



SERIE INFORME **SOCIAL**

Evidencia sobre Infraestructura en Salud en Chile y Modalidades de Inversión

Alejandra Candia D.

SERIE
INFORME
SOCIAL
ISSN 0717 - 1560

Marzo 2016

155

ALEJANDRA CANDIA D.

es ingeniera comercial con mención en Economía, magíster en Economía con mención en Políticas Públicas de la Pontificia Universidad Católica de Chile, y máster en Administración Pública de la Universidad de Harvard. Directora del Programa Social de Libertad y Desarrollo.

CONTENIDOS

RESUMEN EJECUTIVO **05**

1. INTRODUCCIÓN **06**

2. SITUACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA
EN SALUD EN CHILE Y
ESTIMACIÓN DEL DÉFICIT AL 2018 **07**

2.1 Estimación del déficit en
Infraestructura en Salud al 2018 10

3. ALTERNATIVAS PARA EL
DESARROLLO DE INFRAESTRUCTURA
EN SALUD PÚBLICA **12**

3.1 Modalidad Tradicional 12
3.2 Asociación Público Privada (APP)
o Concesiones 13
3.2.1 Modelos de Concesiones (APP) 13

4. ¿QUÉ DICE LA EVIDENCIA INTERNACIONAL
SOBRE LA COMPARACIÓN ENTRE LA MT Y LA
APP (CONCESIONES) EN SALUD? **15**

5. ¿Y QUÉ SEÑALA LA EVIDENCIA
PARA CHILE EN MATERIA DE
CONCESIONES EN SALUD? **18**

6. CONCLUSIÓN **21**

7. RESEÑAS BIBLIOGRÁFICAS **22**

Resumen Ejecutivo

El presente estudio realiza un diagnóstico de la situación de la infraestructura de salud en Chile y estima el déficit de camas hospitalarias al 2018. Asimismo, y de tal modo de despejar las dudas instaladas por el Gobierno sobre la utilización del modelo de concesiones en salud, el presente documento entrega evidencia nacional e internacional sobre las ventajas y desventajas de la modalidad de concesiones con respecto a la modalidad tradicional para la inversión en infraestructura hospitalaria.

Nuestros resultados estiman que Chile tendrá un déficit de camas hospitalarias en 2018 equivalente a 33.4% de su capacidad actual. Esta cifra, y la evidencia internacional y nacional disponible recopilada, que concluye que el sector privado constituye un aporte eficiente en aumentar la disponibilidad de infraestructura en salud, contradicen la reciente decisión del Gobierno de cerrarle la puerta a las concesiones en esta área.

1. INTRODUCCIÓN

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”. De tal modo de cumplir con este objetivo, el presupuesto del Ministerio de Salud (MINSAL) para 2015 (completo) aumentó en un monto cercano a los \$ 685 mil millones. Sólo para inversión en infraestructura hubo un incremento de \$ 245 mil millones (35% del aumento total), aumento que permitió duplicar el presupuesto de 2014 destinado a este ítem.

Este ambicioso plan público no ha estado exento de polémicas. 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 (como revisaremos en detalle más adelante) a tomar la decisión de no concesionar algunos recintos e incluso, a retirar procesos de licitación ya en curso. Por otro lado, la predecible imposibilidad del sector público de gestionar eficientemente el millonario presupuesto de inversión asignado: de acuerdo a información entregada por DIPRES, en 2015 sólo se logró ejecutar 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.

Los hechos descritos nos llevaron a buscar información objetiva que permita dar cuenta de la situación real de la infraestructura en salud en Chile. Asimismo, y de tal modo de despejar las dudas instaladas por el gobierno sobre la utilización del modelo de concesiones en salud, el presente documento entrega evidencia nacional e internacional sobre las ventajas y desventajas de la modalidad de concesiones con respecto a la modalidad tradicional para la inversión en infraestructura hospitalaria.

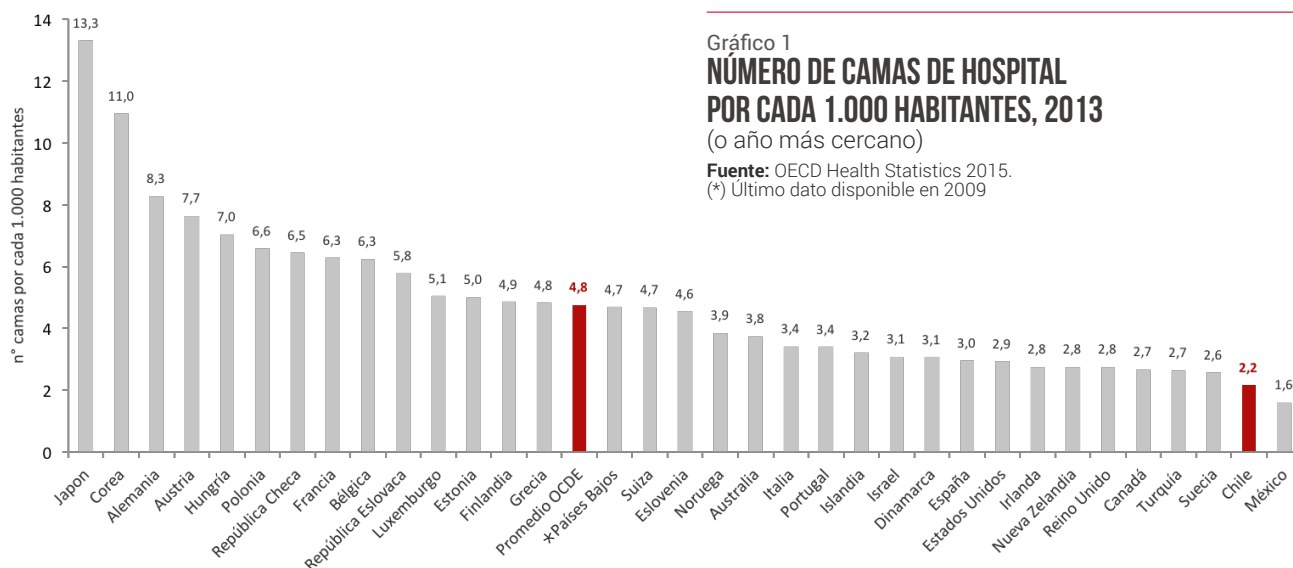
2. SITUACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA EN SALUD EN CHILE Y ESTIMACIÓN DEL DÉFICIT AL 2018

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 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 sólo 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 a países como 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) (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 de esa institución ha caído de 5.5 a 4.8 (de hecho sólo Corea y Turquía habrían aumentado en dicho período el número de camas por habitante). Existirían dos explicaciones a este fenómeno. La primera es la crisis financiera de 2008, la cual 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 que el desarrollo de nuevas tecnologías médicas ha permitido el avance de la cirugía ambulatoria y por ende, una menor necesidad de hospitalización.

No obstante lo anterior, 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. Sin embargo, y como es habitual, los promedios tienden a esconder realidades muy diversas.



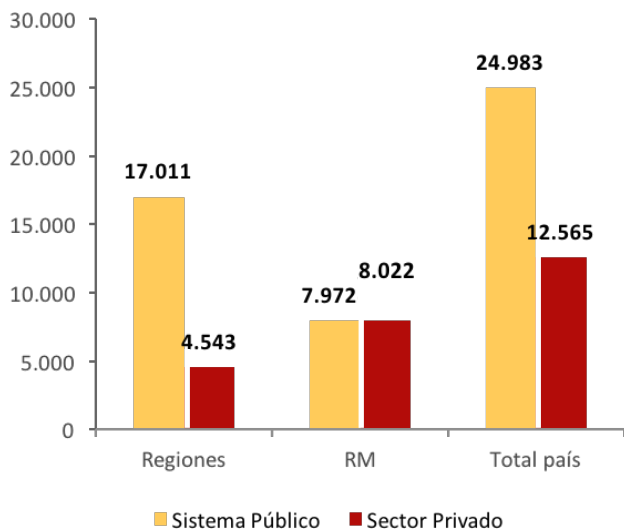


Gráfico 2
NÚMERO DE CAMAS PAÍS, SEGÚN ZONA GEOGRÁFICA Y TIPO DE PRESTADOR, 2014

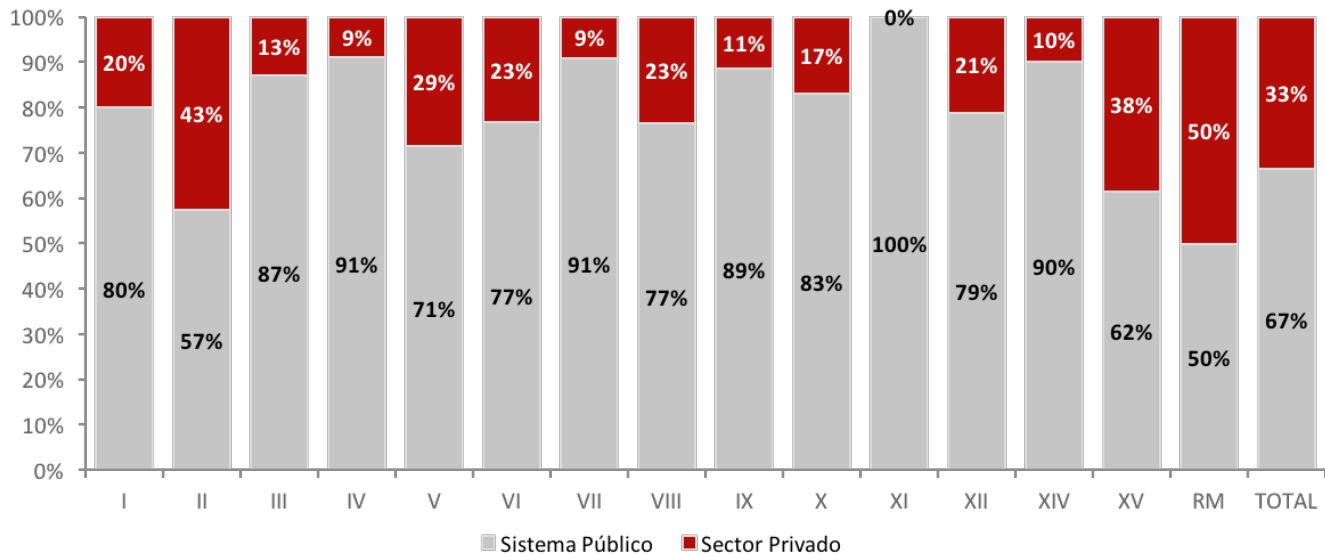
Fuente: LyD en base a información Clínicas de Chile A.G. y DEIS, MINSAL 2014.

En primer lugar debemos considerar que el total de camas de hospitales en Chile proviene principalmente de dos fuentes: sistema público y sector privado (que incluye aquellas camas provenientes de clínicas, mutuales, fuerzas armadas, entre otras fuentes). 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.

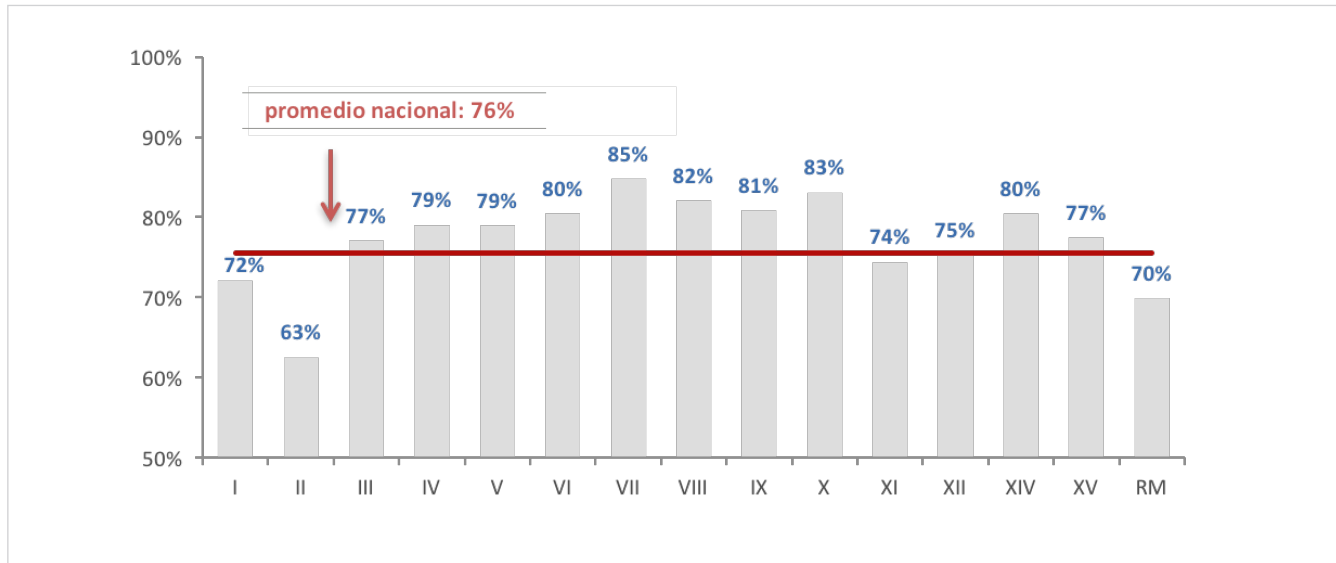
Esta relación difiere entre la Región Metropolitana y lo que ocurre en el resto de Chile. Mientras que en la Región Metropolitana la mitad de las camas disponibles corresponde al sector privado (8.022), en regiones dicha participación baja, en promedio, a 21% (4.543 de un total de 21.554), incluso llegando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

Gráfico 3
PARTICIPACIÓN 2014 EN EL TOTAL DE CAMAS DEL TIPO DE PRESTADOR, SEGÚN REGIÓN

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



Lo anterior responde a la lógica multiseguro de nuestro sistema de salud, y por ende, a cómo se 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%. Tal como vimos anteriormente, la Región Metropolitana y la Segunda Región son aquellas que concentran el mayor porcentaje de participación de camas privadas.



Esta diferencia nos llama a ser cautelosos a la hora de buscar soluciones a la escasez de camas de hospital en nuestro país, puesto que si bien el total de camas por cada 1.000 habitantes es inferior al promedio de los países pertenecientes a la OCDE e incluso al promedio a nivel mundial, la brecha no necesariamente implica la construcción de mayor infraestructura pública. Existe un gran espacio de desarrollo del sector privado, sobre todo en regiones, el cual se vería potenciado si nuestro sistema de salud avanzara a uno de “portabilidad”, en donde cada asegurado del sistema público o privado pudiese elegir dónde atenderse, pagando un copago en caso de ser necesario.

No obstante la precaución anterior, igualmente vale la pena realizar una cuantificación estimada del déficit en infraestructura en salud en Chile, cuya metodología y resultados presentamos a continuación:

Gráfico 4
PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN ASEGURADA POR FONASA (2014), SEGÚN REGIÓN

Fuente: Estimación LyD en base a información FONASA e INE.

2.1. Estimación del déficit en infraestructura en salud al 2018

De acuerdo a lo señalado anteriormente, el promedio de camas de hospital cada 1.000 habitantes de los países pertenecientes a la OCDE fue en 2013 de 4.8 camas. Sin embargo dicho número ha mostrado en el último período una tendencia a la baja, explicada en gran parte por la mayor eficiencia introducida en el sector salud. Por esta razón, no resulta del todo adecuado realizar una estimación del déficit de camas hospitalarias en Chile considerando dicho umbral, y consideramos como un valor más cercano a “deseable” el actual promedio mundial: 2.7 camas por cada mil habitantes. Éste, si bien es considerablemente inferior al promedio de camas de los países desarrollados, representa un valor al cual podrían propender en el largo plazo dichos países al ir incorporado un uso aún más racional de la infraestructura hospitalaria. Además, utilizar el promedio mundial de camas en vez del promedio resultante para los países desarrollados, permite realizar una estimación más conservadora del número de camas requerido en nuestro país.

Luego de haber escogido el umbral señalado, tomamos la proyección de población a nivel regional del INE para 2018, y de esta forma, obtuvimos una estimación regional del número total de camas requeridas a 2018. El déficit se obtiene restando dicho valor del total de camas disponibles a la fecha por región. Como podemos ver en el siguiente gráfico, el déficit total de camas al año 2018 es de 12.543, 65% (8.112) de las cuales son requeridas en regiones. El 35% restante (4.432) sería el total de camas que se requeriría en la Región Metropolitana al 2018 para alcanzar el total de 2.7 camas por cada 1.000 habitantes. Cabe destacar que el déficit total de camas de hospital representa un 33,4% de la dotación actual existente en el país.

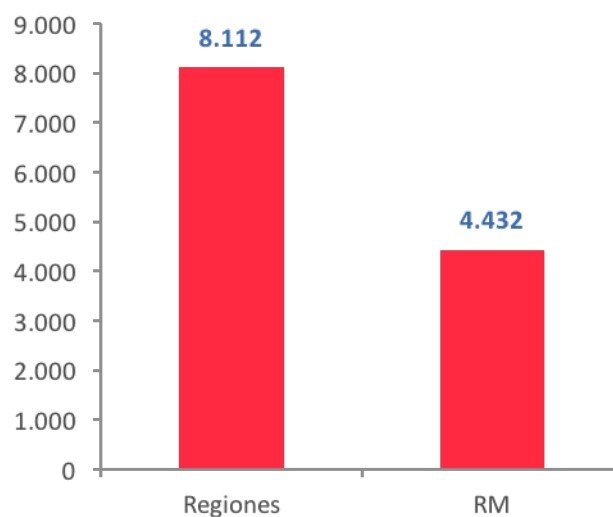
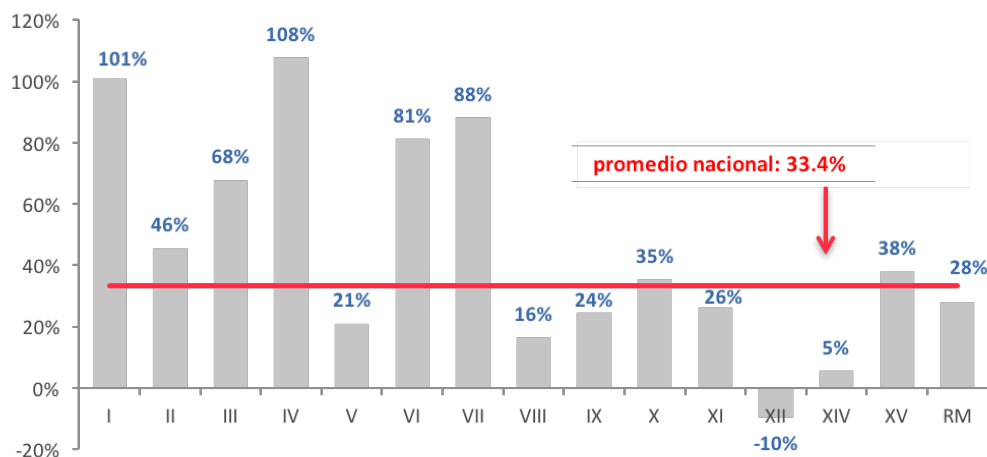


Gráfico 5
**DÉFICIT DE CAMAS ESTIMADO A 2018,
SEGÚN ZONA GEOGRÁFICA**

Fuente: Estimación LyD.



Respecto a la situación actual, los requerimientos por región para fines de este Gobierno (2018) son muy diversos. Mientras la Región de Magallanes ya tendría para 2018 cubierto el estándar de 2.7 camas por cada 1.000 habitantes (de hecho en 2014 ya contaba con 3.1 camas por cada 1.000 habitantes), las regiones de Coquimbo y Tarapacá requieren al 2018 ampliar su dotación de camas prácticamente al doble (101 y 108%, respectivamente).

Sólo como referencia, a nivel agregado y sin analizar su distribución por regiones, el millonario plan de inversión en salud del Gobierno en su origen contemplaba tener construidos a marzo de 2018 un total de 20 hospitales (adicionales a 20 en construcción y 20 en estudio o licitación). De acuerdo a información oficial entregada a la hora de presentar el plan, los hospitales que estarían construidos a 2018 aportarían 2.497 camas, sólo 20% del requerimiento total para alcanzar un estándar de 2.7 camas por habitante en la fecha señalada. Si a lo anterior le sumamos las camas que aportarían los hospitales que a marzo de 2018 estarían “en construcción” (6.504), se llegaría a un total de 9.001 camas adicionales, 72% del total de camas que se requerirían en 2018 para alcanzar el estándar de 2.7 camas cada 1.000 habitantes.

Como vimos en un principio, el sector público en general, y el MINSAL en particular, ha mostrado su incapacidad para implementar de manera exitosa el millonario plan de inversiones. De hecho, durante 2015 se ejecutaron sólo 64% de los recursos asignados a este fin y el listado de hospitales a construir fue cambiado en numerosas oportunidades. En un escenario en el cual se requiere mayor infraestructura en salud para mejorar nuestros estándares sanitarios, esto no es

Gráfico 6
**DÉFICIT DE CAMAS ESTIMADO A 2018
 COMO PORCENTAJE DE LA DOTACIÓN
 ACTUAL, SEGÚN REGIÓN**

Fuente: Estimación LyD.

sino un llamado a revisar las capacidades reales del MINSAL (y en general del sector público) para llevar a cabo este tipo de proyectos, y a no descartar la colaboración e intercambio de experiencias del sector privado en este objetivo. Sólo así podremos avanzar en mejorar las oportunidades en salud que tiene la población.

A continuación analizamos las distintas fórmulas que tiene el sector público de desarrollo de infraestructura en salud pública y las ventajas y desventajas de cada tipo de modalidad.

3. ALTERNATIVAS PARA EL DESARROLLO DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD PÚBLICA

Nuestro país ha utilizado principalmente dos modelos de contrato para satisfacer la necesidad de infraestructura en salud pública: Modalidad Tradicional (MT) y las concesiones o Asociación Público Privada (APP).

3.1 Modalidad Tradicional

En la Modalidad Tradicional, el Estado diseña y delega la construcción de la inversión pública en infraestructura en salud a una empresa privada, financiando la infraestructura en su totalidad. En este caso, la implementación del proyecto se realiza por etapas, con licitaciones públicas para cada una de éstas, las cuales comprenden (a grueso modo) ingeniería conceptual, básica y de detalle, construcción, y la provisión de servicios tales como aseo, lavandería y ropería, alimentación, seguridad, control de vectores, etc. Bajo la MT, todas las etapas que implica la implementación de un nuevo hospital público, desde su diseño hasta finalmente el mantenimiento, conservación y eventual renovación, son gestionadas por el aparato público, específicamente por la Subsecretaría de Redes y el Servicio de Salud correspondiente. El proyecto no cuenta con una mirada de “ciclo de vida”, sino más bien se va materializando por partes.

Para cada una de las etapas del proyecto, el MINSAL desembolsa recursos, los cuales deben estar contemplados en su presupuesto anual. Por esto, la inversión en infraestructura en salud bajo MT está expuesta a la disponibilidad anual de recursos públicos, los cuales dependiendo de la coyuntura macroeconómica y fiscal pueden sufrir reducciones. Asimismo, la MT depende de la estabilidad de los equipos de turno o de los directivos a cargo, quienes pueden cambiar tanto durante como cuando cambia un Gobierno. Un ejemplo concreto de lo anterior es que a la fecha de redacción de este documento el MINSAL lleva más de dos meses sin Subsecretario de Redes Asistenciales y sin Jefe de Inversiones, con las evidentes

consecuencias en la ejecución de la inversión sectorial.

Respecto a la disponibilidad de recursos según el presupuesto público, ésta cobra especial relevancia cuando se trata de la mantención y renovación del establecimiento y su equipamiento. En un contexto donde la disponibilidad de financiamiento es anual, la obtención de recursos para este fin se hace menos probable. De hecho, en caso de ser necesaria una reparación mayor como resultado de un siniestro, si no existen seguros será el Estado el que deba asumir el costo directo. En otras palabras, bajo el escenario de MT es difícil garantizar anticipadamente gestiones de largo plazo asociadas a la construcción, operación y mantención en buen estado de un hospital.

Otro aspecto relevante a destacar es que la gestión de cada etapa conlleva contratos distintos con diferentes actores, lo cual involucra costos de transacción que pueden generar discontinuidades en el ciclo de vida de un mismo proyecto. A su vez, al mirar la cartera de inversiones como un todo, como cada proyecto es gestionado por el servicio de salud correspondiente, las bases de licitación resultan dispares, lo cual complejiza la relación entre el Estado y las empresas constructoras.

En suma, y en lo conceptual, las principales dificultades de la MT están asociadas a la mirada fragmentada y cortoplacista del proyecto como consecuencia de su desarrollo por etapas.

3.2 Asociación Público Privada (APP) o Concesiones

De acuerdo a lo señalado en Alonso et al. (2014)¹, el concepto de APP puede definirse como “contrato a largo plazo entre una parte privada y una entidad pública, para brindar un activo o servicio público en que la parte privada asume un riesgo importante y la responsabilidad de la gestión, y la remuneración está vinculada al desempeño”. Bajo la modalidad de concesiones es el privado quien asume la responsabilidad de construir y al menos operar un bien de uso público a cambio de una retribución estatal. Esta modalidad contractual nació en Chile a inicios de los años noventa en un contexto de acuerdo transversal en que (1) una de las carencias de nuestro país para alcanzar el desarrollo era la construcción e implementación de infraestructura en diferentes ámbitos (carreteras, vialidad urbana, aguas, riego, puertos, etc.); (2) ni el presupuesto público, ni la capacidad de gestión del Estado serían suficientes para financiar y desarrollar la infraestructura considerada necesaria.

La evaluación de la APP en Chile señala que desde sus inicios (1992) a la fecha se habrían contratado más de setenta proyectos, con una inversión ejecutada que supera los US\$ 13 mil millones, con externalidades positivas no sólo en la liberación de recursos físicos y de gestión del aparato público, sino también relacionadas con la generación de empleo, aumento del consumo y aceleración del desarrollo².

La concesión de infraestructura en salud apareció en nuestro país en 2003, cerca de diez años después del inicio de la implementación del modelo de concesiones, con la construcción del Complejo Hospitalario Salvador Infante, que correspondía a la reposición de un hospital de alta complejidad. El proyecto sólo alcanzó la fase de pre inversión, lo cual se explicaría en la mencionada alta complejidad del establecimiento unido a la falta de experiencia en la aplicación del modelo. Dos años después (2005), el MINSAL entregó formalmente al MOP la facultad de realizar

contratos de concesiones para la licitación de los hospitales de Maipú y La Florida, cuyo llamado a precalificación se realizó finalmente en 2007. Ambos hospitales, aun cuando dependen de distintos servicios de salud, fueron adjudicados en un contrato único en noviembre de 2009 y se encuentran en operación desde fines de 2013.

Al mismo tiempo en que los hospitales de Maipú y La Florida fueron adjudicados (en noviembre de 2009), se dio a conocer un nuevo programa de concesiones, el cual luego del terremoto de febrero de 2010 tuvo que volver a ser modificado de tal modo de contemplar en esta modalidad las reposiciones que aparecieron como urgentes. De esta forma, el programa de concesiones en salud 2010 – 2017 gestionado durante el gobierno de Sebastián Piñera incluyó: el Hospital Regional de Antofagasta, el Hospital de Marga-Marga, el Hospital Biprovincial de Quillota y Petorca, el Hospital Provincial de Curicó, el Hospital Provincial de Linares y el Hospital Provincial de Chillán, además de los hospitales de Salvador, Instituto Nacional de Geriátrica, Puente Alto y Sótero del Río. En 2014, al asumir el segundo gobierno de Bachelet, y sin razones fundadas, se decidió echar pie atrás en los proyectos del último plan de concesiones: se anuló el proceso de licitación (ya en marcha) de los hospitales Marga-Marga y Quillota-Petorca, además de los hospitales Sótero del Río y Puente Alto. A su vez, se decidió no concesionar los hospitales de Curicó, Linares y Chillán.

Respecto a los procesos finalizados o aún en marcha, además de los hospitales de Maipú y La Florida ya en operación, el hospital de Antofagasta se encuentra en construcción (con más de 40% de avance físico de la obra, según informe de diciembre de 2015³), y durante el primer semestre de 2016 se daría inicio a las obras del Hospital del Salvador e Instituto Nacional de Geriátrica, adjudicado en febrero de 2014⁴.

3.2.1 Modelos de Concesiones (APP)

El contrato de concesión en Chile corresponde al modelo DBOT (por sus siglas en inglés de Design, Build, Operate and Transfer), en el cual el concesionario es responsable de: el desarrollo del diseño del hospital; la construcción y mantenimiento de la infraestructura; la provisión y mantenimiento de todo el mobiliario; la provisión, mantención,

reposición y operación del equipamiento industrial; la provisión, mantención y reposición del equipamiento médico; la prestación de servicios industriales; la explotación de actividades comerciales. El período de explotación para la concesión en Chile es de 15 a 25 años.

¹ Alonso P, Pinto D, Astorga I, Freddi J. “Conceptos generales y modelos: serie de notas técnicas sobre asociaciones público-privadas en el sector de la salud de América Latina”. Nota técnica BID 714, 2014.

² COPSA, Departamento de Estudios (Mayo 2014). “Hospitales Públicos en Asociación Público Privada (APP)”.

³ Disponible en: <http://www.concesiones.cl/proyectos/Documents/Hospital%20de%20Antofagasta/inf.web.HA.dic2015.pdf>

⁴ Disponible en: <http://www.concesiones.cl/proyectos/Documents/Hospital%20Salvador/inf.web.HDSG.dic2015.pdf>

El modelo DBOT y sus alternativas son descritos en Alonso et al. (2014)⁵. De acuerdo a lo señalado en el documento, el modelo chileno se aproxima a lo que se conoce como “bata gris-verde”, el cual concede la obra pública y la explotación u operación de los servicios no sanitarios⁶. En el otro extremo, el documento describe el modelo de “bata blanca”, que además de lo anterior, incluye la concesión de la gestión de la totalidad de los servicios de salud. En el caso de los hospitales concesionados en Chile, esto último continúa en manos del MINSAL. Esto sigue la tendencia mundial, donde más del 95% de los proyectos concesionados en salud son de “bata gris-verde”, no obstante el 40% de aquellos concesionados en Latinoamérica son de “bata blanca”. Cabe destacar que además de la “materia a concesionar”, ambos modelos difieren en su duración, siendo el de “bata blanca” menor porque la asistencia sanitaria estaría sujeta a mayor dinamismo e incertidumbre.

Respecto a las concesiones de “bata gris-verde”, el sector público además de estar a cargo de la provisión del servicio clínico, es responsable de la administración general del centro, de la retribución al concesionario por los servicios prestados tras la puesta en marcha de la infraestructura (si cumple con los estándares acordados y de manera adicional al pago del subsidio fijo por la construcción y equipamiento) y el seguimiento y evaluación de cumplimiento del contrato.

Por su parte, en las concesiones de “bata blanca”, la autoridad sanitaria está a cargo de definir la población a la cual el concesionario entregará la atención en salud y dar a conocer sus características demográficas y socioeconómicas. Además, debe definir qué servicios o niveles de atención sanitaria deberá entregar el concesionario y cuales seguirán

siendo de carga suya (de hecho, comúnmente quedan en manos de la autoridad sanitaria los medicamentos de prestaciones ambulatorias, trasplantes y ambulancias). Así, el sector público desembolsa un pago per cápita al concesionario, de tal modo de fomentar la eficiencia e innovación por parte del concesionario—prestador, por ejemplo, a través de la integración de la atención de distintos niveles, o aumento de la prevención de tal modo de disminuir la “siniestralidad” de la población atendida. Sin embargo, el éxito de este tipo de alternativas depende de la calidad y precisión de la información con la que se cuenta respecto de la población, por lo que la inversión en tecnologías de información resulta clave.

⁵ Alonso P, Pinto D., Astorga I., Freddi J. “Conceptos generales y modelos: serie de notas técnicas sobre asociaciones público-privadas en el sector de la salud de América Latina”. Nota técnica BID 714, 2014.

⁶ “Bata gris” hace alusión a los servicios patrimoniales de limpieza, vigilancia y seguridad, jardinería, viales. Mientras que “bata verde” corresponde a los servicios de apoyo no sanitarios, tales como alimentación y nutrición, lavandería y ropería, archivo de documentación clínica, logística y esterilización, entre otros.

4. ¿QUÉ DICE LA EVIDENCIA INTERNACIONAL SOBRE LA COMPARACIÓN ENTRE LA MT Y LA APP (CONCESIONES) EN SALUD?

El uso de la modalidad de concesiones en salud ha sido cuestionado en nuestro país desde sus inicios. Esta crítica alcanzó su peak en 2014, momento en el cual (tal como ya señalamos) la autoridad decidió suspender los procesos de licitación ya en marcha de cuatro hospitales y definitivamente no concesionar otros tres. No existieron razones fundadas para esta decisión, sino más bien fue una respuesta ideológica respecto al rol que el sector privado y el sector público debiesen tener en la provisión de bienes públicos.

El rechazo a las concesiones en salud (y en general todas aquellas relacionadas con el área social) no es un fenómeno aislado de Chile. En este contexto, nos resulta de extrema relevancia 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, de tal modo de nutrir la discusión aún vigente. Para ello, entregamos a continuación las conclusiones de un reciente estudio del BID (“Menos cuentos, más evidencia. Asociaciones público-privadas en el sector de la salud en América Latina”, octubre 2015)⁷, el cual realiza una revisión de la literatura disponible en materia de concesiones y analizando sus resultados, entrega una mirada objetiva sobre sus ventajas y desventajas con respecto a la modalidad tradicional de construcción.

De acuerdo a lo señalado por los autores, resulta difícil realizar una comparación global entre ambas modalidades de contrato, esto es, revisando la experiencia internacional no existe una respuesta única a la pregunta si son las concesiones o la modalidad tradicional la mejor alternativa para construcción de infraestructura en salud. Lo anterior, porque cada mecanismo considera un alcance, plazo e institucionalidad distinta. Por esta razón, los autores aíslan una serie de variables de comparabilidad, 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). Los resultados encontrados se resumen en las tablas que se presentan a continuación:

⁷ 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.

Variable	Mejor desempeño	Explicación
Precio de construcción	Mixto	Es difícil aislar el pago del componente construcción, porque lo más común es un pago único por construcción, equipamiento y servicios. El estudio señala que la evidencia es mixta cuando es posible aislar el precio sólo de construcción. Usa a Chile como ejemplo donde las concesiones tienen un precio inferior que la MT.
Variación precio de construcción	Concesiones	De acuerdo al National Audit Office (NAO) de UK, mientras 73% de proyectos bajo MT incurren en sobrecostos, sólo 22% de los proyectos concesionados tiene este problema.
Plazo de construcción	Concesiones	Esto sería válido para España y México. Para España, el plazo promedio de las concesiones es 63 meses inferior que MT. El caso de México, mientras hospitales concesionados fueron construidos en 11 meses y puestos en marcha en 14, aquellos bajo MT demoraron un total de 46 meses.
Variación plazo de construcción	Concesiones	Existe amplia evidencia que confirma que concesiones entregan en mejor plazo que MT. Según NAO, 76% de proyectos concesionados entrega a tiempo, sólo 8% con retraso superior a dos meses; mientras que bajo MT sólo 30% entregó a tiempo. Departamento del Tesoro Británico concluye que 88% de 61 proyectos concesionados entregaron a tiempo. Por su parte, se ha reportado evidencia que MT presenta atrasos en torno a los 3 años.
Precio Servicios (no clínicos) Concesionados	Similar	La evidencia señala que en ocasiones los servicios son más caros para las concesiones como resultado de contratos con estándares de calidad más altos que aquellos de MT.
Gasto en Salud	Mixto	Se señala que para la correcta comparabilidad, 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 trasplantes o ambulancias). Sin embargo, también se señala que estos costos también existen bajo MT si es que la autoridad estuviera constantemente evaluando su gestión.
Eficiencia hospitalaria	Concesiones	Proyectos de "Bata Blanca" resultan consistentemente mejores en eficiencia y resultados clínicos, explicado por integración de atención primaria en el modelo, al ser el financiamiento per cápita de una población objetivo.
Costo financiamiento	Modalidad Tradicional	Financiamiento más costoso para concesiones porque levanta capital privado para poder financiar la inversión y capital de trabajo inicial. Supera costo de financiamiento disponible para el Estado.

De las ocho variables cuantitativas escogidas por los autores, las concesiones presentan un mejor desempeño en cuatro. Esto implica que existe evidencia suficiente para señalar que las concesiones en infraestructura en salud, en su mayoría, no incurren en sobrecostos (hay mayor certeza en el pago final), demoran menos en terminar el proyecto y lo entregan a tiempo (probablemente como resultado del diseño de contrato, con incentivos a entrega oportuna, e incluso inferior, de tal modo de activar los pagos). Asimismo, y sobre todo cuando la concesión es de "bata blanca", existen importantes incentivos a una mayor eficiencia, explicados en un financiamiento per cápita e incentivos a la integración de niveles de atención. Ahora bien, la evidencia es mixta, o de resultados similares en ambas modalidades de contrato, para el caso del precio de la construcción y de los servicios concesionados y del gasto en salud. Estas conclusiones no necesariamente opacan el desempeño de

Tabla 1
COMPARACIÓN DESEMPEÑO CONCESIONES VS MODALIDAD TRADICIONAL. VARIABLES CUANTITATIVAS

Fuente: BID 2015⁸.

las concesiones, puesto que en su mayoría se explican por la dificultad de comparación de la modalidad tradicional con la modalidad de concesiones en las variables señaladas, ya sea por la dificultad de aislar el precio de construcción, o por 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.

⁸ Alonso P, Pinto D, Astorga I, Freddi J. "Menos cuentas, más evidencia: asociaciones público-privadas en la literatura científica". Nota técnica BID 882, Octubre 2015.

Ahora bien, 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. Cabe destacar eso sí que esto sólo se refiere al financiamiento inicial, por lo que si se agregan otras variables que influyen en el costo del proyecto en el largo plazo, no necesariamente implica que el Estado termine pagando más por un proyecto concesionado que por uno construido bajo modalidad tradicional.

Tabla 2
COMPARACIÓN DESEMPEÑO CONCESIONES VS MODALIDAD TRADICIONAL. VARIABLES CUALITATIVAS

Fuente: BID 2015⁹.

Variable	Mejor desempeño	Explicación
Innovación	Concesiones	Mayor innovación en ambos tipos de modelo (Bata Blanca / Bata Gris). En BG se detecta mayor innovación tecnológica (productos y procesos), pero no a nivel organizacional o gerencial. Mayor innovación se fundaría en: riesgo asumido por sector privado, transferencia de responsabilidad del diseño, amenaza de sanción en caso de incumplimiento de requerimientos de calidad, competencia entre licitadores. Para el caso de modelo de BB, la mayor innovación ocurre por la integración de la atención y el financiamiento capitado. En construcción, de tal modo de acortar plazos, hay incentivos a incorporar técnicas innovadoras que lo permitan.
Satisfacción Usuarios	Concesiones	Las evaluaciones favorecen a proyectos concesionados, en aspectos tales como conocimiento del historial del paciente, instalaciones, capacidad de respuesta, profesionalidad, mejor trato. Se debe considerar que MT no cuenta con tantas evaluaciones como en caso de concesionados, donde por lo general son consideradas como exigencia del contrato.
Satisfacción Directivos	Concesiones	Concesiones resultan favorables tanto satisfacción de directivos como del personal.
Calidad de servicios	Similar	Cabe destacar, eso sí, que las concesiones llevan un monitoreo continuo de indicadores de calidad para gatillar pagos o multas, lo cual no necesariamente ocurre en modelos MT.
Calidad del diseño	Similar	Para Reino Unido hay evidencia que señala que proyectos concesionados incorporan adaptabilidad a cambios sociodemográficos o tecnológicos. Sin embargo, también para Reino Unido existe evidencia sobre rigidez en los contratos que dificulta mejoras en el tiempo.

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).

En suma, el levantamiento de literatura realizado por el BID concluye que la clave para que las concesiones sean exitosas en su misión de ampliar la infraestructura y servicios de salud radica en la existencia de un buen contrato que le permita al sector privado gestionar los proyectos de manera más eficiente (y ser remunerado por esto), introducir innovaciones tanto en la etapa de construcción como en la de servicios y que el Estado pueda exigir y verificar su cumplimiento.

⁹ Alonso P, Pinto D, Astorga I, Freddi J. "Menos cuentas, más evidencia: asociaciones público-privadas en la literatura científica". Nota técnica BID 882, Octubre 2015.

5. ¿Y QUÉ SEÑALA LA EVIDENCIA PARA CHILE EN MATERIA DE CONCESIONES EN SALUD?

La experiencia en materia de concesiones para la construcción de hospitales es relativamente reciente en Chile (el primer llamado a precalificación fue realizado en 2007, un poco menos de diez años atrás). No obstante lo anterior, existe cierta evidencia que da cuenta de las ventajas relativas de este modelo respecto de la modalidad tradicional de construcción (aquella desarrollada con fondos sectoriales).

Un estudio encargado por la Cámara Chilena de la Construcción (CChC)¹⁰ realizado durante mayo de 2014, cuyos resultados fueron dados a conocer en junio de 2014, comparó en Chile la experiencia de los hospitales concesionados con aquellos construidos y operados bajo modalidad tradicional para las siguientes variables: costos, plazos, superficie (número de camas) y operación. Para ello utilizó los antecedentes disponibles en ese momento para dos hospitales ya concesionados en operación (Maipú y La Florida), uno en construcción (Antofagasta), cinco en adjudicación al momento del estudio (Salvador Geriátrico, Santiago Occidente, Sótero del Río, Quillota-Petorca y Margamarga) y de nueve hospitales tradicionales ya en operación (Osorno, Puerto Montt, Arica, Punta Arenas, Curanilahue, Nueva Imperial, Cañete, Higuera II, Traumatológico Concepción) y diez en construcción (Rancagua, Talca, Los Ángeles, Exequiel González, Gustavo Fricke, Calama, Pitrufuquén, Lautaro, Puerto Aysén, II Etapa Hospital de Coquimbo).

Respecto a los costos de construcción¹¹, la tabla siguiente muestra los resultados del estudio:

	UF/m ²	
	Ya Operativos	En construcción o adjudicación
Hospital Concesionado	33,8	41,9
Hospital bajo Metodología Tradicional	39,2	44,6

Tabla 3
COSTOS DE CONSTRUCCIÓN HOSPITALES CONCESIONADOS VS MODALIDAD TRADICIONAL

Fuente: CChC 2014.

Los resultados muestran un menor costo por metro cuadrado para los hospitales concesionados, tanto para el caso en que se comparan hospitales ya en operación (33.8 vs 39.2 UF/m²) como al comparar hospitales en proceso de construcción (41.9 vs 44.6 UF/m²). Cabe destacar que en ambos casos se aprecia un alza entre el costo de construcción de los ya terminados con respecto a los aún en proceso, lo que de acuerdo al citado estudio se debería al incremento en los costos de construcción en los últimos cinco años originados en el aumento del costo de la mano de obra y de materiales de construcción.

Otro aspecto relevante a destacar es que para el caso de los hospitales construidos bajo metodología tradicional, los costos contemplados en la tabla corresponden al costo de construcción efectivo, el cual, tanto para hospitales operativos como aquellos en construcción, resulta mayor

¹⁰ Cámara Chilena de la Construcción (CChC). "Análisis Comparativo Implementación de Hospitales por Contrato Sectorial versus Sistema de Concesiones de Obras Públicas". Junio 2014.

¹¹ La estimación presentada por la CChC fue realizada calculando el valor presente de los subsidios comprometidos, sólo incluyendo los que corresponden al Subsidio Fijo a la Construcción, descontados a la tasa definida por el MOP para el cálculo de los ingresos de una concesión (7% anual). Por su parte, la comparación con la metodología tradicional se realiza descontándole a esta última el costo asociado al desarrollo del proyecto definitivo. No incluye, por ende, el valor presente de la operación hospitalaria.

que el costo de construcción bajo el cual el hospital fue licitado. Esta alza resultó ser de 16,93% (de 35.5 a 39.2 UF/m²) y 6,94% (de 41.8 a 44.6 UF/m²) para el caso de los hospitales en operación y en construcción, respectivamente. Cabe destacar que esta variación (como resultado de incremento de costos) no ocurre en nuestro país en el caso de los hospitales concesionados, por cuanto el valor de la construcción está definido en la licitación (y su aumento es un riesgo que asume el concesionario).

Así, el que los costos de hospitales bajo MT puedan seguir creciendo podría acrecentar aún más la brecha de costos entre hospitales concesionados y tradicionales que se encontraban en construcción al momento de efectuada la investigación.

Cabe destacar que un reciente estudio de la Asociación de Concesiones de Obras de Infraestructura Pública (COPSA) de fines de 2015 incluso podría dar señales de otro factor que acrecentaría la diferencia entre los costos de construcción de hospitales concesionados y construidos bajo modalidad tradicional. COPSA actualizó el valor presente de los subsidios para el caso de los hospitales de Antofagasta, Salvador, Santiago Occidente, Sótero del Río y Red V, llegando a un valor de 39 UF/m², inferior a los 41.9 UF/m² encontrados por el estudio de la CChC. Si dejamos fuera de este promedio a aquellos cuya licitación fue suspendida o retirada (Santiago Occidente, Sótero del Río y Red V), y sólo consideramos el costo de construcción promedio de los hospitales que efectivamente hoy están en proceso (Antofagasta y Salvador), el valor promedio del costo de construcción estimado según el valor presente actualizado de los subsidios resulta aún menor (34 UF/m²).

Aún siendo menor el costo de construcción de los hospitales concesionados, el costo total incluye una serie de riesgos (mayores costos) que se le transfieren al concesionario, y que no existen en el caso de la modalidad tradicional¹². El primero (ya mencionado a la hora de levantar la evidencia internacional) es que el concesionario, como resultado del pago diferido por parte del Estado, debe financiar la construcción en el mercado privado, a condiciones menos favorables a las que puede acceder el Estado. Asimismo, el riesgo de diseño y materialidad de la construcción también lo asume el concesionario (mientras que en el caso de la modalidad tradicional son a cuenta del Estado), al igual que el riesgo de catástrofes, para lo cual el concesionario contrata seguros (lo que no ocurre cuando la obra está construida bajo la modalidad tradicional). Por último, el concesionario

debe incorporar como parte de sus costos la mantención de la infraestructura a su cargo (por ejemplo el cambio de enchufes), al menos durante el período de concesión. Esto evita el deterioro, frecuente en hospitales construidos bajo la modalidad tradicional. Los costos de construcción antes mostrados incluyen todos estos mayores riesgos en los que debe incurrir el concesionario.

En otro ámbito, el estudio de la CChC también comparó ambas modalidades de contrato, para el mismo grupo de hospitales, en lo que dice relación con el plazo promedio de construcción, más específicamente, con la variación de éste. Para el caso de los hospitales en operación, el estudio encuentra un incremento similar en el plazo de modalidades, aunque mayor para los hospitales de inversión directa (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. Previamente a esa fecha, el concesionario recibe por parte del Gobierno sólo lo correspondiente al IVA.

Por último, de acuerdo al estudio la relación superficie/número de camas resulta favorable para los hospitales concesionados, tanto para el caso de hospitales en operación como en el caso de hospitales aún en construcción. De acuerdo a lo señalado por el estudio, la diferencia se debería a que los hospitales concesionados son más grandes y complejos que los construidos bajo la metodología tradicional (más áreas de circulación, más pabellones quirúrgicos y más equipamiento clínico).

	superficie (m ²) / n° de camas	
	Ya Operativos	En construcción o adjudicación
Hospital Concesionado	185,4	245,2
Hospital bajo Metodología Tradicional	155,1	191,5

Tabla 4
**RELACIÓN SUPERFICIE / N° DE CAMAS
 - HOSPITALES CONCESIONADOS VS
 MODALIDAD TRADICIONAL**

Fuente: CChC 2014.

¹² COPSA, Departamento de Estudios (Mayo 2014). "Hospitales Públicos en Asociación Público Privada (APP)".

En suma, la experiencia chilena en materia de concesiones en salud da cuenta de una realidad que permite derribar varios mitos que circulan sobre esta modalidad de contrato. De hecho, los datos muestran 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.

Las concesiones de hospitales tampoco equivalen a la “privatización de la salud”. No olvidemos que el modelo de concesiones utilizado en Chile corresponde al de “bata gris”, lo cual implica la construcción y mantención del recinto y equipos médicos, además de la provisión de servicios no médicos (industriales). Todo lo relacionado con la atención de pacientes continúa en manos del MINSAL, al igual que en los hospitales construidos bajo modalidad tradicional.

Respecto a esto último, existen dos puntos importantes a destacar. El primero es que para los hospitales construidos bajo MT, sus servicios no médicos también son licitados a privados, lo que invalida aún más el argumento de “privatización” en contra de las concesiones. Es más, mientras que para el caso de los hospitales MT el director del hospital debe anualmente buscar proveedores de los servicios, en el caso de los recintos concesionados se puede establecer una relación de largo plazo con ellos, asegurando continuidad. El segundo punto, es que lo anterior no obsta a que, dadas las ventajas encontradas en la literatura respecto de la experiencia en concesiones en salud de los proyectos de “bata blanca” en términos de eficiencia en el servicio prestado, nuestro país debería no sólo no continuar con los prejuicios hacia la modalidad de concesiones como un todo, sino también al menos estudiar la posibilidad de avanzar hacia las concesiones de “bata blanca”.

6. CONCLUSIÓN

Al compararnos con el promedio mundial, nuestras estimaciones señalan que Chile tendrá un déficit de camas hospitalarias en 2018 equivalente a 33,4% de su capacidad actual, y 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.

De acuerdo a la información entregada en este documento, la evidencia internacional y nacional disponible muestra que el sector privado sí podría constituir un gran 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 entonces está en mejorar la capacidad del sector público de gestionar los contratos e incluso en estudiar la posibilidad de avanzar en contratos de tipo "Bata Blanca", que incluyen adicionalmente a los servicios no asistenciales la concesión de servicios sanitarios (o clínicos) a través del financiamiento capitado 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 en qué prestador quiere atenderse (fomentando con ello la inversión en un mayor número de centros privados).

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alonso P., Pinto D., Astorga I., Freddi J. "Conceptos generales y modelos: serie de notas técnicas sobre asociaciones público-privadas en el sector de la salud de América Latina". *Nota técnica BID 714, 2014.*

Alonso P., Pinto D., Astorga I., Freddi J. "Requerimientos generales y específicos para los contratos de asociaciones público-privadas en salud". *Nota técnica BID 823, Mayo 2015.*

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.*

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

Cámara Chilena de la Construcción (CChC). "Diagnostico y Propuestas Construcción de Hospitales". *Junio 2015.*

Clínicas de Chile A.G. "Dimensionamiento del Sector de Salud Privado en Chile". *2015.*

COPSA, Departamento de Estudios. "Hospitales Públicos en Asociación Público Privada (APP)". *Mayo 2014.*

DIPRES. Ejecución Presupuestaria MINSAL 2015:
http://www.dipres.gob.cl/595/articles-142460_doc_pdf.pdf

FONASA. Información Institucional:
https://www.fonasa.cl/porta_fonasa/site/artic/20140607/pags/20140607230746.html

INE. Proyecciones de Población:
http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/familias/demograficas_vitales.php

MINSAL. "Indicadores Hospitalarios según Servicio de Salud, SNSS. Período: 2014".

Moncada G. Comparación de Costos de Infraestructura Hospitalaria Chilena por Vía Concesionada o Vía Pública Tradicional. *Memoria ING-IN-53/15. Facultad de Ingeniería y Ciencias Aplicadas Universidad de Los Andes, Septiembre 2015.*

OECD Health Statistics 2015:
http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT

