

¿CONCESIONAR LOS HOSPITALES?

Cuad. Méd. Soc. XLII, 1-2, 2001/ 52-54

Dr. Carlos Montoya Aguilar*

En el mes de marzo del año 2001 la prensa dio a conocer una declaración del coordinador general de concesiones del Ministerio de Obras Públicas, Sr. Germán Molina. Se le preguntó: ¿qué nuevas áreas entrarán en el sistema (de concesiones) en los próximos años?

Respondió: *Hospitales*, ferrocarriles y más embalses...(1).

El 9 de noviembre de este año es el Director del Presupuesto, Sr. Mario Marcel, quien vuelve sobre el mismo tema, anunciando ante la Cámara Chilena de la Construcción la decisión política de realizar en el año 2002 estudios de factibilidad para "adecuar el sistema de concesiones a la construcción y operación de hospitales". Especifica que en el esquema previsto "los nuevos establecimientos pertenecen a los Servicios de Salud y la atención de pacientes es efectuada por el personal de dichos Servicios. Se trata, por lo tanto, de un esquema que no involucra privatización de hospitales ni despido del personal existente"(2).

¿En qué puede consistir realmente la concesión de hospitales? El gobierno conservador del Reino Unido incorporó este mecanismo a la reforma del Servicio Nacional de Salud, a comienzos de la década de 1990. Se llamó "Iniciativa de financiamiento privado" (PFI) y funcionó en forma sinérgica con el otorgamiento de autonomía a los hospitales. Las Juntas de Administración de los establecimientos estuvieron obligadas a llamar a licitación a compañías financieras para que invirtieran en las nuevas infraestructuras que necesitaran; el gobierno haría la inversión solamente en ausencia de interés privado. El hospital paga a la empresa inversionista un arriendo a precios de mercado durante un período

de 20 a 60 años. Una parte del pago ha solido consistir en la entrega de terrenos y edificios de los hospitales (2, 3). La administración queda, en gran medida, en manos de los privados. Además, el financista tiene asegurados los contratos de compra y los de venta de servicios de los hospitales en que invirtió, sin necesidad de presentarse a propuestas, y para él no existe el riesgo de quiebra, ya que el Estado sigue siendo el responsable último de dar atención hospitalaria a la población al margen de las vicisitudes de recesión o de inflación (2).

Un hecho peculiar es que no se contrata por un número determinado de camas e instalaciones de apoyo, sino por un número de hospitalizaciones, consultas o exámenes. El consorcio financiero decide el volumen de infraestructura necesario para efectuar esas diversas actividades y el modo de proveerlas.

Las propuestas de inversión son evaluadas usando como referencia los costos en que incurriría el sector público para realizar las actividades.

La experiencia inglesa puede serle de utilidad a Chile. Contamos con una evaluación para el período de 1992-1996, hecha por un grupo de investigadores dirigidos por la Dra. Allyson M. Pollock, del Departamento de Salud Pública de la Escuela de Medicina del Hospital San Jorge, de Londres (4).

Para comenzar, el proceso de licitación y contratación ha sido varias veces más caro, para ambas partes, que un proceso convencional en el área de las obras públicas. Luego, ha habido poca transparencia: las bases y sus sucesivas modificaciones no se publican.

* Salubrista, past president Sociedad Chilena de Salubridad

Lo que más llama la atención en los casos estudiados es que las propuestas aprobadas implican una acelerada reducción del número actual de camas: 26 a 30% en los cinco a siete años posteriores a 1996 (en 16 grupos hospitalarios).

Las actividades, que en el quinquenio anterior subían un 5% cada año, se proyectan con un alza de sólo 0,5% anual en tres distritos estudiados; en uno de éstos, los egresos de agudos disminuirán en 28% en seis años, en circunstancias que la tendencia observada lleva a proyectar un 10% de aumento.

¿COMO SE OBTENDRA TAL DISMINUCION DE CAMAS Y DE EGRESOS?

Se especula con un aumento de las hospitalizaciones abreviadas (de un día); con un aumento del porcentaje de ocupación, y con una reducción del promedio de días de estada, que en uno de los proyectos sería de 40 a 50% en siete años. De este modo, una cama-año de agudos llegaría a rendir entre sesenta y noventa y cinco hospitalizaciones, según el distrito.

Sin embargo, las hospitalizaciones abreviadas ya están cerca de o sobre la proporción aceptable. Sólo podrán aumentarlas los hospitales que puedan seleccionar los casos más simples, o bien, los que arriesguen un deterioro de la calidad, con el aumento consiguiente de los reintegros y de las consultas de urgencia. Algo similar ocurre con respecto a los días de estada, que en el Reino Unido ya habían bajado a niveles del orden de cinco días, los que parecen difíciles de reducir aún más. La ocupación de las camas ya es de 81% o más, y en períodos de alta demanda suele exceder el 100% en algunos servicios, hecho que afecta la calidad y la eficiencia. El rendimiento proyectado en los contratos no toma en cuenta la tendencia observada de aumento de las actividades: si la tomara en cuenta, el rendimiento de las nuevas camas tendría que ser aún mayor.

Estas observaciones acerca de la exigencia de rendimiento de las camas hospitalarias bajo la PFI llaman a la memoria un informe difundido en Chile en el mismo año de la publicación de Pollock y su grupo: 1997. Dicho informe plantea que un acortamiento de las hospitalizaciones y un aumento de la ocupación de las camas en el sector público de Chile revelaría la existencia de un exceso de camas en este sector. Plantea, para el caso chileno, que este "exceso", de hacerse patente, permitiría vender dicho recurso virtual a bajo precio a los

seguros privados, dado que los hospitales privados tienen precios muy altos, teniendo baja ocupación y estada cortas.

El "exceso" en uno y otro subsector sería aún mayor si se aumentara la proporción de casos resueltos ambulatoriamente (5, 6).

Hay un paralelo entre Chile e Inglaterra en el énfasis dado al rendimiento de las camas hospitalarias. Como escriben las investigadoras inglesas (4), "los supuestos de los consultores parecen seguir imperativos financieros más que los requerimientos clínicos"... "Una parte importante de la planificación de la atención ya no la hacen las autoridades de salud sino los consorcios privados". "El Servicio Nacional de Salud (SNS) no podrá atender en forma integral a toda la población, y ni siquiera podrá cubrir las emergencias en los meses fríos y durante epidemias". "La PFI es financiada con el (mismo) presupuesto del SNS; si éste no aumenta, el esquema sustraerá una parte cada vez mayor, dejando menos dinero para la atención". Y se abrirá un espacio para los hospitales privados.

La aclaración del Sr. Mario Marcel, citada al comienzo de este artículo, no desmiente ninguna de las implicaciones del sistema de concesiones, implicaciones que quedan a la vista en la experiencia inglesa. Es verdad que la propiedad de los hospitales *puede* seguir siendo pública y que el personal *existente* puede no ser desahuciado a raíz del esquema propuesto; pero también es verdad que la atención de los usuarios está indisolublemente ligada a las decisiones de política y de administración de los establecimientos y éstas sí se privatizan.

Resulta evidente que la idea del Ministerio de Obras Públicas y del Ministerio de Hacienda de construir nuevos hospitales por concesión en Chile merece un análisis crítico profundo. Con los antecedentes disponibles, parece constituir un riesgo importante de enajenación de las decisiones de política de salud y, a corto plazo, de ineficiencia e inequidad. Pues los objetivos a cumplir por tales hospitales serían los de los financistas y sus administradores.

REFERENCIAS

- 1 "El 2002, dijo Germán Molina, ferrocarriles y hospitales serán incorporados al sistema de concesiones", *El Diario*, 28.03.2001
- 2 Marcel, M. Aclaración a noticia del *Diario La Tercera*, publicada el 10.11.2001

¿Concesionar los hospitales?

3. Montoya A., C. "La Reforma del Sistema de Salud del Reino Unido", *Cuad. Médicos Sociales* 1996; 37 (2): 113-118.
4. Montoya A., C. "Reflexiones acerca de los cambios recientes en la política de salud del Reino Unido", *Cuad. Médicos Sociales* 1997; 38 (3): 93-95.
5. Pollock, A.M. What happens when the private sector plans hospital services for the NLTS, *BMJ* 1997; 314: 1266-1271.
6. Oyarzo, C. y consultores. Estudio disponibilidad de camas hospitalarias, informe final, PIAS, Universidad de Chile, Santiago, 1997.
7. Unidad de Estudios, Colegio Médico de Chile, Análisis del estudio del PIAS sobre camas hospitalarias, UNEDI, serie de publicaciones técnicas N° 10, 1997.