

¿Valió la pena suspender las concesiones en salud?

Recientemente se dio a conocer que la oferta presentada por el Minsal para construir el hospital Biprovincial de Quillota Petorca resultó insuficiente, por lo que para poder llevar a cabo su construcción deberán inyectarse más recursos públicos de lo esperado. La particularidad del caso, más que la necesidad de mayor financiamiento estatal, es que este proyecto forma parte de la lista de aquellos hospitales a los que el gobierno decidió en 2014 (por razones puramente ideológicas) anular su proceso de licitación (en este caso ya en marcha, al igual que el hospital de Marga–Marga). La lista de procesos suspendidos en esa oportunidad la completan los hospitales Sótero del Río y Puente Alto, a lo que se suma que se optó por no concesionar los hospitales de Curicó, Linares y Chillán. En otras palabras, en 2014 el gobierno le cerró la puerta a la colaboración del sector privado en materia de inversión a cerca de 2.800 camas adicionales a la red de infraestructura pública en salud, las cuales equivalían a más de un cuarto del déficit de infraestructura hospitalaria estimado al 2014 .

Que el país necesita más camas hospitalarias es un hecho. Las últimas cifras disponibles nos sitúan muy por debajo del promedio mundial y de los países desarrollados de camas por cada 1.000 habitantes (2,7 y 4,8, respectivamente, vs 2,2 para Chile). **Pero a la hora de definir cómo se concretará un hospital público, la discusión reciente suele carecer de fundamentos técnicos. De hecho, recordemos que dentro de las razones que se otorgaron para cerrarle la puerta a las concesiones, la que recibió mayor atención es que éstas eran más caras que el método tradicional. Sin embargo, señalar que las concesiones hospitalarias implican un mayor costo que desarrollar los hospitales públicos por el método tradicional no es del todo correcto, ya que los conceptos no son sinónimos.**

Una concesión hospitalaria, de la forma en la que se ha definido en Chile, implica encargar a un privado:

1. Los estudios, desarrollo y construcción de un hospital público. El diseño y detalles constructivos (por ejemplo, si tendrá o no aire acondicionado), lo define el Estado a través del MOP y Minsal.
2. Una vez terminada la obra, operar el edificio y los servicios anexos, tales como mantención de infraestructura, alimentación, ropería, seguridad y vigilancia, aseo, control de vectores y residuos sólidos, estacionamientos y jardín infantil.
3. Mantener el hospital en óptimas condiciones (definidas en el contrato de concesión) durante el lapso comprometido (15 a 20 años).
4. Seguros, los cuales implican por ejemplo que, en caso de una catástrofe, se restituye el proyecto sin costo para el Estado.

El privado tiene interés en realizar esta obra, dado que el Estado le paga un monto definido en el contrato. Por una parte, le paga por la construcción y por otra por la mantención y servicios prestados durante la concesión. Es importante destacar que el privado tiene todos los incentivos puestos en: i) terminar lo más pronto posible la obra, ya que sólo a partir de su puesta en marcha definitiva se activa el pago a recibir y ii) construir una obra de calidad, ya que tiene la obligación de que se mantenga en perfecto estado durante todo el lapso de su contrato y entregarla en óptimas condiciones.

En cambio, la construcción de un hospital bajo el método tradicional implica sólo el punto 1. antes mencionado. De hecho, una vez terminada la obra, la responsabilidad de su operación es del MINSAL, quien se encarga de su operación, servicios anexos y toda la mantención que éste implique. Respecto de los seguros, el Estado tiene como política no asegurar los bienes públicos, por lo que ante una catástrofe, éstos no necesariamente son restituidos. Ejemplo de ello es lo que sucedió con los hospitales de Talca y Chillán luego del 27F ocurrido en 2010.

En este sentido, el costo de un hospital concesionado (cuyo precio además queda definido al momento de la licitación por todo el período, 15 a 20 años), incluye todos los ítems anteriormente señalados. En el caso de los hospitales por método tradicional, no y las autoridades no tienen claridad respecto de los costos involucrados en la operación por un plazo de una década, ya que en la administración de los hospitales dicho concepto no está desarrollado.

Por lo tanto, la comparación de los costos de un hospital desarrollado bajo una concesión de largo plazo y el método tradicional (que sólo incluye construcción) es comparar peras con manzanas. Son cosas distintas.

Hoy, más de dos años después de la decisión del Minsal de detener las concesiones porque implicarían una mayor carga fiscal, el Fisco deberá inyectar más recursos que los presupuestados para hacer factible el hospital de Quillota-Petorca, similar a lo ocurrido con el hospital de Curicó en abril pasado. Ahora los chilenos tendremos que asumir dos nuevos costos: por una parte el del mayor valor necesario para hacer factible el proyecto (en el caso de Curicó se debieron adicionar \$75 mil millones) y por otra del atraso de un hospital que en esta fecha tendría al menos un 45% de avance de haberse continuado con su proceso de concesión. ¿Valió la pena la suspensión de las concesiones en salud en 2014?