

# CONCESIONES HOSPITALARIAS, COMO EXPERIENCIA EN SALUD PÚBLICA EN CHILE. CASO: “HOSPITAL EL CARMEN, DR. LUIS VALENTÍN FERRADA”

**DANIEL DOMÍNGUEZ SANTANDER**

Instituto de Asuntos Públicos (INAP), Chile

El presente estudio se enfoca en la experiencia Chilena en hospitales concesionados, enfocando los esfuerzos en el caso del Hospital el Carmen de Maipú, centrándonos en la etapa de operatividad del mismo, esbozando la importancia de generar estrategias que mejoren la gestión en las asociaciones público privadas, como un instrumento necesario para mejorar la calidad de las políticas públicas en Chile, constatando que los problemas de gestión existentes radican principalmente en la manera de coordinar el contrato entre la concesionaria y los sistemas de coordinación de las instituciones del Estado para supervisar y administrar el correcto funcionamiento del hospital y del sistema en general.

*Palabras clave: Salud Pública, Concesiones, Asociación Público Privada, Estado, Hospitales Públicos.*

## HOSPITAL CONCESSIONS, AS EXPERIENCE IN PUBLIC HEALTH IN CHILE. CASE: “HOSPITAL EL CARMEN DR. LUIS VALENTÍN FERRADA”

This study is focused on the Chilean experience with hospitals that are operated by concessionnaires. The efforts are centered on the case of Hospital El Carmen de Maipú, specifically its operational stage, and suggest the importance of generating strategies that improve the management of public-private associations, as an instrument that is necessary to improve the quality of public policies in Chile. Verifying that the existing management problems are rooted mainly in the manner of coordinating the contract between the concessionaires and the coordination systems of the State institutions to supervise and manage the correct functioning of the hospital and the system in general.

*Keywords: Public Health, Concessions, Public Private Partnership, State, Public Hospitals.*

## INTRODUCCIÓN

La salud pública en Chile atraviesa por dificultades, tanto en su cobertura como en la calidad de la atención hacia los usuarios del sistema, su escasa infraestructura y la poca cobertura de médicos especialistas, como lo plantean las estadísticas de la OCDE<sup>1</sup> (2014), las que enseñan que “en Chile existen 2,2 camas cada mil habitantes y 1,7 médicos cada mil habitantes, las que se encuentran muy distantes del promedio del resto de países OCDE, donde existen 3,2 médicos cada mil habitantes y 4,8 camas hospitalarias cada mil habitantes” (Goic, 2015). Esta diferencia genera la necesidad que, como país, generemos políticas públicas que busquen acercarnos a las cifras de países con niveles altos de desarrollo, por lo que se hace necesario desarrollar estudios que busquen aportar a la toma de decisiones en la generación de valor público en el sistema de salud. En este sentido en el presente estudio se evaluará el sistema de concesiones, como medio de redistribución del gasto público mediante la intervención de entidades privadas en la operatividad y mantenimiento de hospitales públicos, focalizándonos en el proceso implementado desde el Hospital El Carmen, Dr. Luis Valentín Ferrada, en sus dos primeros años de funcionamiento (2014–2015), comparando su gestión con tres hospitales públicos, como grupo de control; Hospital San José de la comuna de Independencia; Hospital Dr. Luis Tisné Brousse de Peñalolén; y Hospital El Salvador de la comuna de Providencia, todos hospitales bases de la Región Metropolitana de Chile, mediante datos estadísticos que permitan entregar con objetividad resultados de su gestión. Dicha comparación se hará en función de indicadores de gestión reconocidos por el MINSAL<sup>2</sup>. Igualmente se darán a conocer elementos subjetivos de gestión de dichos hospitales, a través del contacto con personas claves al interior del sistema. En este contexto, la hipótesis del presente estudio es que el mecanismo de concesión hospitalaria es una herramienta eficiente para enfrentar el déficit existente en la salud pública en Chile.

Es importante señalar que posterior al terremoto del 27 de febrero del 2010, la infraestructura hospitalaria en Chile se vio drásticamente dañada, quedando 17

1 OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico; agrupa a 34 países miembros y su misión es promover políticas que mejoren el bienestar económico y social de las personas alrededor del mundo.

2 Ministerio de Salud.

hospitales fuera de servicio, lo que dejó al descubierto las carencias en infraestructura hospitalaria de nuestro país e intensificó la necesidad de generar ideas que solucionen dicho déficit. Por lo anterior, se hace relevante hacernos cargo de la necesidad de contar con datos objetivos que nos permitan en un futuro contemplar o descartar la construcción de nuevos hospitales concesionados en nuestro país. En este sentido, el presente estudio busca aportar a dicha discusión, mediante una evaluación crítica que permita crear conocimiento empírico sobre la base de la gestión de resultados alcanzados desde el comienzo de la implementación de la política de concesiones hospitalarias en nuestro país.

La estructura del presente estudio se enmarca en resolver si el privado es más o menos eficiente que el Estado entregando los mismos bienes y servicios, presentando posteriormente la metodología utilizada, para continuar con un análisis comparado entre la experiencia en salud pública chilena y la internacional, describiendo el caso de estudio y finalizando con la entrega de resultados y las conclusiones finales arrojadas por éste.

## **1. ¿EL PRIVADO ES MÁS O MENOS EFICIENTE QUE EL ESTADO A LA HORA DE OBTENER GANANCIAS ENTREGANDO LOS MISMOS BIENES Y SERVICIOS A LA COMUNIDAD?**

La discusión en torno a la generación de políticas públicas, en el marco de la asociación público-privada, desde el prisma de las concesiones en el sistema público de salud, radica en torno a la eficiencia económica, es decir en la discusión sobre la rentabilidad existente en el marco de la gestión de organismos públicos y cómo esta rentabilidad favorece más a la generación de valor público, ya sea mediante la labor realizada por el propio Estado o también mediante la utilidad que persiga una empresa privada, pero como lo plantea Loo (2015) "no es solo lograr un mejor resultado al menor costo, sino que el mejor resultado al costo más beneficioso posible, lo que no siempre es lo más apropiado económicamente"<sup>3</sup>. Es por esto que las utilidades obtenidas desde la generación de políticas públicas deben ser considerando el interés social real que genera cada iniciativa y así ver si es el

---

3 Loo, "Las asociaciones público-privadas en la Unión Europea: Elementos para un análisis sobre la concesión de obra pública en Chile", 2015.

Estado o el privado es el que logra una alternativa más ventajosa para el interés de la sociedad.

Para autores como Tarazona: “el modelo ofrece a la administración la ventaja de conseguir unos servicios públicos de gran calidad sin la necesidad de aportar inversiones iniciales y a un coste menor y planificado<sup>4</sup>” (Tarazona et al, 2005). También en Chile Loo (2015) hace mención a que los Estados cuentan con una “limitada capacidad presupuestaria”<sup>5</sup> principalmente en materia de infraestructura, teniendo en cuenta que en materia de mantenimiento de ésta, el presupuesto siempre es aún más escaso en la administración pública, tema que se disminuye con la obligación que tienen las concesionarias en mantener la infraestructura y los servicios no clínicos (según la modalidad adoptada en nuestro país), por lo que aminoran los gastos que el Estado debiera efectuar si las obras no estuvieran concesionadas, además que al existir un responsable claro en la gestión, que asume un riesgo explícito en la concesión del hospital, podría generar incentivos favorables para desarrollar una buena gestión. Debiendo también tomar en consideración la relación estrecha entre la gestión del Estado con el sistema político imperante, que limita aún más sus capacidades de gestión, por lo que podría un sistema de concesiones limitar la injerencia política partidista en las decisiones técnicas en materia de salud pública.

Por otra parte y como lo plantea Tapia (2010), a “las concesiones pueden ser vistas como amenaza para la salud pública”<sup>6</sup>, puesto que el privado siempre buscaría maximizar los recursos en su propio beneficio, sin considerar las verdaderas necesidades de los pacientes de un hospital. Además y según autores como Vivian Bachelet (2014), “no existe evidencia internacional de que las concesiones en salud sean un gran aporte a la salud pública”<sup>7</sup>. Es más, la autora plantea que “aplicando la metodología de *“value for money”*<sup>8</sup> se puede ver un deterioro en la capacidad del sistema sanitario y empeoramiento de la calidad de la prestación” (Bachelet, 2014)<sup>9</sup>,

4 Tarazona et al., “La experiencia del “Modelo Alzira” del Hospital de La Ribera a La Ribera-área 10 de salud: la consolidación del modelo”, 2005.

5 Loo, “Las asociaciones público-privadas en la Unión Europea: Elementos para un análisis sobre la concesión de obra pública en Chile”, 2015.

6 R. Tapia, “Concesiones en Salud, un Modelo Válido para la Reconstrucción y Transformación de la Red Hospitalaria en Chile”, 2010.

7 V. Bachelet, “Hospital concessions in Chile: where we are and where we are heading”, 2014.

8 Hinojoza, 2013, define Value For Money: como la optimización de los costos y beneficios sociales netos.

9 V. Bachelet, “Hospital concessions in Chile: where we are and where we are heading”, 2014.

lo que podría generar mayores costos que beneficios para la sociedad el desarrollo de iniciativas de este tipo en materias tan sensibles como la salud.

Es importante tener en cuenta que en materias de gobernanza como lo plantean Engel, Fischer y Galetovic, (2014, p 197) “el estado requiere de una agencia pública que monitoree y haga cumplir los estándares en el servicio”<sup>10</sup>. Puesto que el privado siempre buscará bajar sus costos para incrementar sus beneficios, por lo que se hace vital contar con mecanismos que evalúen la calidad de los trabajos una vez se aproxime la fecha de expiración del contrato con la concesionaria, puesto que ésta debe mantener sus estándares a medida que su contrato vaya terminando. Es así como en Chile, según lo planteado por Engel, Fischer y Galetovic (2014, p 200) “las agencias Público-Privadas o concesionarias no suelen coordinarse con las unidades existentes en los ministerios sectoriales de manera expedita”<sup>11</sup>, lo que repercute directamente en la gestión de los servicios concesionados.

Por otra parte, autores como Bitrán y Villena (2010) hacen mención a que si bien para el Estado las asociaciones público privadas han traído beneficios fiscales, han generado otros problemas a la hora de implementar estos proyectos. Es así como desarrollan la idea de que “un síntoma de estos problemas lo constituyen las continuas renegociaciones y excesivos litigios. En promedio, cada concesión fue renegociada tres veces, muy por encima del promedio internacional”<sup>12</sup> lo que hace compleja la relación y coordinación entre organismos estatales y las empresas privadas. En este mismo sentido Bitrán y Villena (2010) también hacen referencia a que el factor imprevistos a la hora de gestionar los contratos en materia de concesiones “han generado incentivos para que al existir un cambio de condiciones externas, adversas, sea cargado como gasto de responsabilidad del Estado, generando el riesgo de que las concesiones se transformen en un negocio de utilidades para privados y de pérdidas para el sector público”,<sup>13</sup> lo que provoca que la rentabilidad y las utilidades sólo sean recibidas por el empresario y el Estado la herramienta que tiene el privado para resolver sus problemas de liquidez.

---

10 Engel, et al, “Economía de las asociaciones público-privadas”, 2014.

11 Idem.

12 Bitran, Villena, “El nuevo desafío de las concesiones de obras públicas en Chile hacia una mayor eficiencia y desarrollo institucional”, 2010.

13 Idem.

## METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

La metodología utilizada consiste en comparar la experiencia concesionaria del Hospital “El Carmen, Dr. Luis Valentín Ferrada” (caso de estudio), con un grupo de tres hospitales de referencia NO concesionados, los cuales se asemejan en características de complejidad y población atendida, al caso de estudio y a los cuales llamaremos; “grupo de control”. Lo anterior se realizará mediante la observación de un conjunto de indicadores de desempeño disponibles para igual período (2014–2015) para el caso de estudio y el grupo de control respectivamente, luego se procederá a evaluar el hospital concesionado bajo análisis, comparando su funcionamiento con los hospitales llamados grupo de control.

Como se hizo mención anteriormente, el estudio buscará comparar el proceso de operatividad en el Caso del Hospital El Carmen tomando como grupo de control tres hospitales públicos no concesionados los que serán los siguientes: Hospital el Salvador (Providencia), Hospital Dr. Luis Tisné Brousse de Peñalolén y el Hospital San José de Independencia, comparando su gestión entre los años 2014 y 2015, de acuerdo a los indicadores que serán definidos más adelante. Estos años son los dos que el Hospital concesionado de Maipú tiene de existencia, hasta la realización del estudio, razón por la que se definió este criterio de temporalidad. Es importante destacar que los hospitales a ser analizarlos cuentan con similares características en materia de superficie y antecedentes demográficos ubicados en diversas zonas de la urbe de la Región Metropolitana, atendiendo personas provenientes principalmente de sectores urbanos y de estratos sociales similares.

### Descripción hospitales a evaluar por el estudio

HOSPITALES	POBLACIÓN OBJETIVO	NÚMERO DE CAMAS
El Carmen, Dr. Luis Valentín Ferrada	700.000 hab. Comunas de Maipú y Cerrillos	375
San José	622.051 habitantes zona norte de Santiago	557
El Salvador	593.623 habitantes	403
Dr. Luis Tisné Brousse	509.000 hab. Comunas de Macul y Peñalolén	329

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Para desarrollar el estudio se tomarán herramientas extraídas desde paradigmas opuestos pero que se pretenden complementar para la recolección de datos que aporten a la investigación, es por esto que se trabajará desde una mirada positivista a través de la búsqueda de información objetiva mediante una estrategia cuantitativa, extrayendo información de las Cuentas Públicas de los cuatro hospitales a analizar, además de requerimientos solicitados a través de la ley de transparencia y de organismos especializados como la OCDE y el Ministerio de Salud. Por otra parte, se utilizarán herramientas estructuralistas para un análisis cualitativo de la situación dentro del hospital público concesionado, a través de entrevistas en profundidad a actores claves dentro del proceso de gestión del mismo y también mediante documentación relevante para su administración.

Los indicadores elegidos para la evaluación del caso de estudio son los siguientes:

## Antecedentes cuantitativos

INDICADOR	DESCRIPCIÓN	OBJETIVOS	FÓRMULA
Ocupación Hospitalaria	Es la suma de camas censables ocupadas por enfermos en el censo diario de 24 horas.	Conocer el grado de uso de camas censables de hospitalización.	$\text{Días paciente} \times 100 \div \text{días camas.}$
Gasto en personal	Costo total en gastos al personal en relación al costo total del servicio.	Conocer el porcentaje del gasto destinado al personal.	$\text{Costo de RRHH} \times 100 \div \text{costo total del hospital}$
Listas de espera	Número de personas que esperan por atención hospitalaria	Determinar el total de personas a la espera por una atención.	Número de personas en espera de atención en un año.
Rendimiento de pabellón	Porcentaje de rendimiento de pabellones por capacidad instalada	Conocer el rendimiento de la utilización de pabellones	Total de horas ocupadas (preparación + cirugía) en relación a el total de pabellones
Gasto total del Estado en la operación y el gasto en mantención.	Costo anual 2014 y 2015.	Conocer el gasto total en que incurre el Estado en la atención hospitalaria.	Gasto anual por hospital.

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

## Antecedentes cualitativos

INDICADOR
Barreras de gestión
Fortalezas del sistema
Debilidades del sistema
Oportunidades de mejora

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

## ANÁLISIS COMPARADO ENTRE LA SALUD PÚBLICA INTERNACIONAL CON LA EXPERIENCIA CHILENA

El gasto en salud pública en Chile es deficiente, toda vez que nos comparamos con países desarrollados. En este sentido, es importante destacar que, según lo plantea Goic (2015) en relación a datos de la OCDE con relación al promedio del total del gasto en salud, un "72% se destina hacia la salud pública, mientras que en Chile el gasto en salud destinado exclusivamente hacia la salud pública es de 47,4%"<sup>14</sup>, es decir en nuestro país la inversión en salud en su gran mayoría es realizada a través de entes privados. En este mismo sentido, es importante destacar la evolución desde el año 2011 del gasto en salud del Producto Interno Bruto destinado a la salud pública, puesto que según los datos recolectados por el Banco Mundial, comparándolo con algunos países sudamericanos, podemos ver que no se diferencia de mayor manera, como lo enseña la siguiente tabla:

Comparación del gasto del PIB<sup>15</sup> en salud pública en Sudamérica-Chile

	2011	2013	2014	2015
<b>Chile</b>	7,0	7,2	7,5	7,8
<b>Argentina</b>	5,9	5,0	5,0	4,8
<b>Bolivia</b>	5,5	5,6	6,0	6,3
<b>Perú</b>	4,9	5,2	5,2	5,5
<b>Brasil</b>	8,1	8,3	8,5	8,3
<b>Colombia</b>	6,6	6,9	6,8	7,2

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA DESDE BANCO MUNDIAL

Como se puede ver, el gasto del PIB en la región no varía mucho en relación al gasto realizado por el Estado de Chile los últimos 4 años, Sin embargo si comparamos

<sup>14</sup> A Goic "El Sistema de Salud de Chile: una tarea pendiente" 2015.

<sup>15</sup> PIB: Producto Interno Bruto: que es la magnitud macroeconómica que expresa el valor monetario de la producción de bienes y servicios de demanda final de un país durante un período determinado de tiempo.

los datos de algunos de los países pertenecientes a la OCDE podemos ver que la situación es muy diferente, tal como lo presenta la tabla:

### Comparación del gasto del PIB de países OCDE-Chile

	2011	2013	2014	2015
<b>Chile</b>	7,0	7,2	7,5	7,8
<b>Alemania</b>	10,9	11,0	11,2	11,3
<b>Austria</b>	10,9	11,2	11,1	11,2
<b>Canadá</b>	10,8	10,8	10,7	10,4
<b>España</b>	9,5	9,4	9,1	9,0
<b>Estados Unidos</b>	17,1	17,0	16,9	17,1
<b>Suecia</b>	11,7	11,8	12,0	11,9
<b>Suiza</b>	11,2	11,6	11,7	11,7
<b>Reino Unido</b>	9,3	9,4	9,3	9,1

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA DESDE BANCO MUNDIAL

Como lo muestra la tabla, Chile posee un gasto según el PIB que es muy inferior a los países OCDE, lo que hace necesario revisar la focalización de los recursos del Estado en materia de Salud. Continuando con la comparación con países OCDE referente al déficit estructural de Chile, es que el sistema de salud se observa así:

## Sistema de Salud Pública chileno comparado con los países de OCDE

Indicador	Chile	OCDE
Médicos (* mil habitantes)	1.7	3.2
Enfermeras (* mil habitantes)	4.2	8.8
Camas hospitalarias (* mil habitantes)	2.2	4.8
Medicamentos genéricos ( % disponibilidad en el mercado)	30	75
Gasto total en salud (% PIB)	7.3	9.3
Gasto público en salud (% gasto total)	49.2	72.3
Gasto del bolsillo en salud (% del gasto en salud)	31.9	19.0
Gasto del bolsillo en salud (% consumo total del hogar)	4.8	2.9

FUENTE: ESTADÍSTICAS DE LA OCDE SOBRE SALUD 2014<sup>16</sup>

Como se revela, las camas hospitalarias existentes actualmente en Chile están muy por debajo del promedio de los países OCDE, teniendo tan sólo 2.2 camas hospitalarias por cada 1000 habitantes y con menos de dos médicos por persona cada mil habitantes, contemplando además que en nuestro país, según los datos comparados de la OCDE sobre los antecedentes del Observatorio Chileno de Salud Pública podemos determinar que según lo planteado por autores como Goic “en Chile, menos de 50% de los médicos trabajan en el sector público y una mayoría en el sector privado”<sup>17</sup> (Goic, 2015), principalmente por causas relacionadas a las mejores condiciones económicas que ofrece el sistema privado, esto indica que además de existir un déficit en el sistema de Salud, éste provoca una gran desigualdad en el acceso a los servicios. Datos que obligan a nuestras autoridades a generar políticas que aumenten la cobertura sanitaria sin descuidar la calidad en la atención. Para lo anterior hay que considerar que ambos sistemas, tanto público como privado, generan un aporte a la salud de los ciudadanos de el proceso en Chile. Es importante destacar que en la actualidad el proceso de construcción

16 A. Goic, “Sistema de Salud en Chile, una tarea pendiente” (2015).

17 Ídem.

y en muchos procesos operativos ya existe una colaboración público privado mediante las licitaciones, lo que compromete al sector privado en la construcción de infraestructura excluyendo la mantención de ésta.

## **2. EXPERIENCIA CHILENA SOBRE CONCESIONES HOSPITALARIAS**

Las asociaciones público-privadas por definición son “acuerdos de largo plazo entre el mundo privado y entidades públicas para la generación, operación de obras y provisión de servicios por parte del Estado”<sup>18</sup> (MOP, 2016) las que son herramientas muy utilizadas bajo el mecanismo de licitaciones, principalmente en materia de construcción de infraestructura pública. Existen autores como Castillo que argumentan que las concesiones mejoran la eficiencia en el uso de los recursos públicos de salud<sup>19</sup> (Castillo, 2012). Es así como el fenómeno de las concesiones hospitalarias toma relevancia, considerando su origen a inicios de los 90s en Inglaterra extendiéndose posteriormente por Europa y otros países<sup>20</sup> (García, Castro, 2011), con la finalidad de hacer una alianza público-privada para la operación y construcción de hospitales públicos, mediante la estrategia de concesiones.

En este contexto, nace la relevancia de considerar instancias de colaboración público-privada que puedan solucionar en parte la falta de recursos del sector público para aumentar la red hospitalaria e incrementar la cantidad de médicos que deseen trabajar en un hospital público. Así aparece la posibilidad de incorporar al mundo privado mediante el proceso de concesiones en la construcción, operatividad y mantenimiento de centros de salud. En este sentido, para autores como Tapia el modelo de Concesiones busca “mejorar la efectividad en el gasto público”<sup>21</sup> (Tapia, 2010). Visión que pone énfasis en el rendimiento económico del sistema de salud como una herramienta para entregar calidad en el servicio prestado hacia los ciudadanos, reconociendo en el privado a un actor legítimo y un colaborador del Estado en la entrega de un servicio de tal relevancia como la salud.

---

18 Ministerio de Obras Públicas (MOP). “Concesiones de Obras Públicas en Chile, 20 años”, 2016.

19 L. Castillo, “Concesiones, el esperado relanzamiento”, 2012.

20 P. García, R. Castro “Concesiones, Agenda para el 2020”, 2011.

21 R. Tapia, “Concesiones en Salud, un Modelo Válido para la Reconstrucción y Transformación de la Red Hospitalaria en Chile”, 2010.

Como antecedentes podemos reconocer que el modelo de concesiones “se origina en Inglaterra a comienzos de los ‘90”<sup>22</sup> (Tapia, 2010) y en nuestro país la discusión se inicia el año 2006 con la necesidad de aumentar la red hospitalaria existente en nuestro país, motivado principalmente por la carente infraestructura y el alto costo de modernizar y construir infraestructura institucional, es por ello que a continuación se muestra una tabla con los antecedentes de los hospitales concesionados que en la actualidad nuestro país posee o están en proceso de construcción.

---

22 R. Tapia, “Concesiones en Salud, un Modelo Válido para la Reconstrucción y Transformación de la Red Hospitalaria en Chile”, 2010.

## Antecedentes hospitales concesionados en Chile

PRINCIPALES ANTECEDENTES HOSPITALES CONCESIONADOS	SUPERFICIE (M <sup>2</sup> )	N° CAMAS	PLAZO CONCESIÓN (MESES)	PLAZO CONSTRUCCIÓN (DÍAS)			ESTADO
				MÁXIMO	EFECTIVO	INCREMENTO	
Maipú	70.000	375	230	1.095	1.496	36,6%	Operación
La Florida	72.000	391	230	1.095	1.484	35,5%	Operación
Antofagasta	114.048	671	230	1.470	NA	NA	Construcción
Salvador (geriátrico)	165.948	642	232	1.565	NA	NA	Adjudicado
Santiago Occidente	129.788	523	232	1.565	NA	NA	Adjudicado
Sótero del Río	215.212	710	232	1.565	NA	NA	En Revisión
Biprovincial Quillota-Petorca	64.511	262	232	1.565	NA	NA	En Revisión
Provincial Marga Marga	64.743	264	232	1.565	NA	NA	En Revisión

FUENTE: CÁMARA CHILENA DE LA CONSTRUCCIÓN, 2014<sup>23</sup>

23 Cámara Chilena de la Construcción (cchc), "Análisis comparativo implementación de hospitales por contrato sectorial versus Sistema de Concesiones de Obra Pública" 2014

Como se puede observar, según los datos que enseña la tabla, los hospitales concesionados que al día de hoy se encuentran en operación suman 766 nuevas camas para el sistema de salud público en nuestro país, lo que genera en comunas inmensamente pobladas como: La Florida y Maipú, un alto nivel en el potencial de acceso hacia los servicios, que hasta la fecha dichas comunas no contaban. Para ahondar en el costo de construcción de un hospital concesionado, en la siguiente tabla podremos ver el valor en UF<sup>24</sup> donde figura especialmente el hospital a ser analizado por el presente estudio.

### Costos de construcción hospitales concesionados

CONCESIONADOS HOSPITAL	SUPERFICIE (M <sup>2</sup> )	MONTO CONSTRUCCIÓN (UF)	PRECIO CONSTRUCCIÓN (UF/M <sup>2</sup> )
<b>Maipú</b>	<b>70.000</b>	<b>2.305.955</b>	<b>32,9</b>
La Florida	72.000	2.498.118	34,7
Antofagasta	114.048	4.247.413	37,2
Salavador (geriátrico)	165.948	5.579.725	33,6
Santiago Occidente	129.788	4.991.331	38,5
Sótero del Río	215.212	7.923.791	36,8
Biprovincial Quillota-Petorca	64.511	3.397.507	52,7
Provincial Marga Marga	64.743	3.397.507	52,5
<b>PROMEDIO EN OPERACIÓN</b>		<b>33,8</b>	
<b>PROMEDIO EN CONSTRUCCIÓN</b>		<b>41,9</b>	

FUENTE: CÁMARA CHILENA DE LA CONSTRUCCIÓN, 2014

24 UF: Unidad de Fomento: Es una unidad de cuenta monetaria que se reajusta con la inflación. La ley las especifica apuntando a que éstas tienen durante cada trimestre calendario un valor fijo, que se reajusta el primer día del segmento siguiente en relación a la variación que haya experimentado el índice de precios al consumidor de Santiago.

Según un estudio levantado por la Cámara Chilena de la Construcción “*el costo de construcción de hospitales a través del mecanismo de concesiones corresponde a los pagos que el Estado compromete a través del Subsidio Fijo a la Construcción*”<sup>25</sup> (CCHC, 2104). Esto responde a la inversión mediante subsidio que el Estado otorga a la concesionaria para que ésta construya la infraestructura del hospital concesionado. “*El costo real que significa para el Estado la construcción de cada establecimiento se debe calcular el valor actualizado (a la fecha de inicio del contrato de concesión) de los subsidios comprometidos, para lo cual se utiliza la tasa de descuento definida por el MOP para el cálculo de los ingresos de una concesión, que corresponde a un 7,0% anual. Adicionalmente, a objeto de obtener resultados comparables con los costos de construcción de hospitales en el caso de contrato directo de MINSAL se debe descontar de dichos montos el costo asociado al desarrollo del proyecto definitivo, estimado en un 5,0% del valor total de construcción*”<sup>26</sup> (CCHC, 2014).

Con la finalidad de comparar el Gasto Público desde la perspectiva del sistema de concesión es que debemos conocer el Gasto Público del Estado en la construcción de infraestructura de hospitales no concesionados, es decir sin el subsidio que se entrega a la concesionaria para hacerse cargo de la construcción del hospital. Para esto observemos a continuación la siguiente tabla:

### Costos de construcción de hospitales públicos no concesionados

HOSPITAL	COSTO CONSTRUCCIÓN (UF)			SUPERFICIE CONSTRUIDA (M <sup>2</sup> )		
	INICIAL	EFFECTIVO	INCREMENTO	INICIAL	EFFECTIVO	INCREMENTO
Regional Rancagua	2.684.045	2.925.771	9,01%	68.202	90.202	32,26%
Regional Talca	2.786.765	2.920.229	4,79%	85.870	85.870	0,00%
Los Ángeles	1.701.003	1.761.615	3,56%	48.000	48.000	0,00%
Exequiel González	2.014.645	2.426.387	20,44%	52.178	52.178	0,00%

25 CCHC, “Análisis comparativo implementación de hospitales por contrato sectorial versus Sistema de Concesiones de Obra Pública”, 2014.

26 Ídem.

HOSPITAL	COSTO CONSTRUCCIÓN (UF)			SUPERFICIE CONSTRUIDA (M <sup>2</sup> )		
	INICIAL	EFFECTIVO	INCREMENTO	INICIAL	EFFECTIVO	INCREMENTO
Gustavo Fricke	3.140.370	3.140.370	0,00%	92.000	92.000	0,00%
Calama	1.136.132	1.349.707	18,80%	34.462	34.462	0,00%
Pitrufquén	616.540	616.540	0,00%	14.300	14.300	0,00%
Lautaro	538.196	538.196	0,00%	12.773	12.773	0,00%
Puerto Aysén	1.042.104	1.042.104	0,00%	14.458	14.458	0,00%
II Etapa Hospital de Coquimbo	1.565.738	2.183.038	39,43%	33.000	33.000	0,00%
Base Osorno	1.139.994	1.607.599	41,02%	37.000	47.334	27,93%
Puerto Montt	2.774.904	3.035.879	9,40%	111.394	111.394	0,00%
Regional Arica	1.104.123	1.396.128	26,45%	40.673	40.673	0,00%
Punta Arenas	569.441	1.776.040	211,89%	27.000	40.351	49,45%
Curanilahue	431.434	474.530	9,99%	12.000	12.000	0,00%
Nueva Imperial	342.277	344.734	0,72%	13.000	13.000	0,00%
Cañete	744.116	807.523	8,52%	12.118	13.390	10,50%
Higueras II	1.228.446	1.228.446	0,00%	25.566	25.566	0,00%
Traumatológico Concepción	545.498	637.639	16,89%	12.573	16.573	31,81%
PROMEDIO EN OPERACIÓN			36,10%	13,30%		
PROMEDIO EN CONSTRUCCIÓN			9,60%	3,23%		

FUENTE: CÁMARA CHILENA DE LA CONSTRUCCIÓN (CCHC)<sup>27</sup>

27 CCHC, "Análisis comparativo implementación de hospitales por contrato sectorial versus Sistema de Concesiones de Obra Pública", 2014.

Como se puede ver en la tabla, el Hospital Regional de Rancagua, que posee una superficie similar a la del Hospital El Carmen de Maipú, cuenta con un valor de 619.816 UF superior a lo que costó para el Estado la construcción del hospital ubicado en la comuna de Maipú. Lo que indica que a simple vista, el costo en construcción de un Hospital de alrededor de 70.000 metros cuadrados para el Estado de Chile, tiene menor valor construirlo mediante el sistema de concesiones que a través del sistema tradicional de construcción hospitalaria, donde la empresa constructora se hace cargo sólo de la construcción y no de su mantenimiento posterior a la ejecución de la obra. Como también lo enseña la siguiente tabla.

### Comparación hospitales concesionados v/s hospitales no concesionados

ASPECTO REVISADO	HOSPITAL CONCESIONADO		HOSPITAL TRADICIONAL	
	OPERACIÓN	CONSTRUCCIÓN	OPERACIÓN	CONSTRUCCIÓN
Superficie promedio (m <sup>2</sup> )	71.000	125.708	35.587	47.724
Número promedio de camas (N°)	383	512	229	294
Incremento promedio costo construcción	0,0%	0,0%	36,10%	9,60%
Incremento promedio plazo construcción	36,1%	0,00%	39,19%	20,29%
Costo construcción (UF/m <sup>2</sup> )	33,8	41,9	39,2	44,6
Superficie v/s camas (m <sup>2</sup> /n°)	185,4	245,2	155,1	191,5

FUENTE: CCHC

Como se puede ver, el costo de construcción por metro cuadrado de un hospital concesionado podría ser más barato que uno construido mediante el sistema tradicional de construcción de tales recintos, según los datos que provienen de la

Cámara Chile de la Construcción, lo que para un análisis de la etapa de construcción de estos hospitales podría generar un sesgo. Por otra parte, podemos ver que la distribución de los espacios al interior de los hospitales concesionados es más eficiente, puesto que en estas instituciones concesionadas en operación existe una diferencia de 30 metros cuadrados por número de camas al interior de los recintos asistenciales, lo que hace que los recursos sean mejor utilizados al interior de los hospitales concesionados en operación que en los hospitales que son construidos por el método tradicional de construcción de hospitales públicos.

Es importante destacar, que las concesiones hospitalarias responden a un sistema de integración en la gestión sanitaria entre el sector público y el sector privado, desde donde se desprenden sistemas como las licitaciones y las concesiones, donde las llamadas licitaciones son prestaciones de servicios de privados para la construcción, operación de alguna obra pública y que a diferencia de las concesiones, se hacen cargo además por un periodo determinado por contrato de la mantención de las obras o servicios realizados por el privado. Por otra parte en las licitaciones las obligaciones contractuales finalizan una vez terminada la obra, sin preocuparse por la mantención de las mismas.

### **3. EL CASO DEL HOSPITAL EL CARMEN, DR. LUIS VALENTÍN FERRADA**

#### **Antecedentes históricos**

Para la cuenta pública del 21 de mayo del año 2006, durante el primer gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet Jeria se anunció la construcción del Hospital el Carmen de Maipú. Dando el puntapié inicial para el comienzo de una etapa que contemplaría la inclusión de recursos privados en la construcción y gestión de establecimientos de salud pública en nuestro país. Un año después de realizado el anuncio, en mayo de 2007, se realizan las primeras gestiones, mediante el estudio de pre-inversión aprobado por los Ministerios de Planificación y de Salud. Proceso por el cual en agosto del 2007, comienza la etapa de licitaciones para las empresas interesadas en desarrollar las obras del hospital. Durante el mes de julio del año 2009 sale ganador el "Consorcio San José Tecnocontrol" (La voz de Maipú, 2014), el cual se hace cargo de la construcción del recinto hospitalario.

Ya en el gobierno del Presidente Sebastián Piñera, a comienzos del año 2010, el Ministerio de Bienes Nacionales, a través de una negociación con el Municipio de Maipú, traspasan los terrenos a la constructora, para dar comienzo a las obras que alojaría el “Hospital El Carmen, Dr. Luis Valentín Ferrada”. Es así como finalmente el día 7 de Diciembre del año 2013, luego de un arduo trabajo y conflictos con gremios y funcionarios, sumado a la contingencia política que apuraba su inauguración. Asumiendo como su primer Director el Dr. Ricardo Saavedra (La voz de Maipú, 2014).

Otra materia interesante dentro del proceso de creación del hospital radica en la discusión parlamentaria que se dio curso el 16 de octubre del año 2012, donde el Subsecretario de Redes Asistenciales de la época, Luis Castillo señaló que la relevancia del proyecto para la salud pública en Chile, describiendo que el Hospital el Carmen estará “ubicado en la comuna de Maipú, tendrá una superficie construida de 70.000 metros cuadrados y resolverá en gran parte la carencia que en esta materia había en la zona central y occidente de la Región Metropolitana” (Castillo, 2012)<sup>28</sup>. En este sentido comienzan las discusiones políticas en el Congreso Nacional que llevarán a dar origen a la construcción del hospital, con diversos disensos y consensos entre diferentes puntos de vista sobre la construcción de hospitales mediante el sistema de concesiones, discusiones ideológicas sobre la implementación de un sistema que incorpora un ente privado a la solución de un problema público y como velar por un sistema que entregue derechos, pero que permita al privado obtener ganancias con dineros públicos. Discusión que también se trasladó al mundo de los gremios que presentaron sus inquietudes sobre el posible perjuicio contractual de los funcionarios que trabajen en esta modalidad<sup>29</sup>.

La incorporación de conceptos como las concesiones en la construcción de hospitales públicos responde también a una política de cambios propuestos por OCDE en materia de gestión pública, gerenciando procesos burocráticos que busquen desarrollar mayor flexibilidad y eficiencia en la gestión de los distintos servicios públicos de nuestro país, a lo que de cierta manera apunta la concesión como sistema en general, pero que no necesariamente reconoce a la salud como un derecho y podría generar que la visión de negocio triunfe por sobre la necesidad

28 Comisión de Salud del Senado, Boletín N° 8.618-11.

29 Ídem.

humana del acceso a la salud pública, temática que se ve reflejada en la discusión política desarrollada en el Congreso Nacional.

Finalmente, luego de largos debates como el planteado anteriormente el Hospital de la comuna de Maipú, El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada comienza su funcionamiento mediante el Decreto Supremo Exento 608 de 02.10.2013 del Ministerio de Salud, modificando la resolución N° 1 de 04.01.1984 que califica a los establecimientos asistenciales del Servicio Metropolitano de Salud Metropolitano Central, incorporando en su N° 1 letra a) correspondiente a "*Hospitales*" al Hospital El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada, de alta complejidad (MINSAL, 2014).

El Hospital El Carmen, Dr. Luis Valentín Ferrada debe su nombre a la Virgen del Carmen, patrona de Chile y al fallecido médico, bombero y ex alcalde de la comuna de Maipú, Dr. Luis Valentín Ferrada, cuya construcción estuvo en el diseño como proyecto del municipio desde principios de la década de los 90. El traspaso de terreno al Servicio de Salud Metropolitano Central recién fue realizado durante el año 2003, fecha con la que Maipú comienza a planificar con la construcción de un recinto hospitalario que cubra todas sus necesidades de salud pública. Posteriormente luego de un largo trabajo legislativo, social y municipal el hospital fue inaugurado en modalidad de hospital concesionado teniendo como beneficiarios a habitantes pertenecientes a FONASA que habitaran en las comunas de Maipú y Cerrillos. El hospital abrió sus puertas con un total de 375 camas distribuidas en cinco pisos (MII, 2016)<sup>30</sup>.

El Hospital El Carmen posee características orientadas a la salud comunitaria enmarcado dentro de un modelo de apertura hospitalaria hacia las familias y su comunidad, buscando humanizar los procesos de salud, generando un acercamiento importante con sus usuarios, al menos desde el punto de vista de su misión como centro de salud en el año 2007, el Ministerio de Salud busca desarrollar dentro de sus instituciones, de manera de generar mayor adhesión de los ciudadanos con sus centros hospitalarios.

---

30 Hospital El Carmen, "Manual de Inducción Institucional", 2016.

### **Descripción general del Contrato**

Como centro de salud de alta complejidad, el Hospital El Carmen es un recinto concesionado, lo cual se funda a partir de un convenio mandato entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Obras Públicas. Este se describe como una relación contractual en la cual el Servicio de Salud Metropolitano Central toma el rol de cliente/usuario en servicios identificados al interior de una base de licitación, donde el Ministerio de Salud mandata al Ministerio de Obras Públicas para la inspección y vigilancia en el cumplimiento del contrato por parte del concesionario. En dicho contrato de concesión el Estado es representado por la figura del “Inspector Fiscal”, persona designada por la Dirección General de Obras Públicas para la etapa de construcción y explotación. Por otra parte, el contrato de concesiones obliga también a la concesionaria a hacerse responsable de diferentes servicios tales como:

- a) Servicios Básicos
- b) Servicios Especiales Obligatorios
- c) Servicios Complementarios (MII, 2016)<sup>31</sup>

Los Servicios Básicos comprenden la alimentación de pacientes y funcionarios; mantención de infraestructura, instalaciones, equipamiento industrial, y mobiliario no clínico; ejecución de servicios no clínicos de apoyo y control sanitario de vectores; gestión de repostería y vestidores. En el caso de los Servicios Especiales Obligatorios están los de seguridad y vigilancia; estacionamiento de funcionarios y visitas; sala cuna y jardín infantil; cafetería. En cuanto a los Servicios Complementarios, éstos dicen relación con alimentación de visitas y público en general; estacionamientos para visitas de pacientes; instalación y explotación de máquinas dispensadoras; áreas multiservicios (fotocopias, cajeros automáticos, florerías, etc.). Por otra parte las bases de licitación obligan a la concesionaria a contar con un mecanismo centralizado de comunicación que permita la relación expedita entre el hospital, la ciudadanía, la sociedad concesionaria y el Inspector Fiscal para así contar con una coordinación propia para el buen funcionamiento de las actividades hospitalarias. El sistema se llama Centro de Atención Usuaría, el que funciona mediante internet<sup>32</sup>.

31 Hospital El Carmen, “Manual de Inducción Institucional”, 2016.

32 Ídem.

**Tabla 11: tipo de servicios generados en el hospital**

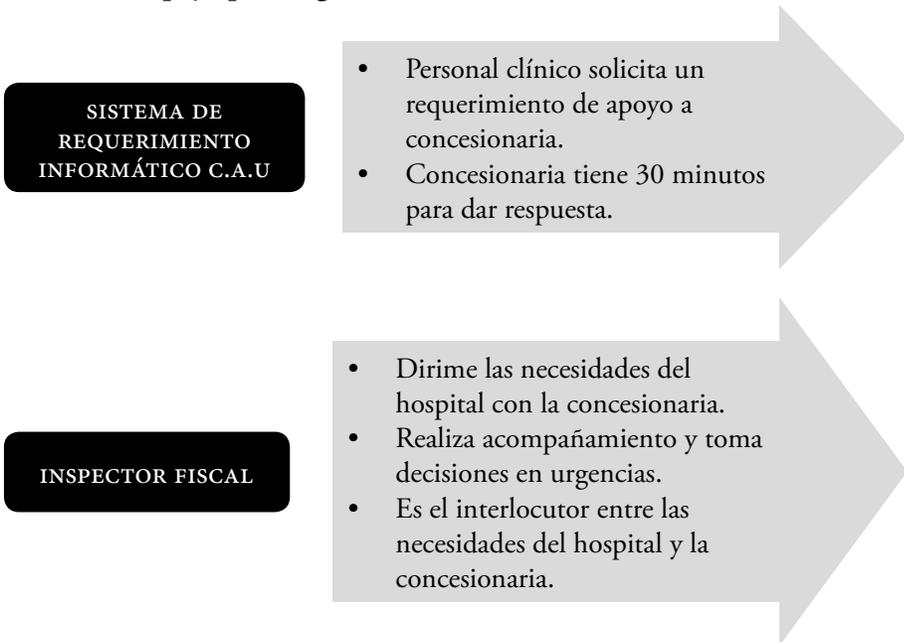
Servicios a Proveer en Etapa de Operación	Tipo	Servicio Concesionado
Gestión clínica	Clínico	NO
Servicios de esterilización	Clínico	NO
Servicios de dispensación de medicamentos	Clínico	NO
Servicios de transporte extrahospital	Clínico	NO
Laboratorio	Clínico	NO
Imagenología	Clínico	NO
Mantenimiento y operación de la infraestructura	Básico	SÍ
Inversión, mantenimiento y reposición equipamiento industrial	Básico	SÍ
Inversión, mantenimiento y reposición mobiliario no clínico	Básico	SÍ
Servicio de alimentación pacientes y funcionarios	Básico	SÍ
Servicio de aseo	Básico	SÍ
Servicio de lavandería y ropería	Básico	SÍ
Gestión integral de residuos hospitalarios	Básico	SÍ
Servicio de seguridad y vigilancia	Especial obligatorio	SÍ
Inversión, mantenimiento y reposición equipamiento médico y mobiliario clínico	Especial obligatorio	NO
Sistema de información tecnológica	Especial obligatorio	NO
Otros: cafetería, estacionamientos para funcionarios	Especial obligatorio	SÍ
Otros: cafetería, estacionamientos para público general	Complementario	SÍ

FUENTE: HOSPITAL EL CARMEN, "MANUAL DE INDUCCIÓN INSTITUCIONAL"

El mecanismo de concesión en el Hospital El Carmen no contempla el servicio clínico, a diferencia de otros países desarrollados que sí la contemplan, teniendo en cuenta que todas las prestaciones que no cumplen con un rol directo en la gestión clínica son parte de un apoyo clínico, que impacta de forma significativa en los servicios clínicos del establecimiento. Es por ello que el hospital concesionado cuenta con dos mecanismos de apoyo a la gestión que buscan complementar lo que se concesiona y lo que no está concesionado, como se puede ver en el diagrama número 1.

Por otra parte el contrato estipula que el Ministerio de Salud deberá pagar anualmente al concesionario una cuota de 532.836 UF, la cual se destinará a los gastos no clínicos. Respecto de los gastos clínicos, el MINSAL trasfiere al hospital anualmente una cifra aproximada de 20.8 millones de UF. Contemplando además un Subsidio Fijo de Operación pagado en cuotas semestrales por el servicio entregando alrededor de 120.000 UF.

### Sistemas de apoyo para la gestión



FUENTE: ELABORACIÓN PRÓPIA EN BASE AL CONTRATO.

En la actualidad el hospital es dirigido por el Dr. Ramiro Zepeda Iriarte, quien junto a su equipo directivo; Subdirectora Médica, Vilma Ortiz; Subdirector de Apoyo Clínico, Rodrigo Araya; Subdirectora de Administración y Finanzas, Verónica Navarrete, buscan realizar estrategias destinadas a cumplir con la visión institucional que consiste en ser un hospital comunitario de alta complejidad, integrado y articulador de la red de salud pública<sup>33</sup>.

33 Hospital El Carmen, “Manual de Inducción Institucional”, 2016.

## 4. PRINCIPALES RESULTADOS DEL ESTUDIO

### Complejidades del sistema de concesiones implementado en Chile

La experiencia del Hospital El Carmen de Maipú como asociación público privada desde el modelo de concesiones, en relación a la etapa operativa de éste, permite identificar las principales fortalezas como también dificultades del sistema de concesiones hospitalarias, que desde la experiencia en el Hospital El Carmen pudiera generar desde el punto de vista de la gestión en salud pública para la población.

### Fortalezas y debilidades del sistema implementados en el Hospital El Carmen de Maipú

FORTALEZAS	DEBILIDADES
"Al finalizar el período de concesión, el edificio debe ser entregado en óptimas condiciones lo que prolonga su vida útil a lo largo de años".	"El contrato incide directamente en la generación de problemas de coordinación". "La operatividad del hospital el Carmen se dificulta por el rol del inspector fiscal".
"El contrato permite mantener los servicios construidos por la concesionaria, lo que obliga a la concesionaria a mantener y construir obras de mejor calidad".	"Contrato mediante el MOP quita atribuciones al director del Hospital". "Ante ciertas contingencias médicas no se pueda responder con la flexibilidad y rapidez necesaria".
"Evita las rigideces en la administración de recursos humanos inherentes al sector público" (Estatuto Administrativo).	"Incógnita en la comparación costo de los servicios no clínicos".
"Los tiempos de ejecución de la construcción son menores y pre establecidos, también en el contrato".	"Modelo de contrato es tan poco flexible que impide algunas adecuaciones para el funcionamiento clínico". "El sistema de evaluación de requerimientos diarios es manejado directamente desde la concesionaria, por lo que es vulnerable al mal uso del sistema".

FORTALEZAS	DEBILIDADES
“El modelo de financiamiento permite al Estado contar con infraestructura sin presionar el presupuesto anual”.	“El modelo al no tomar los equipos clínicos encarece para el Estado el servicio”.
“Existe un plan de mantenimiento riguroso que asegura la calidad, con un plan de financiamiento completo a 15 años”.	“Por ser la primera experiencia en Chile requiere de un proceso de conocimiento mayor de operación, lo que genera confusión respecto de responsabilidades”.

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA EN BASE A ENTREVISTAS.

Como se puede ver, un punto en común de las visiones sobre la gestión del hospital está en la rigidez del contrato entre el Estado y la concesionaria, puesto que dificulta la coordinación expedita y coordinada del hospital a la hora de tomar decisiones relevantes para el servicio, puesto que la presencia de tantos actores institucionales provenientes de distintos mundos involucrados en la gestión del hospital, genera desprolijidad a la hora de resolver las urgencias diarias que presenta la gestión hospitalaria. Estos problemas de coordinación son vitales a la hora de tomar decisiones rápidas y acertadas en el momento de enfrentar una urgencia médica, teniendo en cuenta que la gestión oportuna al interior de un centro hospitalario es determinante a la hora de salvar o no una vida.

## Barreras de gestión y oportunidades de mejora del sistema de concesiones implementado en el Hospital El Carmen de Maipú

BARRERAS DE GESTIÓN	OPORTUNIDADES DE MEJORA
<p><b>Problemas de coordinación, y confianzas.</b> El 8 de mayo de 2015 la concesionaria San José Tecnocontrol S.A interpuso un reclamo por medio de esta vía de solución de controversias solicitando una indemnización por UF 2.769.116 por presuntos incumplimientos del Ministerio de Obras Públicas. Estos reclamos no pudieron ser conciliados, lo que generó dos demandas arbitrales el día 18 de marzo del año 2016, una por reclamación de multas y otra de carácter indemnizatorio.</p> <p>Como antecedente hay que considerar a los <b>“Contratos incompletos”</b>, donde como lo plantean Ayres y Gertner (2003) <i>“una de las partes podría estratégicamente retener información que incrementa las ganancias totales de contratar”</i>. Lo que facilitaría la aparición de las llamadas reglas imprevistas, las que para autores como Ayres y Gertner <i>“desplazan la libertad contractual. Están justificadas sólo si la libre contratación resultara socialmente perjudicial debido a que las partes o los terceros no pueden protegerse adecuadamente”</i> lo cual podría estar sucediendo en este caso.</p>	<p><b>Modificar el contrato</b> para tener mayor injerencia desde la dirección en materias no clínicas.</p> <p><b>Generar estrategias</b> para flexibilizar el contrato.</p> <p><b>Adecuar normativa</b> para generar acciones que permitan evaluar el sistema de requerimiento informático.</p> <p><b>Ajustar el proceso de coordinación</b> MINSAL-hospital-Sociedad Concesionaria-MOP. Y analizar ciertos aspectos de servicios, como la conveniencia o no de incorporar aquellos no directamente relacionados con la infraestructura.</p>

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA EN BASE A ENTREVISTAS

Como se observa, el complejo escenario judicial en el que se encuentra envuelta la gestión del hospital podría ser un obstaculizador relevante a la hora de desarrollar una gestión eficiente, que incorpore a todos los actores, puesto que son estos mismos quienes están envueltos en un litigio judicial, existiendo herramientas internas que no fueron suficientes para solucionar un conflicto entre las partes, conflicto que podría estar motivado por la existencia de un llamado “Contrato Incompleto” que podría ser el causante en los problemas de gestión existentes.

Por todo lo anterior se puede inferir que, como lo plantean antes claves para la gestión de dicho hospital, la gran dificultad en su gestión radica más bien en el contrato de concesiones, más que en el sistema mismo de concesiones hospitalarias, ya que al existir tantos actores involucrados genera un desorden administrativo que se ve reflejado en los resultados finales de la gestión de estos recintos hospitalarios. En este sentido, mejorando y generando adecuaciones contractuales podría incrementar el aporte del sistema al mantenimiento y cuidado de las instalaciones, sin que el presupuesto anual se incremente, esto especialmente en situaciones no esperadas como terremotos, incendios, etc. Momentos en los que la coordinación debiese ser lo más expedita posible, cosa que según lo analizado podría verse muy dificultada debido a los problemas de coordinación existentes en la gestión del hospital.

La operación misma del sistema genera instancias complejas a la hora de coordinar urgencias, toda vez que el inspector fiscal, como funcionario público, no se encuentra necesariamente las 24 horas pendiente a resolver toda dificultad que pueda generarse al interior de la institución, puesto que en cualquier caso en que un servicio que presta la concesionaria impida el normal funcionamiento clínico del hospital, el Director del hospital debe comunicarse con el inspector fiscal del MOP, para que éste a su vez se comuniquen con la concesionaria, para que esta última solucione el problema. Dificultad que impide la toma de decisiones de manera expedita para resolver con la mayor prontitud posible que requiere un servicio de salud a la hora de enfrentar una urgencia.

Por otra parte, la mantención del hospital que garantiza al Estado un estándar alto en la calidad de servicio, buscando ser un real aporte en tiempos de escasez de recursos por parte de éste, puede verse dificultada toda vez que al mantener dos

sistemas tan distantes desde la gestión (lo clínico con lo no clínico, áreas distintas que exigen una conexión inmediata y diaria, para organizar y coordinar labores de mantención permanente que el servicio requiere y así fomentar el eficiente funcionamiento del hospital) lo que a la larga podría aumentar los problemas en el servicio si no se toman las medidas que generen una mejor comunicación entre la dirección del hospital con la concesionaria.

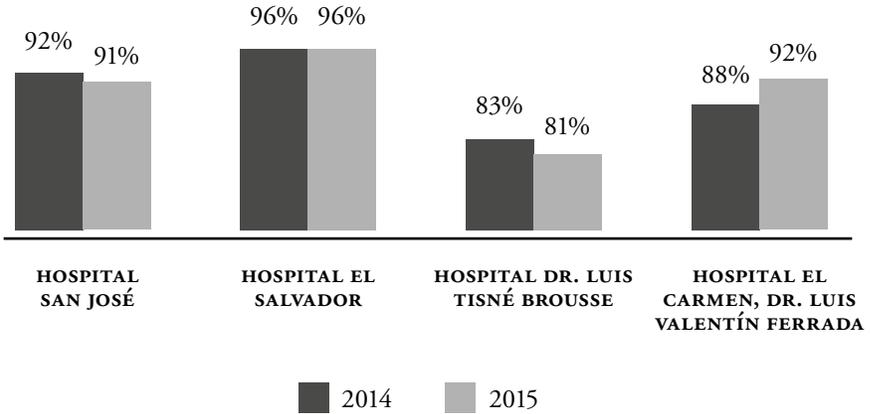
Asimismo, las acciones legales que mantiene la concesionaria con el Ministerio de Obras Públicas refrendan las dificultades de coordinación en pos de cumplir con los objetivos de gestión del Hospital El Carmen, por lo que dicha gestión no se estaría dando dentro de un marco de normalidad institucional, puesto que al encontrarse ambos entes claves en el proceso de gestión involucrados en una controversia judicial, claramente dificulta toda la organización que permita un eficiente manejo de las actividades hospitalarias.

Como se puede ver, es esencial generar cambios contractuales que permitan contar con una evaluación constante de los procesos desde el interior mismo del recinto hospitalario, e incorporar un sistema informático acorde con lo que requiere el hospital para su buen funcionamiento. Éstas son parte de las demandas más relevantes para lograr una gestión más eficiente al interior del recinto hospitalario. Lo anterior demuestra claro indicio para perfeccionar el sistema y nos entrega una luz para la generación de un diagnóstico que podría ser la clave para generar cambios en un sistema que podría ser relevante en el mejoramiento de la salud pública en nuestro país, puesto que se requiere de manera urgente mejorar los instrumentos de coordinación para dar solución más oportuna a las urgencias presentadas en el hospital.

### **Comparación empírica en la gestión del hospital concesionado con el grupo de control**

Para medir objetivamente la gestión de los hospitales en relación a resultados es importante conocer el grado en el cual la capacidad hospitalaria está siendo utilizada, así como también el gasto realizado en personal, la lista de espera existente, el rendimiento por pabellón y el gasto que en forma total y de mantención en que incurren los hospitales durante un periodo de tiempo.

## Ocupación hospitalaria



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.

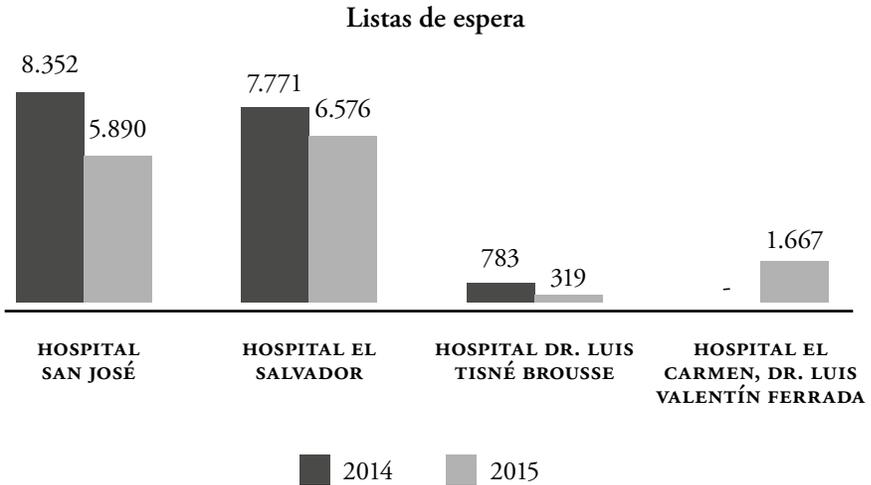
Como se ve representado en el anterior gráfico, la ocupación hospitalaria en recintos públicos no concesionados como el San José y el Salvador no baja del 90%, sin embargo el Hospital Dr. Luis Tisné cuenta con una tasa promedio de ocupación muy baja. Entendiendo que el Hospital el Carmen tiene tan sólo dos años de funcionamiento, la tasa de ocupación es similar a la de hospitales públicos no concesionados, por tanto el que sea un recinto que utilice el modelo de concesiones no hace algún tipo de diferencias significativas en su modelo de gestión. En cuanto a la ocupación hospitalaria a la hora de medir su eficiencia, y atendiendo al corto periodo de funcionamiento, la tasa de ocupación al 2015 es tan alta como la de hospitales públicos que tienen años de trayectoria. Asimismo es importante destacar el aumento de 5% entre un año y otro del hospital concesionado, puesto que varía de manera mucho más rápida que la del resto de los hospitales evaluados.

### Gasto en personal



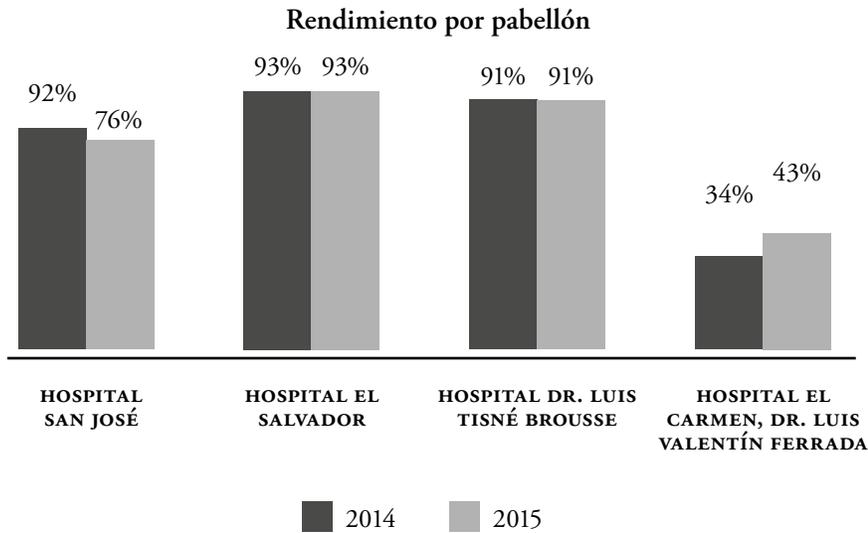
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.

Otro punto de relevancia es el gasto en personal, toda vez que uno de los principales temores de los gremios de trabajadores con este sistema es la calidad contractual y la empleabilidad del sector público. Según lo demostrado en el gráfico anterior, debemos destacar el gran salto que el Hospital El Carmen realizó entre los años 2014 y 2015, prácticamente duplicando el gasto en recursos humanos, cambio repentino que no se ve reflejado en lo que sucede en los hospitales no concesionados, donde el cambio de un año a otro no es mayormente significativo, lo que se puede deber a algún cambio en el cálculo de la necesidad requerida por el servicio al primer año de funcionamiento, lo que pudiera referir a un mal diseño del requerimiento en personal. Esto generaría a futuro que se continúen desarrollando adecuaciones que pudieran generar mayor gasto al Estado en concepto de recursos humanos. Por otra parte, se infiere que el miedo de las organizaciones gremiales sobre la empleabilidad a la hora de concesionar un hospital no establecería alguna relación, puesto que el gasto promedio de los tres hospitales públicos no concesionados durante el año 2015 fue de 30.165 millones de pesos, prácticamente el mismo valor que el Hospital El Carmen de Maipú durante ese mismo año.



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.

Según la cantidad de personas que en un año esperan atención hospitalaria, algo fundamental para identificar el nivel de cobertura en salud pública que posee nuestro país y el proceso de demora en atención para los pacientes de los recintos hospitalarios. Como lo devela el gráfico anterior, las listas de espera en el Hospital El Carmen están lejos de ser un problema a nivel del resto de los hospitales públicos, considerando la existencia de datos sólo del año 2015, puesto que es el primer año que cuentan con la información y que es importante evaluar este indicador, puesto que hay una mayor cantidad de años de implementación del recinto por lo que lo anterior no se debe a una buena gestión del hospital, sino que a un efecto coyuntural de la población objetivo.

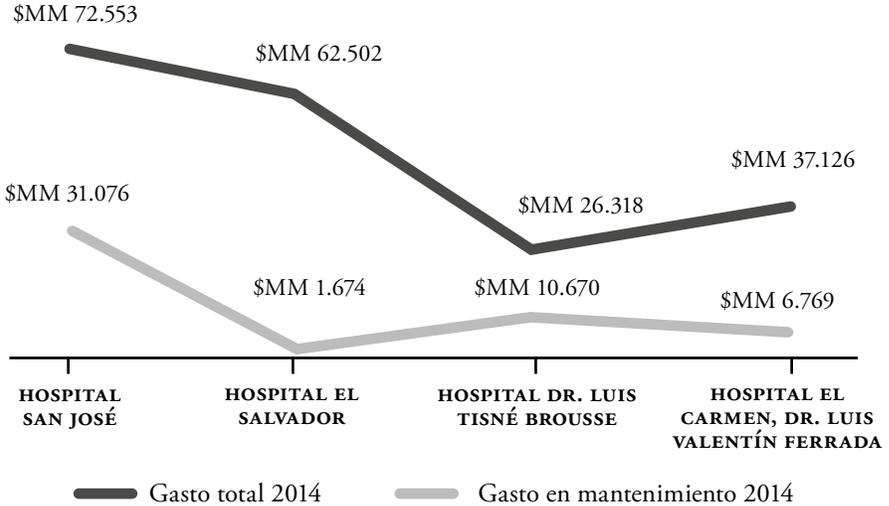


FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.

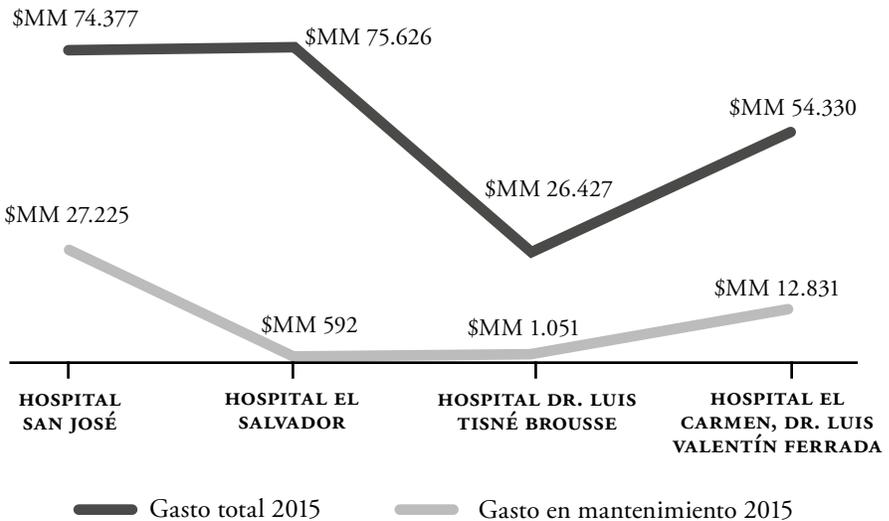
De acuerdo a la capacidad instalada en relación a los pabellones quirúrgicos disponibles para realizar algún tipo de cirugía sobre los que fueron utilizados durante los años 2014 y 2015 al interior de los hospitales evaluados, como lo enseña el gráfico anterior podemos ver una gran diferencia entre los hospitales utilizados como grupo de control, con el Hospital El Carmen, puesto que el hospital concesionado tiene un muy bajo nivel de rendimiento, no superando siquiera, el 50% de los pabellones utilizados durante los dos primeros años de su funcionamiento. Lo que tendía relación al poco tiempo que tiene en funcionamiento, lo cual tampoco podría explicar del todo la situación. Por otra parte, el que el hospital concesionado registre tan bajo niveles de rendimiento en el uso de pabellones, indica que hay un problema en la gestión propiamente tal del establecimiento de salud, ya que las necesidades, como la de pabellones para atenciones quirúrgicas en nuestro país para realizar intervenciones, es siempre alta por lo que el dato mostrado por los antecedentes recolectados, se da cuenta de una mala señal sobre cómo se están trabajando los recursos del Estado y que la capacidad completa del hospital no estaría siendo utilizada en su máxima expresión, respecto a un tema sensible e importante como el de los procedimientos quirúrgicos.

Referente al gasto destinado a tener en funcionamiento estos hospitales, tanto desde la operatividad clínica como en el mantenimiento de las instalaciones, durante los años 2014 y 2015, los siguientes gráficos demuestran una realidad diversa frente al gasto público en salud, tanto en el gasto total y el realizado para su mantenimiento.

**Gasto 2014 (\$2014)**



**Gasto 2015 (\$2015)**



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.

Respecto del gasto total se puede señalar en promedio que los hospitales públicos no concesionados tienen un valor 2014<sup>34</sup> correspondiente al 43,2% superior de lo gastado en el hospital concesionado, mientras que en 2015 un 7,7% más que en el recinto El Carmen de Maipú, considerando, eso sí, que el año 2014 fue el primer año de su funcionamiento. Por otra parte, el gasto en mantenimiento, cosa que corresponde en el hospital concesionado de la propia empresa concesionaria, podemos destacar que en el año 2015, el gasto en mantenimiento del hospital concesionado fue 33% superior al promedio de los tres hospitales públicos no concesionados. Esto indica que el recinto hospitalario requiere, para un óptimo funcionamiento, un nivel muy alto en mantenimiento, lo que produce un ahorro importante al Estado puesto que éste es un monto que por contrato lo debe hacer la concesionaria, lo que no indica necesariamente que la mantención sea de calidad o que a la larga en el costo real, considerando los servicios licitados de los hospitales no concesionados generen un ahorro real al Estado.

## CONCLUSIONES

El modelo de concesiones que Chile ha implementado a través del Hospital El Carmen de Maipú va en su primera etapa de implementación, con tan solo dos años de experiencia. Hasta la fecha de realización del presente estudio, se hace difícil establecer que si ha sido un importante aporte en términos económicos para el Estado chileno. Si bien ha generado un ahorro importante en materia de mantenimiento del hospital, en el presente estudio, ni tampoco en la bibliografía existente hay evidencia de que este ahorro sea equivalente al total del gasto que se va en materia de empresas contratistas que prestan servicios a hospitales públicos no concesionados. Se requiere mayor profundidad para dar un veredicto real sobre el ahorro estatal y así saber la diferencia en la rentabilidad real de acuerdo a las utilidades percibidas desde la licitación de servicios o la concesión de bienes y servicios por parte del Estado y dado además los problemas de coordinación existentes no es posible sostener que el sistema de concesiones en salud, desde la experiencia del Hospital El Carmen, Dr. Luis Valentín Ferrada, sea un modelo eficiente para ser replicado en la gestión pública, mientras no se solucionan pro-

---

<sup>34</sup> Valores del año 2014 fueron calculados según el IPC 2015.

blemas operativos de gestión intersectorial, principalmente por las razones que se argumentarán a continuación.

En primer lugar, los hospitales públicos no concesionados poseen un mayor nivel de rendimiento, toda vez que si consideramos que el hospital concesionado cuenta con mayores recursos para servicios de mantenimiento, no logra los estándares del resto de los hospitales públicos en materia de organizar su trabajo, especialmente en la utilización de pabellones quirúrgicos, observando el alto nivel de demanda por atenciones quirúrgicas en el sector público. Por lo anterior podemos señalar que el probable ahorro para el Estado no estaría del todo bien administrado, considerando, eso sí, el corto tiempo que el hospital tiene en funcionamiento.

En segundo lugar, la mayor parte de las problemáticas de operatividad relacionadas a la gestión del Hospital El Carmen, como ya se ha vislumbrado, tienen relación a la coordinación entre la empresa y los organismos estatales, puesto que es fundamental para el correcto funcionamiento de un recinto hospitalario, donde diariamente pueden suceder eventos inusitados que requieren de decisiones rápidas y expeditas para poder ser solucionados, que sumado a la controversia judicial en el que se encuentra inmerso podría llevar al servicio a incrementar los problemas de coordinación en un futuro, ahondando aún más los que ya existen, sumado a un deficiente sistema de evaluación de los requerimientos clínicos hacia la concesionaria, y un no tan expedito rol del inspector fiscal, hacen que el sistema no responda eficientemente a una demanda por salud pública de calidad, especialmente en eventos críticos, tal como lo requiere un servicio del cual depende la vida humana.

En tercer lugar es importante destacar que las instalaciones en materia de ocupación y utilización de espacios de servicios el hospital concesionado destaca por su alto nivel de ocupación considerando además que está siendo comparado con hospitales que cuentan con una más larga experiencia en la gestión de recintos hospitalarios. Es también importante comprender la figura del Director del hospital, en términos de gestión, está mucho más limitada por contrato, que la del resto de los directivos de hospitales públicos, puesto que deben responder a una coordinación con el Ministerio de Obras Públicas, por intermedio del Inspector Fiscal y la gerencia de la concesionaria Tecno-control, lo que dificulta la expedita comunicación de los directivos y, por ende, los resultados del proceso están

supeditados al nivel de coordinación con las otras entidades involucradas, lo que en momentos de urgencia hospitalaria generan dificultades vitales a la hora de atender problemas de salud.

### **Problemas con la gestión del contrato**

Por todo lo anterior es importante destacar que la manera en que el contrato está diseñado ocasiona un problema de gran magnitud, puesto que al ser el Ministerio de Obras Públicas el mandatado para velar por el cumplimiento del trabajo por parte de la concesionaria y el encargado de coordinar las acciones entre el hospital y los servicios concesionados, quita influencia, como ya fue mencionado, al director del hospital para decidir directamente sobre temáticas urgentes que pudieran suceder al interior del hospital y que tengan relación al área no clínica, pero que influyen de manera empírica en el desarrollo de las actividades clínicas del hospital. Cuestión que no sucede en los hospitales no concesionados, puesto que ahí, el director del hospital se comunica directamente con los funcionarios o la empresa encargada de la licitación para resolver un problema y no tiene que pasar por otro ente, como lo es la figura del inspector fiscal, para solucionar la controversia.

Otro punto importante que se genera por los problemas de descoordinación existentes y la poca flexibilidad del contrato es la falta de definición clara de roles en los entes relacionados en la gestión del hospital. Cada cual es experto en su área, pero que por la forma en la que está elaborado el contrato requiere de negociar con las contrapartes de servicios que no poseen el manejo técnico, muchas veces necesario para enfrentar urgencias, lo que imposibilita el buen actuar de todos los involucrados. Así, concesionar de esta manera servicios tan sensibles como la operación de un hospital público debe considerar una buena definición de roles abarcando las áreas más complejas para el manejo de urgencia, donde la injerencia del director del hospital tenga una directa relación con los servicios que están siendo concesionados.

### **Propuestas de mejora**

Podemos así concluir que el sistema de concesiones requiere cambios en el sistema contractual para que involucre menos actores en la gestión, con la finalidad de generar una mayor coordinación y rapidez a la hora de tomar decisiones, por lo que se necesitan ajustes para que funcione eficientemente, pero no es posible determinar

debido al poco tiempo de funcionamiento, si su aporte es de relevancia para la función pública, ya que con el estado actual del sistema de salud se requiere de más esfuerzos tanto públicos como privados para solucionar el déficit existente en el sistema de salud. Por esto el sistema de concesiones, más allá de ser un sistema eficiente o no, está siendo un aporte al aumentar la cobertura y a disminuir las brechas existentes en materia de salud pública, aunque es importante destacar que para los temas de salud es muy complejo experimentar, puesto que es la vida humana la que está en juego, por ende deben subsanarse a la brevedad los problemas contractuales y de gestión, para incrementar el valor público de este tipo de iniciativas. En el presente estudio queda claro que si el hospital no estuviese concesionado éste tendría mayor capacidad de respuesta eficiente para resolver urgencias, por lo que para ser este tipo de políticas o alianzas público-privadas, una alternativa rentable social y económicamente se deben realizar ajustes necesarios que permitan generar mayor autonomía al hospital y desarrollar mecanismos de coordinación eficientes para una futura implementación del sistema.

Por lo anterior es importante considerar alternativas que por un lado busquen flexibilizar el contrato y además conocer la experiencia internacional en el área clínica, con la finalidad de reducir los problemas de coordinación existentes y que el área clínica y la no clínica interactúen de manera expedita, mientras que por otra parte, explorar maneras de entregar mayor atribuciones al Ministerio de Salud entregando mayor cantidad de herramientas al director del hospital y dejar a la figura del inspector fiscal a cargo de problemas originados en la etapa de construcción y de mantención de las obras de construcción, para evitar complicaciones relacionadas a urgencias clínicas. Cualquiera sea la alternativa o solución que pueda mejorar la situación actual de la salud pública en Chile, el modelo de concesiones debe considerar un cambio en el esquema contractual de la operación de dichos hospitales, puesto que es la parte operativa la que afecta directamente en la vida de los pacientes, por lo que es urgente evitar que los problemas existentes continúen persistiendo.

Por todo lo anterior, se hace necesario ahondar en el estudio de este tipo de instituciones para conseguir mayor cantidad de datos que permitan tomar decisiones sobre la importancia o no de continuar con una política de concesiones en los próximos gobiernos. Es importante además generar comparaciones que permitan

conocer el gasto real de servicios licitados a terceros, con los gastos reales realizados por un sistema de concesiones al interior de un hospital, para saber con mayor profundidad el ahorro que el Estado obtiene al concesionar un hospital público. Otro punto importante a estudiar a futuro sería el aporte que realiza el sistema de concesiones al momento de construir un hospital y si existe alguna diferencia con la construcción de uno mediante el proceso de licitaciones tradicional. Para finalizar se considera relevante incorporar otras variables a un estudio de este tipo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ayres, G. (2003), "Cubriendo vacíos en contratos incompletos: Una teoría económica sobre reglas supletorias", Rev. Themis Pontificia Universidad Católica de Perú, traducida de la versión en inglés publicada en el Yale Law Journal No. 99, 1989, bajo el título: "Filling gaps in incomplete contracts: an economic theory of default rules".
- Bachelet, M. (2014), "Hospital concessions in Chile: where we are and where we are heading".
- Banco Mundial (2016) "bancomundial.org".
- Bitrán, V. (2010). Estudio "El nuevo desafío de las concesiones de obras públicas en Chile" pdf.
- Castillo et al (2012), "Concesiones, el esperado relanzamiento", Ediciones LYD, Santiago Chile.
- Engel, et al (2014), "Economía de las asociaciones público-privadas", editorial FCE (Fondo de Cultura Económica de México).
- García, Castro et al (2011), "Concesiones, Agenda para el 2020", Ediciones LYD, Santiago Chile.
- Goic C. (2015), "El Sistema de Salud de Chile: una tarea pendiente" Rev. Médica de Chile. Pdf
- Hinojoza, (2013), Congreso "Inversión en infraestructura mediante APP"
- Hospital El Carmen, 2016 "Manual de Inducción Institucional", Santiago Chile.
- Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (2005) "Indicadores de gestión Hospitalaria".
- Loo, M. (2015), "Las asociaciones público-privadas en la Unión Europea: Elementos para un análisis sobre la concesión de obra pública en Chile", Rev. de Derecho de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Valparaíso Chile.
- Ministerio de Obras Públicas (2016) "Concesiones de Obras Públicas en Chile 20 años" pdf
- Tapia, R. (2010), "Concesiones en Salud, un Modelo Válido para la Reconstrucción y Transformación de la Red Hospitalaria en Chile", Rev. Chilena de Pediatría, Santiago Chile.

Tarazona et al, (2005), “La experiencia del Modelo Alzira” del Hospital de La Ribera a La Ribera-  
área 10 de salud: la consolidación del modelo”, Rev. Adam Saint, Valencia, España.

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (2005) “Indicadores de gestión hospitalaria”.

Vargas, B. (2007), “Indicadores de gestión hospitalaria, Rev. Ciencias Sociales”.

### **Información adicional**

- Ley de Transparencia
- Entrevistas
- Cuentas públicas de los cuatro hospitales analizados

