Total Millones(2008)</b>	<b>Variaciones %</b>	<b>Índice</b>
1990	542.211		100
1991	633.709	17%	117
1992	775.654	22%	143
1993	910.660	17%	168
1994	1.001.359	10%	185
1995	1.081.215	8%	199
1996	1.177.430	9%	217
1997	1.230.902	5%	227
1998	1.363.359	11%	251
1999	1.439.176	6%	265
2000	1.508.077	5%	278
2001	1.707.683	13%	315
2002	1.676.552	-2%	309
2003	1.780.445	6%	328
2004	1.936.467	9%	357
2005	2.046.507	6%	377
2006	2.080.565	2%	384
2007	2.376.680	14%	438
2008	2.531.154	6%	467
2009	2.971.985	17%	548

De hecho, esta reforma apuntó a definir fines, prioridades u objetivos sanitarios claramente establecidos y garantizados para la población. Con ello, la ley aumentó las obligaciones que tienen los entes prestadores de salud, pero también empoderó a la población al definir garantías de oportunidad, calidad, acceso y cobertura. Pero su debilidad radica en que no entregó herramientas de gestión a los establecimientos públicos para cumplir de mejor forma con el mandato de la ley. Podemos asegurar con ello, que en la medida que el AUGE se incremente –como se ha anunciado– las demandas de la población crecerán a una velocidad mayor que la capacidad y posibilidad de responder que tiene el modelo actual, lo que quedó de manifiesto al poco andar del nuevo modelo. De acuerdo a un estudio de Altura Management del año 2007, habría 39 mil pacientes de patologías GES en listas de espera (Tabla N° 2). Vale decir, la garantía de oportunidad para los pacientes establecida por ley no se cumplía en hospitales públicos.

Así, es fácil suponer que las listas de espera en el AUGE-GES deberían incrementarse a pesar de los aumentos presupuestarios, puesto que los establecimientos que tienen que entregar los servicios y cumplir con las leyes, no están preparados o no tienen los incentivos ni herramientas de gestión para cumplir con el mandato legal. Como quedó de manifiesto, en

muchos casos no han sido capaces de satisfacer y dar respuesta a los problemas que ya enfrenta el otorgamiento de prestaciones de salud en nuestro país.

Por otra parte, la crisis en patologías GES trajo aparejada una crisis en las patologías no GES. La Fundación Jaime Guzmán señala que, de acuerdo a estudios presentados en diciembre del año 2007, existe un deterioro en la atención del sistema público a las patologías no AUGE. Se comprobó la mayor cantidad de personas en espera (hernias) y la mayor cantidad de tiempo en espera (por ejemplo, colecistectomía), reflejando así la postergación de patologías de gravedad en lugar de la priorización GES.

El diagnóstico que ha efectuado el Colegio Médico de Chile es aún más devastador. En abril del 2008, el presidente del gremio señaló a El Mercurio, que el AUGE “se sobrevendió”, al presentar un estudio –encargado por su entidad a la consultora Altura Management–, que reveló enormes listas de espera de pacientes en los servicios de salud pública del país. Según el informe, hasta marzo de 2008 había cerca de 120 mil personas que esperaban por exámenes, consultas o intervenciones quirúrgicas. De estas, 60.343 pacientes esperaban atención por patologías AUGE y 58.447 por no AUGE, no obstante que todos los analistas comparten que estas cifras ocultan una sub declaración de enfermedades que puede multiplicar estas cifras.

El problema que enfrenta el sistema público es de gestión, de recursos y de sostenibilidad en el tiempo. La experiencia en el sector privado en la administración de establecimientos de salud de alta complejidad, ha demostrado que la inversión en establecimientos hospitalarios genera un gasto corriente anual para su mantención y operación, similar al requerido en la inversión inicial. Como la inversión pública en establecimientos asistenciales ha crecido sustancialmente en los últimos años (ver Figura N° 1), el gasto corriente anual requerido tanto para su mantención como operación también ha crecido, pero no en la proporción que se necesitaría para mantener actualizada la inversión realizada. Como ello no se contempla ni probablemente se realizará en forma oportuna o con la agilidad que se requiere, se producirá un rápido deterioro de los nuevos o remodelados establecimientos hospitalarios, conformándose un círculo perverso que nunca acaba.

**Tabla N° 2: Lista de Espera y Evaluación del Cumplimiento de Garantías Patologías GES Seleccionadas**

Pacientes	Número de Pacientes en lista de espera	Representatividad de la muestra (%)	Estimación Listas de espera total	Estimac. Tiempo de espera máximo	Tiempo garantizado	Cumplimiento garantía
Diabetes Mellitus Tipo I	76	33,6%	226	205	3 días	no cumple
Cáncer de mama	89	27,6%	322	185	120 días	no cumple
Colecistectomía	2.025	5,6%	7.905	191	150 días	no cumple
Cáncer gástrico	442	28,9%	1.530	228	105 días	no cumple
Escoliosis	29	24,2%	120	243	365 días	cumple
Artrosis de cadera	343	31,9%	1.076	371	240 días	no cumple
Órtesis Adulto Mayor	349	31,6%	1.106	49	20 días	no cumple
Cataratas	7.652	36,6%	20.918	540	540 días	cumple
Retinopatía diabética	377	34,7%	1.085	300	150 días	no cumple
Cáncer de próstata	504	31,7%	1.589	539	360 días	no cumple
Hiperplasia de próstata	436	32,3%	1.349	348	180 días	no cumple
Cáncer de Testículo	96	33,5%	287	469	90 días	no cumple
Marcapasos	150	29,5%	508	184	45 días	no cumple
Esquizofrenia	346	32,7%	1.058	347	20 días	no cumple
Total	12.914	33,0%	39.078		39.078	

El problema radica en las características propias de la gestión pública: falta de flexibilidad, centralización de funciones; incentivos inadecuados; asignación de recursos a los establecimientos sobre la base de criterios de oferta; ausencia de mecanismos de rendición de cuentas; uso de tarifas y precios distorsionados; falta de disciplina financiera, burocracia con baja autonomía y significativas limitaciones en la gestión de recursos humanos y el uso insumos.

No obstante la claridad de los gobiernos para visualizar el problema y enfrentar en la medida de lo posible el enorme incremento del gasto público en salud, nadie se atreve a modificar el modelo, y así persisten las evidentes faltas de servicio y la insatisfacción de los profesionales y pacientes. A pesar de la antigüedad y evidencia del problema reseñado, ningún gobierno en los últimos 60 años ha intentado efectuar cambios de fondo al modelo de administración de los establecimientos públicos. Pero obviamente ha habido intentos de mejorar la gestión.

Podemos agrupar dichas iniciativas en tres grandes grupos:

1. Durante el Gobierno Militar, se trató de hacer una gestión más eficiente, pero sin cambiar el modelo de

gestión, por lo que no hubo muchos resultados positivos. Dicho gobierno recibió los hospitales públicos bajo un esquema de mando centralizado a cargo del Director General del ex SNS, en una grave crisis de organización interna, la que había sido denunciada por un informe de la Cámara de Diputados del año 1972: doble utilización de camas, desorden, politización, irregularidades, ingobernabilidad, falta de recursos, obras abandonadas, etc. Por ello, el gobierno emprendió una reforma que contempló la descentralización de los servicios de salud, la separación de las funciones de control, financiamiento y operación; la focalización del gasto en aquellos proyectos de mayor rentabilidad socio-económica (de ahí que se privilegiara a la atención primaria) y la introducción de mejoras internas en la gestión de los establecimientos públicos, tales como la incorporación, por primera vez, de profesionales del área de la administración para que apliquen herramientas de gestión en los hospitales públicos, y la compra de servicios de apoyo en los hospitales al sector privado. Todo ello, contribuyó con su grano de arena a que el sistema no se desmoronase, pero evidentemente que no fue una solución integral a los problemas que sufre del sistema estatal de salud. Quizás, el principal impacto en materia de inversión hospitalaria privada y que hoy podemos apreciar, estuvo dado por la creación de las ISAPRE, fundamentalmente debido a la implicancia que estos seguros han tenido en el notable desarrollo que han mostrado las clínicas privadas,

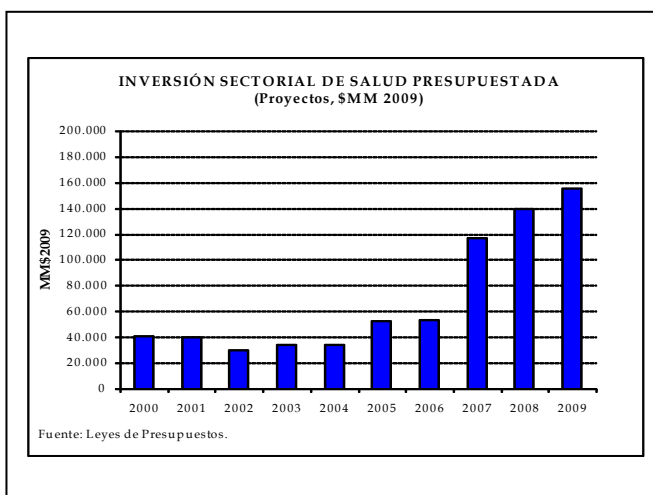
las que hoy actúan como un espejo o referencia para los hospitales públicos.

2. Después del año 1990, la recuperación de la democracia y la búsqueda de nuevas formas de organización interna para mejorar el servicio en los hospitales públicos, tampoco fue exitosa. En ese período, efectivamente, se incorporaron más recursos físicos, financieros y humanos al sistema de salud que durante toda su historia, se aumentó la profesionalización de la administración y se mejoraron las rentas y condiciones de trabajo. No obstante, los resultados están a la vista: si bien algunos establecimientos han progresado enormemente, la productividad agregada en los hospitales ha disminuido, según demuestran diversos estudios (Tokman, Sciaraffia, Castro) y persisten problemas de calidad del servicio. En términos generales, hasta el año 2005 no se produjo ningún cambio sustancial en el modelo de gestión, como tampoco se pudieron modificar las limitaciones que establece el marco jurídico administrativo en la administración de los servicios públicos, ni derribar las barreras que los propios sindicatos u organizaciones de trabajadores del sistema estatal de salud imponen con amenazas permanentes de paro y movilizaciones.

3. A contar de la reforma del sistema de salud del año 2005, y con la introducción de las prioridades sanitarias AUGE-GES que requieren de un sistema de acreditación, una nueva subsecretaría de “redes” en el Ministerio de Salud y una nueva fórmula de administración denominada “autogestión”, se produjo una adecuada intención de cambio en las políticas del régimen estatal. A ello se suman los proyectos de concesiones de infraestructura de los hospitales de Maipú y La Florida, licitados en junio del año 2009. Sin embargo, en materia de administración hospitalaria, se ha debido prorrogar la puesta en marcha de la acreditación y de la autogestión, por la propia incapacidad de los hospitales para aplicarla, y las concesiones planificadas se han atrasado más de cuatro años en decidirse; pero al menos se aprecia una intención de modernización. No obstante, tales cambios en materia de gestión hospitalaria son modestos. En efecto, la autogestión queda limitada a una mínima autonomía de un bajo porcentaje de los recursos que maneja un hospital y las dos concesiones programadas

solo son de infraestructura, sin servicios clínicos. Este último período también se ha caracterizado por un incremento de la inversión estatal en salud en forma notable respecto de años anteriores, como se refleja en la Figura N° 1.

**Figura N° 1: Inversión Sectorial en Salud Presupuestada. (Proyectos, MMUS\$ 2009)**



Así, la inversión sectorial de salud programada para los años 2007 al 2009, aumentó en casi 4 veces la de los años 2000 al 2004. Cobra, entonces, más relevancia la necesidad de buscar modelos de gestión más eficientes a los que históricamente se han aplicado en Chile.

## 2.2. Hospital de Talca, un buen (mal) ejemplo

Bajo esta perspectiva, la de un sistema estresado por las crecientes exigencias de sus usuarios, el mal ejemplo que proporciona la muerte de una menor de seis años en el Hospital de Talca, y otras faltas de servicio que ocurren diariamente en otros establecimientos asistenciales públicos, confirman la crisis permanente de nuestro sistema asistencial. El descontento y dimisiones de sus autoridades son solo la punta del *iceberg* de esta lamentable situación. Durante décadas, este problema ha sido denunciado en diferentes instancias; sin embargo, salvo señalar que se requerirían más recursos, no ha habido una propuesta seria para modificar el modelo de gestión de los hospitales públicos.

En Talca, por analizar solo uno de los servicios con problemas, existen limitaciones presupuestarias importantes y de personal. Según fuentes de ese hospital, hay 300 médicos y se requieren otros 50. Pero los trabajadores de la salud, agrupados en la FENATS, sostienen que faltan 300 cargos, incluyendo administrativos. Con los recursos actuales, dicho hospital solo es capaz de atender el 40% de la demanda de los pacientes. Hoy el centro asistencial funciona con 1.600 cargos, incluidos 300 facultativos.

Pero el problema, evidentemente, no radica solo en el mediático Hospital de Talca. Tokman y Rodríguez en un estudio para la CEPAL, señalaron que el rendimiento del gasto público (indicador “prestaciones valoradas sobre gasto total en el subsistema público”) en salud cae más de un 70% entre 1990 y 2007. Por otra parte, el IAS de la Universidad de Chile, señaló que entre 2001-2006 la productividad del sistema hospitalario cayó 30% real, porque mientras el gasto en hospitales subió un 42,7% el número de personas que recibió la red de atención apenas creció 0,5%. R. Castro, en una “Evaluación de la Eficiencia de los Hospitales Públicos” realizado para Expansiva (2007) señala que “aunque hay diferencias entre países, los hospitales en las naciones en desarrollo consumen en promedio entre 50% y 80% del gasto público en salud (Barnum y Kutzin, 1993).

El 2001, los hospitales en Chile gastaban aproximadamente un 80% del gasto público en salud. Luego, la eficiencia de los establecimientos merece una atención especial debido a su importante consumo de recursos. En los organismos internacionales, también existe acuerdo en que el sistema de salud (especialmente los hospitales) en los países en desarrollo es ineficiente. El Banco Mundial (Akin et al., 1987) señalaba que uno de los principales problemas de los sistemas de salud en estos países es la ineficiencia de los programas públicos, como también problemas de cobertura y desigualdad en el acceso.” Con mayor razón, constituye una obligación para los gobiernos el uso eficiente de los recursos destinados a financiar a los hospitales públicos, pues estos consumen la mayor parte del presupuesto.

### **2.3. Atención Primaria**

Tampoco está libre de críticas el sector de Atención

Primaria de Salud (APS), la que se encuentra en su gran mayoría municipalizada. La Organización Panamericana de la Salud, OPS, en su estudio del año 2007, reconoce la desestructuración existente entre la salud primaria y la hospitalaria. Por ello, el modelo que se proponga debe ser integral y abarcar la totalidad de la red de salud. Destaca la OPS, el escaso interés de los hospitales en el modelo de salud familiar, lo que explica por la formación “centro hospitalaria” que entregan las universidades en pre grado. Señala la baja valoración de la APS, por una política de recursos humanos que no motiva a los profesionales a trabajar en el sector, inestabilidad laboral y a una escasa valoración del recurso humano, además que carece de una orientación en la formación e incentivos para que los médicos opten por trabajar en el primer nivel de atención.

Entre otros aspectos específicos, la OPS identificó la baja sensibilidad en las realidades locales, redes de atención deficientemente gestionadas, deficiencias en la fiscalización de municipios y directivos poco comprometidos con la APS. Además, de una formación de los recursos humanos poco pertinente con la complejidad que alcanzan las APS, a lo que se podría agregar falta de personal capacitado e infraestructura deficiente y que el nivel secundario no da cuenta de las necesidades del nivel primario, generando cuellos de botella en el sistema, con el consecuente descontento de los beneficiarios con la salud comunal.

En cualquier caso, independiente de los resultados del sector, no se puede desconocer el enorme esfuerzo que día a día realiza el personal médico y administrativo que enfrenta a un público cada vez más exigente. Efectivamente, hay que ser enfático en aclarar que el problema no radica en el personal que se desempeña en los establecimientos públicos o municipales de salud – altamente especializado y que realiza un encomiable esfuerzo–, sino en el marco jurídico que enreda a los establecimientos públicos en una lógica de administración obsoleta, castrante y punitiva, más que estimulante. En efecto, tanto las normas de Administración Financiera del Estado como el Estatuto Administrativo y Municipal, que rigen la contratación de personal en los establecimientos hospitalarios, contienen tal complejidad de disposiciones, tantas rigideces y tantas limitaciones, que la materialización de cualquier idea nueva que no se ajuste estrictamente al reglamento, aunque vaya en beneficio de los pacientes, puede significarle a los administradores un conflicto legal con los organismos contralores. Un establecimiento de

salud es una industria compleja que requiere la mayor flexibilidad posible en su gestión, de tal forma que sus administradores puedan asignar los recursos con la mayor eficiencia posible.

## 2.4. Los desafíos

En suma, el desarrollo de la medicina y de los derechos de los individuos obligan a los gobiernos a enfrentar día a día más desafíos:

- Satisfacer a una población cada vez más exigente y más demandante de servicios médicos con elevados estándares de calidad;
- Prestar servicios clínicos más dignos, que cumplan con las garantías en salud definidas por ley y satisfagan razonablemente las expectativas y demandas en salud de la población;
- Hacer uso eficiente de los crecientes recursos destinados a salud. El monto de subsidios estatales destinado al sector (medido como porcentaje del PIB) inevitablemente deberá crecer del 1,6% (aunque el país gasta más, producto de las cotizaciones, co-pagos y gastos “de bolsillo” de los usuarios) al 2,5 % en unos 10 años más. En los últimos años, el gasto estatal ha crecido aproximadamente en un 10% anual real y, en adelante, deberá crecer anualmente por sobre esa cifra. Así las cosas, no es de extrañar que el año 2020 el país esté gastando sobre 7.500 miles de millones en salud estatal; es decir, más del doble de lo gastado el año 2009, estimación que coincide con el estudio de Price Waterhouse, Healthcast 2020, en el que prevé que el gasto sanitario futuro en la OECD aumentará a un ritmo de crecimiento mucho más alto que en el pasado. La proyección para 2020 indica que se triplicará en dólares reales, equivalente al 21% del PIB en EEUU y el 16% del PIB en los demás países de la OECD.
- los problemas sanitarios, operativos y coyunturales que debe resolver el Ministerio;
- la mantención y superación de los logros sanitarios alcanzados y;
- la viabilidad política del proceso y la sustentabilidad económica del sistema de salud.

Entre las causas que originan tensiones en el sistema de salud se encuentran las siguientes:

- El constante desarrollo tecnológico en medicina, cada vez más eficaz, cada vez más demandada y cada vez más cara;
- el aumento de la demanda por una mayor expectativa en torno a la medicina y un mayor conocimiento de la tecnología disponible;
- el “empoderamiento” de las personas que otorga el sistema y entrega “derechos en salud” a los individuos;
- las desigualdades en la situación de salud de la población, que se traducen en una brecha sanitaria entre los grupos de población de distinto nivel socioeconómico;
- la falta de conciencia de los consumidores del incremento del costo en salud;
- el envejecimiento progresivo de la población, que involucra una creciente carga de patologías degenerativas de alto costo de atención médica;
- los poderes fácticos de los gremios de la salud, que presionan por rentas y cuestionan cualquier reforma.

Tales desafíos van a requerir nuevas políticas y un nuevo modelo en la gestión para los establecimientos de salud, que garantice la sustentabilidad del sistema y un mejor servicio y, por sobre todo, mejores condiciones de trabajo al personal de salud para que pueda facilitarse la viabilidad política. Parece temerario enfrentar la demanda creciente de prestaciones de salud y continuar en esta escalada inevitable de incremento del gasto público, sin cambiar el modelo de asignación de recursos y gestión de los establecimientos hospitalarios. Está claro que el tradicional modelo de servicio público, con funcionarios que atienden una población sumisa y cautiva, está agotado. Hoy se requiere un servicio dinámico, de fácil adaptación a los requerimientos cambiantes y crecientes, de paciente o “clientes” cada vez más exigentes.

Por ello, hay que explorar nuevos modelos que permitan la apertura a la inversión y participación privada en la producción de prestaciones de salud, manteniendo el control y la propiedad estatal. De esta forma, se espera:

- Fortalecer el sector público con medidas que apunten a un mejor servicio y una mayor eficiencia del gasto;
- Fortalecer la complementariedad público-privada, para apoyar la realización de las metas de salud del Supremo Gobierno;
- Fortalecer el rol subsidiario del Estado, su rol fiscalizador y garante del bien común.

En suma, la sustentabilidad del sistema va a estar dada por la capacidad de los gobiernos de enfrentar estos problemas y desafíos. La medicina actual ofrece enormes oportunidades a la población, pero su futuro se ve ensombrecido por amenazas: sobrecostos, inequidad en el acceso, calidad irregular y sistemas mal gestionados, captura de los gremios o de acceso inequitativo, problemas comunes para todos los países que ponen en riesgo la sostenibilidad de los sistemas de salud. El creciente gasto en salud y los consiguientes descontentos de las personas, de los trabajadores de la salud y de los contribuyentes pueden contribuir a debilitar a los gobiernos en esta materia o, incluso, afectar la competitividad de un país, por un problema que podría haber sido evitado o, al menos, minimizado.

## 2.5. Un modelo alternativo

Entendemos que una propuesta como esta debe situarse en una posición equidistante entre la propiamente de salud pública y sanitaria –que tiene el Gobierno– y la visión empresarial del problema, que tendrán los privados. Para que ello sea posible, se debe situar al paciente y al ciudadano como eje de la solución, de tal forma que las necesidades a satisfacer en salud de dichos individuos determinen el objetivo que permita avanzar en esta no fácil relación entre sector público y privado. Si el paciente es el eje de la cuestión y si este percibe claramente los beneficios del nuevo modelo se minimiza el riesgo político y sindical que puede tener la implementación de un esquema como este.

## III. Concesión Sanitaria

---

¿Por qué una Concesión Sanitaria? Conocido el diagnóstico, se puede colegir que el modelo de gestión en establecimientos de salud estatales está absolutamente agotado. La actual propuesta política de “mejorar la gestión” no es otra cosa que más de lo mismo, puesto que no cambia la forma de hacer las cosas. En consecuencia, como lo ha hecho España, Suecia, Inglaterra, Francia y numerosos otros países, Chile debe optar por un nuevo modelo de gestión y, para nuestro país se debería evaluar la solución denominada Concesión Sanitaria. La idea es comprar soluciones

privadas de salud para resolver problemas públicos. El modelo ofrece al gobierno la posibilidad de conseguir servicios de salud de calidad, sin la necesidad de aportar cuantiosas inversiones iniciales o de mantención y, de acuerdo a experiencia internacional, a un costo menor del planificado.

Cuando se habla de “concesión” en salud se pueden distinguir básicamente tres estadios:

1. La “Concesión Básica” de infraestructura hospitalaria y de sus servicios de apoyo, tales como aseo, comida, lavandería custodia y esterilización y que ha sido la opción propuesta para un par de hospitales por el gobierno;
2. La “Concesión Hospitalaria”, que contiene lo anterior, pero a la que se agregan los servicios médicos; y
3. La “Concesión Sanitaria”, que es el modelo más avanzado y que contempla la concesión de una población residente e identificada en un área geográfica definida por el Estado, la que quedaría vinculada a una red de servicios sanitarios, tanto hospitalaria, urgencia como salud primaria y que el Estado financiaría pagando un “per cápita” de la población adherida al modelo.

### 3.1. Características Generales del Sistema de Concesiones Sanitarias

La Concesión Sanitaria es una forma aplicada a salud del denominado BOT (*Build, Operate and Transfer*), utilizado en otros servicios públicos como carreteras, puertos o cárceles, donde el Estado no puede obviar su rol de garante del bien común. Este modelo constituye una herramienta que permite conjugar necesidades gubernamentales con recursos e intereses privados, para hacer factibles obras de interés público de envergadura. Así, el agente privado financia la construcción y operación y obtiene a cambio el derecho a explotarla por un largo plazo, cobrando al Estado o a los usuarios determinadas tarifas concordadas en el contrato de concesión. Al término del período convenido, el bien se devuelve en plena propiedad y gestión al Estado.

La Concesión Sanitaria constituye una herramienta fiable para responder a los retos de la medicina moderna. Permite mejorar la equidad de acceso, en busca de la universalización de la asistencia médica, y moderniza la red asistencial con organizaciones flexibles y adaptables a los cambios:

1. Se reducen o eliminan los retrasos y sobrecostos que comúnmente afectan el desarrollo de proyectos públicos;
2. El Estado solo paga cuando el proyecto esté funcionando. De esta forma, se modera el impacto presupuestario de proyectos públicos;
3. El Estado paga, además, solo si las condiciones de funcionamiento cumplen las condiciones contractuales. Así se alienta la innovación y un uso más eficiente de los recursos y se incentiva una mayor calidad en los bienes y servicios suministrados.
4. El precio que se pacta es per cápita, cerrado y fijo;
5. El pago de la operación de la concesión es mensual, semestral o anual y de acuerdo a los parámetros de operación y reajustes que se definan;
6. Se utilizan y potencian las ventajas comparativas y habilidades del sector público y del privado, para la prestación de servicios públicos.
7. La concesión contempla el mantenimiento, la reposición y, al final del período, la restitución de los activos al Estado.
8. Permite reducir las limitaciones presupuestarias que tiene el Estado, así como sus limitaciones de endeudamiento.
2. Un modelo de gestión más eficiente, centrado en los beneficiarios adscritos al sistema y en el paciente y, probablemente, de menor costo que los sistemas tradicionales;
3. Mejora en los estándares de calidad de las prestaciones y en la calidad del servicio;
4. Reducción de las listas de espera según estándares definidos por el mandante;
5. Mejor percepción y satisfacción del servicio de los pacientes;
6. Un equipo de salud más motivado, mejor evaluado y mejor administrado;
7. Mayor innovación y renovación tecnológica;
8. Mayor competitividad. El modelo debe ser competitivo y facultar a las personas a elegir, privilegiando en lo posible, la libertad del individuo. Así, el dinero de las subvenciones per cápita que pague el Estado debe seguir al individuo;
9. Una transición ordenada y paulatina, por zonas geográficas definidas y según las prioridades de inversión en establecimientos asistenciales que defina el Ministerio de Salud, desde el actual modelo de administración pública tradicional a uno de concesiones sanitarias.

En términos operacionales:

1. El Estado, a través del Ministerio de Salud, sus organismos dependientes y el Consejo comunal mantiene su tuición sobre el sistema;
2. La atención del paciente es privada y este es el eje del contrato, pero la propiedad sigue siendo estatal. En consecuencia no existe privatización de la salud pública;
3. La definición de normas, la cobertura, el control, la orientación programática y los planes de salud siguen siendo responsabilidad del MINSAL;
4. El concesionario asume el riesgo de los probables sobre costos de mantención y explotación y de una sobre demanda de prestaciones;
5. El Estado delega en un particular los riesgos vinculados a la relación laboral con los trabajadores de los establecimientos concesionados.

Mediante este tipo de contratos se debería esperar:

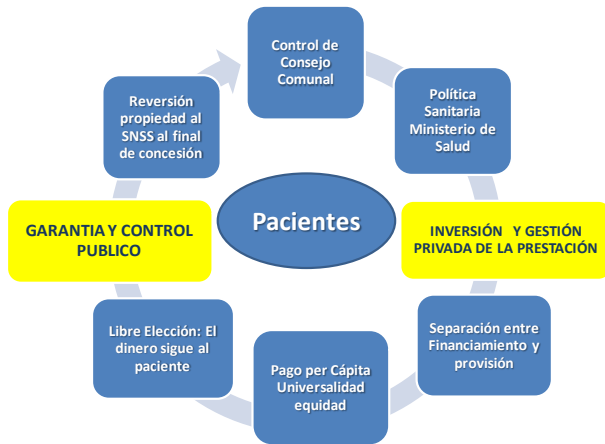
1. Una modernización de la infraestructura e instalaciones hospitalarias y ambulatorias;

### 3.1.1. Marco jurídico

El marco jurídico existente entrega al Estado suficiente flexibilidad para avanzar en propuestas de concesiones de servicios de distinta naturaleza, tanto por la normativa general de concesiones como por disposiciones especiales que permiten al Ministerio de Salud la contratación de servicios, según se señala a continuación:

**1. La Ley de Concesiones.** Decreto 900 del Ministerio de Obras Públicas de 1996, en su Artículo 1º establece que "La ejecución, reparación o conservación de obras públicas fiscales, por el sistema establecido en el Artículo 87º del Decreto Supremo Nº 294, de 1984, del Ministerio de Obras Públicas, las licitaciones y concesiones que deben otorgarse, ya se trate de la explotación de las obras y servicios o respecto del uso y goce sobre bienes nacionales de uso público o fiscales, destinados a desarrollar las áreas de servicios que se convengan, se regirán por las normas establecidas en el presente decreto con fuerza de ley, su

Figura N° 2: Modelo Centrado en el Paciente



reglamento y las bases de la licitación de cada contrato en particular, que el Ministerio de Obras Públicas elabore al efecto.”

El Artículo 7° señala que la licitación de la obra materia de la concesión se decidirá evaluando las ofertas técnicamente aceptables, de acuerdo a las características propias de las obras, atendido uno o más de los siguientes factores, según el sistema de evaluación que el Ministerio de Obras Públicas establezca en las bases de licitación:

- a) estructura tarifaria,
- b) plazo de concesión;
- c) subsidio del Estado al oferente;
- d) pagos ofrecidos por el oferente al Estado, en el caso de que este entregue bienes o derechos para ser utilizados en la concesión;
- e) ingresos garantizados por el Estado;
- f) grado de compromiso de riesgo que asume el oferente durante la construcción o la explotación de la obra, tales como caso fortuito o fuerza mayor;
- g) fórmula de reajuste de las tarifas y su sistema de revisión;
- h) puntaje total o parcial obtenido en la calificación técnica, según se establezca en las bases de licitación;
- i) oferta del oponente de reducción de tarifas al usuario, de reducción del plazo de la concesión o de pagos extraordinarios al Estado cuando la rentabilidad sobre el patrimonio o activos, definida

esta en la forma establecida en las bases de licitación o por el oponente, exceda un porcentaje máximo preestablecido;

- j) calificación de otros servicios adicionales útiles y necesarios;
- k) consideraciones de carácter ambientales y ecológicas; e
- l) ingresos totales de la concesión calculados de acuerdo a lo establecido en las bases de licitación.

**2. El DFL 36 de 1980** del Ministerio de Salud establece las normas que regulan los convenios que celebren los servicios de salud con otras entidades, relativos a las acciones de salud que a dichos servicios corresponde ejecutar. En su artículo 2° señala que los convenios regidos por dicho decreto “serán aquellos en cuya virtud un organismo, entidad o persona distinta del Servicio de Salud sustituye a este en la ejecución de una o más acciones de fomento, protección y recuperación de la salud o de rehabilitación de enfermos, sea por delegación, mandato u otra forma que les permita actuar y administrar por cuenta del Servicio para atender a cualquiera de los beneficiarios de este, sin perjuicio de la atención que podrá prestarse a otras personas conforme al convenio y de acuerdo a las normas que rigen al Servicio.”

**3. El DFL1 de 2005**, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2763/79 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469 y que establece en su Artículo 1° que al Ministerio de Salud y a los demás organismos que contempla dicha ley, les compete ejercer la función que corresponde al Estado de garantizar el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de la persona enferma; así como coordinar, controlar y, cuando corresponda, ejecutar tales acciones. En su artículo 2° señala que integran el sector salud todas las personas, naturales o jurídicas, de derecho público o privado, que realicen o contribuyan a la ejecución de las acciones de salud. Destaca que constituyen parte del sistema de salud, todas las personas naturales o jurídicas, públicas y privadas que laboran en salud coordinadamente, dentro de los marcos fijados por el Ministerio de Salud para el cumplimiento de las normas y planes que este apruebe. Finalmente, en su Artículo 3° señala que las personas, instituciones y demás entidades privadas, gozarán de libre iniciativa para realizar acciones de salud, en la forma y condiciones que determine la ley, así como para adscribirse al Sistema, suscribiendo con los organismos que lo integran

los convenios que corresponda.

### 3.1.2. Operación del Modelo

El sistema de “Concesión Sanitaria” propuesto conceptualmente compra “soluciones en salud” a los privados y ofrece garantías y control público. Este se basa en el financiamiento estatal de la salud, para garantizar la universalidad, la equidad, la gratuidad (cuando corresponda según establece la ley), el acceso y la aplicación de políticas sanitarias a la población. La inversión privada que realice el concesionario constituye solo un medio para poder superar el déficit de inversión pública, tanto en salud primaria y hospitalaria, requerida para mejorar la satisfacción de la población y de los profesionales de la salud.

Hoy se entiende que la eficiencia del modelo de salud requiere una visión más amplia que aquella que apunta meramente a tratar una enfermedad. Los modelos estatales, como se indicó, sufren las ineficiencias de su propio modelo de gestión y los “medicalizados” tienden a ser más caros y son aptos para las personas de mejores rentas. Por ello, bajo la lógica de “salud pública”, se requieren soluciones integrales que permitan gestionar eficientemente todo el proceso asistencial, desde las acciones preventivas -para evitar mayores daños-, a las curativas y la rehabilitación del individuo. Desde esta perspectiva, una delegación de estas funciones del Estado en entes privados, debe ser integral, en “red”, programática, controlada, competitiva y garantizada y abarcar la totalidad del proceso asistencial, desde que el paciente elige el sistema hasta que sale del mismo. Por ello se privilegia una solución integral, como lo es la concesión sanitaria, por sobre una concesión de infraestructura.

#### a. Control y propiedad pública

El modelo separa el financiamiento, la propiedad y los controles, que son públicos, de la inversión y la gestión, que son privadas. El control público se realiza mediante un **Consejo Comunal**, que se crea para estos efectos, quien tiene entre sus funciones velar por el cumplimiento de las condiciones de un contrato con el concesionario, por el control de la calidad de los servicios que recibe la población y por el cumplimiento de las “metas sanitarias”. El Estado, a través de dicho Consejo,

mantiene el control permanente del concesionario, con capacidad de inspección, facultad normativa, de aplicar sanciones monetarias y eventualmente, terminar anticipadamente el contrato por razones justificadas.

Los establecimientos asistenciales, objetos de la concesión, son establecimientos públicos, construidos sobre terrenos fiscales y pertenecientes a la red de establecimientos del SNSS o de la Municipalidad correspondiente. En consecuencia, no hay privatización de establecimientos, sino solo se ha delegado en un tercero, la gestión de ellos, para que la prestación médica sea otorgada por un concesionario privado.

#### b. Obligaciones del contrato

El Concesionario asume la obligación de dar asistencia médica integral en una Red de Salud Concesionada a la población. El contrato obliga al concesionario a hacer una inversión inicial importante en la Red de establecimientos ahora a su cargo (p. ej. nuevo hospital o remodelación del existente y mejoramiento de consultorios y postas), para superar las deficiencias existentes, y el Estado retribuye al concesionario con un monto per cápita, de acuerdo a la población que se adscriba al modelo.

El contrato debe describir detalladamente las obligaciones del contratante:

- Inversión inicial: el contrato establece cuál debe ser la inversión inicial en infraestructura nueva o remodelación de la existente que se entrega a la concesionaria.
- Plazo para realizar la inversión.
- Plan de Salud: contempla detalladamente el alcance y cobertura que debe tener el Plan de Salud al que accederán los beneficiarios adscritos al sistema y por los cuales el Estado pagará un per cápita, tanto en materia de prevención, recuperación y rehabilitación de la salud de los individuos.
- Recaudación de aportes estatales y cotizaciones: el concesionario recaudará los aportes per cápita que se definan y las cotizaciones para salud de quienes efectúan aportes para FONASA. Dicho servicio delegará esta función en el concesionario. Se deberá establecer un mecanismo de incentivo para estimular un adecuado proceso de recaudación de cotizaciones.

- Pago de Licencias Médicas: el concesionario deberá controlar, administrar y pagar las licencias médicas y cautelar el cumplimiento del reposo médico.

#### c. Área a concesionar

Se deben concesionar los establecimientos existentes en un área geográfica determinada, que deberá definir el Ministerio de Salud. El Ministerio determinará los establecimientos nuevos a construir como antiguos a remodelar, pertenecientes al Servicio de Salud y municipales, consultorios y postas rurales, hasta que la totalidad de los establecimientos públicos del área definida, la que debería abarcar a una población de aproximadamente 300 a 500 mil personas. Estas quedarán claramente identificadas, en un proceso de adscripción al sistema de salud concesionado, y se dará preferencia a los residentes del área geográfica que se determine como concesionada.

El sistema debe ser competitivo, de tal forma que sean las personas las que elijan qué concesionario utilizar. En consecuencia, el Estado debe definir preferentemente, áreas en las que existan al menos dos concesionarios para que las personas decidan cuál de ellas prefieren.

#### d. Proceso de licitación

Establecidas las bases de la propuesta, el proceso debe realizarse mediante una licitación pública, nacional e internacional, entre compañías ISAPRE, aseguradores y redes prestadoras clínicas, o consorcios de estos, quienes gestionarán la entrega de servicios sanitarios a la población, en un proceso abierto y transparente.

#### e. Financiamiento del contrato

El Estado sustituye la actual política de inversión y financiamiento directo a la oferta de servicios de salud en establecimientos públicos, por el financiamiento de una concesión. En consecuencia, no debería haber incremento presupuestario por esta razón. La prima que paga el Estado es un per cápita de acuerdo al número de las personas que se encuentran registradas y acreditadas como tal en el concesionario. El modelo se basa en una “capitación” o prima anual, pagada mensualmente, que el gobierno entrega al

concesionario. Se deberá cautelar en lo posible, la existencia de dos o más concesionarios para que el modelo sea competitivo. A la prima anual pagada por el Estado, se descuentan las cotizaciones estimadas a recaudar anualmente por el concesionario, de tal forma que este tenga incentivos para efectuar una recaudación adecuada o asuma parte del riesgo de las cotizaciones no pagadas. La prima se reajustará en un máximo según el reajuste del gasto público definido en la Ley de Presupuesto y, en ningún caso, puede ser inferior al IPC. Incluso se podría establecer un tope de un porcentaje máximo (p.ej. 8%) de rentabilidad al concesionario, para resolver críticas políticas que pudieran surgir. El concesionario puede, también, vender servicios de salud a personas no beneficiarias de esta concesión o pacientes provenientes de ISAPRE u otras concesiones.

Las formas de pago al concesionario serán:

- Pagos anuales “capitados” por el uso del activo y la prestación de los servicios médicos y no médicos. La cantidad de “cápitales” pagadas por el Estado dependerá de las personas que opten y estén acreditadas como beneficiarios por la concesión;
- Pago mínimo garantizado, vinculado a la inversión realizada;
- Pago vinculado al cumplimiento de los ratios de efectividad predeterminados (disponibilidad + calidad) e intensidad del uso;
- Actualización ordinaria de tarifas (anual con mínimo IPC);
- Actualización extraordinaria de tarifas cada 5 años, para compensar diferencias probadas entre incremento/decremento de los costes de los servicios, nuevas tecnologías, aumento de la demanda y variación precios de mercado frente a IPC;
- Sistema de facturación inter áreas como mecanismo de compensación al concesionario por la asistencia médica prestada a la población de un área diferente a la concesionada. Los costos de transferencia se hacen con un tarifado público definido previamente.

#### f. Recursos Humanos

Es evidente que la gestión privada de establecimientos de salud pública lleva aparejados retos que no son simples de resolver. La resistencia ideológica y el cambio de condición

contractual (nuevo contrato de trabajo regido por el Código del Trabajo en reemplazo del Estatuto Administrativo), tanto para los funcionarios públicos como municipales, es una materia compleja que se puede resolver con mejores condiciones de trabajo y la posibilidad de volver a ser funcionarios públicos para aquel arrepentido en un plazo de tres años. Lo mismo para los pacientes: solo la experiencia práctica de un servicio de mejor calidad garantizado por normas ISO y acreditación, haría que el sistema rápidamente sea aceptado por la población. Y, para el gobierno, el ahorro de la inversión inicial y de la operación de un hospital, que representa anualmente un costo similar al de la inversión inicial, debería ser un buen incentivo para el éxito de esta operación.

#### g. Plazo del Contrato

El plazo del contrato puede ser a 20 años, prorrogable por igual período al cumplir 15 años. Es importante tener en consideración el nivel de incertidumbre que produce la finalización del plazo para el concesionario. Por ello, se deben establecer cláusulas que estimulen una entrega de las instalaciones en las mejores condiciones al término del período de la concesión.

#### h. Evaluación de los resultados y calidad de los servicios

La calidad y seguridad en la medicina moderna constituye una creciente preocupación, tanto para el equipo médico como para los pacientes. Por ello, el contrato establece diversas penalizaciones por falta de servicio, mala calidad y listas de espera que superen ciertos estándares, protocolos o guías clínicas conocidos por las partes. El contrato deberá garantizar la calidad, oportunidad, acceso y cobertura mediante indicadores objetivos de resultados, exigirá sistemas de acreditación obligatoria y de evaluación cuantitativa y cualitativa de los servicios contratados y establecerá incentivos por cumplimiento de metas sanitarias o penalizaciones por su incumplimiento.

Es necesario que el Estado fortalezca su capacidad de control de este tipo de contratos para preservar el bien común. Por ello, la mantención permanente de un sistema de auditoría y acreditación, tanto en el proceso de construcción como de operación, debe garantizar al público que se cumplirán los estándares de calidad.

Desde esta perspectiva, es necesario incorporar en el sistema a un Consejo Comunal, con atribuciones para que actúe, tanto en el control de los servicios que se les entrega a los pacientes, como para prevenir situaciones que distorsionen el contrato con acciones corruptas o falta de servicio.

## IV. La Experiencia Internacional

---

El Banco Mundial ha promovido las concesiones en sus diversas formas, como un mecanismo para captar recursos del mercado de capitales y orientarlos a proyectos que, de otra forma, muchos países no podrían ejecutar. El objetivo de ellas es captar el financiamiento para la construcción o renovación de la infraestructura, recibir transferencia tecnológica y delegar la operación, explotación y mantenimiento en un ente privado. El resultado de este modelo dependerá de la calidad de la gestión pública, de la transparencia del proceso, y de la clara descripción del objeto del contrato en las bases de las propuestas, las que deben realizarse en convocatorias públicas internacionales a proveedores experimentados y evaluados con todas las formalidades de rigor.

- PFI, *Private Finance Initiatives* (Reino Unido). Consiste en una metodología para procurar financiamiento privado a instituciones públicas. PFI transfiere la responsabilidad, pero la “*accountability*” queda bajo la tuición estatal. PFI permite transferir a los privados, tanto la inversión, la construcción como la administración de servicios públicos. Como el sector privado opera el servicio concesionado, los empleados son transferidos automáticamente bajo un acuerdo especial de la Comunidad Europea denominado TUPE (“*Transfer of Undertakings Protection of Employment Regulations*”). Cada proyecto PFI tiene sus propias características; sin embargo, hay un criterio uniforme en los contratos. El modelo PFI ha sido adaptado por Canadá, Francia, Portugal, República de Irlanda, República Checa, Noruega, Finlandia, India, Australia, Japón, Malasia, Estados Unidos y Singapur. En Suecia, a modo de ejemplo, el hospital de St. Goran se concesionó en el año 2000, estando actualmente muy bien valorado tanto por pacientes como por empleados.

- PPS, Proyecto para la Prestación de Servicios (México). La asociación público-privada es un concepto que engloba una diversidad de esquemas de inversión, donde participan los sectores público y privado, desde las concesiones que se otorgan a particulares hasta los proyectos de infraestructura productiva de largo plazo.
- Gestión de Servicio Público o Concesión Sanitaria (España). Este país ha ido avanzando de la concesión tradicional al modelo de Concesión Sanitaria. En España, Comunidades Autónomas como Madrid, Baleares, Valencia, Castilla y León, Castilla-La Mancha y Asturias están fomentando la construcción de hospitales públicos con financiación privada. Los resultados, experiencia y aplicación práctica en Valencia los ha llevado a las concesiones sanitarias. Alzira en Valencia, cuenta hoy con 11 centros de salud públicos, 18 consultorios y 12 centros estacionales, más el Hospital de la Rivera, todo gestionado por privados y que ofrecen un servicio integral y moderno a sus habitantes. También de Manises, Torrevieja, Elche y Denia, cada una con poblaciones de aproximadamente 300 mil personas. En el caso de Denia, con un nuevo hospital, el antiguo transformado en un centro geriátrico y 47 consultorios, los resultados hasta ahora muestran que los costos son un 25% menor que el equivalente público; la satisfacción de los ciudadanos 20 puntos arriba del equivalente público; la satisfacción profesional es 18 puntos arriba y las listas de espera están controladas.
- Asociaciones Público Privadas para obras de infraestructuras y servicios de salud (Perú). El Decreto Legislativo 1.012 de mayo de 2008 tiene por objeto establecer los principios, procesos y atribuciones del sector público para la evaluación, implementación y operación de infraestructura pública o la prestación de servicios públicos, con participación del sector privado, así como establecer el marco general aplicable a las iniciativas privadas. El artículo 5 contiene los “Principios” que rigen estos contratos y que vale la pena destacar:  
**Valor por dinero.** Establece que un servicio público debe ser suministrado por aquel privado

que pueda ofrecer una mayor calidad a un determinado costo o los mismos resultados de calidad a un menor costo.

**Transparencia.** Toda la información cuantitativa y cualitativa que se utilice para la toma de decisiones durante las etapas de evaluación, desarrollo, implementación y rendición de cuentas de un proyecto de inversión llevado a cabo en el marco de la norma, deberá ser de conocimiento ciudadano.

**Competencia.** Deberá promoverse la búsqueda de la competencia a fin de asegurar eficiencia y menores costos en la provisión de infraestructura y servicios públicos, así como evitar cualquier acto anti-competitivo y/o colusorio.

**Asignación adecuada de riesgos.** Deberá existir una adecuada distribución de los riesgos entre los sectores público y privado. Es decir, que los riesgos deben ser asignados a aquel con mayores capacidades para administrarlos a un menor costo, teniendo en consideración el interés público y el perfil del proyecto.

**Responsabilidad presupuestal.** Deberá considerarse la capacidad de pago del Estado para adquirir los compromisos financieros, firmes y contingentes, que se deriven de la ejecución de los contratos celebrados dentro del marco de la presente norma, sin comprometer la sostenibilidad de las finanzas públicas ni la prestación regular de los servicios.

- Concesiones de Infraestructura Hospitalaria (Chile), Hospitales de Maipú (342 camas) y de La Florida (391 camas). Política de financiamiento de infraestructura implementada por el Gobierno de Chile, que busca la participación de capitales privados en el diseño, construcción de las obras, mantención, provisión y montaje del equipamiento industrial y la prestación de servicios de apoyo no clínicos. Las propuestas económicas se recibieron en junio del 2009. Si bien estas concesiones adjudicadas de infraestructura y servicios básicos constituyen un avance, habrá que esperar una propuesta de concesión más amplia, como se ha adoptado en otros países y que contemple también la entrega de los servicios sanitarios para ver un cambio sustantivo en la calidad y oportunidad de entrega de servicios clínicos a la población.

## V. Referencias Bibliográficas

---

- 1.- “Midiendo la eficiencia de los Hospitales Públicos en Chile”. Rodrigo Castro. Documento En Foco, Expansiva. 2008.
- 2.- Trabajos de Investigación “Nuevos Modelos de Gestión Sanitaria”, Magister en Administración en Salud, Universidad de los Andes. 2009.3.- “Análisis de las Políticas de la Atención Primaria de Salud (APS) en Chile. OPS. 2007.
- 4.- “La experiencia del modelo Alzira.” Tarazona, y otros. Revista de Administración Sanitaria. España. 2005.
- 5.- “*Health System in Transition.*” EU Observatory. Duran y otros. 2006.
- 6.- “El Mercado de Concesiones Hospitalarias en Chile”. Acciona-COPSA. 2008.
- 7.- “Hospital de Talca: antecedentes y propuestas de solución.” Documentos Opinión política. N° 662, mayo 2009. Instituto Libertad.
- 8.- Ideas y Propuestas. Fundación Jaime Guzmán. N° 3 abril 2008.
- 9.- “La colaboración público-privada en el marco del Sistema Nacional de Salud.” Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI. Luis Fidel Campoy Domene y Josep Santacreu i Bonjoch.
- 10.- “La aportación de las empresas de Tecnología Sanitaria a la sostenibilidad del sistema sanitario español”. Price Waterhouse Coopers.
- 11.- “HealthCast 2020: Creando un futuro sostenible”. Health Research Institute. Pricewaterhouse Coopers.
- 12.- “*Top Nine Health Industry Issues in 2009*”. Health Research Institute. Pricewaterhouse Coopers.
- 13.- “Resultados y rendimiento del gasto en el sector público de salud en Chile 1990-1999” Rodríguez, J. y Tokman, M. (2000) CEPAL, Serie Financiamiento del Desarrollo . N° 6.
- 14.- “Diagnóstico y remedios para la crisis hospitalaria”. Temas Públicos, N° 894. Instituto Libertad y Desarrollo.
- 15.- “Contratos BOT y transparencia” Offnews. Hernán Narbona Véliz.