



Gestión de la Inversión Pública en Salud a la UTI

Oe

Por Carlos J. García* y Felipe López S.**

*Profesor de Economía, Universidad Alberto Hurtado.

**Estudiante de Ingeniería Comercial, Universidad Alberto Hurtado.

El uso de concesiones es una de las grandes políticas subsidiarias que los gobiernos de la concertación diseñaron para ofrecer ciertos bienes públicos como el transporte, carreteras, cárceles, puertos, aeropuertos y construcción de hospitales. Esta política consiste en que los privados se encargan de la inversión y el mantenimiento de dichos bienes por un determinado período de tiempo, a cambio de subsidios del Estado o pagos directos de los consumidores, como ocurre en el caso de las carreteras.

El modelo de concesiones ha tenido resultados dispares. Sin hacer un análisis detallado de cada experiencia nos encontramos ejemplos de éxitos y fracasos: Casos positivos son el de las cárceles concesionadas que han reducido los niveles de hacinamiento a través del aumento de los metros cuadrados de infraestructura carcelaria. Del mismo modo, las autopistas urbanas han ampliado las conexiones de distintos puntos de la ciudad para hacer frente al constante incremento del parque automotriz.

Por el contrario, un caso complejo es el del sistema de transporte público Transan-

tiago, cuya carga financiera para el Estado ha aumentado constantemente desde su implementación y hasta el día de hoy sigue con serios problemas para satisfacer de manera adecuada la demanda por transporte en Santiago. Además, pese a la negativa experiencia, no se prevé que el sistema de concesión vaya a ser reemplazado por un sistema 100% estatal o se pretenda volver al sistema antiguo, 100% privado.

Pero, la suerte corrida por el sistema de concesiones en la salud pública es definitivamente peor, tanto así que el actual gobierno decidió abandonar dicha política. Lo que refleja que la oferta de salud pública (no solo en cantidad sino también en calidad) ha sido y sigue siendo un problema grave e insoluble para los diferentes gobiernos desde que se instauró la democracia.

En efecto, el término de las concesiones para la construcción y mantención hospitalaria fue uno de los anuncios más radicales en la política del sector salud del segundo gobierno de la presidenta Bachelet. Las razones se explicaron durante la campaña presidencial de la Nueva Mayoría: creciente

carga financiera para el Estado y excesivos plazos de construcción de hospitales¹. Crítico en este análisis fue la protesta de los funcionarios del Hospital Salvador el 2014 ante el plan de concesión para este establecimiento. Entre los principales atrasos generados con este sistema se encuentran importantes hospitales (en términos de números de cama destacan): Alto Hospicio (235 camas), San Antonio (212 camas), Angol (234 camas) y Padre Las Casas (232 camas). Todos ubicados en ciudades con urgentes necesidades económicas.

Esto último más los magros resultados del sistema de concesiones llevó a que la Comisión Investigadora de las Eventuales Irregularidades en los Procesos de Inversión Pública en Infraestructura Hospitalaria elaborara un informe² para esclarecer las irregularidades en las cuales estaban envuelto los procesos de inversión en infraestructura hospitalaria. El informe concluyó lapidariamente en contra del sistema de concesiones en el sector salud: "el mecanismo de concesiones no resulta necesariamente más económico ni asegura mejores plazos en la construcción y puesta en marcha de la infraestructura hospitalaria requerida, la que puede ser construida por vía sectorial".

Como resultado, el gobierno lanzó un ambicioso programa de inversiones por \$4.000 millones de dólares para el periodo 2014-18. Estos recursos permitirían al gobierno dar inicio a la licitación del diseño y estudios arquitectónicos de 20 hospitales, más 20 que se encontrarían en construcción y 27 que serían terminados (llamado originalmente programa 20-20-20, luego se adicionaron 7 hospitales más), aportando estos últimos 2.466 camas hospitalarias. Esta inversión está a cargo mayoritariamente del MINSAL, y marginalmente del MOP. Para ilustrar el cambio de política en el sector, las iniciativas de inversión pasaron de \$275 MM el 2014 a \$529MM (prácticamente el doble). Este aumento presupuestario debiera además, permitir la construcción de 37 Centros de Salud Familiar, 50 Centros Comunitarios de Salud Familiar, 38 nuevos Servicios de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolución (SAR), 10 Servicios de Atención Médica de Urgencia, por nombrar algunos.

A pesar del considerable aumento de los aportes fiscales para inversión hospitalaria, el monto ejecutado a mayo del presente año ha sido sólo de \$38 MM, apenas 7,2%

Gráfico 1: Construcción de Hospitales Públicos

N	Hospitales	Unidad técnica	Camas IDI	Estado Actual	Término de obra(estimado)	
1	Reposición Hospital de Puerto Aysén	MINSAL	38	Obra	Ene-16	
2	Reposición Hospital de Puerto Natales	MOP	56	Obra	Jul-16	
3	Reposición Hospital de Penco Lirquén	MINSAL	61	Obra	Jul-16	
4	Reposición Hospital de Lanco	MINSAL	21	Obra	Ene-17	
5	Normalización Hospital Gustavo Fricko (1a etapa)	MINSAL	554	Obra	Mar-17	
6	Reposición Hospital Exequiel González Cortés	MINSAL	200	Obra	Jul-18	
7	Reposición Hospital de Florida	MINSAL	16	Licitación	Nov-16	
8	Reposición Hospital de Chimbarongo	MINSAL	20	Licitación	Dic-16	
9	Reposición Hospital de Pitrufquén	MINSAL	74	Licitación	Abr-17	Originalmente finalizados al 2018
10	Reposición Hospital de Ovalle	MINSAL	236	Licitación	Nov-17	
11	Reposición Hospital de Salamanca	MINSAL	19	Licitación	Dic-18	
12	Reposición Hospital de Futaleufú	MINSAL	6	Término anticipado	Nov-16	
13	Reposición Hospital de San Juan de la Costa	MINSAL	8	Diseño	May-17	
14	Reposición Hospital de Calama	MINSAL	206	Liquidación contrato	Jun-17	
15	Reposición Hospital de Porvenir	MOP	12	Obra	Ago-16	
16	Reposición Hospital de Antofagasta	MOP	671	Obra	Jun-17	Adelantados (inicialmente "en construcción")
17	Reposición Hospital de Curanipe	MINSAL	30	Licitación	Feb-17	
18	Reposición Hospital de Quilacahuán	MINSAL	6	Diseño	May-17	
19	Reposición Hospital de Villarica	MINSAL	120	Diseño	Sept-17	
20	Reposición Hospital de Cochrane	MINSAL	13	Por licitar	Mar-17	
21	Reposición Hospital de Diego de Almagro	MINSAL	26	Pre-inversión	Dic-17	Adelantados (inicialmente "en estudio")
22	Reposición Hospital de Chile Chico	MINSAL	7	Pre-inversión	Dic-17	
23	Reposición Hospital de Husco	MINSAL	15	Pre-inversión	Dic-17	
24	Construcción Hospital Puerto Williams(FNDR)	MINSAL	5	Obra	Dic-15	
25	Reposición Hospital de Cunco(FNDR)	MINSAL	21	Licitación	Mar-17	Incorporados al plan
26	Normalización Hospital de Makawa(FNDR)	MINSAL	12	Diseño	Oct-17	
27	Reposición Hospital Quilón	MINSAL	13	Pre-inversión	Dic-17	

Fuente: MINSAL

del presupuesto total en inversiones. Si miramos el presupuesto de inversión ejecutado a mayo del 2014, corresponde a un monto cercano a \$54.4 MM, es decir 20% aproximado del total. Según información entregada por la Ministra de Salud, de los 27 hospitales que se deben construir solo 9 están en obra, aportando con 1000 camas extras, aunque la mitad estarán recién disponibles en 2017. El resto de los hospitales están en etapa de diseño y licitación, indicando el atraso de las obras de inversión. En resumen, el aumento efectivo de camas será efectiva solo a fines del 2018, considerando la actual tasa a la que se está expandiendo la inversión en el sector.

El retraso en las inversiones en el sector salud y por ende la falta de camas es crítico. Según datos del Banco Mundial³ el crecimiento poblacional en 2014 fue de 0,9% lo que en literatura demográfica se señala como "transición demográfica en etapa avanzada" al envejecimiento de la población. Esto aumenta el número de usuarios de las redes públicas de salud compuesto por adultos mayores, lo que eleva las alarmas sobre la inadecuada oferta de salud pública en los años que vienen. En especial, porque las enfermedades de este sector de la población son costosas e intensivas en uso hospitalario (diferentes tipos de cáncer, enfermedades coronarias, diabetes, etc.)

Al atraso de las inversiones en el sector, se suma la situación financiera de los hospitales públicos del país. Una de las principales causas del aumento de la deuda según un estudio de Cid y Bastías publicado en 2014⁴,

es que la estructura de precios no refleja los costos efectivos en los procedimientos. Así, la brecha entre la facturación y el gasto real es de 43,7%, lo que explica el persistente aumento de la deuda hospitalaria. En definitiva, se requiere cambiar completamente el esquema de costos y precios del sistema público con el fin de que los costos sean completamente cubiertos.

Dado estos hechos resulta válido preguntarse si el país necesitaba terminar con el sistema de concesiones en el sector salud o más bien la política correcta era una reforma sustancial al sistema. Todavía es prematuro sacar conclusiones definitivas, pero es evidente que el mejoramiento del sector salud no pasa solo por terminar con las concesiones y duplicar el monto de las inversiones sino también por las formas apropiadas de manejar esos recursos. Evidentemente, este tema será un desafío de primera magnitud para la actual administración en los próximos meses pues deberá demostrar que el Estado puede gestionar mejor que el sector privado los recursos en infraestructura hospitalaria. ■

¹ <http://eldesconcierto.cl/concesiones-hospitales-el-amarre-privatizador-de-la-administracion-pinera/>

² <http://www.camara.cl/pdf.aspx?prmlD=12710&prmlTIPO=INFORMECOMISION>

³ <http://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.GROW/countries>

⁴ <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v142n2/art03.pdf>

Oe