



Salud e inmobiliario, trabajando de la mano en la crisis

Por Sergio R. Torassa

Profesor de Dirección Financiera del IDE Business School

La crisis sanitaria derivada de la globalización del coronavirus acaba de poner a prueba la solidez de los sistemas sanitarios de todo el mundo. Incluso hospitales de países desarrollados, que presumían de prestar la mejor atención médica del planeta, estuvieron a punto de convertirse en pabellones de triaje¹, donde médicos y enfermeros ordinarios debían tomar decisiones extraordinarias acerca de quién vivía y quién moría. Hoy, con la situación aparentemente más controlada, conviene reflexionar con calma respecto a las causas que exacerban la incidencia de enfermedades y las exigencias cada vez mayores que ellas imponen sobre unos sistemas de salud que disponen de recursos limitados.

EL GASTO SANITARIO CONTINUA EN AUMENTO

Estados Unidos es el país que más recursos dedica a asistencia sanitaria en el mundo: el equivalente al 14,3% de su PIB. Alemania, Francia y Japón destinan cerca del 10%. Por el contrario, países como Letonia, Luxemburgo o Turquía dedican menos del 5%. Ya en nuestra región, Uruguay es quien mayores recursos² destina a la salud (6,5% de su PIB), seguido por Argentina (5,6%) y Colombia (5,3%). Por su parte, Ecuador emplea el 4,3%, guarismo por encima de lo asignado por Perú (3,3%) y México (2,8%).

El peso del gasto público en salud respecto al gasto público nacional indica la prioridad que se asigna a la

¹ Triaje es un término francés que se emplea en el ámbito de la medicina para clasificar a los pacientes de acuerdo con la urgencia de la atención. Se trata de un método que permite organizar la atención de las personas según los recursos existentes y las necesidades de los individuos.

² El Gasto Público en Salud está formado por aquellos gastos recurrentes y de capital provenientes del sector público destinados a la prestación de servicios de salud, actividades de planificación familiar, de nutrición y a la asistencia de emergencias para la salud.

La reciente modificación de la Ley del Mercado de Valores (LMV) puede aportar nuevos jugadores al sector de la salud a través de los Fondos Colectivos de Inversión Inmobiliaria.

salud en el presupuesto público. Mientras que en varios países este peso ha permanecido igual desde los años noventa (por ejemplo, Guatemala o El Salvador), en otros ha aumentado (es el caso de Paraguay) o disminuido (como en Argentina). En 2018, Ecuador dedicó casi el 11% de su presupuesto a salud, porcentaje inferior al de nuestros vecinos Perú (15,7%) y Colombia (13,4%).

Al traducir esos porcentajes a dinero, resulta que el mayor gasto público anual por persona correspondió a Uruguay –con casi 900 euros–, seguido por Chile, Argentina y Panamá que destinaron unos 600 euros. La cifra gastada por Ecuador fue de 233 euros, bastante parecida a la mexicana que fue de 233 euros.

A pesar de estos esfuerzos gubernamentales, una parte sustancial de los gastos de salud es todavía asumida por los propios pacientes. Así, por ejemplo, los venezolanos pagan directamente de su bolsillo casi el 65% de sus gastos médicos. Paraguayos, ecuatorianos y mexicanos asumimos alrededor del 50%. Los uruguayos y colombianos son quienes menos pagan, alrededor del 15%.

Pero este esfuerzo no basta. Cara al futuro, y según las previsiones de la OCDE³, en un número mayoritario de países, el gasto en salud superará el crecimiento del PIB en los próximos 15 años. Estimaciones realistas apuntan a que el gasto sanitario per cápita aumentará a una tasa promedio anual del 2,7% y alcanzará el 10,2% del PIB en 2030, frente al 8,8% en 2018. Los factores que

subyacen tras esta tendencia tienen que ver con el envejecimiento de la población, la creciente incidencia de enfermedades crónicas, los avances socioeconómicos y su consecuente mayor demanda de servicios de salud, así como la adopción de desarrollos tecnológicos⁴. Todos estos factores hacen buenos los argumentos en pos de una mayor eficiencia del gasto público en salud y a la necesidad apremiante de acelerar el ritmo de las inversiones en hospitales y servicios médicos.

MEJORAR LA GESTIÓN ES UN OBJETIVO INELUDIBLE

La prestación de servicios sanitarios utiliza insumos – recursos humanos, infraestructura física, medicamentos, equipos médicos e información– para mejorar los resultados de nuestra salud. En definitiva, no es otra cosa que una función de producción, cuyo *output* puede ser maximizado atendiendo a dos dimensiones: la eficiencia asignativa y la eficiencia técnica.

La primera –la eficiencia asignativa– hace referencia a hacer las cosas correctas para obtener la mayor ganancia en resultados de salud para un nivel de gasto total. En este sentido, las mayores fuentes de ineficiencia tienen que ver con una selección inadecuada de prioridades, falta de guías de práctica clínica, reportes incompletos sobre desempeño o, sencillamente, en una gobernanza inadecuada del sistema⁵.

³ OCDE, *Panorama de la salud 2019*, París, 2019. Los países miembros de la OCDE son 36 y Ecuador está tramitando su adhesión de pleno derecho.

⁴ De la Maisonneuve y Oliveira Martins, *Public Spending on Health and Long-Term Care: A New Set of Projections*, documento de política económica de la OCDE no. 6., 2013, París.

⁵ Smith, P.C., *Where Have We Got to in Understanding Health System Efficiency?*, BID, Washington, 2016

Gasto Público en Salud 2018

País	Gasto Público como % del Gasto en Salud Total	Gasto en Salud (Mio. de €)	Gasto en Salud como % del Gasto Público Total	Gasto en Salud como % del PIB	Gasto Público en salud per cápita (€)
Estados Unidos	84,54%	2.484.593,30	39,46%	14,32%	7.577
Alemania	84,46%	321.134,00	21,36%	9,48%	3.879
España	70,47%	75.435,40	15,14%	6,24%	1.617
Uruguay	71,69%	3.092,00	19,49%	6,50%	893
Chile	58,31%	13.107,40	19,74%	5,20%	707
Argentina	74,43%	28.290,20	13,56%	5,62%	642
Panamá	65,60%	2.494,00	21,44%	4,76%	617
Costa Rica	75,10%	2.920,70	29,19%	5,66%	600
Brasil	43,00%	64.321,50	9,90%	3,96%	314
Colombia	73,50%	14.659,40	13,37%	5,31%	297
México	51,48%	29.127,50	10,41%	2,81%	236
Ecuador	51,19%	3.876,40	10,99%	4,29%	233
Perú	64,07%	5.788,10	15,71%	3,30%	183
Rep.Dominicana	45,72%	1.930,50	16,00%	2,82%	171
Paraguay	51,62%	1.349,40	16,18%	4,14%	153
Bolivia	65,70%	1.392,20	11,33%	4,51%	126
Venezuela	24,06%	1.953,00	1,86%	0,77%	65

Fuente: Fuente: Elaboración propia, en base a Expansión/ datosmacro.com, 2018

La segunda –la eficiencia técnica– consiste en hacer las cosas bien, esto es, lograr los resultados previstos con la menor cantidad posible de insumos. Prácticas ineficientes de este tipo se producen cuando se duplican exámenes, se dan reingresos evitables, se prolongan las estadías en los hospitales más allá de lo necesario o cuando los costos unitarios podrían ser más bajos.

Una herramienta estadístico-matemática útil para valorar la eficiencia es el Análisis Envolvente de Datos (*Data Envelopment Analysis* o DEA, por sus siglas en inglés)⁶. A nivel macro, el DEA permite identificar cuáles son los países que tienen mejores resultados en la transformación de los recursos asignados a salud. Un reciente trabajo de investigación patrocinado por el BID⁷ compara la eficiencia de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe referenciándolas con otros países de ingreso medio y la OCDE.

Como *input* principal los expertos tomaron el gasto prepago mancomunado en salud per cápita midiendo la eficiencia en relación con ocho ítems sanitarios, agrupados en tres categorías:

- Salud: esperanza de vida al nacer y a los 60 años, mortalidad de menores de 5 años y años de vida ajustados por discapacidad (AVAD)⁸;
- Acceso a los servicios: tasas de inmunización DTP y de atención especializada durante el parto;
- Equidad en el acceso a los servicios: tasas de atención especializada durante el parto rural vs. urbano y más pobres vs. más ricos.

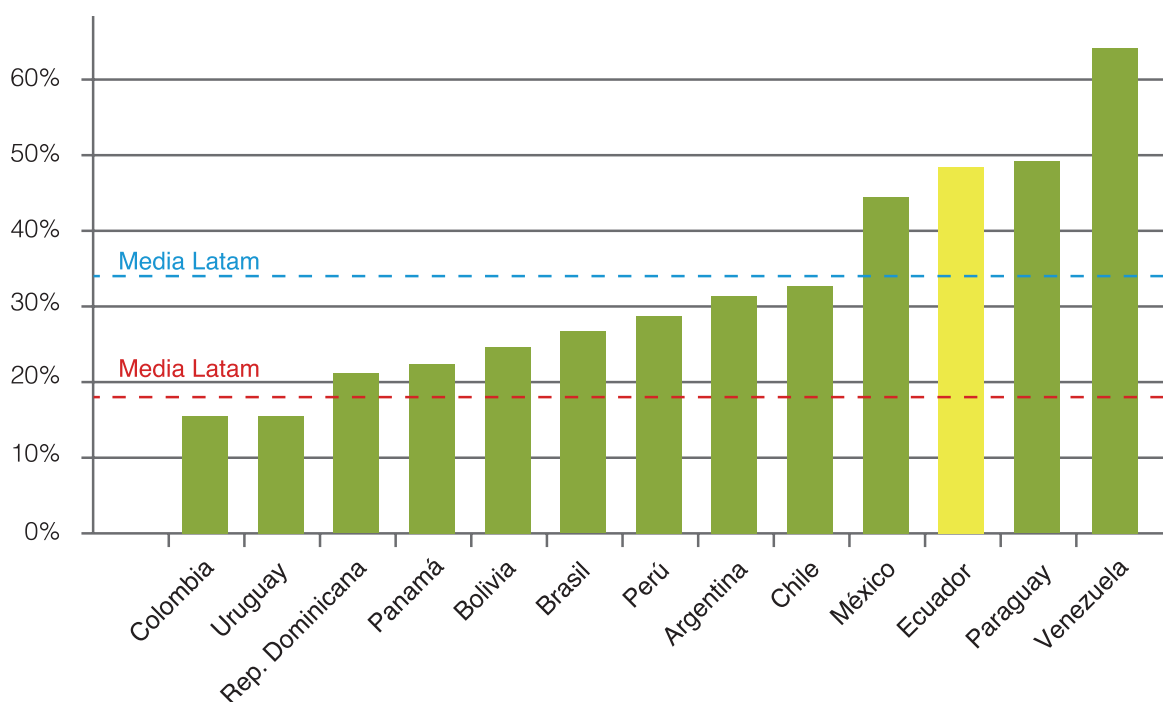
Una de las principales conclusiones del trabajo es la gran variación en términos de eficiencia del gasto entre países. Chile es el único de la región con resultados

⁶ El DEA es una poderosa técnica de optimización, desarrollada por Charnes, Cooper y Rhodes, construida para medir el comportamiento relativo de diferentes unidades organizacionales en las cuales la presencia de múltiples insumos (*inputs*) y productos (*outputs*) hace difícil la comparación de su desempeño. Permite comparar la gestión relativa de un grupo de unidades de producción de bienes y/o servicios que utilizan el mismo tipo de recursos (insumos) para producir un mismo grupo de productos (salidas). La metodología identifica fronteras eficientes y permite hallar indicadores de gestión relativa para cada unidad con relación a aquellas que están en la frontera eficiente.

⁷ Izquierdo, A., Pessino, C. y Vuletin, G., *Mejor gasto para mejores vidas*, BID, Washington, 2018.

⁸ Un AVAD es un año perdido de vida saludable. La suma de AVAD en el conjunto de la población mide la brecha entre el estado de salud actual y una situación de salud ideal, en la que el conjunto de la población vive hasta una edad avanzada, libre de enfermedades y discapacidades.

¿Qué porcentajes de los gastos médicos pagan los latinoamericanos de su bolsillo?



Fuente: Elaboración propia, en base a cifras recopiladas por el Banco Interamericano de Desarrollo, 2018

situados en el 25% con mejores notas (octavo lugar), categoría ocupada en su mayoría por las naciones de la OCDE. La alta eficiencia chilena se explica por sus resultados positivos en lo que hace a la esperanza de vida al nacer, la baja mortalidad de menores de 5 años y AVAD perdidos. Otros países con resultados regionales relativamente buenos son Costa Rica (31.º), Cuba (32.º) y Uruguay (35.º), todos los cuales se encuentran en la mitad superior de las puntuaciones promedio de eficiencia.

A su vez, 22 naciones latinoamericanas se sitúan en la mitad inferior de las clasificaciones de eficiencia promedio, y otras doce en el 25% más bajo. Los países con peor desempeño en cada uno de los ocho ítems son Bolivia, Ecuador, Guatemala, Guyana, Panamá y Surinam.

En conclusión, existe una amplia oportunidad de mejora en la región y en nuestro país. La evidencia empírica demuestra que la existencia de aseguradoras de salud, la utilización de modelos de prestación de

servicios donde los médicos de atención primaria controlan la puerta de entrada y una organización descentralizada del sistema sanitario son características que estimulan la eficiencia a corto/medio plazo.

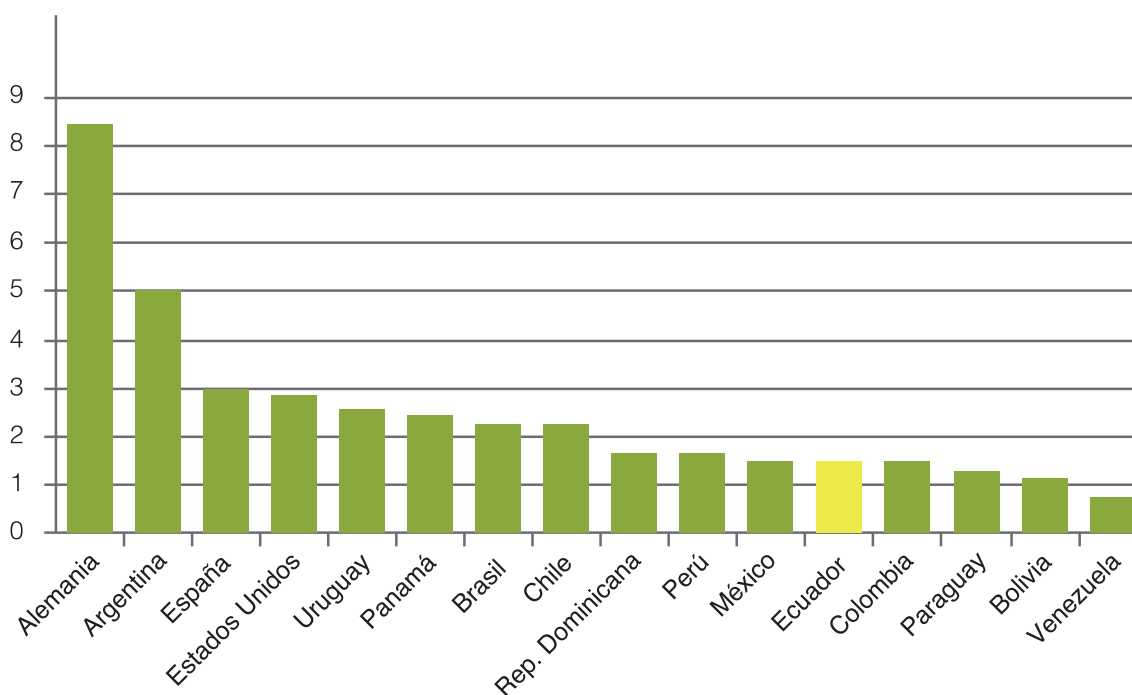
PERO TAMBIÉN SE HA DE AMPLIAR LA OFERTA

Ecuador cuenta con 1,5 camas por cada mil habitantes entre el sector público y privado⁹, cifra que puede ser considerada como baja en comparación con Estados Unidos, que dispone de tres, o con Argentina donde se tienen cinco.

Una ampliación significativa del parque de instituciones sanitarias financiada exclusivamente por el estado resulta *a priori* poco realista, dadas las limitaciones presupuestarias que serán la tónica dominante a lo largo del futuro previsible en Ecuador. Estas dificultades se agravan en nuestro país como consecuencia de la estructura de propiedad de nuestros hospitales privados. La mayoría de ellos son instituciones pequeñas e

⁹ El número de camas de hospital por cada 1 000 personas es una medida general de la disponibilidad del servicio para pacientes internados. Las camas de hospital incluyen camas para pacientes hospitalizados disponibles en hospitales públicos, privados, generales y especializados y centros de rehabilitación.

Camas hospitalarias por cada 1.000 personas



Fuente: Elaboración propia, en base a cifras recopiladas por el Banco Mundial, 2018

independientes que, generalmente, fueron fundados por individuos o grupos médicos pequeños y medianos, por lo cual –a pesar de contar con varias décadas de experiencia– no tienen los recursos para crecer más o acometer grandes proyectos.

En este contexto, la reciente modificación de la Ley del Mercado de Valores (LMV) puede aportar nuevos jugadores al sector a través de los Fondos Colectivos de Inversión Inmobiliaria. Su naturaleza propicia la especialización, por lo que –con la creación de uno o varios fondos especializados en el desarrollo de instalaciones y servicios de salud– podría complementarse al sistema público, cubriendo una demanda insatisfecha asociada a la clase media que tiene preferencia por el tratamiento médico privado. De este modo, el sector público dispondría de mayor capacidad para atender a la población que requiere atención gratuita o subsidiada.

Cabe destacar que los gestores de fondos inmobiliarios son expertos en captar capital en grandes cantidades y en unas condiciones atractivas. Con ese dinero se adquirirían nuevas propiedades o agrandarían las ya existentes. Este esquema permitiría a los grupos

hospitalarios centrarse en lo que son especialistas, la salud de sus pacientes, reduciendo el riesgo y costo de adquirir el inmueble.

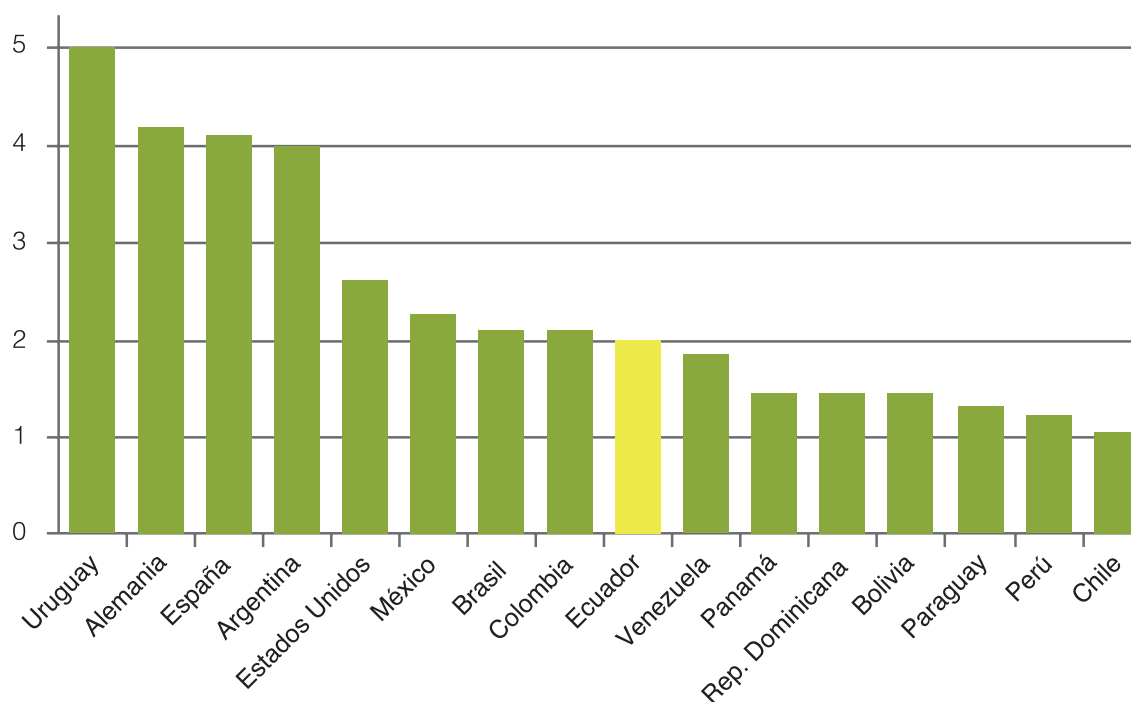
EXPERIENCIA EXITOSA, CON BAJO PERFIL DE RIESGO

De acuerdo con la LMV, un fondo colectivo de inversión inmobiliaria es un patrimonio común, integrado por aportes de varios ahorradores –personas naturales o jurídicas–, que se dedica a la inversión en bienes raíces correspondiendo la gestión de este a una administradora.

El fondo en sí es un vehículo jurídico de inversión, mediante el cual los aportantes que proporcionan recursos ceden a la administradora –como ente especializado– la decisión de cuáles inmuebles adquirir, cuáles vender, cómo gestionarlos, etc. para procurar unos rendimientos que –tras restar costes y gastos– produzcan unos beneficios razonables para los inversionistas.

Para los ahorradores, estos fondos constituyen una excelente modalidad para rentabilizar su dinero

Médicos por cada 1.000 personas



Fuente: Elaboración propia, en base a cifras recopiladas por el Banco Mundial, 2018

a largo plazo en la medida que les permite acceder a los mejores proyectos inmobiliarios, tienen asegurada la transparencia en la gestión, les generan ingresos pasivos¹⁰ y les permiten diversificar su patrimonio.

A pesar de que la experiencia en Ecuador de este tipo de fondos es reciente, en los mercados internacionales su historia es exitosa y de larga data. Sus antecedentes se remontan a la década de los sesenta con la aprobación por parte del Congreso estadounidense de los

REITs (*Real Estate Investment Trust*). Tras unos años, la innovación llegó a Europa siendo Holanda la primera nación en reconocerlos en 1969. En Australia el primer REIT que cotizó en bolsa fue en 1971 y en Canadá en 1993, aunque no se hicieron populares hasta dos décadas después. Hoy, su presencia es global –35 países los tienen incorporados como una alternativa popular de inversión– y gestionan recursos por valor de 1,8 billones de dólares.

¹⁰ Los ingresos pasivos son entradas de caja que se generan sin dedicación de tiempo para este efecto. Son rentas que percibimos sin tener una actividad 'activa', es decir, sin que debamos tener un esfuerzo permanente para su generación. Estos se diferencian de los ingresos activos –en los que se intercambia el tiempo y conocimiento por dinero– en la medida que se estructuran una vez y de ahí en adelante se recibirá, cada periodo de tiempo, cierta cantidad de dinero.



EL AUTOR

Sergio R. Torassa es MBA por IESE Business School de España y Máster en Dirección de Empresas Turísticas por la Universidad Autónoma de Madrid/La Salle International Graduate School. Es economista y contador público. Fue profesor de Finanzas Internacionales de la Universitat Pompeu Fabra, Barcelona. Con más de 25 años de experiencia financiera y empresarial en la alta dirección en Reino Unido, España, Latinoamérica y Ecuador, actualmente es socio de Cardinal Investments, consultora especializada en desarrollos inmobiliarios.