

Editorial

Medwave 2014;14(7):e6009 doi: 10.5867/medwave.2014.07.6009

La financiación privada en infraestructura de salud pública: llamado a publicar experiencias nacionales

Private financing in public health infrastructure: call for papers on national experiences

Autora: Vivienne C. Bachelet⁽¹⁾

Filiación:

⁽¹⁾Editora jefe, Medwave

E-mail: vbachelet@medwave.cl

Citación: Bachelet VC. Private financing in public health infrastructure: call for papers on national experiences. *Medwave* 2014;14(7):e6009 doi: 10.5867/medwave.2014.07.6009

Fecha de publicación: 19/8/2014

Trabajadores de la salud de uno de los hospitales de alta complejidad emblemáticos de Santiago de Chile estuvieron 28 días en paro como forma de protestar contra la construcción, con fondos privados, de la reposición del hospital, que fue fundado en 1871 y construido por el Estado con aportes de los habitantes de Santiago además de ser monumento nacional. En complejas negociaciones el gobierno intenta buscar una solución al conflicto cuyo término aún no se avizora [1]. La revisión de la experiencia internacional y el creciente anecdotario que estamos acumulando en Chile, nos inclina a concluir que esta modalidad de inversión en infraestructura sanitaria pública es una política con consecuencias deletéreas para el Estado, los usuarios y las futuras generaciones.

¿Qué es la concesión? La concesión es una obra construida por un privado quien también tiene a cargo la prestación de un servicio asociado, desde mantención de carreteras o edificios, hasta la provisión de bienes públicos como salud o educación. La relación entre privado y Estado queda regida por un contrato de largo plazo que puede incluir desde el diseño de la obra, pasando por su financiación, construcción, mantenimiento y hasta servicios adicionales; al término del contrato, este se puede extender o la obra se restituye al Estado. Las concesiones han sido clasificadas como duras y blandas. Las duras son obras civiles como carreteras, puertos y aeropuertos; y las blandas son cárceles, transporte público, educación, salud, entre otras.

Los partidarios de las concesiones blandas o sociales esgrimen razones a favor de esta política [2], que se pueden clasificar en dos grandes categorías según su matriz de pensamiento: los pragmáticos y los ideológico-utópicos. Entre los primeros se encuentran argumentos como los siguientes: reducción de la brecha de infraestructura en menor tiempo; no habría deuda fiscal y habría más recursos para invertir en programas sociales; el riesgo se traspasaría a privados; se postergaría el pago de la concesión a administraciones futuras. Entre los segundos

se encuentran los siguientes postulados: se liberaría el mercado para que opere con plena potencialidad de creación de valor; se mantiene intacto el principio de subsidiariedad del Estado; se aprovecharía la supuesta mayor eficiencia de los privados en la asignación y administración de recursos, entre otros.

Dado que el gobierno anterior en Chile (2010-2014) planteó una política de construcción de hospitales basada en concesiones y que en 2014 asumió un nuevo gobierno de tendencia política diferente, con un programa que considera una inversión de US\$ 4.000.000 en cuatro años en hospitales pero por presupuesto sectorial público, parece oportuno revisar la literatura internacional para ver si hay cambios respecto de lo analizado en un artículo previo sobre las dimensiones de riesgo, calidad e impacto fiscal de las concesiones en salud [3].

Una búsqueda en MEDLINE/PubMed no arrojó mucho, mientras que Google Académico permitió llegar a otras disciplinas no biomédicas, como ingeniería, ciencias políticas, administración pública, economía, derecho, entre otras, que son las que han estudiado el tema de las asociaciones público-privadas en salud. El análisis de los artículos encontrados [4],[5],[6],[7],[8],[9],[10],[11],[12],[13],[14],[15],[16],[17],[18],[19] permiten plantear lo siguiente:

- Recortes presupuestarios han impulsado las asociaciones público-privadas, donde gobiernos locales y nacionales buscan postergar los compromisos financieros ligados a inversión.
- Las supuestas eficiencias del sector privado no se corroboran en la literatura internacional.
- El cumplimiento de expectativas asociadas con las alianzas público-privadas pasan por aumentar la complejidad de los contratos y la capacidad de control a nivel central.

- Los pagos a los concesionarios se llevan una proporción alta del presupuesto total de los servicios de salud.
- Existe un déficit importante de estudios sobre resultados (*outcomes*) de concesiones en salud en general, con la excepción del Reino Unido.
- Los proyectos de concesiones en salud son altamente dependientes del costo del endeudamiento privado y, por ende, de las vicisitudes financieras mundiales.
- Los mecanismos de pago deben estar condicionados al desempeño en la prestación del servicio y deben asegurar *valor por el dinero* versus el *comparador de sector público* (costo oportunidad).
- Hay numerosos reportes empíricos que señalan que la calidad de la mantención y del servicio clínico se podría ver afectado con la concesión.
- Fallas de mercado, de marco regulatorio y de fiscalización, generan en muchos casos una rentabilidad en exceso con impactos presupuestarios importantes, pero también puede ocurrir lo contrario: que los *fees* a pagar a los concesionarios no cubran los costos, derivándose de ello efectos secundarios sobre la sustentabilidad del modelo.

Por último, la revisión de la literatura más reciente o no aporta evidencia de beneficio, o la evidencia indica que los resultados no cumplen con las expectativas que llevaron a generar contratos de largo plazo con privados para la provisión de infraestructura sanitaria.

Entre los problemas que se identificaron a nivel internacional en 2010 y que aún no han sido resueltos después de cuatro años están los siguientes: activos fijos proyectados para expectativas de hoy pueden ser inadecuados para demanda futura; los contratos suelen ser inflexibles lo que impide modularidad y ajustes en los servicios según demanda; la existencia de mercados con pocos oferentes crea menos oportunidades de *value for money* al existir poca competencia; los pagos de los subsidios fijos y variables a cargo de los presupuestos de los servicios de salud pueden obligar a recortes de gastos en la prestación asistencial y de personal; o bien, a veces se renegocian los subsidios cuando el concesionario está constreñido por una incorrecta evaluación previa de los costos reales asociados a la concesión lo que obliga a renegociaciones que pueden ser onerosas para el erario nacional o los gobiernos locales, según sea el caso.

¿Y qué dice la experiencia empírica nacional? Hay sólo dos hospitales concesionados en operación, cuyos tiempos de puesta en marcha no han sido más expeditos que los hospitales construidos por presupuesto sectorial (excluyendo los *outliers*, casos de paralización de obras por quiebra de las empresas constructoras y otras situaciones de naturaliza similar). Se han detectado falencias en la construcción misma, como déficit en los sistemas de climatización, con consecuencias sobre la satisfacción de los usuarios internos y externos. Las rigideces en la modularidad necesaria para enfrentar contingencias sanitarias impiden rápidas modificaciones en el *layout* del recinto, o impiden la reconversión de camas cuando la autoridad sanitaria lo ha requerido. Se presentan soluciones de continuidad de diversa naturaleza en el

cuidado y en la gestión asistencial y dificultades en la gestión del recurso humano.

Sin embargo, una de las limitaciones principales del caso chileno que amerita una autocrítica de parte de los sucesivos gobiernos involucrados, ha sido el hecho que en ninguno de los hospitales que están en modelo de concesión, tanto en operación como en proceso de diseño y construcción, hubo una evaluación económica que demostrara el *value for money* contra comparador de sector público. El valor por el dinero es entendido como más que eficiencia, abarcando los costos totales de la vida útil del proyecto y calidad de servicio para el usuario, y en que el beneficio adicional de recurrir al financiamiento privado debe ser demostrado con metodologías estandarizadas [2]. En el caso chileno, no se conoce si el presupuesto público invertido en esta modalidad efectivamente está mejor gastado que en construcción por presupuesto sectorial. Asimismo, también es necesario hacer evaluaciones económicas y sociales *post hoc*, con desenlaces establecidos *ex ante* para evitar sesgos innecesarios, y así evaluar sería y rigurosamente la inversión realizada y la modalidad empleada. Este es un pendiente.

Muchos sostienen que la construcción de hospitales por concesión a privados que excluya la gestión clínica (sin "bata blanca") es adecuada para resguardar la garantía del derecho a la salud. Sin embargo, tampoco se han evaluado los impactos de tener dos "administradores" a cargo de un establecimiento de salud: el que vela por la mantención del edificio y de los servicios industriales de apoyo según un contrato de plan general preestablecido, por una parte; y, por otra parte, los gestores clínicos que obedecen a una lógica de planificación sanitaria con intereses que podrían resultar contrapuestos a los del concesionario. Queda entonces abierta la pregunta: ¿es efectivo que la concesión de hospitales sin bata blanca no afecta la gestión clínica? Otro pendiente.

Es por ello que en la *Revista* hacemos un llamado a que los interesados en este tema de la región latinoamericana y de España y Portugal, nos envíen manuscritos que expongan analíticamente los casos y las experiencias de sus respectivos países. Existe una necesidad imperiosa de ir cerrando la brecha de evidencia y de análisis sobre el tema de la participación privada en la infraestructura sanitaria pública mediante contratos de concesión a largo plazo. Necesitamos que los académicos y tomadores de decisión expongan sus opiniones y experiencia en esta materia, ya que el único consenso realmente existente hasta ahora es que no hay suficiente evidencia nacional e internacional.

Notas

La autora declara que no tiene conflictos de intereses relacionados con la materia de este artículo, más allá de creer que la salud es un derecho social que debe ser protegido y garantizado por el Estado.

Referencias

1. Andrews JP. Trabajadores del Hospital del Salvador suspenden paro tras casi un mes de movilización. La Tercera. 4 de Agosto 2014: Sección País. [on line] | [Link](#) |
2. Dewulf G, Blanken A, Bult-Spiering M. Strategic issues in public-private partnerships. 2nd ed. Chichester, UK: John Wiley & Sons, 2012.
3. Bachelet VC. Una revisión crítica de tres dimensiones de concesiones en salud: riesgo, calidad y efectos fiscales. Medwave 2010 Oct;10(09):e4780 | [CrossRef](#) |
4. Roehrich JK, Lewis MA2, George G3. Are public-private partnerships a healthy option? A systematic literature review. Soc Sci Med. 2014 Jul;113:110-9. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
5. Barlow J, Roehrich J, Wright S. Europe sees mixed results from public-private partnerships for building and managing health care facilities and services. Health Aff (Millwood). 2013 Jan;32(1):146-54. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
6. Cruz CO, Marques RC. Integrating Infrastructure and Clinical Management in PPPs for Health Care. J Manag Eng. 2013 Oct;29(4):471-81. | [CrossRef](#) |
7. Eadie R, Millar P, Grant R. PFI/PPP, private sector perspectives of UK transport and healthcare. Built Environ Proj Asset Manag. 2013;3(1):89-104. | [Link](#) |
8. Evans P. Private finance initiative is to blame for the crisis at Barts. Nurs Stand. 2013 Aug 14-20;27(50):31-2. | [PubMed](#) |
9. Gerstlberger WD, Schneider K. Outsourcing and concession models as door opener for public-private partnerships in the European health sector? Int J Public Sect Manag. 2013;26(7):554-75. | [CrossRef](#) |
10. Hellowell M. PFI redux? Assessing a new model for financing hospitals. Health Policy. 2013 Nov;113(1-2):77-85. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
11. Javed AA, Lam PTI, Zou PXW. Output-based specifications for PPP projects: lessons for facilities management from Australia. J Facil Manag. 2013;11(1):5-30. | [Link](#) |
12. Sánchez FI, Abellán JM, Oliva J. Gestión pública y gestión privada de servicios sanitarios públicos: más allá del ruido y la furia, una comparación internacional, 2013. [on line] | [Link](#) |
13. Whiteside H. Stabilizing privatization: crisis, enabling fields, and public-private partnerships in Canada. Altern Routes. 2013;24. | [Link](#) |
14. Whiteside H. The pathology of profitable partnerships: dispossession, marketization, and canadian p3 hospitals. Canada: Simon Frasier University, 2013. | [Link](#) |
15. Acerete B, Stafford A, Stapleton P. New development: new global health care PPP developments—a critique of the success story. Public Money Manag. 2012 Jul;32(4):311-4. | [CrossRef](#) |
16. Barrows D, MacDonald HI, Supapol AB, Dalton-Jez O, Simone Harvey-Rioux. Public-private partnerships in Canadian health care: a case study of the Brampton Civic Hospital. OECD J Budg. 2012;1. | [Link](#) |
17. Hellowell M. Fair return for risk? An examination of structure, competition and profitability in the market for private finance in the National Health Service. The University of Edinburgh, 2012.
18. Squires M. The private finance initiative: a case study of wastage in the NHS in Wandsworth. Br J Gen Pract. 2012 Apr;62(597):208-9. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
19. Billingsley M. Private finance initiatives to build hospitals do not provide value for money, English MPs warn. BMJ. 2011 Aug 24;343:d5436. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |

Correspondencia a:
 Villaseca 21, oficina 702
 Ñuñoa,
 Santiago de Chile



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.