

INFRAESTRUCTURA EN SALUD

Comisión Salud

1. Diagnóstico

La discusión sobre los modelos para proveer infraestructura hospitalaria considera tanto las fases de diseño, construcción, mantención y operación de servicios asociados (p.e., cafetería, esterilización, lavandería, estacionamiento, etc.). Si bien existen modelos de concesión que abarcan la provisión de la salud, en nuestro país esos modelos no se han propuesto. Así, los modelos actualmente en discusión son:

- Modelo de concesiones, en que la responsabilidad de construcción y operación de determinados servicios hospitalarios son entregados a una empresa privada (aseo, residuos, ropería, alimentación de funcionarios, mantenimiento de infra y de equipos, cafetería, seguridad, estacionamiento, etc.). Su marco jurídico es la ley de concesiones pensada para infraestructura vial.
- Modelo de licitación tradicional de construcción de hospitales que sólo considera las etapas de diseño y construcción de infraestructura. Es importante constatar que hospitales que han sido contratados en el modelo tradicional de licitaciones igual han externalizado gran parte de sus servicios.
- Modelo de construcción pública: si bien fuera del actual debate, previo a la dictadura, el modelo chileno se basaba en la construcción de hospitales por una empresa pública.

Es importante mencionar que, en el mundo, la evidencia que ha intentado evaluar el efecto de las concesiones no es concluyente sobre sus eventuales efectos (Barlow et al., 2013). Por otro lado, existe evidencia que la prestación de servicios de salud por instituciones públicas y privadas sin fines de lucro logran mejores resultados sanitarios (Herrera et al, 2014).

Algunos beneficios que se han planteado del modelo de concesiones son:

- **Eficiencia:** prestadores administrados por privados serían más eficientes en su gestión al contar con menos estructuras de control para la toma de decisiones, entregando mayor flexibilidad al gestor local en la administración del centro. Así mismo, la concesión de la administración de servicios no-clínicos permitiría a los gestores sanitarios concentrarse en las actividades clínicas.

- **Riesgos de captura:** una crítica teórica generalizada a los modelos públicos es el alto riesgo de captura de grupos de interés, ya sean estos grupos políticos o fuerzas gremiales.
- **Solución al déficit de capital del sector público:** permiten la construcción de hospitales en un contexto presupuestario que dificulta poder generar grandes inversiones.
- **Transferencia de riesgos:** un techo presupuestario pactado al comienzo genera incentivos a quien diseña y construye a entregar el producto en dichos tiempos, aumentando la certeza sobre las fechas de inicio de operación (Hellowell, 2016).

Los argumentos en contra del sistema de concesiones son los siguientes:

- **Altos costos de capital:** en el corto plazo el modelo puede ser útil para generar una inversión ante un capital insuficiente, pero en el largo plazo puede llevar a mayores costos totales por las utilidades a pagar en relación a la concesión. Evidencia local sustenta este punto, demostrándose que la construcción por vía concesionada tendría mayores costos por metro cuadrado (Goyenechea, 2016). Estudios de la Cámara de la Construcción (CChC, 2012) y del MOP apuntarían en la dirección contraria (Ríos et al, 2014).
- **Altos costos de transacción:** la implementación de un modelo de concesiones requiere de un sistema de monitoreo y control. Estos costos muchas veces no son adecuadamente estimados antes de iniciar, generando costos extras al sistema.
- **Problemas con los contratos:** es difícil prever todas las circunstancias en que una cláusula será necesaria y emergen temas no considerados para los cuales el privado no tendrá obligación legal de responder. Esto es el problema de los contratos incompletos, que si bien es subsanable jamás podrá eliminarse por completo.
- **Derechos laborales:** la concesión puede afectar al personal de apoyo al ser empleados en otras leyes laborales distintas a las de funcionario público (código de trabajo) y puede existir mayores riesgos para la estabilidad laboral. Sin existir evidencia empírica, este punto tiene un fuerte sustento teórico y lógico.

Los tiempos de respuesta frente a una emergencia pueden verse afectados dado que la administración hospitalaria debe pedir autorización al inspector fiscal que a su vez deberá transmitir el requerimiento al concesionario.

2. Objetivos

Crear capacidad hospitalaria suficiente de modo oportuno buscando mecanismos de cooperación con el sector privado que no vayan en desmedro de la calidad de la gestión pública ni su autonomía.

3. Propuestas

PROPUESTA

Se debe estudiar la necesidad de infraestructura de salud, considerando el óptimo funcionamiento de la infraestructura actual, ya que una parte importante del déficit podría probablemente ser absorbida mejorando la operación actual.

PROPUESTA

No se debe concesionar la bata blanca, es decir, la prestación de salud.

PROPUESTA

Debe crearse un organismo especializado en Infraestructura en Salud que se preocupe de los diseños y requerimientos, y que actúe como contraparte de las licitaciones y ejecución de contratos y ante problemas de gestión.

PROPUESTA

Evaluar los distintos modelos de construcción de hospitales (licitación, concesiones y construcción por el estado) por un organismo técnico competente, el cual además debe revisar y hacer recomendaciones en torno a los marcos legales necesarios para poder garantizar el acceso oportuno a infraestructura para la población.