



Hospital de Talca
después del terremoto
y posteriormente
reconstruido.



Construcción de Hospitales

VENTAJAS DE LA ALIANZA PÚBLICO-PRIVADA

A DIFERENCIA DE LAS CONCESIONES VIALES Y DE AEROPUERTOS, LAS DE HOSPITALES NO SE BASAN EN COBROS AL USUARIO. POR EL CONTRARIO, LE PERMITEN AL ESTADO DIFERIR LOS PAGOS DE CONSTRUCCIÓN DE LOS RECINTOS Y CANCELAR MENSUALMENTE POR LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO A UNA SOLA EMPRESA, TAL COMO LO HACE EN LA ACTUALIDAD PERO A DECENAS DE PROVEEDORES. A SU VEZ, LA PROPIEDAD DE LOS HOSPITALES Y DE LOS SERVICIOS MÉDICOS, SIGUEN CORRIENDO POR SU CUENTA.

Por Jorge Velasco_Fotos Vivi Peláez

Chile cuenta con menos de la mitad de las camas hospitalarias por cada 1.000 habitantes que el promedio de los países OCDE, gran parte de los recintos tiene más de 30 años de antigüedad y están deteriorados. En definitiva, se trata de un área que, según cifras de la CChC, tiene un déficit de infraestructura de US\$ 5.500 millones para los próximos 10 años.

A menos que se tomen medidas importantes, la situación no va a cambiar. En los últimos años, el Ministerio de Salud (Minsal) proyectó construir con fondos públicos 49 establecimientos hospitalarios, 90 centros de salud familiar (Cesfam) y 165 centros comunitarios de salud familiar (Cecof), entre otros. Sin embargo, en 13 de estas iniciativas se han producido situaciones complejas, lo que ha provocado atrasos en las obras y aumentos de costos.

A su vez, como promesa de campaña, el gobierno de Michelle Bachelet había anunciado un programa "20-20-20": 20 hospitales construidos, 20 en construcción y 20 en

licitación o diseño al 2018. Sin embargo, en su mensaje del 21 de mayo ante el Congreso Pleno, la Presidenta admitía retrasos en la implementación del programa, aunque aumentó a 27 la cifra de hospitales que estarían concluidos al término de su mandato, pero con una cantidad de camas menor: de 5.200 estimadas se pasaría a 1.700. Muchos, no obstante, no creen que esto suceda. Ésa fue una de las razones que esgrimieron varios parlamentarios para interpelar a la ministra de Salud, Carmen Castillo, y presentar posteriormente una acusación constitucional, que finalmente fue rechazada.

Mucho han dicho las autoridades sectoriales en estos últimos años sobre los hospitales concesionados: que son más caros, que tardan más en construirse y que, en definitiva, constituyen una forma de privatizar la salud. A mediados de 2014, un análisis del Minsal determinaba que el costo directo de construcción de un hospital por inversión sectorial era 77,9% más económico que por concesiones. "Hay una variación de 27,6 UF

por metro cuadrado y eso es un indicador objetivo", decía por entonces la ex ministra de Salud, Helia Molina.

El modelo de concesiones para la construcción hospitalaria fue adoptado el año 2007, durante el primer gobierno de Michelle Bachelet. Pero, basado en cifras como las anteriores, su segundo gobierno justificó la determinación de no continuar con el sistema, a excepción de los dos ya inaugurados (Eloísa Díaz de La Florida y El Carmen de Maipú) y la construcción de Antofagasta, Félix Bulnes y Salvador + Geriátrico.

La posición se ha mantenido en el tiempo: la ministra Carmen Castillo aseguró en la interpelación que la Cámara de Diputados le hizo en septiembre, que "no es política de este gobierno continuar con hospitales concesionados, hasta que no los evaluemos".

"Las autoridades del ramo han dado de baja este mecanismo, por lo que han retirado seis proyectos hospitalarios de la cartera de concesiones y no tendría cabida en el



La asociación público-privada permitiría construir modernos hospitales como el de Puerto Montt (2014).

desarrollo de los 60 hospitales que debieran quedar contruidos o en vías de construcción en los próximos cuatro años”, escribía en julio de 2014 en El Mercurio, el gerente de estudios de la CChC, Javier Hurtado. Gracias a ello, diversos hospitales como Marga Marga, Quillota-Petorca, Curicó, Linares, Chillán y Sótero del Río fueron retirados del programa de concesiones.

BENEFICIOS ECONÓMICOS

Según un estudio presentado por la CChC en 2014 y que se actualizó recientemente, el costo promedio de construir un hospital concesionado es 24,3% inferior al de un recinto edificado con fondos sectoriales (37,4 UF/m² frente a 46.5 UF/m²) y demora 7% menos en ser llevado a cabo.

Estas diferencias en favor de los hospitales concesionados, se deben a diversas causas. En los hospitales tradicionales, los cos-

tos iniciales estimados aumentan mucho con el desarrollo de la obra. “El precio por el que se llama a licitación es diferente a lo que finalmente resulta. Hay problemas con los proyectos y de conflictividad entre medio de los contratos. Hay problemas con la inspección técnica y con las bases técnicas de los contratos. Eso genera discrepancias entre el contratista y el mandante, judicialización, aumentos de plazos y de costos”, explica Carlos Piaggio, gerente de infraestructura de la CChC.

Por el contrario, explica Piaggio, en los concesionados los costos se mantienen por contrato, ya que el concesionario es el encargado del proyecto definitivo y de cumplir con su implementación. A su vez, al haber incentivos para concluir antes las obras (el concesionario comienza a cobrar los pagos por operación una vez que el hospital está terminado), los plazos son más acotados.

DE ACUERDO
con un estudio presentado por la CChC, el costo promedio de construir un hospital concesionado es 24,3% inferior al de un recinto edificado con fondos sectoriales.



El Hospital El Carmen de Maipú (en la foto) junto con el Eloísa Díaz de La Florida son los únicos concesionados en funcionamiento.

“También hay un tema respecto a la operación. Los hospitales concesionados tienen definido un subsidio, que cubre lo que le corresponde al mantenimiento y a los servicios no clínicos. Estos costos, en los casos del Hospital Salvador y Hospital Félix Bulnes, son más altos en el sistema tradicional. En Félix Bulnes, en 2014 lo que se gastó en la parte no clínica fueron alrededor de UF 900 mil y el subsidio de lo que será el hospital concesionado alcanza a UF 530 mil. Es lo que se gastó realmente frente a lo que va a costar por contrato”, dice Carlos Piaggio. A su vez, para El Salvador, mientras el formato tradicional implica gastos por UF 1.150.000, lo considerado para cuando esté funcionando bajo concesión, alcanzará a UF 560.000, es decir, la mitad.

Para el fisco, el sistema de “concesiones” hospitalarias le permite diferir los pagos por la construcción de cada hospital (en el sis-

tema tradicional, en cambio, a veces debe liberar recursos por un valor de hasta el 30% de la obra al comienzo), los que empiezan a hacerse efectivos sólo cuando éste ha iniciado su operación.

También tiene asegurada la conservación de la infraestructura, el mantenimiento y la renovación oportuna del equipo médico y mobiliario clínico, y la reposición de todo ello en caso de catástrofe, sin costo para el Estado. Por lo tanto, la calidad del servicio – tanto clínico como de anexos– mantiene un estándar homogéneo y de alta calidad a lo largo del tiempo, ya que de no cumplirse, el concesionario recibe multas.

“La concesión de hospitales presenta varias ventajas respecto de la vía tradicional: permite al Estado ejecutar en forma simultánea una mayor cartera de inversiones...; tienen menores niveles de retrasos y además aumenta el valor del dinero fis-

cal, al poner a disposición de las personas servicios médicos de alto estándar, sin que esto signifique mayores costos”, escribían en una columna de agosto de 2014, José Francisco García y Rodrigo Troncoso, de Libertad y Desarrollo.

¿CONCESIÓN O PAGO DIFERIDO? —

Ante esta situación de beneficios tangibles versus la negativa del gobierno a emplear las concesiones para construir recintos hospitalarios, vale preguntarse qué es un hospital concesionado. Por de pronto, su sistema difiere del de una concesión tradicional, como podría ser una carretera o un aeropuerto, donde el usuario paga por uso y la inversión del privado se recupera principalmente a través de los ingresos por los peajes o de tasas de embarque.

En cambio, los hospitales concesionados tienen dos tipos de ingresos fijos. Primero,

Por la vía del pago diferido, la construcción de hospitales como el de Calama se realizaría al menos un 7% más rápido que por el sistema tradicional.



SEGÚN CARLOS
Piaggio el nombre de “hospitales concesionados” no se ajusta a la realidad del sistema. “Se utilizó la Ley de Concesiones como vehículo legal para implementarlos, pero en definitiva no es un buen término hablar de concesiones hospitalarias”, dice.

el que corresponde a la construcción, que es lo que el Estado le paga en cuotas semestrales o anuales al proveedor, en un plazo máximo de diez años. Segundo, el pago por operación del hospital, que realiza el Gobierno en forma mensual por el largo de la concesión, que se refiere al mantenimiento y a los servicios no clínicos que se deben dar durante el contrato.

“El concesionario, en el caso de la salud, no recibe ningún ingreso relacionado con la atención a los pacientes. Sí entrega servicios de apoyo -como alimentación, aseo, estacionamiento, seguridad y administración financiera-, muchos de los cuales ya han sido externalizados en los hospitales públicos y son provistos por privados. En la práctica, existe y ha sido positiva la convivencia entre el proveedor privado y los profesionales y técnicos de la salud”, explica Javier Hurtado.

En este contexto, para Carlos Piaggio el nombre de “hospitales concesionados” no se ajusta a la realidad del sistema. “Se utilizó la Ley de Concesiones como vehículo legal para implementarlos, pero en definitiva no es un buen término hablar de concesiones hospitalarias”, dice.

¿Es un sistema de pago diferido? Sólo si se ciñe a la construcción de los recintos, pero es más que eso. “El modelo es más virtuoso en los beneficios que entrega y en el aporte que da la gestión privada para el

desarrollo de infraestructura. Incorporar los estándares de servicio y la gestión privada a un desarrollo y mantenimiento de este tipo de infraestructura es importante. Hoy en día el Estado tiene déficits no sólo en levantar infraestructura, sino también en mantenerla. Porque cuando no hay recursos, estas labores son las primeras que se terminan. Si no hay una regularidad en la conservación, el nivel de servicio que se entrega al usuario también es volátil. Y ése es un aporte que la asociación público-privada da al servicio”, explica el gerente de infraestructura de la CChC.

Con todo, si el Estado quiere tener menores costos con este sistema de asociación público-privada, puede exigirle más a los privados. Pero aún así, las empresas han ofertado bajo el presupuesto oficial exigido para la construcción y operación de los hospitales concesionados.

“Existe un déficit de infraestructura de salud y es importante que se avance rápidamente en resolverlo. Para eso, como CChC creemos que se deben complementar los métodos tradicionales, con esta herramienta que no es más cara ni más lenta para el desarrollo de hospitales. La alianza público-privada es un mecanismo de financiamiento y gestión apropiado, especialmente para hospitales de mayor tamaño y complejidad”, concluye Carlos Piaggio.