

Análisis

Medwave 2016 May;16(4):e6444 doi: 10.5867/medwave.2016.04.6444

Dificultades de la inversión en infraestructura pública de salud en Chile: concesiones y licitación pública

Public health infrastructure investment difficulties in Chile: concessions and public tenders

Autor: Matías Goyenechea[1]

Filiación:

[1] Fundación Creando Salud, Santiago, Chile

E-mail: mgoyenechea@gmail.com

Citación: Goyenechea M. Public health infrastructure investing difficulties in Chile: concessions and public tenders . *Medwave* 2016 May;16(4):e6444 doi: 10.5867/medwave.2016.04.6444

Fecha de envío: 15/3/2016

Fecha de aceptación: 5/5/2016

Fecha de publicación: 12/5/2016

Origen: no solicitado

Tipo de revisión: con revisión por dos pares revisores externos, a doble ciego

Palabras clave: concessions, tenders, public health investments, infrastructure

Resumen

El presente trabajo busca evidenciar los problemas de brechas en infraestructura sanitaria en Chile, así como analizar los mecanismos mediante los cuales ésta se provee. Ello se realiza mediante dos modalidades, la primera es la licitación competitiva o modalidad sectorial. La segunda forma es la concesión hospitalaria. En los últimos años ambos mecanismos presentan dificultades, las cuales se relatan en este documento. Finalmente, se plantean propuestas con el fin de mejorar la provisión de infraestructura sanitaria en Chile.

Abstract

This paper seeks to highlight the problems of gaps in health infrastructure in Chile, and to analyze the mechanisms by which it is provided. In Chile this is done in two ways: the first is through competitive bidding or sector-wide modality. The second way is through hospital concessions. Both mechanisms have had difficulties in recent years, which are reported. Finally, we propose ways to improve the provision of health infrastructure in Chile.

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. Esto se evidencia fácilmente al comparar el número de camas por habitantes. 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.

Este dato considera el total de camas del país, sin desagregar por subsistema de salud. Hay que considerar que se ha materializado un 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. Sin embargo, no ha sido suficiente para revertir el déficit de infraestructura.

En la actualidad se encuentra en implementación un plan de inversión que implica un gasto de cuatro mil millones de dólares para la construcción y renovación de hospitales, aunque se han detectado problemas que dificultan su

implementación, entre ellos un aumento injustificado de los valores de construcción.

Este trabajo busca visualizar el déficit en la infraestructura de la red asistencial, así como los problemas que se han presentado en los esquemas de provisión de infraestructura. Por un lado, la provisión de servicios y altos costos en el caso de la modalidad de concesiones. Y, por otro, en la modalidad "tradicional" se evidencia en menos de un año un aumento de los valores del metro cuadrado, lo cual ha implicado retrasos y aumento importante de los costos para el fisco. Esta situación también convive con una brecha importante en materia de recursos humanos, que si bien no es materia de este estudio, sí resulta importante su mención en función de contextualizar las conclusiones de este trabajo.

La brecha de recursos humanos se expresa en términos geográficos, como también en términos de su distribución en cada subsistema, público y privado. Para ilustrar lo anterior, se debe considerar la distribución total de horas médicas en el país. Sólo 43% del total de horas médicas se utilizan para satisfacer la demanda del 80% de la población. Estos elementos producen un problema de falta de capacidad de la red asistencial, básicamente para poder satisfacer las demandas de salud de la población. 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. A partir de 2005, y contemplando los recursos asignados en el presupuesto 2016, el Estado de Chile habrá transferido al sector privado por concepto de compras de servicios y subsidios a la demanda un total de 9037 millones de dólares, esto considerando un valor de cambio de 1 dólar por 726 pesos chilenos.

Desarrollo

Esquemas de provisión de infraestructura pública

En Chile han existido variados métodos para proveer infraestructura, siendo el más reciente el de concesiones o asociaciones público-privadas. Los esquemas de provisión de infraestructura previos a la implementación de la política de concesiones y la modalidad tradicional, se realizó por el Estado.

El Ministerio de Obras Públicas poseía unidades destinadas a la construcción de infraestructura, haciéndose cargo del diseño, construcción, operación y mantenimiento de la obra pública. La participación de los privados en proyectos de

infraestructura era limitada, e incluso requería la generación de una ley especial[1]. A modo de ejemplo, se pueden destacar los casos de salud y educación. En estas áreas existían sociedades constructoras donde, si bien los privados tenían participación, ésta era minoritaria. Dichas sociedades estaban pensadas para la provisión de infraestructura como la construcción de hospitales y liceos. La Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios (SCEH) se creó por ley el año 1944 y funcionó hasta el año 1981, cuando fue disuelta mediante decreto. En el caso de la educación, funcionaba la Sociedad Constructora de Establecimientos Educativos que operó entre 1937 y 1987, y también fue disuelta por la dictadura. En ese contexto, a medida que se desmantelaba la capacidad propia del Estado para construir, se adquiría un esquema de mercantilización de servicios y funciones de carácter público. De este modo se introdujo la posibilidad de subcontratar la construcción y el mantenimiento de las obras públicas. La selección de la empresa que ejecutara una determinada obra pública, se adjudicaba mediante una licitación de carácter competitiva, en donde el contratista o empresa constructora ganadora es aquella que solicitaba el menor monto por la obra y cumplía con las especificaciones técnicas solicitadas por el mandante. En este esquema, aún utilizado en obras públicas, el diseño y la administración de los proyectos continúan dependiendo del Estado.

La provisión de infraestructura de salud en Chile se realiza a través de la contratación de privados, mediante procesos de licitación. Esta forma se denomina "tradicional", aunque fue introducida en los años ochenta por la dictadura. La segunda forma de realizar la construcción de infraestructura es mediante la modalidad de concesiones. Esta modalidad implica que el 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.

Para la verificación del déficit de infraestructura utilizaremos el indicador de la tasa de camas hospitalarias por cada mil habitantes. Posteriormente, observaremos los niveles de inversión a través de un indicador de gasto per cápita según subsistema de salud (Tabla 1, Figura 1).

Fuente	Datos	2000	2005	2015
Instituto Nacional de Estadísticas (INE)	N° de camas SNSS	31 193	27 910	25 377
	N° 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	N° de camas SNSS	30 591	28 001	24 987
	N° 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.

Tabla 1. Camas hospitalarias y camas por cada mil habitantes, según subsistema de salud.

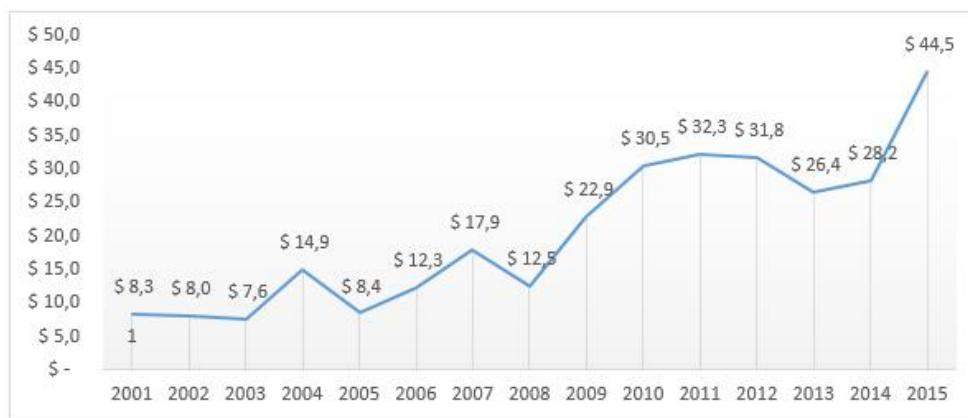
Se puede evidenciar una reducción de la capacidad hospitalaria medida en camas, al generar una tasa de camas por cada mil habitantes. Chile tiene una tasa de 2,18 camas por mil habitantes. Sin embargo, al mirar en cada subsistema se puede apreciar que Chile ha presentado un descenso en el sector público y un aumento en el privado. Para el año 2000, la tasa de camas por mil habitantes era de 3,07 en el sector público versus 2,48 en el privado. En 2015 estos resultados variaron a 1,89 en el sector público (bajo el promedio nacional) y 2,93 en el sector privado.

Una forma en la que podemos verificar los niveles de inversión en la red pública, es mediante el cálculo del gasto per cápita considerando la población que se atiende en la red pública de salud. En el periodo 2001 a 2009, el gasto per cápita en infraestructura alcanzó un valor de 8,3 dólares por beneficiario del Fondo Nacional de Salud; en el

periodo 2010 a 2013 este gasto aumentó a 44,5 dólares por beneficiario. Hay que considerar que en este periodo de tiempo, el país se vio afectado por un terremoto que causó daños en 16 servicios de salud a lo largo del país, por lo que se debió generar un mayor gasto para paliarlos.

En los últimos dos años este indicador nos muestra que en 2014 el gasto llegó a los 28,2 dólares por beneficiario y, de acuerdo a la ejecución del presupuesto de inversión sectorial, durante 2015 alcanzó los 44,5 dólares.

Los datos anteriormente mencionados, ilustran un esfuerzo fiscal por generar mayores niveles de inversión en la red asistencial. Si comparamos los recursos ejecutados durante 2001 con los de 2015, se comprueba un crecimiento de 600%.

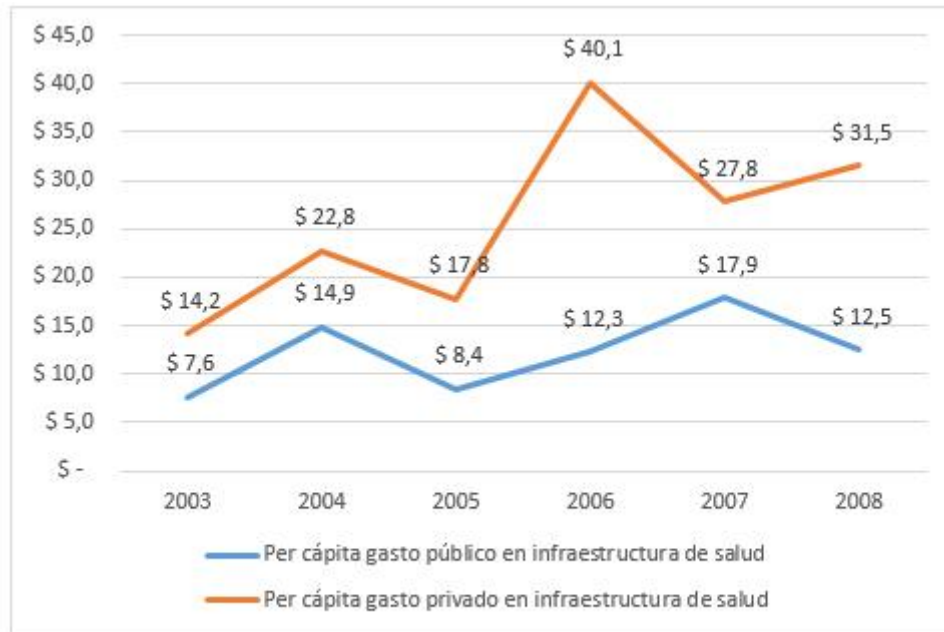


Fuente: Elaboración propia a partir de <http://www.dipres.gob.cl/>.

Figura 1. Gasto per cápita en infraestructura pública en salud (USD).

Para verificar el tamaño del esfuerzo fiscal y poner en perspectiva el gasto público, se puede comparar con el gasto privado [5] realizando el mismo ejercicio de producir un indicador per cápita. Los resultados muestran que el

gasto público en promedio es un 49,8% menor al privado, esto considerando el periodo 2003 a 2008 (Figura 2).



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

Figura 2. Inversión en infraestructura en salud pública y privada (UDS).

La inversión privada en infraestructura de salud, ha tenido un incremento importante desde 2005 a la fecha (lapso de vigencia de la reforma del Acceso Universal con Garantías Explícitas en Salud). Esto se refuerza dadas las crecientes

transferencias de pacientes y dinero desde el sector público al privado [4],[6],[7]. En la Tabla 2 se puede observar que se ha producido un crecimiento de 33,1% en la oferta privada de camas entre los años 2005 y 2015.

Sector	2015	2005	Variación	Variación %
Red pública de salud	24 987	28 001	-3014	-10,8
Mutuales	684	1090	-406	-37,2%
Clínicas psiquiátricas, centros de geriatría, recuperación	1325	1544	-219	-14,2%
Institucionales (FFAA, universidades)	3475	3413	62	1,8%
Otros (CONIN, Teletón, diálisis)	326	392	-66	-16,8%
Clínicas privadas (mínimo 10 camas)	6755	5076	1679	33,1%
Total camas país	37 552	39 516	-1964	-5,0%

Fuente: Clínicas de Chile AG y Departamento de Estadísticas e Información de Salud.
 FFAA: fuerzas armadas y de orden.
 CONIN: Corporación para la Nutrición Infantil.

Tabla 2. Composición de camas de hospital en Chile y variación 2005-2015 según sector.

En la Tabla 2 se puede apreciar el proceso de constricción de la oferta pública y la expansión de la oferta privada, ambas medidas en función de la cantidad de camas. Así

como también una reducción del número de camas totales del país.

Mecanismos de provisión de infraestructura pública de salud y sus dificultades

En este punto abordaremos las dificultades que se evidencian en los dos mecanismos mediante los cuales se provee la infraestructura hospitalaria en Chile. En el caso de la modalidad de concesiones se tocarán los casos de los hospitales de La Florida y Maipú (ubicados en la capital del país), dado que son los únicos hospitales en esta modalidad que están en fase de explotación.

Programa de concesiones hospitalarias. El primer modelo de concesiones fue diseñado en los gobiernos de Ricardo Lagos (2000 – 2006) y Michelle Bachelet (2006 – 2010). Las concesiones en salud se introdujeron en el gobierno de Lagos, luego en el gobierno de Bachelet se concretó con la licitación y adjudicación al grupo español San José Tecno-Control de los hospitales de las comunas de La Florida y Maipú. Estos proyectos se licitaron como uno solo y están avaluados en 292 millones de dólares por el Ministerio de Obras Públicas. Los pagos que debe realizar el Estado al concesionario son por diversas vías, pero destacan dos: el subsidio fijo a la construcción de 1 110 075 unidades de fomento y el subsidio a la operación por 240 000 unidades de fomento (el valor de la unidad de fomento al 1 de marzo de 2016 equivale a 25 721,82 pesos chilenos o 34,9 dólares americanos a la misma fecha). Dichos hospitales constituyen el llamado “modelo uno” de concesiones. Estos proyectos, en términos del valor de la construcción, presentan un sobrepeso de 31% respecto del valor de la modalidad tradicional; considerando el mismo periodo [8].

Durante el gobierno de Sebastián Piñera (2010 -2014) se modifica el modelo de negocios presente en las concesiones hospitalarias (Antofagasta, Félix Bulnes, Del Salvador). Los cambios apuntaron a aumentar los servicios incluidos en la concesión y las responsabilidades de la empresa adjudicada en la gestión durante el periodo de explotación del recinto hospitalario. Para esto se generaron nuevos subsidios e incentivos, que buscaron compensar el aumento de servicios incluidos en los contratos.

Respecto a los valores del precio de construcción se puede considerar la propuesta de Obrascón Huarte Lain, S.A. (OHL) durante 2013 por el Hospital Gustavo Fricke en la ciudad de Viña del Mar. Aquí, el valor del metro cuadrado es de 40,59 unidades de fomento. No obstante, en el caso de los establecimientos de las localidades de Quillota-Petorca y Marga-Marga, esta misma compañía ofertó un valor de 59 unidades de fomento por metro cuadrado ese mismo año.

De esta forma no se puede afirmar con seriedad que los valores de construcción de la modalidad de concesiones resulten efectivamente más baratos. Esta afirmación sólo es posible de realizar si comparamos los valores de 2009 a 2013 con los valores sectoriales posteriores, por ejemplo de 2014 y 2015. Estos valores serán examinados en el próximo punto, no obstante resulta una distorsión sin justificación metodológica comparar valores correspondientes a momentos distintos.

Respecto del desempeño de los hospitales de La Florida y Maipú, durante el año 2015 se realizó una Mesa Técnica entre el Ministerio de Salud y los gremios del Hospital Del Salvador. Este último será repuesto bajo modelo de concesiones. En dicha instancia se efectuó un análisis del funcionamiento de los hospitales concesionados, en donde se detectaron una serie de problemas que se detallan a continuación.

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).

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.

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. Por ejemplo, si a raíz del aumento de la frecuencia de una enfermedad dada es necesario reconvertir camas a objeto de hacer frente a la demanda, la concesionaria indica que esa modificación se demorará un número tal de días hábiles que, para cuando esté lista, o no será necesaria o bien la población usuaria habrá sufrido 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 originalmente contempladas. Si bien es posible realizar modificaciones a la infraestructura, la autorización de cualquier cambio debe pasar por la concesionaria, tanto en términos de factibilidad como de costos asociados. 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.

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.

La Tabla 3 muestra el número de veces que se vulneraron los puntos contemplados en los indicadores centinela mencionados en los hospitales de La Florida y Maipú en 2014 y primer trimestre de 2015.

Nombre	2014	2015*
Hospital El Carmen (Maipú)	58	44
Hospital La Florida (La Florida)	142	91

*Comprende enero-marzo.

Fuente: elaboración propia basada en la solicitud de información pública.

Tabla 3. Número de episodios considerados centinela en Hospitales de Maipú y La Florida 2014-2015.

Resultaría ideal poder realizar comparaciones con establecimientos públicos y privados. Sin embargo, estos indicadores centinela están establecidos por las bases de licitación de cada proyecto, así como también se especifica su reporte al inspector fiscal (de eso dependen asignaciones económicas que recibe el concesionario). De esta manera, aunque puedan registrarse datos similares en otros establecimientos, estos no son comparables dado que estos indicadores están pensados en función de los servicios entregados por la sociedad concesionaria del respectivo establecimiento.

Considerando la experiencia de los hospitales de La Florida y Maipú, en la cual se muestran problemas en los servicios incluidos para ser provistos por la sociedad concesionaria, es que resulta de importancia la revisión de los hospitales que fueron concesionados en el gobierno de Sebastián Piñera. En este modelo se registra una expansión de la cantidad de servicios adscritos al régimen de concesión. Dicha modalidad incluye a los hospitales de Antofagasta, Félix Bulnes y Del Salvador, que hoy se encuentran en fase de construcción y no se ha realizado ninguna modificación de los contratos que impliquen mejorar los defectos encontrados en la operación de los hospitales de La Florida y Maipú. Por esta razón, resulta predecible que problemas como los detectados se repitan en estos nuevos hospitales. 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 que las concesiones son una alternativa más onerosa para el Estado. Esto en el caso chileno puede ser rápidamente corroborado al analizar los costos de construcción de ambos modelos de provisión durante el mismo periodo de tiempo. Tampoco se ha evidenciado que esta modalidad incremente de forma sustantiva la capacidad total de la red de salud. Por otro lado, se afirma que en la experiencia del Reino Unido se produciría un desmedro de la calidad de la atención entregada en estos recintos, dada la inflexibilidad del modelo de negocio. La experiencia chilena también evidencia este tipo de problemas dado el modelo de negocio expresado en los contratos de concesión, consagrando una falta de visión sanitaria y rigidez que termina por provocar una afectación de la gestión clínica.

Inversión sectorial y el plan de inversiones hospitalarias 2014-2018

Como se señaló anteriormente, 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.

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)".

Entre los hospitales incluidos en el plan de inversiones, también se encuentran hospitales que están en fase de construcción y que son obras de arrastre.

A comienzos de 2014, según la presentación de la Subsecretaría de Redes Asistenciales en la Comisión Mixta de presupuesto del 18 de noviembre de ese año, la situación era la siguiente:

- seis obras paralizadas.
- ocho obras con atrasos y/o sin presupuesto para concluir las.
- 10,8% ejecutado al 31 de marzo de 2014.

Esto significa que las obras que se encuentran en una situación de paralización o atraso, debieron ser incluidas en

el plan de inversiones. 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. Del total del presupuesto asignado a la inversión sectorial, se utilizó durante 2015 un 91%. Así también se evidenció una disminución de los recursos originalmente aprobados en el Congreso Nacional, equivalente a 9,6% según información de la dirección de presupuesto del Ministerio de Hacienda.

Los problemas descritos involucraron una redefinición del listado de hospitales que serían entregados antes del fin de gobierno, donde 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.

Estos contratiempos relacionados con los altos costos que se generan, así como a problemas legados del gobierno anterior, ocasionaron que se realizara entre noviembre y diciembre prácticamente el 46% de la ejecución de los recursos destinados a la inversión sectorial. Ello equivale a 222 742 millones de pesos.

Establecimiento	m ²	Fecha	Valor M\$	UF Cierre	Valor UF	UF/m ²	ID	Empresa
Hospital de Copiapó	42 326	Jun-09	35 493 122 000	20 964,99	1 692 971	40,00		Besalco SA
Hospital de Los Ángeles	48 000	Ago-09	42 449 351 000	20 971,48	2 024 147	42,17	1527-77-LP09	Empresa Constructora Moller y Pérez Cotapos SA
Hospital de Puerto Montt	111 394	Dic-09	69 312 953 000	21 017,51	3 297 867	29,61	1761-31-LP09	Besalco SA
Hospital de Calama	34.462	Jul-10	30 880 599 000	21 204,99	1 456 289	42,26		Comsa-Pilasi
Hospital de Talca	85 870	Mar-11	71 457 547 000	21 547,69	3 316 251	38,62		Besalco SA
Hospital Exequiel González Cortez	52 178	Nov-12	46 024 390 000	22 871,93	2 012 265	38,57	2212-12-LP12	Acciona Infraestructuras SA Agencia Chile
Hospital de Puerto Aysén	14 458	Mar-13	23 905 889 805	22 851,52	1 046 140	72,36	4127-101-LP12	Ingetal Ingeniería y Construcción Sociedad Anónima
Hospital Gustavo Fricke	92 000	Abr-13	85 401 044 000	22 870,85	3 734 056	40,59	2026-42-LP12	Obrascon Huarte Lain SA (OHL)
Hospital de Rancagua	68 202	Abr-13	66 902 646 000	20 946,26	3 194 014	46,83		Consorcio Hospital de Rancagua SA
Hospital de Penco-Lirquén	21 968	Oct-13	22 490 120 001	23 094,11	973 847	44,33	5624-7-LP13	Empresa Constructora Moller y Pérez-Cotapos SA
Hospital de Puerto Williams	1662	May-14	5 180 313 761	23 614,57	219 369	131,99	5113-1-LP14	Constructora Saifa SA
Hospital de Puerto Natales	16 142	Jun-14	34 289 185 000	23 235,65	1 475 714	91,42	829-8-LP13	Consorcio Claro Vicuña Valenzuela E Ingetal Ingeniería y Construcción SA
Hospital de Lanco	6 596	Dic-14	7 533 654 782	24 627,10	305 909	46,38	1769-30-LP14	Ingetal Ingeniería y Construcción Sociedad Anónima
Hospital de Porvenir	5 700	Dic-14	10 154 646 000	23 481,64	432 450	75,87	829-14-LP13	Constructora Ebcosur SA
Hospital de Chimbarrongo	5 717	Jun-15	8 203 489 000	24 597,43	333 510	58,34	1398-15-LP15	Agencia Ecisa Chile
Hospital de Ovalle	41 296	Ago-15	65 495 886 000	24 725,17	2 648 956	64,15	1395-100-LP14	Constructora San José, SA Agencia en Chile
Hospital de Salamanca	4813	Sept-15	7 110 500 000	25 042,31	283 939	58,99	1395-35-LP15	Constructora Balmaceda Ltda
Hospital de Carahue	7112	Nov-15	10 509 562 192	25 502,35	412 102	57,94	1175-89-B215	Ingetal Ingeniería y Construcción Sociedad Anónima
Hospital de Calama	34 462	Nov-15	46 228 797 315	25 530,38	1 810 737	52,54	769-75-LP15	Constructora San José, SA. Agencia en Chile
Hospital de Florida	3947	Dic-15	7 702 913 000	24 725,17	311 541	78,93	TRAT O DIREC TO	Agencia Ecisa Chile
Hospital de Pitrufquen	11 971	Dic-15	17 487 100 547	25 629,09	682 315	57,00	1175-86-LP15	Ingetal Ingeniería y Construcción Sociedad Anónima
Hospital Misión San Juan de La Costa	2826	Dic-15	7 681 064 000	25 601,82	300 020	106,16	TRAT O DIREC TO	Balzola
Hospital de Cunco	7565	Dic-15	14 042 284 000	24 997,94	561 738	74,25	1175-98-LP15	Ingetal Ingeniería y Construcción Sociedad Anónima

Fuente: Elaboración propia basada en Mercado Público y solicitudes de información pública.
 UF: unidades de fomento.
 m²: metro cuadrado.
 ID: número de licitación.

Tabla 4. Costos de construcción en modalidad sectorial según proyecto.

En la Tabla 4 se pueden apreciar los proyectos de inversión sectorial, la cantidad de metros cuadrados por proyecto, el monto total del proyecto, el valor de la unidad de fomento al momento del cierre de cada proyecto, así como los cálculos del valor total en unidades de fomento y el valor del metro cuadrado en unidades de fomento. También se incluye la modalidad de contratación y la empresa adjudicada para el desarrollo del proyecto.

Es posible verificar que se ha producido un aumento en los precios que ofertan las empresas constructoras, dadas las modificaciones en el valor del metro cuadrado hospitalario. Estas diferencias se pueden ilustrar al comparar según fecha de adjudicación de los proyectos. Entre los años 2009 y 2013 el metro cuadrado presentó una mediana de 41,38 unidades de fomento. Esto equivale a 1446,2 dólares para el valor del metro cuadrado entre 2009 y 2013.

	2009-2013	2014-2015	Diferencia %
Mediana valor UF m²	41,38 UF	64,15 UF	55%
Promedio valor UF m²	43,53 UF	73,38 UF	69%

Fuente: Elaboración propia.
 UF: unidades de fomento.
 m²: metro cuadrado.

Tabla 5. Valores comparados del metro cuadrado sectorial según fecha de construcción.

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. Esto se puede constatar a partir de datos como los niveles de inversión, el número de camas y su comparación con recomendaciones y estándares internacionales o estimaciones realizadas por instituciones académicas y gremiales [10].

En conjunto con esta situación, Chile tiene problemas relacionados a brecha en materia de recursos humanos en el sector público, básicamente por una distribución desigual entre el subsistema público y el privado, registrándose una concentración de ciertos recursos humanos en el subsistema privado. Dado que existen brechas tanto en infraestructura (lo que abordamos en este trabajo), como en materia de recursos humanos, se genera un problema. Este consiste en que el Estado debe desembolsar grandes cantidades de recursos destinados a comprar en el sector privado, las atenciones para satisfacer parte de la demanda de salud de la población.

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. Lo anterior muestra que ha existido un esfuerzo del Estado por mejorar los niveles de inversión en infraestructura. No obstante, el deterioro de la oferta pública de salud se ha profundizado.

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

finés 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.

En relación a la modalidad sectorial, evidencia un aumento explosivo del valor que cobran las empresas constructoras al Estado, ya sea el Ministerio de Salud como al Ministerio de Obras Públicas. Estos aumentos no tienen justificación y pueden responder a un interés de obtención de mayores utilidades de dichas empresas, en función de un compromiso asumido por un gobierno. Por otra parte, esto puede responder a una práctica de colusión de precios, dado que el alza de los valores ofertados resulta transversal al conjunto de empresas constructoras. En este sentido, se recomienda poner a disposición los antecedentes a la Fiscalía Nacional Económica para investigar la posibilidad de existencia de prácticas anticompetitivas de parte de las empresas señaladas.

La modalidad de concesiones para la construcción de hospitales, ha demostrado ser más cara que la modalidad sectorial. Se requieren mayores estudios en relación a los costos en las áreas de servicios, aunque existen estimaciones de que éstos pueden llegar a ser hasta un 50% más caro que en una versión sectorial[8]. Por otra parte, la experiencia de los hospitales en fase de explotación bajo modalidad de concesiones, muestran problemas que incluso afectan a la gestión clínica de los recintos. Considerando lo anterior, es que se recomienda discontinuar la política de concesiones en hospitales. En el caso de hospitales que estén en funcionamiento, así como en fase de construcción, se recomienda la modificación del contrato de la concesión para evitar los problemas ya descritos.

Finalmente, la Ley de concesiones de obras públicas debería ser modificada a través de disposiciones transitorias con el fin de entregar la inspección fiscal en la fase de explotación al Ministerio de Salud, institución que cuenta con la competencia técnica para desarrollar estas funciones.

Considerando que se ha producido una dependencia y naturalización, respecto de que la provisión de infraestructura pública debe ser mediante empresas privadas con fines de lucro; es que resulta necesario introducir modificaciones orientadas a proteger los intereses del Estado y la ciudadanía.

Esto implica generar un 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. Esto puede significar un ahorro de recursos y tiempos de forma considerable. 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.

Notas

Declaración de conflictos de intereses

El autor ha completado el formulario de declaración de conflictos de intereses del ICMJE traducido al castellano por *Medwave*, y declara no tener conflictos de intereses

específicos con el tema del artículo. Es director de la Fundación Creando Salud, donde no recibe honorarios.

Financiamiento

El autor declara que no hubo fuentes de financiación externas.

Referencias

1. Engel E, Fischer R, Galetovic A. El Programa Chileno de Concesiones de Infraestructura: Evaluación, Experiencias y Perspectivas. Cent Estud Públicos. 2001;7(proyecto 9608):202-45. | [Link](#) |
2. Departamento de Estadísticas de Salud Informacion. Estadísticas de Atenciones y Recursos para la salud Chile, Año 1999 a 2004. 2005.
3. Departamento de Estadísticas de Salud Informacion. Estadísticas de Atenciones y Recursos para la salud Chile, Año 2005 a 2009. 2009;82. | [Link](#) |
4. Clínicas de Chile A.G. Dimensionamiento del sector de salud privado en Chile. 2014;1-110. | [Link](#) |
5. Vergara M. Inversiones en el sector de la salud. Rev Chil Salud Pública. 2011;15(1):44-5. | [CrossRef](#) |
6. Goyenechea M. ¿Reforma estructural en salud o Regulación del negocio? CuadCoyunt NODO XXI. 2014;2(5):16-26. | [Link](#) |
7. Goyenechea M, Sinclair D. Cómo se ha desmantelado la salud pública. En: Serie sobre el legado de la Concertación y de la Alianza en Salud (II). CIPER Chile, 2013. [on line]. | [Link](#) |
8. Goyenechea M. Concesiones hospitalarias: el nuevo avance del mercado en la salud. CIPER Chile, 2014 [on line]. | [Link](#) |
9. Bachelet VC. A critical review of three dimensions of private finance initiative in health: risk, quality and fiscal effects. Medwave 2010 Oct;10(09):e4780. | [CrossRef](#) |
10. Cámara Chilena de la Construcción. Infraestructura crítica para el desarrollo. 2014;438.

Correspondencia a:

[1] www.creandosalud.cl



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.