

# Dificultades de la inversión en infraestructura pública de salud en Chile

Modalidades de concesiones y licitación pública

Matías Goyenechea H.  
Presidente de Fundación Creando Salud



# Déficit en infraestructura sanitaria

Brechas de infraestructura e inversión en infraestructura

# Introducción

*La inversión en infraestructura de salud es una responsabilidad de gran importancia de las autoridades sectoriales. Esto implica mejorar y renovar la red asistencial, asegurando de esta forma el acceso oportuno de la población a la atención de salud.*

Chile es un país que en materia de infraestructura de salud, está en una situación de déficit.

El promedio de los países integrados en la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, OCDE, era de 5,045 camas por cada mil habitantes en 2013.

- En el caso de Chile llega sólo a 2,18 camas por cada mil habitantes.

# Introducción II

Escaso nivel de inversión en la red asistencial, al menos entre los años 1973 y 2008.

Desde 2009 hasta la actualidad, se puede observar la concreción de una mayor inversión. ¿Ha sido suficiente para revertir el déficit de infraestructura?

Los problemas de infraestructura conviven con una brecha de recursos humanos se expresa en términos geográficos, como también en términos de su distribución en cada subsistema, público y privado.

Esta situación provoca la generación de gastos ineficientes y una carga financiera permanente para la red pública, la que se orienta a compensar la falta de oferta mediante la compra al sector privado buscando resolver la demanda insatisfecha.

# Esquemas de provisión de infraestructura

En Chile han existido variados métodos para proveer infraestructura:

- Estatal (mixto): La Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios (SCEH) se creó por ley el año 1944 y funcionó hasta el año 1981.
- Modalidad “tradicional”: mediante una licitación de carácter competitiva, en la cual el actor privado construye.
- Modalidad de concesiones: Esta modalidad implica que el actor privado diseña, construye y opera los establecimientos. La gestión clínica de los establecimientos concesionados es provista por el Estado.



# Contexto del gasto en infraestructura de salud

La infraestructura hospitalaria pública en Chile se ha contraído en las últimas décadas. Esto se puede constatar al observar el número de camas públicas disponibles, las cuales disminuyeron un 18% entre 1999 y 2015, según los datos del Departamento de Estadísticas e Información de Salud [\[2\]](#), [\[3\]](#), [\[4\]](#). Es decir, se ha producido una pérdida de 5604 camas.

Fuente	Datos	2000	2005	2015
Instituto Nacional de Estadísticas (INE)	Nº de camas SNSS	31 193	27 910	25 377
	Nº de camas clínicas privadas	7660	6634	9389
	Camas por 1000 beneficiarios sector público	3,07	2,51	1,89
	Camas por 1000 beneficiarios sector privado	2,48	2,49	2,93
Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS)/Clínicas de Chile AG	Nº de camas SNSS	30 591	28 001	24 987
	Nº de camas clínicas privadas	S/D	5076	6755
	Camas por 1000 beneficiarios sector público	3,01	2,52	1,86
	Camas por 1000 beneficiarios sector privado	S/D	1,91	2,11

SNSS: Sistema Nacional de Servicios de Salud.

AG: Asociación Gremial.

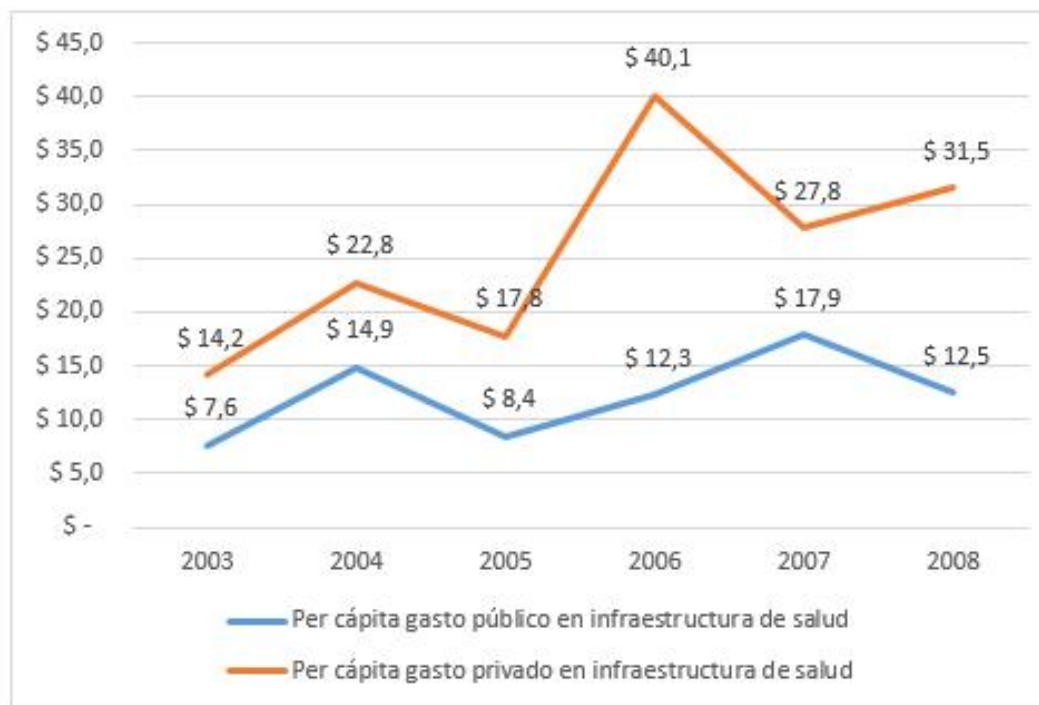
# Gasto en infraestructura de salud

**Gasto per cápita en infraestructura pública en salud (USD).**



Fuente: Elaboración propia a partir de <http://www.dipres.gob.cl/>.

**Inversión en infraestructura en salud pública y privada (USD).**



Fuente: Elaboración propia a partir de <http://www.dipres.gob.cl/> y Vergara 2011.

# Mecanismos de provisión de infraestructura pública de salud y sus dificultades

Programa de concesiones hospitalarias e inversión sectorial y el plan de inversiones hospitalarias 2014-2018



# Conclusiones sobre modelo uno de concesiones hospitalarias

En este punto se realizaron exposiciones por parte de dirigentes sindicales y profesionales que se desempeñan en los hospitales de la Florida y Maipú.

## **Problemas detectados en la fase de explotación de los hospitales**

En las presentaciones que se realizan por parte de los dirigentes como por parte de los funcionarios de los establecimientos se destacan elementos positivos y negativos del modelo. No obstante se considera importante destacar

### ***Ausencia del sector salud en la toma de decisiones relevantes***

El principal problema del modelo de concesión radica en la ausencia del Ministerio de Salud, de los servicios y de los propios hospitales en la toma de las decisiones más relevantes relacionadas con el contrato. En efecto, quien decide o es el inspector fiscal designado por el Ministerio de Obras Públicas, o es el director general de obras públicas, que también pertenece a este ministerio. La participación más relevante de los hospitales es participar en el Comité de Coordinación (junto al inspector fiscal y a la concesionaria).

# Conclusiones sobre modelo uno de concesiones hospitalarias

## ***Falta de la inspección técnica de la explotación***

De acuerdo a las bases en la etapa de explotación y para cada hospital, la Dirección General de Obras Públicas, a proposición del inspector fiscal, debe definir la estructura que tendrá la inspección técnica de la explotación de la obra para el cumplimiento de sus objetivos. Su objeto es asesorar y apoyar al inspector fiscal en la inspección de la obra, en lo que dice relación con el cumplimiento de las normas técnicas de la operación de cada establecimiento hospitalario, equipamientos y servicios, y en el cumplimiento del reglamento de servicio de la obra.

## ***Asimetría de información***

Producto de la ausencia de la inspección técnica de la explotación, actualmente los servicios de salud respectivos, los hospitales y el Ministerio de Obras Públicas carecen de un sistema formal y seguro de control de los niveles de servicio que presta la concesionaria. Cabe destacar que el sistema de información y reclamos es manejado por la propia concesionaria.

# Conclusiones sobre modelo uno de concesiones hospitalarias

## ***Ausencia de la visión sanitaria para la gestión de la concesión***

El modelo de concesiones no contempló la necesaria flexibilidad que implica la gestión clínico-sanitaria de un hospital. Esto puede generar la postergación de una atención oportuna, lo que afecta su recuperación.

La atención de los pacientes exige cierta flexibilidad no sólo en el uso de camas sino también de la infraestructura, en términos de utilizar espacios para funciones que no fueron las originalmente contempladas.

En este ámbito hay dos temas relevantes: la burocracia asociada y los tiempos de demora que ocurren tanto para el análisis de factibilidad como para la entrega de los presupuestos. Y, en segundo término, el costo que esto significa, que por las condiciones dadas, suele ser mucho más alto que con la contratación por otras vías y con otros proveedores.

Si bien pueden programarse con anticipación algunos hechos, en salud no todas las eventualidades pueden planificarse por lo que la incertidumbre en términos epidemiológicos puede afectar negativamente el desempeño de estos establecimientos por la rigidez contractual.

# Conclusiones sobre modelo uno de concesiones hospitalarias

## *Afectación de la gestión clínica*

Se considera que, fruto de los problemas anteriormente descritos, especialmente respecto de la falta de visión sanitaria y considerando los incumplimientos de la sociedad concesionaria, sí hay una afectación real a la gestión clínica. Ejemplo de ello lo constituyen los indicadores centinela, los cuales tienen el propósito de detectar eventos adversos de carácter grave en la calidad de la atención (Tabla 3). En los casos de los hospitales de La Florida y Maipú se definieron dos clases:

- **Indicadores centinela clase A:** son siete, entre ellos intoxicación alimentaria, contaminación e infecciones por falla del servicio de aseo, falla del suministro eléctrico en áreas muy críticas y críticas.
- **Indicadores centinela clase B:** son 15, por ejemplo raciones alimenticias no corresponden a la indicada por nutricionista, el servicio de gestión de ropería y vestidores no cumple con cantidad y/o con horarios establecidos para entregar ropa quirúrgica a la central de esterilización, entre otros.

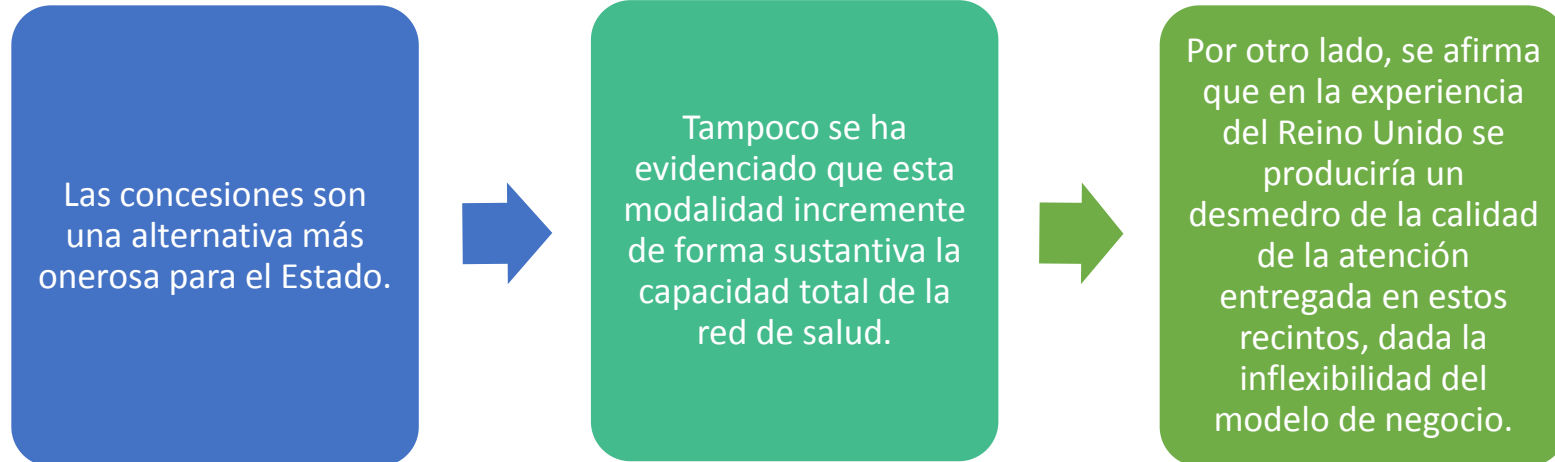
Incumplimientos en indicadores centinelas.

Nombre	2014	2015
HEC	58	44
HLF	142	91

# Conclusiones sobre modelo uno de concesiones hospitalarias

Aquí resulta interesante contrastar lo expuesto por V. Bachelet [\[9\]](#) a lo señalado, respecto de la evidencia sobre concesiones hospitalarias que se han generado principalmente en el Reino Unido.

Dentro de las conclusiones de la revisión realizada en dicho artículo se sostiene:



# Inversión sectorial y el plan de inversiones hospitalarias

Dificultades en la inversión sectorial y aumento de costo

# Modalidad tradicional o sectorial

la inversión sectorial se realiza a través del esquema tradicional de provisión de infraestructura. Este esquema se implementó durante la dictadura militar y consiste en que el sector público debe gestionar los diversos proyectos, a través de equipos técnicos en los 29 servicios de salud a lo largo del país. Estos equipos deben velar por el diseño del proyecto, así como postular una evaluación social que realiza el Ministerio de Desarrollo Social y finalmente postular el proyecto a una determinada modalidad de financiamiento. Esta modalidad puede ser vía presupuesto sectorial de salud o vía recursos del Fondo Nacional de Desarrollo Regional. Una vez realizados estos procesos, se procede a realizar una licitación que implica un concurso donde participan oferentes privados y que compiten por la adjudicación de un determinado proyecto.

# Plan de inversión

Durante 2014, la nueva administración de Bachelet anunció un plan de inversión en salud con un gasto de 4 mil millones de dólares para la construcción y renovación de hospitales. Este plan implicará:

*“...más de dos millones quinientos mil metros cuadrados de construcción hospitalaria e incluye la futura puesta en marcha de 10 873 camas en modernas dependencias (7800 constituyen reposiciones de camas en hospitales con deterioro de su infraestructura y 3073 corresponden a camas nuevas que se sumarán a la red pública de salud)”*.

Durante 2015 se generaron dificultades en la ejecución del plan de inversión definido por el gobierno. Estos problemas se expresaron en el lento porcentaje de avance y un desembolso de recursos que estuvo concentrado durante el último mes del año. Se pasa de 20 hospitales a 27. Aunque se privilegió la construcción de hospitales de menor tamaño.



# Costos del metro cuadrado hospitalario

Un factor decisivo a la hora de originar retrasos o adecuaciones en el plan de inversión sectorial, lo constituyó el valor al cual el mercado está ofreciendo la construcción de los establecimientos hospitalarios.

Esto generó que los procesos de licitación de las obras, en ocasiones debieron ser declaradas desiertas, dado que los valores ofertados exceden los presupuesto destinados al proyecto, cuya consecuencia fue el retraso del proceso.

	2009-2013	2014-2015	Diferencia %
<b>Mediana valor UF m<sup>2</sup></b>	41,38 UF	64,15 UF	55%
<b>Promedio valor UF m<sup>2</sup></b>	43,53 UF	73,38 UF	69%

Fuente: Elaboración propia.

UF: unidades de fomento.

m<sup>2</sup>: metro cuadrado.

Conclusiones y recomendaciones

# Conclusiones

En Chile se comprueban brechas de infraestructura en la red pública de salud, donde se ha pasado de 3,07 camas por beneficiario durante 2000 a 1,89 camas para el año 2015 [\[10\]](#).

En términos de la inversión sectorial en salud, se evidencia que ha habido niveles menores de inversión al comparar con el sector privado, el cual presenta una expansión de 33,1% al mismo tiempo que la red pública se contrae.

Desde el año 2009 se está generando una inversión de 8,3 dólares por beneficiario de la red pública de salud, hasta los más de 44 dólares invertidos durante 2015.

Las formas mediante las que el Estado realiza la provisión de infraestructura en salud, así como en la totalidad de las áreas del Estado, hoy depende de actores privados con fines de lucro.

En el ámbito de la inversión sectorial en salud, los mecanismos de provisión como el sectorial o tradicional, así como el esquema de concesiones hospitalarias, muestran dificultades.

# Recomendaciones

Modificación de la Ley de concesiones: Traspaso de la fiscalización en fase de explotación del MOP al Minsal (5 hospitales que funcionan o funcionarían bajo esta modalidad).

Modificación del modelo de financiamiento ¿pago por resultados?

Fortalecimiento de la unidad de inversión del Ministerio de Salud, en el sentido de darle un rango de División General. Ello significaría darle más atribuciones para realizar la planificación de la inversión en salud bajo criterios de necesidad sanitaria, y de paso, permitiendo mejorar la capacidad de reclutar personal técnico altamente capacitado.

Otros elementos que pueden propiciarse, para mejorar los tiempos y hacer más eficiente la inversión sectorial, pueden ser la producción de diseños estandarizados de consultorios para la atención primaria, o bien según tipo de hospital.

Una propuesta de más largo aliento, puede ser la creación de una agencia pública destinada a la construcción de hospitales, siguiendo el esquema de la Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios.