

INFORME DE LA COMISIÓN ESPECIAL INVESTIGADORA DE LAS EVENTUALES IRREGULARIDADES EN QUE PUDO HABERSE INCURRIDO EN LAS LICITACIONES DE HOSPITALES DURANTE EL ACTUAL GOBIERNO, CON ESPECIAL ÉNFASIS EN EL HOSPITAL PROVINCIAL DE MARGA MARGA.

Honorable Cámara:

La Comisión Especial Investigadora de las eventuales irregularidades en que pudo haberse incurrido en las licitaciones de hospitales durante el actual gobierno, con especial énfasis en el hospital provincial de Marga Marga, pasa a emitir el presente informe del cometido desarrollado.

I.- LA COMPETENCIA DE LA COMISIÓN AL TENOR DE LOS ACUERDOS DE LA CÁMARA QUE ORDENARON SU CREACIÓN.

En la sesión 98^a celebrada el 16 de noviembre, esta H. Cámara aprobó una solicitud suscrita por 47¹ diputadas y diputados en conformidad a lo dispuesto en los artículo 52, N° 1, letra c), de la Constitución Política de la República, 53 de la Ley Orgánica Constitucional del Congreso Nacional y 313 y siguientes del Reglamento de la Corporación, por la cual se propuso crear una Comisión Especial Investigadora de El tenor literal de la solicitud es el que se transcribe a continuación:

“De conformidad con lo preceptuado en los artículos 52 N°1, letra c) de la Constitución Política de la República, 53 de la Ley 18.918, Orgánica Constitucional del

¹ Álvarez-Salamanca Ramírez, Pedro Pablo; Barros Montero, Ramón; Becker Alvear, Germán; Bellolio Avaria, Jaime; Berger Fett, Bernardo; Browne Urrejola, Pedro; Coloma Álamos, Juan Antonio; De Mussy Iriarte, Felipe Edwards Silva, José Manuel; Fuenzalida Figueroa, Gonzalo; Gahona Salazar, Sergio; García René Manuel; Godoy Ibáñez, Joaquín; Gutiérrez Pino, Romilio; Hasbún Selume, Gustavo; Hernández Hernández, Javier; Hoffmann Opazo, María José; Kast Rist, José Antonio; Kast Sommerhoff, Felipe; Kort Garriga, Issa; Lavín León Joaquín; Macaya Danus, Javier; Melero Abaroa, Patricio; Molina Oliva, Andrea; Monckeberg Bruner, Cristián; Monckeberg Díaz, Nicolás; Morales Muñoz, Celso; Nogueira Fernández, Claudia; Norambuena Farías, Iván; Núñez Urrutia, Paulina; Paulsen Kehr, Diego; Pérez Lahsen, Leopoldo; Rathgeb Schifferli, Jorge; Rubilar Barahona, Karla; Sabat Fernández, Marcela; Sandoval Plaza, David; Santana Tirachini, Alejandro; Silva Méndez, Ernesto; Squella, Ovalle Arturo; Trissotti Martínez Renzo; Turrez Figueroa, Marisol; Ulloa Aguillón, Jorge; Urrutia Bonilla, Ignacio; Urrutia Soto, Osvaldo; Van Rysselberghe Herrera, Enrique; Verdugo Soto, Germán; Ward Edwards, Felipe.

Congreso Nacional y 313 y siguientes del Reglamento de la Cámara de Diputados de Chile, los abajo suscritos solicitamos se sirva recabar el acuerdo de la Sala para crear una Comisión Especial Investigadora, tomando en consideración los siguientes antecedentes:

1. Ha sido publicado por diversos medios de comunicación el día de hoy que, respecto de la licitación del Hospital de Marga Marga han surgido diversos cuestionamientos respecto de la legalidad en el actuar de la Administración, debido a la documentación dada a conocer² donde se recomienda, por una parte, relícitar las obras de dicho hospital; y, por la otra, adjudicarla a la constructora OHL, cuya oferta fue la quinta en términos de costos totales.

2. A mayor abundamiento, la oferta realizada por OHL ascendía a \$119.796.930.714, en circunstancias que, como consta en el oficio reservado N° 78 del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, sobre "Reevaluación MIDESO y Refrendación Presupuestaria Proceso Hospital Provincial Marga Marga" los montos contemplados para la obra ascendía a MM\$92.589.354, para obras civiles y MM\$4.531.585, para consultorías. De tal manera, la oferta de OHL superó en cerca de \$22 mil millones el presupuesto para la obra.

3. Es sabido que en ocasiones la Administración del Estado ha optado por asumir sobrecostos en las ofertas a fin de evitar relícitar y poder acortar los plazos de puesta en funcionamiento de los diversos servicios; sin embargo, en este caso, el sobreprecio asciende por sobre un 20 por ciento del valor total de las obras, lo cual parece inadecuado desde el punto de vista de la eficiencia; y desproporcionado desde una situación fiscal estrecha y caracterizada por la restricción.

4. Sin embargo, como consta en el reporte de la Ficha de Iniciativa de Inversión (IDI), respecto de las observaciones al resultado, el funcionario del Departamento de Inversiones del Ministerio de Desarrollo Social, Hugo Arancibia, observó que:

20. OBSERVACIONES AL RESULTADO:

MEDIANTE OFICIO C412855 FECHADO 16012016: LA SRA. SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES SOLICITA LA REVALUACIÓN DEL PROYECTO DE CONSTRUCCIÓN DEL H. MARGA MARGA PARA AJUSTAR EL PRESUPUESTO DE OBRAS CIVILES A UNA OFERTA SELECCIONADA, EN RELACIÓN A ESTA SOLICITUD, Y REVISADOS LOS ANTECEDENTES ENVIADOS ADJUNTO AL MENCIONADO OFICIO. SE RECOMIENDA LA RELICITACION DE LA INICIATIVA. AL PROCESO LICITATORIO SE PRESENTARON 10 EMPRESAS, UNA DE LAS CUALES FUE DECLARADA FUERA DE BASES, QUEDANDO LAS NUEVE RESTANTES DENTRO DEL PROCESO CONCURSAL.

DE LAS 9 EMPRESAS RESTANTES, 5 DE ELLAS PRESENTAN UN COSTO INFERIOR A LA EMPRESA PROPUESTA DE ADJUDICAR.

LA DIFERENCIA ENTRE LA OFERTA SELECCIONADA Y LA MENOR OFERTA, ES DE MAS DE M 22.000.000, LO QUE REPRESENTA UN 23,65% MAS DE RECURSOS QUE LA MENOR OFERTA.

LOS MOTIVOS DE NO CONSIDERAR LAS MENORES OFERTAS SE HA DEBIDO A CUESTIONES ADMINISTRATIVAS.

De estos antecedentes se desprende una potencial irregularidad, toda vez que se aprecia, por un lado, que el Ministerio Sectorial, a saber, el Ministerio de Salud y su Servicio de Salud Viña del Mar—Quillota aparecen oficialmente solicitando se adjudiquen las obras a OHL , liderada por el cuñado del ex Presidente Ricardo Lagos Escobar, Roberto Durán de la Fuente, mientras que el análisis del Ministerio de Desarrollo Social arroja la necesidad de relícitar a fin de ajustarse a las posibilidades presupuestarias del Estado. Por lo demás, evitar la relícitación por un sobre costo de casi 25 por ciento% -un cuarto del costo total- resulta a todas luces insólito.

En definitiva, creemos que es urgente e indispensable la creación de una Comisión Especial Investigadora que se aboque a esclarecer las causas de eventuales irregularidades en la licitación del Hospital Provincial de Marga Marga así como de las demás licitaciones de hospitales realizadas durante este gobierno, habida cuenta de que han ocurrido situaciones similares en los hospitales de Curicó y San Antonio.

Se solicita además que la Comisión Especial Investigadora recabe toda la información necesaria, recibiendo para tales efectos a todas las personas e instituciones que puedan aportar a la investigación y, luego, remita sus conclusiones una vez aprobadas, a los órganos administrativos y jurisdiccionales que correspondan, proponiendo las medidas que sean conducentes para corregir las presuntas irregularidades y negligencias que se constaten.

En consecuencia, los diputados abajo firmantes venimos en solicitar se constituya una Comisión Investigadora que aboque su trabajo bajo el siguiente mandato: *"Investigar las eventuales irregularidades en las licitaciones de hospitales durante este gobierno, con especial énfasis en el Hospital Provincial de Marga Marga"*. La Comisión Especial Investigadora deberá rendir su informe a la Corporación en un plazo no superior a noventa días y, para el desempeño de su mandato podrá constituirse en cualquier lugar del territorio nacional.

II.- INTEGRACIÓN DE LA COMISIÓN.

Reglamentariamente la Comisión se constituyó el 14 de diciembre de 2016 y eligió como presidente al diputado señor Marco Antonio Núñez Lozano y se integró por las siguientes señoras y señores diputados:

Marco Antonio Núñez Lozano (presidente); Leopoldo Pérez Lahsen, Karol Cariola Oliva, Jorge Rathgeb Schifferli, Juan Luis Castro González, Karla Rubilar Barahona, Aldo Cornejo González; Marcelo Schilling Rodríguez, Carlos Abel Jarpa Wevar, Arturo Squella Ovalle, Andrea Molina Oliva, Víctor Torres Jeldes y Celso Morales Muñoz.

Además asistieron a algunas de las sesiones los diputados: Miguel Angel Alvarado (sesión 12ª); Cristián Campos Jara (sesiones 3ª, 4ª y 5ª), María José Hoffmann Opazo (sesiones 4ª, 5ª, 6ª, 7ª y 8ª), Romilio Gutiérrez Pino (sesión 5ª) y Osvaldo Urrutia Soto (sesión 4ª).

III.- RELACION DEL TRABAJO DESARROLLADO POR LA COMISIÓN EN EL CUMPLIMIENTO DE SU COMETIDO

A) Sesiones celebradas

La Comisión celebró una sesión constitutiva y 13 sesiones ordinarias, las que contabilizan un total de 14 sesiones, desde que comenzó su trabajo el 14 de diciembre, que se extendió hasta el 13 de junio de 2017. La última sesión se destinó a debatir los considerandos, conclusiones y proposiciones del Informe.

B) Autoridades, organizaciones y personas invitadas

La Comisión contó con la colaboración y asistencia de las siguientes personas:

Por el Ministerio de Salud

La Ministra de Salud señora Carmen Castillo.

El jefe de gabinete señor Claudio Castillo.

El asesor señor Pablo Ríos.

La subsecretaria de Redes Asistenciales señora Gisela Alarcón.
El jefe de gabinete de la subsecretaria de Redes Asistenciales señor Juan Vielmas.

La asesora señora Natalia Flores.
La jefa de la Unidad de Finanzas del Ministerio de Salud señora Leticia Rivas.

El jefe de la División de Inversiones del Ministerio de Salud señor Ignacio Canales.

El subdirector de la División de Inversiones del Ministerio de Salud señor Pablo Araya.

El abogado de la División Inversiones señor Federico Alles Arriagada.

Por el Servicio de Salud Metropolitano Sur

El Director del Servicio de Salud Metropolitano Sur señor Osvaldo Salgado Zepeda.

El Presidente de la Comisión Evaluadora y Jefe del Departamento Recursos Físicos y Financieros señor Jorge Plaza.

El Jefe de Departamento Jurídico señor Jaime Carvajal.

Por el Servicio de Salud Maule

El Director del Servicio de Salud del Maule señor Rodrigo Alarcón Quesem.

El Presidente de la Comisión Evaluadora y Agente Público del Proyecto Normalización del Hospital Base de Linares señor Víctor Sepúlveda.

Por el Servicio de Salud Talcahuano

El Director del Servicio de Salud señor Mauricio Alejandro Jara Lavín.

El Presidente de la Comisión Evaluadora y Jefe del Departamento Jurídico, señor Aníbal Cea.

La Jefa de Recursos Financieros señora Pilar López.

Por el Servicio de Salud Coquimbo

El Director, señor Ernesto Jorquera Flores.

El Subdirector de Recursos Físicos y Financieros y Presidente Comisión Evaluadora señor Luis Iván Marín Campusano.

El Jefe del Departamento jurídico señor Sergio Ansieta Calderón.

Por el Servicio de Salud de Valparaíso – San Antonio

El Director, señor Dagoberto Duarte Quapper.

La Subdirectora de Recursos Físicos y Financieros, Presidenta de la Comisión Evaluadora, señora Leticia Zamorano.

El jefe del Departamento de Asesoría Jurídica, señor Mario Villagra Jamett.

Por el Servicio de Salud Ñuble

El Director señor Iván Paul Espinoza.

La Jefa del Departamento Jurídico y Presidenta Comisión Evaluadora señora Paula Canahuate Ronda.

La Subdirectora de Gestión Asistencial señora Jannet Viveros Figueroa.

Por la Contraloría General de la República

El Contralor General señor Jorge Bermúdez Soto.

El Contralor Regional de Valparaíso, señor Víctor Hugo Merino.

La asesora señora Loreto Valenzuela.

El asesor Alejandro Valenzuela.

La jefa de la Unidad de Apoyo Legislativo señorita Pamela Bugueño.

C) SESIONES CELEBRADAS POR LA COMISIÓN

Sesiones	Comparecientes
Sesión 1 constitutiva, celebrada el 14 de diciembre de 2016	Se eligió presidente de la Comisión al diputado señor Marco Antonio Núñez Lozano.
Sesión ordinaria N° 2, celebrada el 20 de diciembre de 2016	La Ministra de Salud, señora Carmen Castillo , el jefe de gabinete, Claudio Castillo, el asesor, señor Pablo Ríos; la subsecretaria de Redes Asistenciales, señora Gisela Alarcón, el jefe de gabinete de la subsecretaria de Redes Asistenciales, señor Juan Vielmas, la asesora, señora Natalia Flores; la jefa de la Unidad de Finanzas del Ministerio, señora Leticia Rivas; el jefe de la División de Inversiones, señor Ignacio Canales, el subdirector de la División de Inversiones, señor Pablo Araya y el abogado de la División Inversiones, señor Federico Alles Arriagada.
Sesión ordinaria N° 3, celebrada el 3 de enero de 2017	La Ministra de Salud, señora Carmen Castillo , el jefe de gabinete, Claudio Castillo, el asesor, señor Pablo Ríos; la subsecretaria de Redes Asistenciales, señora Gisela Alarcón, el jefe de gabinete de la subsecretaria de Redes Asistenciales, señor Juan Vielmas, la asesora, señora Natalia Flores; la jefa de la Unidad de Finanzas del Ministerio, señora Leticia Rivas; el jefe de la División de Inversiones, señor Ignacio Canales, el subdirector de la División de Inversiones, señor Pablo Araya y el y abogado de la División Inversiones, señor Federico Alles Arriagada.

Sesión ordinaria N° 4, celebrada el 10 de enero de 2017	<p>El Contralor General señor Jorge Bermúdez Soto. El Contralor Regional de Valparaíso, señor Víctor Hugo Merino. La asesora señora Loreto Valenzuela. El asesor Alejandro Valenzuela. La jefa de la unidad de apoyo legislativo, señorita Pamela Bugeño.</p>
Sesión ordinaria N° 5, celebrada el 17 de enero de 2017	<p>Por el Servicio de Salud Metropolitano Sur El Director del Servicio de Salud Metropolitano Sur, señor Osvaldo Salgado Zepeda. El Presidente de la Comisión Evaluadora, y Jefe Departamento Recursos Físicos y Financieros, señor Jorge Plaza. El Jefe de Departamento Jurídico, señor Jaime Carvajal.</p> <p>Por el Servicio de Salud Maule El Director del Servicio de Salud del Maule, señor Rodrigo Alarcón Quesem. El Presidente de la Comisión Evaluadora y Agente Publico del Proyecto Normalización del Hospital Base de Linares, señor Víctor Sepúlveda.</p> <p>Por el Servicio de Salud Talcahuano El Director del Servicio de Salud, señor Mauricio Alejandro Jara Lavín. El Presidente de la Comisión Evaluadora, y Jefe del Departamento Jurídico, señor Aníbal Cea. La Jefa de Recursos Financieros señora Pilar López.</p>
Sesión ordinaria N° 6, celebrada el 24 de enero de 2017	<p>El Contralor General señor Jorge Bermúdez Soto, El Contralor Regional de Valparaíso, señor Víctor Hugo Merino. La asesora señora Loreto Valenzuela. El asesor señor Alejandro Valenzuela. La jefa de la unidad de apoyo legislativo, señorita Pamela Bugeño.</p>
Sesión ordinaria N° 7, celebrada el 7 de marzo de 2017	<p>Por el Servicio de Salud de Valparaíso – San Antonio El Director, señor Dagoberto Duarte Quapper. La Subdirectora de Recursos Físicos y Financieros. Presidenta de la Comisión Evaluadora, señora Leticia Zamorano. El jefe del Departamento de Asesoría Jurídica, señor Mario Villagra Jamett.</p> <p>Por el Servicio de Salud Coquimbo El Director, señor Ernesto Jorquera Flores. El Subdirector de Recursos Físicos y Financieros, y Presidente Comisión Evaluadora señor Luis Iván Marín</p>

	<p>Campusano. El Jefe del Departamento jurídico, señor Sergio Ansieta Calderón.</p> <p>Por el Servicio de Salud Ñuble El Director señor Iván Paul Espinoza. La Jefa Departamento Jurídico, presidenta Comisión Evaluadora, señora Paula Canahuate Ronda. La Subdirectora Gestión Asistencial, señora Jannet Viveros Figueroa.</p>
Sesión ordinaria N° 8, celebrada el 21 de marzo de 2017	<p>Por el Ministerio de Desarrollo Social El Ministro, señor Marcos Barraza Gómez. El Jefe del Evaluación de Proyectos, señor Hugo Arancibia Carrasco. La Subsecretaria de Evaluación Social, señora Heidi Berner. El Jefe de la División de Evaluación Social, señor Fernando Cartes.</p> <p>Por el Ministerio de Salud El Jefe de la División de Inversiones del Ministerio de Salud, señor Ignacio Canales.</p>
Sesión ordinaria N° 9, celebrada el 4 de abril de 2017	Se adoptaron acuerdos relativos al funcionamiento de las próximas sesiones de la Comisión.
Sesión ordinaria N° 10, celebrada el 17 de abril de 2017	Se adoptaron acuerdos relativos al funcionamiento de las próximas sesiones de la Comisión.
Sesión Ordinaria N° 11, celebrada el 2 de mayo de 2017	<p>Ministra de Salud, señora Carmen Castillo. Subsecretaria de Redes Asistenciales, señora Gisela Alarcón. Ministro de Obras Públicas, señor Alberto Undurraga.</p>
Sesión ordinaria N° 12, celebrada el 9 de mayo de 2017	Ministro de Hacienda, señor Rodrigo Valdés Pulido.
Sesión ordinaria N° 13, celebrada el 30 de junio de 2017	Se acordó el cronograma relativo a la entrega del preinforme de la Secretaría de la Comisión, la presentación de los considerandos, conclusiones y propuestas y la votación de las mismas.
Sesión ordinaria N° 14, celebrada el 13 de junio de 2017	<p>Se aprobó las conclusiones y propuestas presentadas por la diputada señora Andrea Molina y los diputados señores Marco Antonio Núñez (Presidente) Juan Luis Castro, Juan Carlos Abel Jarpa, Leopoldo Pérez, Jorge Rathgeb Marcelo Schilling y Víctor Torres.</p> <p>Se designó diputado informante al señor Marco Antonio Núñez.</p>

IV.- OFICIOS ENVIADOS POR LA COMISIÓN

Sesión	Fecha	Oficio	Destino	Referencia	Respuesta
1	14 Dic 2016	1	Presidente de la Cámara	Comunica elección de presidente	Sin Respuesta
1	14 Dic 2016	2	Ministra de Salud	Comunica elección de presidente	No requiere respuesta
1	14 Dic 2016	3	Radacción	Solicita apoyo de taquígrafos	No requiere respuesta
1	14 Dic 2016	4	Informática	Solicita apoyo informática	No requiere respuesta
3	03 Ene 2017	5	Ministra de Salud	Solicita se informe sobre el estado de avance de la construcción de los hospitales, señalando cuáles son los plazos en que entrarán en operación efectiva, incluyendo el tiempo de marcha blanca de éstos.	Respuesta recibida el 03/01/2017
3	03 Ene 2017	6	Ministra de Salud	Solicita se informe sobre las fechas de licitación y adjudicación de la construcción del Hospital de Marga Marga y si ésta se efectuó con anterioridad a la fecha en que el anteproyecto se encontraba aprobado.	Respuesta recibida el 10/01/2017
3	03 Ene 2017	7	Ministra de Salud	Solicita se remita copia de los siguientes oficios relacionados con el proceso de reevaluación del proyecto "Diseño y Construcción Hospital Provincial Marga-Marga": 1. Reservado N° 78; 2. Ordinario N° 2855; 3. Ordinario N° 77, y 4. Memorándum N° 122.	Respuesta recibida el 03/01/2017
5	17 Ene 2017	8	Ministra de Salud	Solicita antecedentes relativos a la suspensión de la venta de las bases concernientes a los hospitales de Curicó, Linares y Chillán, que se encuentran en proceso de concesión	Respuesta recibida el 04/04/2017
5	17 Ene 2017	9	Contralor General de República	Se solicita se sirva resolver la solicitud de reconsideración presentada en el proceso de licitación del Hospital de San Antonio	Respuesta recibida el 13/06/2017

Sesión	Fecha	Oficio	Destino	Referencia	Respuesta
6	24 Ene 2017	10	Contralor General de República	Se pide que informe pormenorizadamente respecto de los proyectos de construcción de hospitales, a desarrollar durante el presente Gobierno, y que fueron o deben ser adjudicados de acuerdo a bases tipo. Asimismo, que informe respecto de cuáles son los puntos de las bases considerados por la Contraloría para proceder a la respectiva toma de razón, la representación o el rechazo de las adjudicaciones, y cómo se han evaluado en cada uno de los procesos relacionados a la construcción de hospitales.	Respuesta recibida el 21/03/2017
6	24 Ene 2017	11	Director del Servicio Salud Valparaíso San Antonio	Se solicita que informe pormenorizadamente de la licitación del Hospital de San Antonio, particularmente respecto si todas las empresas participantes en dicho proceso presentaron o acompañaron los certificados para acreditar a los respectivos profesionales, lo que de acuerdo a las bases de licitación debía ser hecho por un certificado expedido por la Dirección de Obras Municipales o por un certificado emitido por el mandante o por el licitante, en que conste la experiencia requerida para este tipo de construcciones.	Respuesta recibida el 02/05/2017
7	07 Mar 2017	12	Contralor General	Se solicita que informe la razón por la cual se objetó por la Contraloría la presentación de dos profesionales en el proceso de licitación del Hospital Claudio Vicuña de San Antonio, como es el caso de la prevencionista de riesgos y del programador de obras.	Respuesta recibida el 30/05/2017
7	07 Mar 2017	13	Contralor General	Se solicita que informe cual fue la razón para rechazar la acreditación de la experiencia del profesional en el caso de la licitación del hospital de Ñuble, no obstante haberse cumplido con el trámite de preguntas y respuestas de acuerdo con las bases administrativas.	Respuesta recibida el 30/05/2017

Sesión	Fecha	Oficio	Destino	Referencia	Respuesta
7	15 Mar 2017	14	Contralor Regional Valparaíso	Solicita que informe cual fue la razón por la cual se objetó por la Contraloría la presentación de los profesionales, prevencionista de riesgos y del programador de obras, en el proceso de licitación del Hospital Claudio Vicuña de San Antonio.	Respuesta recibida el 13/06/2017
7	15 Mar 2017	15	Contralor Regional del Bio Bio	Se solicita informar cual fue la razón por la cual en la licitación del hospital de Ñuble se procedió a la realización de preguntas y respuestas a las bases respecto de la forma de acreditar la experiencia necesaria. Sin embargo, cumplido este trámite en el caso de esta licitación la Contraloría rechazó la acreditación de esa experiencia y fueron consideradas insuficientes.	Respuesta recibida el 13/06/2017
8	24 Mar 2017	16	Contralor General	Se solicita remitir las bases de licitación que se aplican en la construcción de hospitales por parte del Ministerio de Obras Públicas e informar, en cuanto sea posible, las diferencias que presentan con las bases de licitación del Ministerio de Salud.	Respuesta recibida el 02/05/2017
8	24 Mar 2017	17	Subsecretaria de Redes Asistenciales	Se solicita informar si ha tenido o no reuniones de coordinación con los servicios de salud respecto de la construcción de los hospitales, tanto los que ya están construyéndose como aquellos que están en la etapa de diseño o de próximo llamado a licitación. Además, en el supuesto de que la respuesta sea afirmativa, que se informe si fue la ministra, los subsecretarios, los jefes de división, algún asesor o alguien a nombre del Ministerio de Salud quienes participaron en las reuniones con los servicios o algún otro mandante, cuáles son esas reuniones, fecha en que ocurrieron, s participantes en ellas y cuáles son las principales conclusiones.	Respuesta recibida el 02/05/2017
10	17 Abr 2017	18	Presidente de la Cámara de Diputados	Se solicita ampliar el plazo de funcionamiento de la Comisión por 30 días más a contar del 28 de abril próximo, fecha en que expira el plazo otorgado para el cumplimiento de su cometido.	Respuesta recibida el 02/05/2017

Sesión	Fecha	Oficio	Destino	Referencia	Respuesta
10	17 Abr 2017	19	Contralor General de la República	Reitera Oficios N° s 9, 12, 13 y 16	Respuesta recibida el 13/06/2017
10	21 Abr 2017	20	Contralor Regional de Valparaíso	Se reitera oficio N° 14	Respuesta recibida el 13/06/2017
10	21 Abr 2017	21	Contralor Regional de Bio Bio	Se reitera oficio N° 15	Respuesta recibida el 13/06/2017
13	30 May 2017	24	Ministra de Salud	Cierre de la nueva licitación para la construcción del biprovincial Marga Marga	Respuesta recibida el 13/06/2017
13	30 May 2017		Director del Servicio Salud Valparaíso San Antonio	Cierre de la nueva licitación para la construcción del biprovincial Marga Marga	

V.- DOCUMENTOS RECIBIDOS POR LA COMISIÓN

Los documentos que se individualizan a continuación se pueden consultar en la página web de la Comisión.

Fecha	Documento
Sesión ordinaria N° 2 martes 20 de diciembre de 2016	Presentación realizada por la Ministra de Salud
Sesión ordinaria N° 3 martes 3 de enero de 2017	Documentos aportados por la Ministra de Salud (Tomo II)
Sesión ordinaria N° 3 martes 3 de enero de 2017	Documentos aportados por la Ministra de Salud (Tomo I) Hospital Talcahuano
Sesión ordinaria N° 3 martes 3 de enero de 2017	Documentos aportados por la Ministra de Salud (Tomo I) Hospital Marga Marga
Sesión ordinaria N° 3 martes 3 de enero de 2017	Documentos aportados por la Ministra de Salud (Tomo I) Hospital de Linares
Sesión ordinaria N° 3 martes 3 de enero de 2017	Documentos aportados por la Ministra de Salud (Tomo I) Hospital Las Higueras
Sesión ordinaria N° 3 martes 3 de enero de 2017	Documentos aportados por la Ministra de Salud (Tomo I) Hospital Ñuble
Sesión ordinaria N° 3 martes 3 de enero de 2017	Documentos aportados por la Ministra de Salud (Tomo I) Hospital Barros Luco

Sesión ordinaria N° 3 martes 3 de enero de 2017	Documentos aportados por la Ministra de Salud (Tomo I) Antecedentes
Sesión ordinaria N° 3 martes 3 de enero de 2017	Documentos aportados por la Ministra de Salud (Tomo III)
Sesión ordinaria N° 3 martes 3 de enero de 2017	Documentos aportados por la Ministra de Salud (Tomo III)
Sesión ordinaria N° 3 martes 3 de enero de 2017	Documentos aportados por la Ministra de Salud (Tomo II)
Sesión ordinaria N° 3 martes 3 de enero de 2017	Documentos aportados por la Ministra de Salud (Tomo II)
Sesión ordinaria N° 4 martes 10 de enero de 2017	Presentación realizada por el Contralor General de la República
Sesión ordinaria N° 4 martes 10 de enero de 2017	Antecedentes aportados por el Contralor General de República
Sesión ordinaria N° 5 martes 17 de enero de 2017	Presentación realizada por el Director del Servicio de Salud Metropolitano Sur
Sesión ordinaria N° 5 martes 17 de enero de 2017	Presentación realizada por el Director del Servicio de Salud Talcahuano
Sesión ordinaria N° 5 martes 17 de enero de 2017	Presentación realizada por el Director del Servicio de Salud del Maule
Sesión ordinaria N° 6 martes 24 de enero de 2017	Presentación realizada por el Contralor General de la República
Sesión ordinaria N° 7 martes 7 de marzo de 2017	Presentación Servicio de Salud Coquimbo
Sesión ordinaria N° 7 martes 7 de marzo de 2017	Presentación Servicio de Salud Ñuble
Sesión ordinaria N° 7 martes 7 de marzo de 2017	Presentación Servicio de Salud Valparaíso San Antonio
Sesión ordinaria N° 8 martes 21 de marzo de 2017	Of. N° 165.253, de fecha 10 de marzo de 2017, del Contralor General de la República, mediante el cual responde al oficio N° 10 de esta Comisión, en relación con aquellos proyectos de construcción que se hayan regido por bases tipo, así como los aspectos de las mismas que inciden en el respectivo estudio de legalidad. Adjunta archivador con antecedentes, que se encuentra disponible en la página web de la Comisión
Sesión ordinaria N° 8 martes 21 de marzo de 2017	Anexo 1 of. 165.253 (of de Comisión)
Sesión ordinaria N° 8 martes 21 de marzo de 2017	Anexo of. 165.253 (Tabla)

Sesión ordinaria N° 8 martes 21 de marzo de 2017	Anexo of. 165.253
Sesión ordinaria N° 8 martes 21 de marzo de 2017	Anexo of. 165.253
Sesión ordinaria N° 8 martes 21 de marzo de 2017	Anexo of. 165.253
Sesión ordinaria N° 8 martes 21 de marzo de 2017	Anexo of. 165.253
Sesión ordinaria N° 8 martes 21 de marzo de 2017	Anexo of. 165.253
Sesión ordinaria N° 8 martes 21 de marzo de 2017	Anexo of. 165.253
Sesión ordinaria N° 8 martes 21 de marzo de 2017	Presentación del Ministro de Desarrollo Social

VI.- LO SUSTANCIAL DE LO EXPUESTO POR LAS PERSONAS ESCUCHADAS EN LA COMISION.

En esta parte del Informe la Secretaría ha hecho una sistematización extractada de las declaraciones de los invitados y de los diputados intervinientes, sin perjuicio que la versión completa de las sesiones y de los principales documentos y antecedentes acompañados pueda consultarse en las actas que aparecen publicadas en el sitio de las Comisiones Especiales Investigadoras, de la página web de la Cámara de Diputados.

La Ministra de Salud señora Carmen Castillo Taucher.

Exposición de la ministra de Salud, señora CARMEN CASTILLO, la subsecretaria de Redes Asistenciales, señora GISELA ALARCÓN, y el jefe de la División de Inversiones del Ministerio de Salud, señor IGNACIO CANALES.²

Avance de la ejecución hospitalaria – Reserva de ciertos procesos – Aspectos generales - Centros asistenciales que recibimos en marzo de 2014 – Obras abandonadas - Construcciones con arrastre en obras civiles - Suplementar obras adicionales sin presupuesto.

La señora **CARMEN CASTILLO, ministra de Salud**, señaló que la presentación que hará se refiere al avance de la ejecución hospitalaria, es decir, lo que hemos estado trabajando en el ámbito de los centros asistenciales del segundo nivel de complejidad de hospitales en general, aunque hay varios temas que, por ley, no podemos explicitar, pues existe reserva respecto de cierta información por estar algunas situaciones en proceso y aquello lo iremos explicando a medida que avancemos en la exposición.

Puntualizó que en la presentación se abordarán cuatro temas: antecedentes generales; gestión de proyectos de inversión; resultados de los procesos licitatorios en el ámbito hospitalario 2014-2016 y logros, avances y desafíos 2014-2018. Hizo presente que expondrá los antecedentes generales y los logros, avances y desafíos 2014-2018, y los puntos dos y tres lo expondrá la subsecretaria de Redes Asistenciales.

Respecto de los aspectos generales, se reiterarán algunos temas, lo que tiene por objeto enfatizar la aludida situación.

En primer lugar, quiero manifestar que en 24 años –desde 1990 hasta 2014- en el ámbito hospitalario se intervinieron 77 establecimientos. En cambio, en el

² **Sesión 2ª, ordinaria, celebrada en martes miércoles 20 de diciembre.**

actual periodo de gobierno, es decir, en 4 años, -hasta ahora llevamos 3 años-, habremos invertido en más de 80 establecimientos, de los cuales quedarán 20 hospitales construidos. Aquella es una premisa de la cual estamos ciertos, y queremos destacar el hecho de que 77 establecimientos en 24 años, es muy diferente a 80 establecimientos en cuatro años. Además, construiremos más de 332 dispositivos de atención primaria de salud a lo largo del país.

La Contraloría General confirmó el diagnóstico y las denuncias realizadas respecto de los proyectos de inversión que se recibieron con problemas el 11 de marzo del 2014.

Cabe señalar que se han corregido y modificado las bases de licitación que en esa oportunidad teníamos a la vista. Además, se han incorporado al Ministerio de Salud más de 40 expertos en materia de inversión y se han modificado los procedimientos internos, con los cuales gestionamos a nivel de la Cartera.

Queremos llamar la atención que para la atención primaria de salud contaremos con 100 Centros Comunitarios de Salud Familiar, 132 servicios de alta resolutivez de urgencia y con más de 100 Centros de Salud Familiar, es decir, 332 dispositivos de salud para atención primaria al 2018.

Con el programa de gobierno lograremos dar mayor dignidad de los pacientes brindándoles una mejor atención. Cabe destacar que estamos interviniendo más de 11.000 camas, de las cuales 3.084 son nuevas y 8.176 son reposiciones. A través de esta intervención estamos, además, incorporando nuevos equipamientos.

En cuanto al estado de la Red, al 22 de marzo del 2014, al asumir el gobierno se recibieron seis proyectos con obras paralizadas; ocho sin presupuesto y cuatro proyectos que tenían incumplimiento de ejecución y presentación de boletas falsas de la empresa Pixels. En síntesis, de una cartera de 47 proyectos en ejecución en marzo del 2014, más del 40 por ciento se recibió con serios problemas. Los proyectos cuyas obras están paralizadas son: hospital de Calama; hospital Philippe Pinel y hospital de Salamanca.

En cuanto al **hospital de Salamanca**, su contrato original era de 7.897 millones de pesos y su costo final de 11.939 millones, con una diferencia de inversión de 4.042 millones de pesos.

El hospital de **Chonchi** tenía un contrato original de 2.897 millones de pesos y su costo final de 3.705 millones de pesos, con una diferencia de inversión de 808 millones de pesos.

Respecto del **Cesfam de Dalcahue**, tenía un contrato original de 3.034 millones de pesos y su costo final de 5.337 millones de pesos, con una diferencia de inversión de 2.303 millones.

En cuanto al **Cesfam de Juan Fernández**, su contrato original era de 3.548 millones de pesos y su costo final de 4.342 millones, con un delta de inversión de 794 millones de pesos.

Por incumplimiento de la empresa Pixels, la construcción del **Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel** quedó detenida, con un contrato original de 15.000 millones de pesos y su costo final de 23.376 millones de pesos, con un delta de inversión de 8.350 millones de pesos.

En relación con el **hospital de Futaleufú**, su contrato original era de 9.055 millones de pesos y su costo final de 15.590 millones de pesos, con delta de inversión de 6.534 millones de pesos.

El **Cesfam Santa Sabina**, de Concepción, Región del Biobío, su contrato original era de 2.187 millones de pesos y su costo final de 3.552 millones de pesos, con un diferencial de 1.364 millones de pesos.

Respecto del **Cesfam de Colbún**, su contrato original era de 2.176 millones de pesos y su costo final de 2.679 millones de pesos, con un diferencial de 502 millones de pesos.

Esos son algunos de los centros asistenciales que recibimos en marzo de 2014. Asimismo, podemos señalar que en el documento que hizo el estudio sobre observaciones y recomendaciones de la ejecución de contratos de obras públicas, efectuado por la Contraloría General de la República, se puede observar 118 contratos de salud que fueron revisados entre 2012 y 2015, de los cuales 60 tienen observaciones. Hay 42 informes que tienen más de un contrato, en los cuales están señalados los detalles.

Cabe destacar que dentro del documento disponible en la página web de la Segpres, se puede señalar que en la Región de Antofagasta hubo abandono de la obra y quiebra del consorcio para el Hospital Dr. Carlos Cisternas, de Calama, donde en algún momento todos vimos en los medios televisivos que se presentó la situación dramática del estado en que se había dejado, aun cuando su contrato fue adjudicado el 1 de julio de 2010, pero se puso término anticipado del mismo con fecha 25 de junio de 2013, por problemas detectados, como la falta de aplicación de multas, el retraso de la ejecución de la obra, partidas pagadas anticipadamente, pagos al contratista con recursos no destinados para tal efecto y boletas de garantías que se encontraban vencidas. Todo esto aparece en el libro de la Contraloría General de la República.

En la zona norte, particularmente en la Región de Coquimbo, la obra del hospital de Salamanca se encuentra abandonada. Esta fue adjudicada mediante resolución el 8 de noviembre de 2012 y la empresa se declaró en quiebra, razón por la cual se paralizaron las obras el 17 de abril de 2014, presentándose irregularidades tales como partidas pagadas anticipadamente, incumplimiento de ejecución de taludes, incumplimiento en las dimensiones del material de relleno y en los estados de pago y no entrega de certificados de ensayos de hormigón, entre otros.

También, en el documento de la Contraloría se señala la quiebra de la empresa constructora de obra abandonada y boletas falsas del Cesfam de Colbún, cuya obra fue adjudicada en 2013. Gracias al cobro de las garantías, se advirtió que estas serían falsas.

En cuanto al hospital de Futaleufú, Región de Los Lagos, su obra fue adjudicada por resolución en 2013, pero se detectaron irregularidades en que incurrió la empresa, entre las cuales cabe señalar el no pago a trabajadores y proveedores y que las boletas de garantía de la obra también serían falsas. Esto es solo para señalar lo que está contenido en el documento de la Contraloría.

Además, podemos ver un resumen de todas las construcciones que fueron arrastre en cuanto a obras civiles, lo que significaba el contrato original de cada una de ellas y su costo final. Por lo tanto, si el monto del contrato original del hospital de Calama era de 35.600 millones de pesos, el costo final fue de 90.597 millones de pesos, con un delta de 54.957 millones de pesos. Solo en términos de costos en obras civiles, todo ello totaliza 92.287 millones de pesos, monto en el que debió incurrir el Estado para levantar las obras de arrastre de épocas anteriores.

Además hubo que suplementar obras adicionales que no tenían presupuesto, el Cesfam de Antofagasta, por mil trescientos cuarenta y ocho millones; el hospital de Rancagua que tenía un delta de catorce mil cuatrocientos millones, dinero que no estaba disponible; el hospital de Talca, diecisiete mil setecientos treinta y dos millones, y el hospital de Puerto Montt, once mil cuatrocientos cincuenta y cuatro millones. Todo lo anterior totaliza, en decretos adicionales, veintiocho mil doscientos treinta y cinco millones.

Noventa y dos mil millones, más veintiocho mil millones le significó al gobierno una entrega de ciento veinte mil quinientos veintitrés millones para activar todas las obras que en ese momento estaban en desarrollo.

Revisión de las bases administrativas – Acciones realizadas en la primera etapa de gobierno – Adecuación de las bases de licitación – Incorporación de expertos – Reforzamiento y rediseño de las unidades técnicas – Denuncia de irregularidades – Modificación procedimientos internos.

Explicó la **ministra señora Castillo** que las bases administrativas que se recibieron de la administración anterior y que requirieron ser revisadas y arregladas de acuerdo con exigencias actuales. Hay nueve puntos, pero quisiera solo destacar tres: capacidad económica que debía ser acreditada no siendo evaluada, y la documentación que se exigía era insuficiente para establecer el estado financiero del oferente, es decir, con certificado bancario. Por esa razón hubo ofertas de empresas que fueron temerarias y quebraron durante el período.

El siguiente punto es la preeminencia de la oferta económica, por cuanto la ponderación de un 70 por ciento es sólo aplicable al precio. Hoy la hemos bajado al 55 por ciento y dentro de él, el 85 por ciento corresponde al precio.

En el último punto se observa que no aparecía evaluación de los profesionales, por lo que no era factible evaluar su capacidad técnica asociada a la complejidad de la obra.

Los otros puntos también son importantes. Por ejemplo, no quedaba claro cuándo procedía el pago de gastos generales o de indemnizaciones. Los servicios tenían la facultad de interpretar las bases, lo que atentaba contra el establecimiento de un criterio uniforme, es decir, para nosotros eran temas importantes y, por eso, hicimos una revisión de las bases, para tramitarlas posteriormente a nivel de Contraloría, como corresponde, con todos los elementos actualizados.

En cuanto a las acciones que se realizaron en la primera etapa de gestión, como todos sabemos, hubo dificultades para iniciar las nuevas obras que estaban comprometidas por el gobierno, dado que en primer lugar debíamos tener todos esos elementos regularizados y disponibles para ser desarrollados.

Las bases de licitación se readecuaron según la tipología de dispositivos de infraestructura de salud y de modalidad de ejecución. Eso significó un trámite que requería toma de razón a nivel de Contraloría. Se incorporaron expertos, se contrató en ese momento a 22 profesionales, es decir, estamos hablando de agentes públicos, para el área de la construcción. Me refiero a ingenieros civiles, ingenieros constructores, constructores civiles y arquitectos, para apoyar y reforzar la gestión de los servicios de salud, relativa a la construcción de infraestructura sanitaria.

En el área de los servicios de salud, se reforzaron y se rediseñaron las unidades técnicas a cargo de la ejecución de los proyectos de inversión sectorial. En la división de inversiones del Ministerio de Salud se reforzaron los equipos técnicos con nuevos profesionales. En el ámbito de los proyectos de arrastre, se retomaron los proyectos y se presentaron denuncias de irregularidades, las que finalmente se gestionaron a nivel del Consejo de Defensa del Estado.

Por lo tanto, como conclusiones en el ámbito de antecedentes, en 24 años se habían intervenido 77 establecimientos en el ámbito hospitalario. Al día de hoy habremos intervenido más de 80 en este periodo de gobierno, de los cuales van a quedar construidos 20 hospitales. Vamos a construir 332 dispositivos de atención primaria a lo largo del país.

La Contraloría General de la República confirma que es lógico y las denuncias realizadas de los proyectos de inversión recibidos con problemas a marzo de 2014, y se han corregido y modificado las bases de licitación.

Por último, se incorporaron más de 40 expertos en materia de inversión al Ministerio de Salud y se han modificado los procedimientos internos, algo tremendamente importante para poder gestionar.

Gestión de los proyectos de inversión – Servicios involucrados - Los servicios de salud, ejecutores y responsables de los procesos licitatorios – Comisiones evaluadoras – Bases de licitación estandarizadas - Proceso de un proyecto hospitalario: creación de un perfil y fase de inversión (diseño y ejecución) - Normas sobre compras públicas - Sistema nacional de inversiones - portal de compras públicas.

La subsecretaria de Redes Asistenciales Gisela Alarcón.

La señora **GISELA ALARCÓN**, doña Gisela, subsecretaria de **Redes Asistenciales**, señaló que expondrá sobre dos aspectos. El primero de ellos tiene que ver con la forma en que se gestionan los proyectos de inversión, de modo que se pueda comprender bien la situación actual de Marga Marga en particular, pero también de los otros procesos licitatorios. En la segunda parte me referiré a los resultados de nuestros procesos.

En primer lugar, debemos señalar que los proyectos de inversión involucran a distintas instituciones públicas, a lo menos a la Contraloría General de la República, al Ministerio de Desarrollo Social, a los 29 servicios de salud, al Ministerio de Salud, en particular a su Subsecretaría de Redes Asistenciales; a la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda, a los gobiernos regionales y al Ministerio de Obras Públicas, en caso de que las obras sean ejecutadas por ellos, con el MOP ejerciendo como unidad técnica, o bien concesionadas a través de dicha cartera.

Los servicios de salud son los ejecutores y responsables de cada uno de los procesos licitatorios. Todos esos procesos se realizan mediante la normativa de compras públicas y se encuentran publicados en el portal de compras públicas. También está regulado por la normativa, principalmente por el sistema nacional de inversiones. En nuestros procesos de licitación se utilizan bases de licitación estandarizadas, que han sido aprobadas previamente por la Contraloría General de la República. Por último, las comisiones evaluadoras son nombradas por los respectivos directores de los servicios de salud.

La primera etapa en un proyecto hospitalario es la creación de un perfil o una definición de la idea del proyecto, mediante el cual se estudia la prefactibilidad o la factibilidad en un estudio preinversional. Una vez que es aprobado, se pasa a la fase de inversión, que consta de una fase de diseño y de otra de ejecución. En algunas situaciones esto se licita en forma separada y en otras en forma conjunta. En general, el Ministerio de Obras Públicas licita ambos procesos como uno solo.

La ejecución se inicia con la puesta en marcha y continúa con la operación plena. Este es el flujograma que pretende graficar en forma muy simple lo que ocurre frente a cada proceso de licitación. Hay diferentes etapas en que entran a actuar las diferentes instituciones del Estado: la Contraloría General de la República, los servicios de salud -dado que son los ejecutores-, donde ocurre la gran mayoría de todos los procesos; el Ministerio de Salud, a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales;

el Ministerio de Desarrollo Social, que entra a tallar específicamente cuando hablamos de reevaluación, como es el caso de Marga Marga; y la Dirección de Presupuestos.

Todos los procesos de licitación están ajustados a las normas de compras públicas y del sistema nacional de inversiones, y todo lo que corresponde que sea público está publicado en el portal de compras públicas.

En ese sentido, reiteró lo que señaló la ministra en cuanto a que nosotros estamos autorizados para develar una parte de todo el proceso. Por ejemplo, en el caso de Marga Marga, en que la licitación todavía no se ha cerrado ni se ha concluido el proceso administrativo, solamente podemos develar aquello que hasta ahora está publicado en el portal de compras públicas.

Publicación de la licitación, preguntas y aclaraciones – Recepción ofertas – Período de evaluación de ofertas – Condiciones de adjudicación – Reevaluación por el Ministerio de Desarrollo Social - Propuesta de adjudicación a la Contraloría para el proceso de toma de razón – Toma de razón y ejecución del contrato – Contraloría no toma razón y definición del proceso a seguir.

Explicó la **subsecretaria de Redes Asistenciales** que cuando parte la licitación se publica, luego se reciben preguntas y se entregan todas las aclaraciones, no solamente a los oferentes, sino que a todo aquel que quiera hacer preguntas. Luego se cierra la recepción de ofertas, de acuerdo al plazo estimado, se realiza el acto de apertura de los sobres que contienen las ofertas y finalmente se abre un periodo de evaluación.

Terminado el periodo de evaluación de ofertas, corresponde decidir si existen condiciones para que una propuesta sea adjudicada. Si la respuesta es no, se pasa a otro proceso, que puede ser una segunda o una tercera licitación, una licitación privada o un trato directo, lo cual está normado por la ley de compras públicas y por el sistema de inversiones.

Si existen las condiciones para adjudicar, la siguiente pregunta es si ese proyecto requiere ser reevaluado o no. La respuesta es muy simple: si el proyecto presentado por la empresa que obtuvo la mejor evaluación excede en más de diez por ciento el valor que tenía el proyecto o la ficha originalmente publicada, debe ser reevaluado por el Ministerio de Desarrollo Social. Si eso no es así y está dentro de ese margen de diez por ciento, si tiene el mismo precio o incluso si es más barato, se procede a enviar la propuesta de adjudicación a la Contraloría para el proceso de toma de razón. La Contraloría revisa los antecedentes y toma razón o no toma razón. Si toma razón, se adjudica la oferta, se firma el contrato y se procede a la ejecución. Si Contraloría no toma razón, se debe optar por otro proceso: al cierre de esa licitación en particular y a definir el proceso a seguir.

Reevaluación del proyecto – Caso del Hospital de Marga Marga - Evaluación de rentabilidad social por el Ministerio de Desarrollo Social – Toma de razón por la Contraloría. Si es rentable– Caso contrario se declara desierta la licitación.

Si el proyecto va a reevaluación, como ocurrió en el caso del Hospital de Marga Marga, el Servicio de Salud envía al Ministerio de Salud la solicitud para que sea evaluado por el Ministerio de Desarrollo Social. La Subsecretaría de Redes Asistenciales envía esto al Ministerio de Desarrollo Social y es quien dice si el nuevo precio tiene o no rentabilidad social a juicio de los análisis de sus propios evaluadores, si la tiene, el Ministerio de Salud debe concurrir al Ministerio de Hacienda para refrendar ese presupuesto, si no hay presupuesto, debe declararse desierta la licitación y si hay, se procede al envío de toma de razón a Contraloría donde se adjudica si autorizan la oferta. Si no hay rentabilidad social, se debe declarar desierta la licitación por falta de presupuesto, no es posible que frente a un proceso licitatorio, cuando las empresas han concursado en la debida situación, porque el precio es mayor, debamos recurrir a la segunda o tercera opción. Si no hay presupuesto y la empresa que ganó tiene un presupuesto mayor, debe declararse desierta y se va a un nuevo proceso licitatorio. Se pasa a la segunda o tercera empresa cuando la oferta ha sido declarada inadmisibile por algún problema con la licitación, pero no por presupuesto. Digo eso, y lo voy a repetir, porque es muy importante para la decisión respecto de lo que va a ocurrir con el hospital de Marga Marga.

En resumen, en esta primera fase, a lo menos cinco organismos públicos participan en los procesos licitatorios de las obras públicas de salud. Todos los procesos de adquisición de bienes y servicios del ámbito de salud se rigen por la ley de compras públicas y su reglamento se encuentra publicado en el portal de Chilecompra. Además, se rigen por las normativas del Sistema Nacional de Inversiones.

Las licitaciones de obras de infraestructura que ejecuta el Ministerio de Salud, se efectúan con bases de licitación aprobadas previamente por la Contraloría General de la República.

Todas las comisiones evaluadoras de las obras ejecutadas por los Servicios de Salud, están compuestas por miembros de los respectivos Servicios de Salud.

Resultados de los procesos licitatorios del ámbito hospitalario – 21 adjudicaciones hospitalarias han sido tomadas de razón de forma exitosa - Contraloría no ha tomado razón de cuatro proyectos en forma simultánea – 29 proyectos en construcción – Empresas constructoras – Toma de razón con alcance – Proyectos ejecutados por el Ministerio de Obras Públicas.

Explicó la **señora Gisela Alarcón, subsecretaria de Redes Asistenciales**, que 21 adjudicaciones hospitalarias han sido tomadas de razón de forma exitosa. De forma tal, que Contraloría no haya tomado razón de cuatro proyectos en forma simultánea señaló que al iniciar este gobierno nos encontramos con que 40 por ciento de las obras que estaban en ejecución, es decir, que heredamos de la administración anterior, tenían los problemas que se acaban de señalar y que fueron destacados en el informe de Contraloría del mes de noviembre. Por lo tanto, eso fue para nosotros un aprendizaje respecto de qué hacer en esta nueva etapa del plan de inversiones.

En la actual administración más de 188 proyectos de infraestructura sanitaria han sido tomados de razón por el organismo contralor.

Hasta la fecha, 21 adjudicaciones hospitalarias han sido tomadas de razón de forma exitosa. De forma tal, que Contraloría no haya tomado razón de cuatro proyectos en forma simultánea y publicado en la página *web* el 21 de noviembre, sin duda nos afecta, dado que perjudica a una población que ve retrasado su proyecto hospitalario, pero hay que tomarlo en consideración en la debida perspectiva y en el escenario que hablamos.

Las obras hospitalarias ejecutadas en este período contemplan una inversión en obras civiles de más de mil trescientos miles de millones de pesos.

Para 30 proyectos hospitalarios sectoriales en ejecución o terminados, existen 18 empresas constructoras. Hablamos de que tenemos 29 proyectos que están construyéndose, uno terminado, el hospital de Puerto Williams y en marzo habrá cinco más. Para esos 30 proyectos tenemos trabajando a 18 empresas constructoras. Más adelante mostraré los montos y los hospitales adjudicados.

El plan de inversiones que ejecuta el Minsal, posee un costo de construcción de 59 UF m² como promedio general.

Nuestra institución ha cumplido con todas las normativas vigentes del proceso de licitación del Hospital Marga Marga y está a la espera del resultado de la reevaluación por parte de Ministerio de Desarrollo Social. Por eso, decimos que este proceso está en pleno desarrollo, acá no se ha terminado el acto administrativo de la licitación, está en pleno desarrollo y hoy, además está el Ministerio de Desarrollo Social en plena reevaluación.

En cuanto a las empresas constructoras, algunas tienen uno, cuatro o dos proyectos en ejecución. Por ejemplo, la Constructora Luis Navarro S.A. tiene un solo proyecto adjudica por el valor de 11.422.314.778 pesos, otras como la Empresa Constructora Moller y Pérez-Cotapos S.A., que tiene cuatro proyectos por el valor de 207.062.164.322 en ejecución, Pecsca Agencia Chile, así sucesivamente. Además, estamos construyendo los hospitales concesionados de Antofagasta, Félix Bulnes y Salvador Geriátrico y que, por ejemplo, la empresa Constructora Moller y Pérez-Cotapos S.A. tiene cuatro hostales, Ingetal Ingeniería y Construcción S.A. también tiene cuatro, el resto dos y un proyecto.

También quisimos mostrar que las adjudicaciones tomadas de razón con éxito, no siempre son a la primera oportunidad, varias veces hemos tenido que enviar más de una vez los antecedentes a la Contraloría para la toma de razón y subsanando observaciones que nos han hecho ver en el transcurso del proceso. Por ejemplo, reconsideradas por el ente contralor y tomadas de razón exitosamente tenemos al hospital de Ovalle, se encuentra en construcción con 40 por ciento de avance en obra gruesa y 16 por ciento en total, lo acabamos de visitar; el hospital de Chimbarongo; el de Cochrane, que pasó por varias etapas hasta que finalmente fue a toma de razón; el Quilacahuín y el San Juan de la Costa.

Existe otra opción que varias veces ha utilizado la Contraloría General de la República, realizar una toma de razón con alcance. Es decir, una observación se mantiene, pero se espera que se subsane, el contralor entiende que eso se hará durante el período de ejecución. En esa lógica tenemos al hospital provincial de Curicó.

Señaló que tenemos 10 hospitales en los cuales, si bien el mandante es el Ministerio de Salud, la unidad técnica que está desarrollando el proyecto es el Ministerio de Obras Públicas, lo que significa que ellos licitan, adjudican y lo construyen.

En el caso del hospital de Curicó, como ven se toma de razón por el contralor, pero con alcance; es decir, el órgano contralor entiende que se tomarán todas las medidas para ir subsanándolas, el Complejo Asistencial Padre de las Casas y la reposición del hospital de Cochrane. Por ejemplo, hubo una situación con el Complejo Asistencial Padre de las Casas que tuvo que ver con el hospital del Angol, en que la empresa –que es la misma para ambos proyectos- presenta al mismo equipo de trabajo. Por tanto, el contralor dice que eso no puede ser, entrega la toma de razón, pero señala que ese equipo en particular debe ser cambiado por otro. En ese marco, se toma de razón con alcance

Procesos de adjudicación de hospitales en que la Contraloría no tomó razón –Modificación de las bases administrativas, de diseño y construcción – Caso de la empresa Astaldi S.P.A. – Declaración sobre proyectos en construcción – Déficit en la certificación de años de experiencia – Falta de demostración de la capacidad económica.

Explicó la **señora Gisela Alarcón, subsecretaria de Redes Asistenciales**, que existen cuatro hospitales con oficio de representación en que la Contraloría General de la República no toma de razón de estos cuatro procesos de adjudicación.

Lo primero que se debe señalar acá es que nosotros habíamos hecho modificaciones. Es más, en estos procesos existen bases de licitación para diseño y bases de licitación para construcción; y el MOP tiene bases de licitación mixta, es decir, de diseño y de construcción.

En esta administración se modifican las bases de construcción; y no solo se mejoran –tal como lo presentó la señora ministra-, sino además se crean bases nuevas, que son las bases de diseño y construcción. En este punto debo señalar que tanto el hospital de Linares como el de Ñuble y el Barros Luco, tienen esas bases de diseño y construcción.

En segundo lugar, lo que tienen en común estos tres hospitales es que fueron adjudicados en forma independiente, y por servicios de salud independientes, a una empresa que no presentó todos los antecedentes. Hay una parte, dentro de la licitación, en que la empresa se ve obligada, bajo declaración jurada, de presentar, como una medida de su capacidad económica, todos los proyectos que tiene en ejecución, tanto en Chile como en el extranjero, así como los proyectos que van a partir en los próximos doce meses.

Esta empresa, Astaldi S.P.A., no presenta todos sus proyectos, lo que sale a luz cuando las otras empresas reclaman al señor contralor general de la República, y le señalan que en Estonia había una obra, la construcción de un aeropuerto, en la que participaba esta empresa, lo que no había sido presentado por la empresa en particular. De ese modo la Contraloría General de la República toma conocimiento de aquello, lo que es una de las razones por las cuales se impide la toma de razón de la adjudicación de estos tres hospitales.

Existen otras observaciones que también mencionaré, sin embargo, esta situación en particular tiene mucho que ver porque esto afecta la capacidad económica de una empresa.

En el caso de Higuera, la situación es totalmente distinta. Higuera tiene bases de construcción clásicas y, por otra parte, acá no se toma de razón porque uno de los profesionales no tiene los años de experiencia, pero sí los metros cuadrados de experiencia construida. Por lo tanto, es por la primera razón que no se toma de razón la situación del hospital de Higuera.

Dentro de las razones de ocurrencia de situaciones de falta de toma de razón en un proceso adjudicatorio, la primera y más importante es la falta de demostración por parte de una empresa de su capacidad económica, del estado financiero, porque ello puede poner en riesgo efectivamente el proyecto, además de poner en riesgo que ocurran situaciones tales como las que nosotros nos encontramos, en los casos de los hospitales de Salamanca, de Futaleufú, Pitrufquén y otros.

En segundo lugar, que no se adjunte toda la certificación de las obras ejecutadas y en ejecución, que es lo que ocurrió en particular en la situación ya mencionada.

En tercer lugar, la aparición de un déficit en la certificación de experiencias, tanto de las empresas o consorcios, como de los equipos técnicos propuestos.

Finalmente, existe el problema de que no se remitan todas las declaraciones juradas de los profesionales que van a prestar servicio en la obra.

El **diputado señor Aldo Cornejo**, señaló que la señora subsecretaria hacía referencia a las razones por las cuales la Contraloría General de la República no tomó razón. Al respecto, indicó que quería saber si se revisan las cuatro causales antes de enviar al ente contralor, en el sentido de que estén aprobadas por el Ministerio, o si tiene que ser la Contraloría General de la República la que tenga que decir, por ejemplo, que faltan declaraciones juradas o que no está acreditada la experiencia.

La **señora Gisela Alarcón, subsecretaria de Redes Asistenciales**, respondió que aquí hay dos situaciones. La primera es la certificación de proyectos, que son desconocidos, en una declaración jurada de una empresa que dice que está construyendo esos proyectos solamente, y no declara otros, que ni siquiera la Contraloría General de la República los detecta, sino cuando hay un reclamo de las otras empresas participantes. En este caso, para el servicio de salud era prácticamente imposible detectar que había una obra en Estonia que no fue informada. La segunda, respecto de la experiencia, lo que acá probablemente ocurrió es que se confió en la experiencia anterior. Acabo de señalar que anteriormente también hubo déficit, cuando un mismo equipo profesional estaba dando servicio a dos construcciones, lo que significó toma de razón con alcance. Entonces, en estas situaciones se optó a que se tomara razón con alcance, entendiendo que, o bien ese profesional se podía cambiar por otro, o bien que era subsanable que no contara con la experiencia de diez años, entendiendo que podía tener la experiencia de los metros cuadrados construidos. En el caso particular del hospital de Higuera se debe señalar que ahí no había, a juicio de la comisión, una razón de inadmisibilidad de la empresa, sino solamente de mala calificación, por lo que en este ítem se le puso un 1 pero, a pesar de ello, cumplió con el promedio y el puntaje necesarios.

Proyectos que han sido reevaluados – Incrementos en el valor de las obras – Valor de construcción en las diferentes regiones de nuestro país.

Sobre el proceso de revaluación, que es donde entra el caso del hospital Marga Marga, la **señora Subsecretaria de Redes Asistenciales** informó que hemos enviado doce proyectos a revaluación por el Ministerio de Desarrollo Social. Cuando uno envía un proyecto a revaluación, ello puede ser porque la situación puede salir desde la licitación, en que finalmente la empresa que está proponiendo un precio que excede el 10 por ciento del valor de la obra, o bien puede aparecer después, en el contrato, en el que es necesario agregar obras, lo que aumenta el precio.

Ahora me referiré solamente a aquellos proyectos que han sido reevaluados a propósito de los procesos de licitación, que demostraron un precio mayor.

Acá ocurren varias situaciones. En primer lugar, que el proyecto inicial, a veces es tres o cuatro años anterior a la ejecución, por tanto, también puede haber diferencias de mercado así como situaciones no previstas en términos de que cambian

diferentes valores y, por tanto, es necesario reevaluar.

Los siguientes proyectos han sido todos revaluados: el hospital San Juan de la Costa, el hospital Quillota-Petorca, el edificio Monseñor Valech; el hospital de Calama, el hospital de Angol y el hospital de Valdivia. La mayoría de estos hospitales están en construcción. En particular, el hospital de Quillota-Petorca está en toma de razón de Contraloría General de la República, pero el resto ya ha iniciado su construcción.

Sobre los incrementos respecto del valor original del proyecto se puede observar que tenemos un 16,9 por ciento de aumento de obra en el caso del hospital San Juan de la Costa, de 17 por ciento en el caso del hospital Quillota-Petorca, de 62 por ciento en el caso del edificio Monseñor Valech y de 80 por ciento en el caso del hospital de Calama.

Finalmente, aparecen todos los porcentajes de incremento que hemos debido cancelar a las diferentes empresas, cuya revaluación por parte del Ministerio de Desarrollo Social ha sido positiva. Se nos ha dicho que esté bien y que hay rentabilidad social, por lo que se nos dijo que siguiéramos con el proyecto, producto de lo positivo del RATE –Recomendación Análisis Técnico Económica-. En ese sentido, hemos tenido el financiamiento para hacerlo por lo que hemos seguido en esta misma lógica. En este punto, quiero mencionar el caso del hospital del Curicó, que tuvo un incremento de 41 por ciento respecto del precio original.

Respecto de los montos de construcción por cada una de las regiones de nuestro país.

En general, es más barato construir en el centro del país. Los promedios son los siguientes: 61 metros cuadrados en el norte, 51 metros cuadrados en el centro, luego se incrementa en el sur para ser mucho más caro en el extremo sur.

Se pueden observar también los valores del Ministerio de Obras Públicas: el hospital de Quillota-Petorca tiene un valor de 60 UF por metro cuadrado, el hospital de Curicó tiene un valor de 72 UF y los centros de Puerto Natales y Porvenir tienen un valor muy alto debido a su ubicación en el extremo sur.

Situación del Hospital Provincial Marga Marga – Proceso y reevaluación – Acta reservada - Presupuesto de la empresa y propuesta de evaluación social – Información en el portal del mercadopúblico.cl – Ponderación de los factores en la licitación pública – Posibilidad de una segunda licitación – Diferencias entre hospital de Quillota-Petorca y el de Marga Marga – Adjudicaciones hospitalarias.

A continuación la **subsecretaria señora Alarcón** se refirió a la situación del hospital Marga Marga. En primer lugar, debemos recordar que este es un proyecto de hospital de alta complejidad, que corresponde al Hospital Provincial Marga Marga,

que pertenece a la red del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota. Por tanto, ellos fueron los ejecutores de todo el proceso de licitación. Con este hospital se va a entregar atención cerrada y abierta; por cierto, la población beneficiada corresponde a cuatro comunas: Quilpué, Limache, Olmué y Villa Alemana. El hospital actual está en Quilpué y el hospital nuevo estará ubicado en Villa Alemana.

Hay un importante crecimiento en infraestructura y un aumento de camas. Hay camas críticas que aumentan en un porcentaje muy importante y, por cierto, también los recursos humanos.

En la siguiente imagen se muestra el proceso y cómo llegamos a la reevaluación. Cuando el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota realizó todo el proceso de adjudicación, emitió un acta que es reservada, por lo que no podemos darla a conocer hasta que concluya el proceso licitatorio, cosa que todavía no ha ocurrido.

Finalmente, con el acta, el servicio de salud nos pidió que solicitáramos la reevaluación al Ministerio de Desarrollo Social, puesto que el costo que propuso la empresa está por sobre el 10 por ciento del valor original del proyecto.

El 21 de junio se abrieron las propuestas por parte del servicio de salud y el 26 de agosto, por medio de un oficio reservado, el servicio de salud envió a la Subsecretaría de Redes Asistenciales un oficio ordinario, solicitando la reevaluación, adjuntando el acta de adjudicación del proceso de licitación.

La Subsecretaría de Redes Asistenciales reenvió esto al Ministerio de Desarrollo Social, previa evaluación de nuestra División de Inversiones y, finalmente, se solicitó al Ministerio de Desarrollo Social que abriera las fichas para que entrara a un período de reevaluación.

Se espera que el Ministerio de Desarrollo Social, que maneja la ficha del proyecto, la abra y que el estado de dicha ficha pase de RS a RE, lo que significa que el proyecto entra a un estado de reevaluación. Cuando eso ocurre, el servicio de salud debe ingresar todos los datos que contiene la comisión de adjudicación para que todo esto sea revisado por el Ministerio de Desarrollo Social.

Finalmente, el 3 de noviembre el jefe de la División de Evaluación Social de Inversiones del Ministerio de Desarrollo Social nos solicitó mayor información para realizar la reevaluación.

El 9 de noviembre la jefatura de la División de Inversiones de la Subsecretaría de Redes Asistenciales envió la información solicitada, adjuntando una comparación partida por partida del presupuesto original versus el presupuesto propuesto por la empresa y una propuesta de evaluación social.

El 23 de noviembre cambió el RATE de la fecha y pasó de RS a RE, lo que significa que está en proceso de reevaluación y hasta hoy sigue en esa misma situación. Entonces, el proyecto del hospital Marga Marga hoy se encuentra en un estado de reevaluación por el Ministerio de Desarrollo Social.

El 5 de diciembre de 2016 el servicio de salud incorporó a esta ficha toda la información que tenía a su disposición.

En relación con el hospital Marga Marga, voy a mostrar solo aquella información que se puede extraer del portal del mercadopublico.cl, dado que lo otro es información reservada. Sin embargo, con esta información pueden tener una perspectiva de la situación.

Postularon diez empresas y la ficha del proyecto en ese minuto era de 102.000 millones, IVA incluido.

En relación con el promedio nacional de 59 UF por metro cuadrado, cuatro empresas tienen un promedio menor, una muy por sobre el promedio y el resto, más o menos, está en la línea de promedio nacional de UF por metro cuadrado de construcción. En la apertura de las ofertas fue declarada inadmisibles una de las empresas.

Dado el cuestionamiento público respecto de por qué solicitar una reevaluación si había empresas más baratas, debo señalar, en primer lugar, que la reevaluación se va a producir siempre que una empresa exceda en su oferta el 10 por ciento del precio inicial.

En segundo lugar, el precio no es el único factor que se considera en una licitación pública. Tal como señaló la señora ministra, en las bases anteriores a esta administración, el precio o la evaluación económica pesaba el 70 por ciento.

Hoy, en nuestras bases, que tomó de razón la Contraloría, la evaluación económica pesa el 55 por ciento y la evaluación técnica el 45 por ciento. Dentro de la evaluación económica, el precio tampoco es la única variable, sino el 85 por ciento y el resto es la capacidad económica, es decir, el respaldo financiero de la empresa.

Por lo tanto, de la mezcla de esas situaciones, del análisis de cada uno de esos factores y de sus respectivas ponderaciones, finalmente, la comisión de adjudicación definió cuál es la mejor empresa a adjudicar. En ese sentido, esa decisión no se tomó solo por el precio. Lo que ocurrió es que se decidió por una que excedió más del 10 por ciento el valor inicial y, por eso, el proyecto va al Ministerio de Desarrollo Social.

Si el Ministerio de Desarrollo Social nos dice que no hay rentabilidad social, lo que corresponde hacer, como señalé al comienzo, no es pasar a empresas más baratas, sino que pasar a una segunda licitación, luego de declarar desierta la primera por falta de recursos para esa oferta, dado que no es legal que aceptemos y declaremos con esas reglas de juego las diferentes opciones, que las revisemos y, luego, digamos que, como no hay suficientes recursos para una empresa, vamos a pasar a la siguiente, porque todo lo que se ha hecho antes quedaría invalidado.

El hospital de Quillota-Petorca está muy cercano al hospital Marga Marga, ambos son equivalentes en términos de población, de ubicación y también de

infraestructura. La diferencia es que el hospital Quillota-Petorca está siendo ejecutado por el Ministerio de Obras Públicas y el hospital Marga Marga, por el Ministerio de Salud.

Ambos hospitales fueron a reevaluación. El hospital Quillota-Petorca fue a reevaluación porque superó en 17 por ciento el valor de la ficha inicial, lo que equivalía a superarlo en 18.900 millones. Dio rentabilidad social, respuesta positiva y, con esos antecedentes, hoy está en adjudicación en la Contraloría. Todavía no está adjudicado.

Los valores por metro cuadrado de ambos hospitales, son muy semejantes. El hospital Quillota-Petorca nos va a costar 60,96 UF por metro cuadrado y el hospital Marga Marga costaría 60,89 UF por metro cuadrado.

El hospital Marga Marga va a reevaluación, porque se superó en 19,79 por ciento el valor de la ficha inicial, lo que equivale a 19.789 millones. El hospital Quillota-Petorca lo superó solo en el 17,10 por ciento, lo que equivale a 18.714 millones.

Por lo tanto, para resumir, más de 188 proyectos de infraestructura nuestros han sido tomados de razón por la Contraloría; dentro de ellos hay 21 hospital de Quillota-Petorca está muy cercano al hospital Marga Marga, se han invertido más de 900.000 millones de pesos, 1,3 billones; para 30 proyectos hospitalarios en construcción, hoy existe 18 empresas, el promedio general es de 59 UF por metro cuadrado y, por último, en el caso del hospital Marga Marga hemos cumplido con toda la normativa vigente en el proyecto de licitación de este hospital y se está a la espera del resultado de la reevaluación por parte del ingreso.

Logros, avances y desafíos del 2014 al 2018 – 20 hospitales terminados; 20 en construcción, y 20 en diseño – Construcción de 332 dispositivos de atención primaria de salud - Proyectos extraplan - Estado de avance de distintos hospitales.

La **señora Carmen Castillo, ministra de Salud**, explicó que en relación con los logros, avances y desafíos del 2014 al 2018, podemos señalar que nuestro Programa de Gobierno es el más ambicioso de la historia de salud pública en Chile; el fortalecimiento tanto de la atención primaria como también para la formación de especialistas, en lo que es infraestructura sanitaria, en el acceso a medicamentos y a la calidad de trabajo de la salud pública.

Al término del gobierno, nuestra ciudadanía va a contar con 20 hospitales terminados; 20 en construcción, y 20, en diseño.

Vamos a construir, además, 332 dispositivos de atención primaria de salud, a lo largo del país, y vamos a hacer una intervención de más de 11 mil camas, de las cuales más de 3 mil son nuevas, y 8 mil mejoradas o en reposición. Por lo tanto, significa aumentar la dignidad de los pacientes. Nuestro gran desafío es avanzar en lo que quiere el Gobierno, que es equidad en el acceso y en los resultados.

En cuanto al resultado del avance en la gestión de inversión, el ciento por ciento de las obras recibidas con problemas a marzo del 2014, han sido todas regularizadas. Por lo tanto, se encuentran terminadas, y en ejecución, algunas de ellas, con o con licitaciones en curso. Por lo tanto, estamos cumpliendo con lo que estaba de arrastre.

A treinta y tres meses de iniciada esta administración, de la meta de los 20 hospitales construidos y de los 20 que quedarán en construcción en el plan de inversiones, 24 ya están en ejecución, 2 están terminados, y 12 en licitación, lo que equivale un avance del 95 por ciento del cumplimiento.

A lo anterior, se agregan los ocho proyectos extraplan, de los cuales están: Copiapó, Talca, Los Ángeles, Rancagua, Laja y Lautaro, que se encuentran terminados, y 2 en ejecución.

Estamos hablando del hospital Philippe Pinel y de la obra mayor hospitalaria de la Torre Valech.

Por ejemplo, puedo señalar que Laja y Lautaro vienen del gobierno anterior de la presidenta doctora Bachelet, por lo tanto, son hospitales que venían de antes del inicio de este gobierno.

Solamente voy a señalar cómo es el estado de avance, al día de hoy, de distintos hospitales. Pueden ver: Ovalle, Florida, Lanco, Penco, Pirquén, Pitrufquén, Carahue, Cunco, Quilacahuín y Puerto Williams, que ya está terminado.

En cuanto a los avances del programa, a octubre del 2016, podemos observar que, de los 20 construidos –un dato a octubre-, 2 están ya terminados a diciembre; 2 están terminados -estamos hablando de que el viernes se terminó Puerto Natales -se entregó recién, y esto es muy dinámico- y en marzo, como dijo la subsecretaria, vamos a tener 5 hospitales terminados y, ahora, están Puerto Williams y Puerto Natales, en estos momentos, terminados.

En ejecución, hay 18; en licitación, hay 2 y, en diseño y estudio, hay 5. hospitales en construcción: estamos hablando de los 20 comprometidos; 3, están en ejecución; 10, en licitación, y 10 en estudio y diseño. Y, en distintas fases administrativas, estamos hablando de 15 hospitales.

Si van sumando, son muchos más, pero es porque vamos a cumplir con los 20-20-20, que comprometió la Presidenta de la República, independientemente de los estados de avance que vamos viendo que van a sumar más. Si ven, hacia abajo, son muchos más los establecimientos. Y sumamos a esta meta del gobierno, los 3 concesionados, que están en pleno proceso de ejecución al día de hoy.

Hay 2 hospitales terminados (Puerto Williams y Puerto Natales); 14 hospitales en construcción; 12 hospitales en licitación; 6 hospitales extraplan y 1 hospital en construcción extraplan.

Por lo tanto, los 20 hospitales construidos –estamos hablando de 27 en total, que vamos a tener en distintas fases allá; estamos hablando de los hospitales en

cuanto a servicios de salud, el nombre de cada uno de los establecimientos, la resolución de adjudicación, el término contractual de cuándo van a estar terminados -el 2016 el de Salamanca; el estado de avance, el valor del contrato vigente, y la empresa que está construyendo.

De los hospitales con resolución de adjudicación, 3 estarán listos y el 2018 el hospital de Cochrane. No podemos dejar de construirlo, aunque quede en construcción. Está en esta fase. Del grupo construidos, estamos hablando de los 2 que están terminados, Williams y Natales; 2, que están en fase de licitación, Manquehue y Curacautín; en diseño, que están aspirando a estar construidos, pero no importa que queden ellos detenidos. Estamos hablando de Huasco, Diego de Almagro, Collipulli, Queilén y Chile Chico, en distintas fases de desarrollo; los concesionados -estamos hablando de Antofagasta, que no están listos al término del gobierno; el Félix Bulnes, y El Salvador e Instituto de Geriatria también.

Cabe señalar que están incorporados también los 3 hospitales que van a iniciar el nuevo proceso de licitación: Ñuble, Linares y Barros Luco. De los que van a quedar en construcción, puedo señalar las distintas situaciones en las que están, si están por licitar, si están en Contraloría, para los trámites de adjudicación.

El Marga Marga, como ya habló largamente la subsecretaria, está licitado, y actualmente está en reevaluación, desde el 23 de noviembre, en el Ministerio de Desarrollo Social, el hospital de Quillota-Petorca, que está todavía en Contraloría con trámite de adjudicación.

El **diputado señor Aldo Cornejo**, recordó que la subsecretaria, en reiteradas oportunidades, ha dicho que para el Hospital Provincial de Marga Marga hay antecedentes que son reservados. El cometido de esta comisión es investigar eventuales irregularidades en las licitaciones de hospitales, con especial énfasis en el Hospital Provincial de Marga Marga. Si la parte importante de los antecedentes son reservados, ¿cómo vamos a conocer si existen irregularidades? Una posibilidad es declarar la sesión secreta y conocer los antecedentes. De lo contrario, no sería posible.

El **diputado señor Marcelo Schilling** solicitó que se considere esta vía porque los antecedentes están en el ministerio, el resultado del proceso de licitación del Hospital de Marga Marga por la vía de concesiones en el gobierno anterior y los antecedentes que pudieran obrar en su poder; incluida la empresa adjudicada, potencialmente, ya que la obra se paralizó porque se cambió el procedimiento de concesionado a licitado por el Estado.

El **diputado señor Leopoldo Pérez** solicitó la información respecto de si se cerró el acto administrativo de no adjudicación para la construcción del Hospital Sótero del Río, toda vez que la información que maneja es que las boletas de garantía nuevas están vigentes por parte del adjudicatario. En definitiva, si todavía está vigente o abierto el acto administrativo. Entiendo que hay un tema entre el MOP y el MINSAL. También quiero conocer las razones por qué se retiró de la programación. No es que la Contraloría no tomara razón, sino que el Ministerio de Obras Públicas retiró, a solicitud

no sé de quién, de la aplicación al Hospital Sótero del Río, en circunstancias que los otros dos gemelos o trillizos que eran, están en proceso de ejecución.

El **diputado señor Carlos Abel Jarpa**, pidió que se informe en que etapa se encuentra el hospital de Chañaral.

El **diputado señor Jorge Rathgeb** señaló que en las exposiciones realizadas se señaló el costo de retomar obras de arrastre, ítem de obras civiles, uno de los casos señalados era el Hospital de Pitrufquén que, efectivamente, fue paralizado no por falta de recursos, sino por unos estudios mal realizados en 2009, durante el primer gobierno de la Presidenta Bachelet, donde no se detectaron napas de agua subterránea y durante el gobierno pasado la empresa no pudo continuar las obras porque las napas daban 30 litros por segundo y eso aumentó el costo.

Agregó que en la ejecución de este hospital, hay recursos comprometidos del Fondo Nacional de Desarrollo Regional (FNDR) y hay estudios realizados por el Consejo Regional de La Araucanía.

El **diputado señor Cristián Campos**, solicitó que se informe si el ministerio ha recibido, oficialmente, respuesta de la Contraloría de la reconsideración que ingresaron el 25 de noviembre, respecto de la tercera etapa de urbanización de Talcahuano.

Exposición de la ministra de Salud, señora CARMEN CASTILLO; acompañada de la subsecretaria de Redes Asistenciales, señora GISELA ALARCÓN y del jefe de la División de Inversiones, señor IGNACIO CANALES³.

Resumen ejecutivo de los logros, avances y desafíos del gobierno – Avances de la gestión de inversión – Establecimientos en diseño, construidos y terminados – Dotación de mano de obra en los establecimientos hospitalarios.

La **señora Carmen Castillo, ministra de Salud**, señaló que terminará la presentación que inició en la sesión anterior con la Subsecretaría de Redes Asistenciales, pues se trata de un tema relevante y, muchas veces, la incompreensión hace que tengamos expresiones poco asertivas.

Nuestro programa de gobierno es el más ambicioso en la historia de la salud pública chilena, en cuanto al fortalecimiento de la atención primaria, a la formación de especialistas, a la infraestructura sanitaria y el acceso a medicamentos y calidad del trabajo en la salud pública.

Al término del gobierno, nuestra ciudadanía va a contar con veinte hospitales terminados. Repito, veinte hospitales terminados, de los cuales veinte van a

³ Sesión 3ª, celebrada el 3 de enero de 2018.

estar en construcción y 20 van a estar en diseño. Ese es el compromiso de nuestra Presidenta, y es lo que vamos a cumplir.

Construiremos, además, 332 dispositivos en atención primaria de salud a lo largo de todo el país, con la intervención de más de 11.000 camas; o sea, en total 3.084 camas nuevas más 8.176 camas que se reponen y que van a ser mejoradas en relación con la dignidad y con la implementación de tecnología actual. Nuestro gran desafío es avanzar en equidad, accesibilidad y resultados.

En cuanto al avance de la gestión de inversión, el 100 por ciento de las obras recibidas con problemas en marzo de 2014 han sido regularizadas y actualmente se encuentran terminadas, en ejecución de obras o con licitaciones en curso. A 33 meses de iniciada la actual administración, de la meta de 20 hospitales construidos y 20 hospitales en construcción, hoy 24 están en ejecución, dos están terminados y 12 en licitación, lo que equivale a un 95 por ciento del cumplimiento. Los dos terminados son el Hospital de Puerto Williams y el de Puerto Natales.

A lo anterior, se agregan ocho proyectos extra plan, los cuales se encontraban en espera desde períodos anteriores, como son los hospitales de Copiapó, de Talca, de Los Ángeles, de Rancagua, de Laja y de Lautaro, que se encuentran terminados, y en ejecución el Hospital Philippe Pinel y la Torre Valech. Debo agregar que los proyectos de Laja y Lautaro son de la época del primer Gobierno de las Presidenta Michelle Bachelet.

En resumen, podemos señalar que de los 20 hospitales construidos, dos están terminados y en operación, 18 en ejecución, 12 en licitación y cinco en estudio de diseño. Si se hace la suma se alcanza un total de 27, pese a que el compromiso era llegar a 20 establecimientos construidos del grupo uno, y aquellos cuyas obras están avanzando van a quedar en el grupo dos en construcción en caso de no estar terminados al 11 de marzo de 2018.

Del grupo dos hay tres en ejecución, 10 en licitación y 10 en estudio o diseño. Estamos hablando de 23 hospitales de los cuales algunos van a quedar en algún trámite del proceso de estudio o de diseño, por lo que es posible que no alcancen a llegar a la licitación o a la ejecución.

En el grupo tres, hospitales en licitación o estudio, hay 15 establecimientos hospitalarios. De los 60 que están comprometidos, dos están terminados, 21 en ejecución, 12 en licitación y 30 en estudios o diseño, y se trata de hospitales no concesionados. Hay tres establecimientos concesionados que están en ejecución y, a lo menos, uno de ellos estará terminado, el Hospital de Antofagasta.

Hay dos hospitales terminados; los 24 en construcción con diferentes porcentajes de avance en las obras;; los 12 hospitales en licitación, que son los que tuvimos que relicitar, aclarando que el que se deba relicitar no es algo infrecuente; seis hospitales terminados que son extra plan, y dos hospitales extra plan que están en construcción, el Philippe Pinel y la Torre Valech. No estamos hablando nada de la atención primaria, que está en proceso en distintas etapas de desarrollo.

Para recordar, voy a señalar los 27 hospitales en los que se está trabajando que van a derivar en 20 hospitales construidos. Se trata del Hospital Carlos Cisternas de Calama, en Antofagasta, con 69 por ciento de avance físico; en Coquimbo, el Hospital de Ovalle con 13 por ciento; el Hospital de Salamanca con 94 por ciento, el Gustavo Fricke con 45 por ciento, el hospital de Chimbarongo con 60 por ciento, el Hospital de Florida en Concepción con 44 por ciento, el Hospital Penco-Lirquén con 93 por ciento, Pitrufquen con 68 por ciento, Carahue con 32 por ciento y Cunco con 42 por ciento.

Seguimos con los construidos. En Valdivia, el hospital de Lanco con 79 por ciento de construcción, en Osorno el hospital de Quilacahuín con 33 por ciento, San Juan de la Costa con 28 por ciento, Futalefú con 65 por ciento, Puerto Aysén con 99 por ciento, Cochrane con 3 por ciento, el hospital de Porvenir -que es del MOP- con 88 por ciento y el Hospital Exequiel González Cortés con 90 por ciento.

Por lo tanto, los terminados serían el Hospital de Puerto Williams y el Hospital de Puerto Natales. El de Puerto Williams ya está en funcionamiento -fue inaugurado- y el de Puerto Natales inició su período de marcha blanca.

En licitación hay dos, el Hospital de Makewe y el Hospital de Curacautín que se encuentran en distintas fases de desarrollo de licitación.

En diseño están el Hospital de Huasco, el Hospital de Diego de Almagro, el Hospital de Collipulli, que es del MOP, el Hospital de Queilen, el Hospital de Chile Chico que es del FNDR y es uno de los que es posible que queden construidos. Todos en distintas fases de avance pero al final van a ser 20 los hospitales construidos.

De los concesionados, hay tres concesionados que están en pleno proceso de ejecución: Hospital de Antofagasta con 74 por ciento, el hospital Félix Bulnes con 45 por ciento y el Hospital del Salvador -Instituto Nacional de Geriátrica- con tres por ciento de desarrollo. El Hospital de Antofagasta va a estar listo al término de este Gobierno.

La **señora Gisela Alarcón, subsecretaria de Redes Asistenciales**, indicó que el hospital Félix Bulnes es Astaldi Concessioni S.R.L. y el hospital Salvador es Assignia (Consortio de Salud Santiago Oriente, conformado por una empresa chilena (Cosal), una española (Assignia Infraestructuras), y una sociedad mexicana (GIA+A).)

La **señora Carmen Castillo, ministra de Salud**, señaló que este es un resumen de los 12 hospitales que están en proceso de licitación; el Hospital de Alto Hospicio, que es del MOP; el hospital Marga Marga, que está en proceso a nivel del Ministerio de Desarrollo Social (Mideso); el Hospital de Quillota Petorca, que también es del MOP; el Centro de Diagnóstico del Hospital de La Serena; el Hospital Claudio Vicuña de San Antonio; el Hospital Barros Luco; el Hospital de Ñuble; el Hospital de Linares; el Hospital Higuera de Talcahuano; el Hospital de Curacautín; el Hospital de

Makewe y el Hospital de Quellón.

Agregó que están incorporados al listado los tres hospitales que iniciarán un nuevo proceso de licitación, que son el de Ñuble, de Linares y Barros Luco, pero hemos sumado Higuera a este proceso para incluir a los cuatro en los que se está tramitando una relicitación.

Según lo señala el **señor Ignacio Canales, Jefe de la División de Inversiones del Ministerio de Salud**, hay más en licitación pero son del proceso pasado.

Los establecimientos en construcción están en Araucanía Norte, el Hospital de Angol y el Hospital de Padre Las Casas, lo que se encuentran en distintas fases de desarrollo. Sumemos al Hospital de Curicó también, con uno por ciento de avance físico.

En construcción, también sumamos los que están en estudio que son el Hospital de Buin y el Hospital de Lebu.

En diseño, estamos hablando de los hospitales de Casablanca, de Melipilla, de Puente Alto -que es del Ministerio de Obras Públicas-; Sótero del Río, de Cauquenes, de Lonquimay -que también es del Ministerio de Obras Públicas-; de Villarrica y de Ancud, con distintos avances en sus diseños.

A modo de información general respecto de la atención primaria, un total de 332 establecimientos que deben estar concluidos; los centros de salud familiar, con distintas fases de desarrollo: 18 terminados, 34 en ejecución, 35 en licitación, y en estudio y diseño son 59. Suman mucho más de los que tenemos comprometido.

En cuanto a los SAR, que son servicios de urgencia de alta resolutivez, hay 26 terminados, 22 en ejecución, 45 en licitación y 40 en estudio y diseño.

Respecto de los Centros Comunitarios de Salud Familiar, hay 51 terminados, 39 en ejecución y 10 en licitación.

Ustedes pueden observar que la sumatoria da más de lo que tenemos comprometido para el desarrollo que queremos tener.

En cuanto a la dotación de mano de obra de los establecimientos hospitalarios hablamos de 12.346 personas que pueden contratarse de manera directa en las distintas regiones. Ahí pueden ver la cantidad de personal contratado por cada uno de los establecimientos.

Esto no considera la actividad económica de la región, lo que significa arriendo de casas, almuerzos, etcétera. Por lo tanto, esta mano de obra brinda una reactivación económica local.

Faltan algunos hospitales que tendríamos que haber incorporado, pero ha sido una aproximación de la cantidad de personas que pueden ser contratadas.

Creación de la Unidad de Apoyo Profesional a los procesos licitatorios – Cursos y talleres de capacitación – Auditorías preventivas - Trabajo unido con los ministerios de Desarrollo Social, de Hacienda, de Obras Públicas y organismos internacionales – Hospitales que quedarán operando.

A continuación la **ministra señora Castillo** se refirió a la mejora continua en procesos de inversión, estamos hablando de elementos que queremos para hacer este trabajo que es inédito en la historia de la salud pública del país. Por resolución del año pasado, apuntamos a la creación de la Unidad de Apoyo Profesional a los procesos licitatorios de obras de infraestructura hospitalaria en los Servicios de Salud. Estimamos que es una forma de fortalecer a los equipos y de asesorar, cuando corresponda, por la complejidad de cada uno de ellos.

Además, y esto lo conversamos con el contralor, queremos hacer cursos y talleres de capacitación en cuanto a la normativa de compras públicas, Sistema Nacional de Inversiones, Finanzas Públicas y Normativa de Ejecución de Contratos de Obras Públicas. Queremos dejarlo hecho el primer trimestre de 2017.

Lo otro es incorporar auditorías preventivas a los procesos licitatorios de obras públicas, sin aviso previo y en el momento que lo estime necesario la subsecretaría de Redes Asistenciales. La idea es que esto permita saber que se está cumpliendo con los procesos.

Quiero señalar que tenemos un desafío, porque estimamos que ha sido demasiado complejo establecer un equipo que pueda elaborar, crear, mantener y generar todo lo que significó el sustento para trabajar en la construcción de establecimientos, con todo lo que significa la complejidad. Por lo tanto, no queremos perder esta fuerza que tenemos, para que los próximos gobiernos puedan continuar con esta tarea.

Estimamos que al menos en los próximos treinta años puede tener un sustento técnico que no los obligue a estar dedicando mucho tiempo para elaborar o generar estructuras que para nosotros son importantes.

Por lo tanto, nuestra propuesta considera, entre otros elementos, que tenga una institucionalidad, una formalidad, que vamos a evaluar; fuentes y modalidades de financiamiento, que tengamos claridad respecto a ellas; presentación y evaluación social de los proyectos; estandarización y pertinencia territorial de los diseños, en este caso evaluar y no tener que generar estructuras diferentes a lo que se estima en cada localidad, y mejoras y robustecimientos de los procedimientos.

En todo esto queremos trabajar fuertemente con los ministerios de Desarrollo Social, de Hacienda, de Obras Públicas y organismos internacionales.

Estimamos que debería haber otros organismos incumbentes que también pudieran tener interés en apoyar esta generación. Me refiero a universidades que den solidez a este desafío enorme que significa mejorar todo el sistema público de salud.

En el documento en *power-point* pueden ver una presentación más simplificada de la experiencia a partir del plan de inversiones. Hay que aprovecharlo. No perder todo lo que ha significado elaborar esta política de renovación y mantención de infraestructura sanitaria del país con dos ámbitos que tienen que ver con la definición de proyectos, la participación, la metodología de priorización y los casos específicos, y en otro ámbito el desarrollo, formación y capacitación del recurso humano en salud pública.

Por último, aseguró que lo que queremos es planificar los recursos y requerimientos sanitarios necesarios para la provisión de servicios de salud.

Por lo tanto, insistimos en la importancia de trabajar con el Mideso, con el MOP y las universidades. En este caso, ya hemos hablado con la Universidad de Chile, que está disponible para colaborar, y también con entidades internacionales, como la Cepal, con la cual ya está en contacto el Ministerio de Desarrollo Social para ver fórmulas para generar un plan de inversiones con una continuidad a treinta años.

Es el plan de gobierno más ambicioso en la historia de la salud pública de Chile para fortalecer la atención primaria, la formación de especialistas y la infraestructura sanitaria, el acceso a medicamentos y calidad del trabajo en salud pública, con cimientos para un nuevo modelo de sociedad con salud pública fortalecida, con acceso y dignidad centrada en el derecho a la salud, abordando las brechas estructurales de nuestro actual sistema.

La **diputada señora Karla Rubilar** solicitó que la ministra diga inmediatamente cuáles son los diez hospitales que van a quedar en operación. Entiendo que si dice que son diez, la pregunta del diputado Castro es la primera más pertinente.

La **ministra señora Castillo** respondió que siempre hemos dicho que van a quedar veinte hospitales construidos. Y los construidos son aquellos del listado que presentamos. Todos ellos son posibles candidatos a quedar construidos. Ninguno está excluido. Estamos hablando de veintisiete hospitales que en este momento están en el listado y cualquiera de ellos puede ser del grupo que va a quedar construido.

En ese contexto, todos los hospitales van a estar con funcionamiento asegurado. De ellos, diez al menos van a estar funcionando con todo el período de marcha blanca. Es una complejidad enorme.

Solamente señalar que en este momento tenemos tres establecimientos que no hemos podido inaugurar, que corresponden a Talca, Puerto Montt y Rancagua. ¿Por qué? Porque se demoran, porque hay un período de marcha blanca muy exigente. Nosotros no podemos decir que están terminados, funcionando e inaugurados todos los establecimientos. Tenemos que ser muy responsables.

El compromiso es veinte hospitales construidos, con el funcionamiento

asegurado. Pero todos los que están expuestos son los posibles candidatos que podemos señalar.

El **diputado señor Juan Luis Castro**, con el objeto de precisar, preguntó a la ministra si son el cien por ciento de esos veintitantos hospitales en construcción o son diez los que van a estar, no hablemos de inaugurados, sino operativos. Lo consulto porque el hospital de Rancagua está operativo, es decir, está funcionando, sin perjuicio de que tiene dificultades, recinto hospitalario que se trasladó hace varios meses, lo cual es distinto, y por eso quiero entenderlo bien, de un hospital construido en el que no hay traslado de pacientes ni acciones ni prestaciones médicas. En definitiva, quiero que nos precise si es el cien por ciento o es el cincuenta por ciento.

La **ministra señora Castillo** respondió que tiene que ser muy rigurosa en esto, dadas las expectativas que se crean en la población. Estimamos que de esos 27 recintos, por lo menos tendremos diez inaugurados y funcionando. En todo caso, eso puede variar según el desarrollo, porque pueden suceder contingencias en cada localidad. Un terremoto, por ejemplo, nos cambia totalmente la imagen.

En este momento, Quellón podría ser una prioridad presidencial que cambiara nuestra imagen y nuestra conducta frente al establecimiento. Por lo tanto, en este momento no podemos decir cuál es el que se adelanta. Estos son los distintos estados de avance. Nosotros estamos trabajando con el rigor científico y con toda la dedicación para sacar adelante los 27 hospitales.

Ojalá salieran los 27, pero podemos asegurar que veinte de ellos van a estar construidos, con la seguridad de que el funcionamiento viene aparejado a esta decisión presidencial.

Todos son posibles candidatos. No queremos adelantar la información, porque seguramente en estos meses se podrá ir viendo, pero todos los que llevan más de 75 por ciento de ejecución, lo más probable es que sean los candidatos. Salamanca está listo; Penco Lirquén; el de Porvenir; el Exequiel González Cortés; lo más probable el hospital de Lanco.

El **diputado Juan Luis Castro** indicó que lo que quiere tratar de entender, de manera rigurosa, como ha dicho la ministra, es que si por lo menos diez –no sabemos cuáles– van a estar operativos, qué va a suceder con el resto de la cartera, porque va a ocurrir un cambio de gobierno.

No sabemos qué gobierno llegue, pero va a venir un gobierno nuevo que va a decir muchas cosas: A, B o C. Entonces, quiero saber cuáles son los tiempos en los cuales esos veinte hospitales construidos van a entrar en operación, lo que me parece una pregunta superválida y legítima.

El **diputado señor Aldo Cornejo** recordó que la Comisión fue creada para investigar irregularidades, no para dar cuenta del avance físico de la construcción de los hospitales. ¿Qué tiene que ver eso con la comisión?

Las irregularidades que no tienen que ver con el estado de avance ni con cuántos hospitales van a estar listos al término del período presidencial. Para eso citamos a la ministra a la Comisión de Salud.

El **diputado señor Víctor Torres** consultó cuánto demoran en promedio las licitaciones de implementación, porque para cumplir con lo que está planteando el ministerio no basta el estado de avance físico, porque imagino que la compra para un hospital grande respecto de un hospital chico en implementación puede ser diferente. Por lo tanto, aunque este tenga un estado de avance menor, podría terminar antes que con uno más grande que esté más avanzado.

Entonces, respecto de ese punto, porque pudiera ser una situación que genere conflicto para cumplir con lo que se está planteando, quiero saber cómo se va a ejecutar la licitación de implementación y cuánto demoraría.

La **diputada señora Karla Rubilar** indicó que el diputado Cornejo podría tener un punto, siempre y cuando él hubiese cuestionado la intervención de la ministra. Porque la gran presentación de la ministra en la sesión pasada y en esta ha sido contarnos cómo va a avanzar el plan 20-20-20.

Entonces, si el diputado Cornejo consideró que no era pertinente, debió haber interrumpido la presentación de la ministra y debió haberle dicho que hablara solamente de los hospitales que estamos investigando.

Entonces, dado que la ministra intervino, nosotros tenemos derecho a preguntar sobre su intervención, y en ese sentido el oficio del diputado Castro es completamente pertinente, más aún si se le suma la pregunta del diputado Torres, respecto de cuánto se demora en cada uno de esos hospitales la marcha blanca y la implementación de equipamiento y de personal, porque no es solamente equipamiento.

Para que un hospital entre en funcionamiento tienen que estar los especialistas y los funcionarios, que sabemos todos que no es fácil. Entonces, lo ideal es que ese oficio venga con la información de cuánto tiempo estimado, así como ponen la fecha de entrega de la construcción, tomaría el período de marcha blanca y de echarlo a andar operativamente.

Mayores gastos en diseño y bases de licitación – Observaciones de la Contraloría respecto hospital Marga Marga – Situación hospitales Sótero del Río y Puente Alto – Prioridad: ¿acceso o equidad? – Información de cada uno de los hospitales – Avance en los procesos licitatorios.

El **diputado señor Leopoldo Pérez** indicó que si bien la primera parte se centró en entender el tema que convoca esta Comisión, que es el caso de los hospitales en cuestionamiento respecto de irregularidades en la licitación pertinente, quiero consultar a la ministra, como primera pregunta, respecto de los mayores gastos que ella planteó informados en cuanto a los diseños y bases de licitación. Concretamente, me gustaría saber en qué períodos se realizaron. Estamos hablando de los hospitales objeto de esta Comisión y no de otro listado.

La segunda pregunta, que tiene relación con la primera, se refiere a las observaciones que hizo la Contraloría General de la República respecto de estos hospitales de la Provincia de Marga Marga, por las cuales no tomó razón. Si esas observaciones en el proceso de licitación fueron conversadas o concordadas con la Contraloría General de la República, porque a su vez es la propia Contraloría la que aprueba las bases de licitación.

Entonces, si hay un proceso de control previo por parte de la Contraloría, si aprueba las bases de licitación, se licita respecto de esas bases aprobadas por parte de la Contraloría y después este mismo órgano dice que no cumple con las bases, lo que quiero entender de la exposición de la ministra es si en el período de observaciones, en la conversación que se llevó a cabo para subsanar esas observaciones, algo debe haber pasado, porque, de otro modo, no se entiende por qué se caen las licitaciones producto de la toma de razón por parte de la Contraloría General de la República, con el cuestionamiento de fallas de no cumplimiento de las bases de licitación.

Ese sería un primer grupo de preguntas respecto de este tema.

Lo tercero, ya respecto de la propia intervención de la ministra, que nos informó detalladamente de los grupos de hospitales que iban a quedar, indudablemente que me preocupa, y así también lo hice ver respecto de la solicitud de información, que en la propia presentación de la ministra en sus últimas páginas, como en la página 68, aparecen en etapa de diseño ocho establecimientos, entre los cuales hay dos que en lo personal y por corresponder a mis distrito me preocupan.

Me preocupa particularmente el hospital Sótero del Río, toda vez que la ministra de Salud anterior se comprometió públicamente, y así consta en todos los medios de prensa y entre las autoridades que fueron a ver este tema, al retirar la licitación por parte del Ministerio de Obras Públicas ante la sugerencia del Ministerio de Salud, veo que el Sótero del Río, en etapa de diseño, diseño que ya estaba contratado en la licitación anterior, aparece con rayas. O sea, entiendo que a noviembre del año pasado, en 2016, había nulo avance.

Respecto del hospital de Puente Alto, que es la etapa dos, porque entiendo que se inaugura a mediados de este año la etapa uno, que es el CRS, la parte ambulatoria, y faltaría la hospitalaria, tiene un 15 por ciento de avance del diseño.

O sea, ¿para cuándo está contemplada la licitación del hospital Sótero del Río con recursos del Ministerio de Salud, que fue el compromiso que asumió el gobierno en abril o mayo de 2014? Me preocupa esa situación.

Por último, respecto de lo que manifestó la ministra sobre la prioridad. La pregunta es qué es prioritario: el acceso a la salud o la equidad en la salud. Lo consulto, porque, como parlamentario, lo que más escucha uno es la crítica que hace el ciudadano común y corriente al sistema de acceso a la salud pública, particularmente la ciudadanía del distrito que represento, la zona sur oriente del gran Santiago. La crítica está en sistema de acceso, porque una vez que el ciudadano accede al sistema, la cosa es distinta, cuestión que el Ministerio -me imagino- ha evaluado. Por ejemplo, en el hospital Sótero del Río, tantas veces vilipendiado, -soy un defensor de la acción del Sótero del Río- creo que el problema es otro. Lo que más reclaman las personas es el acceso a horas médicas de especialistas, a intervenciones quirúrgicas, por las cuales deben esperar con mucho tiempo, etcétera. Pero ocurre que una vez que traspasan la mampara, como se dice comúnmente, una vez que acceden a la atención del hospital, la evaluación cambia.

Entonces, le pregunto derechamente a la ministra, por su intermedio, señor Presidente, qué es lo prioritario: la equidad o el acceso. Se lo consulto, porque es un tema que tocó varias veces la ministra en su exposición. La ciudadanía lo que espera es que el acceso a la salud pública sea lo prioritario.

El **diputado señor Juan Luis Castro** consultó si en el portal Mercado Público está publicado el nuevo llamado para hospital de Linares, el 30 de diciembre, y para el Barros Luco, el 22 de diciembre.

La **diputada señora Karla Rubilar** insistió en que lo que queremos saber es qué pasó en cada uno de los casos, por qué no se tomó razón. Entendidas así las cosas, propongo que se despejen las dudas hospital por hospital: esto pasó con el Marga Marga; esto, con el Sótero del Río, etcétera. Uno por uno. Lo lógico es que el Ministerio desglose hospital por hospital y nos cuente de cada uno, para que podamos resolver las dudas.

La **ministra de Salud señora Carmen Castillo** respondió que a la Secretaría le hemos hecho entrega de tres carpetas que contienen las respuestas. La carpeta I contiene todo lo que solicitó el diputado Castro sobre declaraciones de interés, conflictos de interés, grupos de cada una las licitaciones, por servicio y por licitación. La carpeta II contiene todo lo relativo a las concesiones y en la carpeta III encontramos lo de Pitrufquén, específicamente porque existía la consulta.

Se elaboró un trabajo bastante dedicado para dar respuesta a todas las inquietudes que se plantearon en la última sesión.

Solo quiero señalar que lo relativo al hospital de Marga Marga todavía no ha ingresado a la Contraloría; por lo tanto, no tiene observaciones y aún está en el Ministerio de Desarrollo Social. Por eso, no tenemos más antecedentes que los que se entregaron en la última sesión. En tal virtud, y tal como lo dijimos en esa oportunidad, si la comisión requiere más antecedentes, tendría que ser considerada una sesión especial de comisión, en la cual la información quedara con carácter de reservada.

Respecto de la consulta sobre los distintos avances en los procesos licitatorios, cabe señalar que hay cuatro que han sido nuevamente licitados. Estamos hablando del hospital de Ñuble, que está licitado el 12 de diciembre, en su segundo proceso; el hospital Barros Luco, licitado el 23 de diciembre; el hospital de Higuera, licitado el 28 de diciembre, y el hospital de Linares, licitado el 29 de diciembre. Es decir, los cuatro establecimientos fueron vueltos a licitar.

Nuestra idea era insistir en algunos procesos; consideramos que podrían haber tenido una discusión más profunda, especialmente el del hospital de Higuera; sin embargo, como no queremos atrasar los procesos, ingresamos rápidamente una licitación para el 28 de diciembre.

Cronología de los antecedentes de la licitación del Hospital de Marga Marga – Construcción por concesión - Adjudicación directa a OHL – Término del convenio de mandato – Modificación de las bases y nueva licitación – Decisión pendiente del Ministerio de Desarrollo Social – Valor del metro cuadrado de edificación – Empresas que participaron en la licitación – Razones que determinaron que OHL era la mejor empresa – Carácter secreto del acta de adjudicación – Publicidad demás antecedentes

El **diputado señor Marcelo Schilling** recordó que hace un mes y medio o dos, el diario electrónico El Mostrador, que no se puede reputar de oficialista, hizo un reportaje sobre las inversiones del entonces Presidente Piñera por negocios de Bancard con pesquera peruana. Naturalmente, eso dio lugar a controversias sobre si correspondían o no.

A raíz de eso, la oposición denunció que el hospital de Marga Marga tenía una oferta de la empresa OHL por 20.000 millones de pesos, aproximadamente, valor superior al establecido en la licitación, cuyo representante legal en Chile era el cuñado del entonces Presidente Lagos. Y como aquí se practica la teoría del empate, Piñera versus Lagos, entonces, estamos sentados aquí por el hospital Marga Marga y no por el conjunto de la situación hospitalaria en Chile.

Todo esto se detonó a raíz del hospital de Marga Marga. Por lo tanto, creo

que en lo principal tenemos que abocarnos a eso, no a conocer una cuenta, porque para eso puede haber sesiones especiales en la Sala y todo lo demás que sea necesario.

Expresó que hizo preguntas que no tienen que ver con el avance de la evaluación de la licitación, que si está en el Ministerio de Salud o en el Ministerio de Desarrollo Social. Cuando el hospital de Marga Marga iba a ser construido por concesión, esta quedó resuelta con la documentación presente en el escritorio del ex Presidente Piñera. Todos estos datos se los pueden preguntar al senador Chahuán o al alcalde de Villa Alemana, señor Sabat, que me imagino no será sospechoso de oficialismo. Yo pregunté a quién le adjudicaba la licitación por concesión el gobierno del ex Presidente Piñera, y eso me imagino que no será secreto. Pregunté cuál era el precio por metro cuadrado que resultaba de la oferta de OHL, que es público y que se le estaba proponiendo adjudicar ahora, construido por el Ministerio de Salud, para comparar esos precios con otros valores del mercado. Me imagino que esto tampoco es secreto.

También pregunté quiénes participaron de la licitación del hospital Marga Marga, con las distintas ofertas económicas, para saber cuáles estaban dentro del precio y cuáles no. Por último, pedí que se nos informaran las razones por las cuales, aquellas que estaban dentro del precio, fueron desestimadas, porque esta controversia no la tendríamos si eso no hubiese ocurrido.

Esas fueron las preguntas que formulé en la sesión anterior y no tienen que ver con lo que está haciendo el Ministerio de Desarrollo Social en la reevaluación de la propuesta de OHL para el Hospital de Marga Marga que, entre paréntesis, y con todo respeto estimada ministra, es de Marga Marga, no de Viña del Mar. Viña del Mar es una ciudad que no está en Marga Marga.

El **diputado señor Juan Luis Castro** señaló que en la página 49 de la presentación –quiero precisar bien el carácter de la información-, desde agosto, hay un reservado N° 78, del Servicio de Salud Viña del Mar–Quillota; luego, el ordinario N° 2875 de la subsecretaría, que pide una reevaluación al Ministerio de Desarrollo Social; la respuesta de este ministerio, en el ordinario N° 77, y en noviembre la jefatura de inversiones, el memorándum 122, emitía un conjunto de requerimientos solicitados para, posteriormente, a fines de noviembre, el Ministerio de Desarrollo Social cambia el resultado de análisis técnico, abriendo una ficha para complementar la información. De ahí en adelante, la última información –por lo menos la que aquí aparece- es del 5 de diciembre, en que se ingresa una información solicitada a la subdere.

Lo que quiero saber es muy simple, que se den a conocer esos oficios, el 78, el 285 y el 77, porque ese es el intercambio y permite aclarar cuál es la relación que había entre el Servicio de Salud Viña del Mar–Quillota y el Ministerio de Desarrollo Social, donde está parada en este momento la resolución del caso Marga Marga. Quiero saber cuál es el tema para saber de qué estamos hablando; cuál es el motivo por el cual hay una parálisis de cuatro meses en la licitación de ese hospital.

La **diputada señora Karla Rubilar** acotó que una de las cosas que se cuestiona es que esta, entre comillas, detención en el Ministerio de Desarrollo Social tiene que ver con que el evaluador del ministerio no está de acuerdo con que se adjudique directamente sin relícitar porque sabemos que el procedimiento puede ser sobre el 10 por ciento, como se hizo en Curicó –cosa que no comparto-, un monto de más allá del 78 por ciento de sobreprecio, por sobre el presupuesto, pero se toma la determinación de adjudicar a una empresa que entiendo fue la más barata.

En este caso, entiendo que se pueden tomar dos decisiones. Una, decir que se recomienda socialmente este aumento de presupuesto para el Hospital de Marga Marga, pero que se debe relícitar y no se puede adjudicar directamente. Entonces, ¿el Servicio de Salud mandó al Ministerio de Desarrollo Social la recomendación de adjudicar y de recomendar este monto con OHL? ¿Lo mandó el Servicio de Salud desde la comisión evaluadora con OHL?

Y dos, ¿se solicitó al señor Hugo Arancibia que cambiara su postura de no tomar, entre comillas, la recomendación de licitar nuevamente, sino que se adjudicara directamente a OHL? ¿Existe esa intervención a solicitud del Ministerio de Salud sobre el Ministerio de Desarrollo Social? La pregunta es si el Ministerio de Salud, a través del servicio y su comisión evaluadora, quería que se adjudicara a OHL que entiendo que es la sexta empresa más cara en ese momento. Si es así, cuáles son las razones por las que recomendaron a OHL siendo mucho más cara. Me gustaría conocerlas.

Por otro lado, quiero saber si en algún momento el señor Arancibia manifestó que no estaba de acuerdo con adjudicar directamente, sino que creía que había que relícitar con ese monto.

La **señora ministra de Salud, señora Carmen Castillo**, señaló que las bases administrativas que tenemos también tienen el visto bueno de la Contraloría; tuvimos que actualizarlas porque las anteriores tenían elementos, que señaló la diputada Rubilar, respecto a que el monto de la empresa no es lo único. Para nosotros es importante también considerar otros elementos, que son las espaldas financieras de las empresas.

La **señora Gisela Alarcón, subsecretaria de Redes Asistenciales**, indicó que lo primero que quiere es responder respecto de cuál era la situación del Hospital Marga Marga, que fue la pregunta del diputado Schilling, en relación con las concesiones y a la administración anterior.

Tal como es conocido por todos, este hospital pertenecía, así como Quillota-Petorca, a la red Quinta, que estaba entregado al programa de concesiones, incorporado en el convenio de mandato del Ministerio de Obras Públicas, del 19 de julio de 2011. Al respecto quiero señalar algunos puntos que nos parece necesario hacerles saber, pero lo primero es que el 23 de marzo de 2013 se adjudican y licitan anteproyectos para estos dos hospitales; aquí seguiré haciendo referencia a Marga

Marga, trabajo que recién concluye, el anteproyecto, el 31 de diciembre de 2014. No obstante esto, a pesar de que el anteproyecto finalizaba el 31 de diciembre de 2014, la licitación para adjudicar el Hospital de Marga Marga por la vía de la concesión, fue realizada en diciembre de 2013, es decir, prácticamente un año antes de tener concluido el anteproyecto, una situación bastante insólita dado que se entiende que el proyecto final se licita cuando ya el anteproyecto está finalizado del todo. Entonces, el anteproyecto recién finaliza el 31 de diciembre de 2014 y la licitación se aprueba, con los anexos complementarios, para licitar las bases de estos dos hospitales el 31 de diciembre de 2013, y finalmente, mediante un ordinario de 10 de marzo de 2014, la Dirección General de Obras Públicas comunica al licitante adjudicatario OHL, el 10 de marzo de 2014, la decisión de adjudicar dicha obra pública.

El presidente en ejercicio no firma el decreto supremo de adjudicación, por lo que no culmina el proceso de adjudicación. A consecuencia de lo anterior, la señora ministra de Salud, ya del gobierno entrante, por medio de un ordinario del 11 de junio de 2014, solicita poner término al convenio de mandato, lo que se materializa en un decreto exento, de 5 de mayo de 2015. En esas condiciones, el Hospital Marga Marga vuelve a fojas cero y se comienza todo el proceso en el que estamos hoy, que es de licitarlo, pero por la vía sectorial, entendiéndose que se había adjudicado en el proceso anterior, vía concesiones, a OHL, pero que no tenía la firma del Presidente Piñera en ese momento y, por lo tanto, la ministra de Salud de este gobierno entrante decide retirarlo para quedar en licitación sectorial.

En ese marco, se modifican las bases, tal como se ha señalado en varias oportunidades en la comisión, se pone en estas bases de este gobierno un peso mayor a la evaluación técnica que la que tenía en el gobierno pasado, dado que se entendió que lo que había ocurrido en el gobierno anterior, y esto no lo digo como una crítica, sino que como un aprendizaje, también había sido a consecuencia de que las bases anteriores tenían un peso demasiado alto para el precio de una empresa y no evaluaban el aspecto técnico suficientemente, lo que podría haber generado que 14 proyectos fueran entregados a esta administración en estado de detención y de abandono.

Por lo tanto, se modifican las bases, se rehacen las bases de diseño y construcción y se licita este nuevo hospital.

En este marco, tal como ya se señaló –acá esta toda la *cronología*–, se abre la propuesta en junio de 2016 y lo que se recibe, para responder a la diputada Rubilar o al diputado Castro, no es una solicitud directa desde el Servicio de Salud al Ministerio de Desarrollo Social, sino que el Servicio de Salud tiene como norma dirigirse a la subsecretaría de Redes Asistenciales y desde esta, siempre y cuando un proyecto sobrepase el 10 por ciento del valor original de la ficha, se envía al Ministerio de Desarrollo Social para su respectiva evaluación. Hay doce proyectos que han tenido una evaluación favorable del Mideso y han sido adjudicados por la Contraloría.

En el caso de Marga Marga, se envió la solicitud y todavía no tenemos respuesta de la decisión final del Ministerio de Desarrollo Social. El 23 de noviembre se solicitaron nuevos antecedentes y en esa situación estamos en la actualidad. Por lo tanto, este proyecto no ha llegado a la Contraloría, todavía no ha sido aprobado por el Mideso, por lo que no podemos seguir con el trámite. Si el Ministerio de Desarrollo Social no da una respuesta favorable, se debe licitar nuevamente, dado que no se podría adjudicar ahora.

Respecto de los precios, este hospital efectivamente sobrepasaba más del 10 por ciento del valor original de la ficha, con un costo de 60,89 UF por metro cuadrado; el hospital de Quillota, que está en proceso de adjudicación en Contraloría, tiene un costo de 60,96 UF el metro cuadrado. Por lo tanto, se trata de dos hospitales situados en lugares parecidos, de tamaño similar y su propuesta de adjudicación es por un valor muy parecido.

Esa es la situación actual. Podemos entregar a la comisión los oficios desde el servicio de salud a la Subsecretaría de Redes Asistenciales y desde esta al Ministerio de Desarrollo Social. Lo que no podemos dar a conocer en esta sesión, salvo que se declare secreta, es el acta de adjudicación en la que venía adjunta la solicitud del servicio de salud para que la Subsecretaría de Redes Asistenciales la enviara al Mideso.

El **diputado Juan Luis Castro** señaló que de lo que dijo la subsecretaria, quiere entender cuáles son los considerandos que tuvo el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota para decir que no, en agosto, luego de abierta esta propuesta.

Además, me gustaría saber la opinión del Ministerio de Salud frente a esta petición y el carácter de los nuevos antecedentes proporcionados por esa cartera al Ministerio de Desarrollo Social, donde hoy está radicado este proyecto.

Insistió en que quiere entender exactamente cuál es la disputa respecto de por qué se decide ratificar o rechazar la licitación. Es preciso lo que consulto y no sé si requerirá declarar secreta la sesión para contestar, porque se ha aludido a una serie de reservados y oficios entre un servicio de salud y la cartera. Entiendo que esos documentos no son confidenciales, se pueden exhibir y relatar en esta sesión, no veo inconvenientes en que eso ocurra, a no ser que haya otra información, que ignoro si existe, en calidad de secreta. A mi parecer, solo por excepción se debería declarar secreta la sesión.

El **diputado señor Marcelo Schilling** consultó si los invitados tienen antecedentes en cuanto a que el representante legal de OHL en Chile sea también cuñado del ex-Presidente Piñera.

La **diputada señora Karla Rubilar** consideró muy interesante la información respecto de que la licitación por concesión se adjudicó en marzo de 2014 a OHL. Es súper importante profundizar sobre el monto en UF por metro cuadrado por el cual se había adjudicado la concesión, que también contiene equipamiento, no solo construcción, por lo que no son comparables esos hospitales; debemos comparar bien, peras con peras y manzanas con manzanas y es muy interesante saber qué incluía esa concesión, qué equipamiento, qué mantención y el monto en UF por metro cuadrado.

Me parece interesante este punto, pues se trata de la construcción de un hospital que tiene, a lo menos, tres años de atraso.

Por tanto, me gustaría entender cuáles son las razones para que el servicio de salud determinara que OHL era la mejor empresa, porque una cosa es que digan que las bases anteriores consideraban mucho el precio, y que se quería algo más técnico, con espalda financiera, etcétera. Pero se terminó adjudicando igual a OHL, por lo que da lo mismo el cambio de las bases, pues terminaron con la misma empresa.

En el caso de la licitación concesionada que se adjudicó en marzo de 2014 a OHL, me gustaría saber qué otras empresas participaron en esa licitación y cuál fue el precio de OHL, si efectivamente fue la más barata, porque se trata de la sexta empresa más cara en dicha licitación. Entonces, hay razones para descartar a las primeras cinco empresas.

Si algún diputado habla sobre la licitación concesionada, me parece perfecto. Pero transparentemos ambas licitaciones, en el sentido de saber cuántas empresas participaron, el monto en UF por metro cuadrado, si eran o no las más baratas, por qué se tomó la decisión, etcétera, todo, con el fin de que podamos comparar.

El **diputado señor Leopoldo Pérez** pidió que el señor Canales precise sobre la información de las actas de adjudicación, que se consideraban reservadas, en el sentido de que exhibe el acta de adjudicación de la licitación que no firmó el Presidente Piñera, la que no es reservada.

La **subsecretaria de Redes Asistenciales, señora Gisela Alarcón**, respondió que efectivamente lo que hemos mencionado es una situación bastante particular, en el sentido de que se licitara y adjudicara una concesión, en circunstancias de que ni siquiera había anteproyecto, pues para completar este faltaba un año y nueve meses. Finalmente, se concretó nueve meses después de que se había, supuestamente, intentado adjudicar esta concesión.

Ahora, en cuanto al acta de adjudicación del servicio de salud, que es la que explica por qué se optó por determinado puntaje, cómo se seleccionó a cada una de las empresas, cuál de ellas obtuvo más valoración en un ámbito más que otro, es

secreta, es lo único secreto, porque los oficios pueden circular y los podemos entregar sin problema.

Pero el acta de adjudicación es secreta, porque el proceso de adjudicación aún no termina y, por tanto, revelar algún detalle o situación puede considerarse un vicio de proceso e invalidar totalmente el procedimiento de Marga Marga, que todavía está en ejecución.

En relación con lo que pasó hace años o con cualquier otro procedimiento que queramos mostrar, que está cerrado, adjudicado o no adjudicado, como ha sido el caso del Hospital Barros Luco, que no se adjudicó, mostramos todos los antecedentes respecto de por qué no se adjudicó, ya que ese proceso terminó. En este caso, el proceso está en desarrollo y si cualquier empresa que participó estima que alguna información ha sido revelada, inmediatamente lo puede deslegitimar. Es por esa razón no se entrega el acta, que es la que contiene cada uno de los detalles respecto de por qué esa comisión en particular optó por una de las empresas. Además, contiene todos los precios por metro cuadrado de las diferentes empresas que ofertaron una propuesta para el Hospital Marga Marga.

El **diputado señor Juan Luis Castro** solicitó que los oficios N° 78, del servicio de Salud, N° 122, de la Jefatura de Inversiones, y N° 2.855, de Redes Asistenciales, se entreguen a la Comisión porque no son de carácter reservado.

El **señor Ignacio Canales, Jefe de la División de Inversiones**, respondió la pregunta sobre los antecedentes que pidió el Ministerio de Desarrollo Social. Al respecto, señaló que cuando la Subsecretaría solicitó reevaluar, se envió un oficio el 26 de agosto, con el acta de evaluación que no se puede hacer pública, debido a que el proceso está abierto, como bien explicó la subsecretaría. Posteriormente, el propio Ministerio de Desarrollo Social, el día 23 de noviembre de 2016, cambió el Rate de RS a RE porque va a reevaluar. Eso es lo oficial.

Entre el 26 de agosto y el 23 de noviembre no había reevaluación porque no había Rate RE. Producto de aquello nos piden una serie de antecedentes relacionados con las demás empresas que postularon, con la finalidad de ver si los precios eran razonables. Si estos son razonables da el RS, y si no son razonables, dice que está saliendo muy caro.

Entonces, los antecedentes requeridos el 23 de noviembre, que solicita el honorable diputado Castro, están en la ficha IDI. Donde salen los comentarios dice que a partir del 23 de noviembre se solicitan todos los antecedentes. Son públicos y están en Internet en la página del citado ministerio, al igual que los antecedentes de las demás empresas que postulan.

Respecto de la consulta del diputado Schilling, con la señora ministra expusimos la semana pasada cuáles eran las ofertas. Reitero, esto es público, está en el portal. Aquí hay ofertas. En el supuesto de que sea OHL -la propuesta es secreta y

aún no la hacemos-, hay cinco más baratas y cuatro más caras. Por lo tanto, hay que tener la pauta de evaluación para entender qué pasó.

Sobre el precio por metro cuadrado, que también se expuso en la sesión pasada, es 60,80 que se está proponiendo, sin decir el nombre, y un hospital similar, a pocos kilómetros en la misma región, es un poco más caro. Y el promedio nacional, que también fue dado a conocer en la sesión pasada, es de 59 y tantos.

Entonces, el precio, según esta tabla, está dentro del promedio nacional y lo que se cobra dentro del mismo territorio, lo cual no implica que no haya que ver la pauta de evaluación y entender por qué se está proponiendo, que es la mezcla entre la oferta económica y la técnica.

En cuanto a la consulta del **diputado señor Celso Morales** sobre el valor comparado en la concesión, señaló que no se puede comparar por una serie de elementos.

Además, señaló que no es necesaria la comparación, por lo que dice la subsecretaria, ya que la propuesta estaba mal hecha, no estaba el anteproyecto; porque la oferta de concesiones tiene la construcción y la administración del hospital, y lo que estamos haciendo nosotros es la construcción, que tiene un valor de metro cuadrado construido. En la propuesta de concesiones va involucrada la construcción, el equipamiento y la administración.

Lo que hacemos es licitar la construcción; simultáneamente, compramos los equipamientos aparte. La administración la hace el servicio. Entonces, el valor de la concesión no se puede comparar porque ellos hacen un paquete y una oferta, que contempla otros ítems que en esta modalidad no se observa, por eso es difícil la comparación. Se podría hacer, pero tendríamos que realizar un estudio muy detallado; revisar muy bien lo que pasó, ver las ofertas, deducir algunos elementos y tomar algunos supuestos, pero es muy difícil. Son ofertas de elementos distintos: construcción, equipamiento y administración. Y nosotros solo licitamos la construcción.

El **diputado señor Leopoldo Pérez** pidió que el señor Canales aclare el concepto de administración del sistema de concesiones. ¿Administración de qué? ¿Del hospital, del aspecto clínico, o sea, la parte médica? ¿O se refiere a la mantención y a los servicios anexos?

Porque es muy distinto decir administración del hospital a referirse a ciertas áreas del hospital que hoy incluso son externalizadas, como la mantención y la jardinería, entre otros.

La **diputada señora Karla Rubilar** solicitó que la información de la licitación de marzo del año 2013, del Hospital del Marga Marga, antes de tener el anteproyecto, la envíen por escrito a la comisión.

Indició que la información que tiene es que en marzo del 2013 se hizo la

precalificación de todas las empresas que quisieran participar en cualquier proceso de concesiones para el futuro, y bajo ningún parámetro se hizo la licitación del Marga Marga sin anteproyecto. Es más, se entregó el anteproyecto a fines del 2013 y, posteriormente, se realizó la licitación, que incluía diseño y ejecución. Y fíjese que sí se pueden comparar. Que conste que lo acaba de decir el encargado de inversiones, solo en ejecución en este momento 60,80 UF.

La licitación concesionada del Marga Marga, en diseño y ejecución, era de 47,43 UF el metro cuadrado. Por eso no lo quiere decir, porque hay una diferencia sustancial en cantidad de UF en metros cuadrados. Cuando nos prometieron que los hospitales se harían más rápidos y que serían más baratos, claramente no han sido más rápidos y ni más baratos.

Si vamos a comparar, dado que el diputado Schilling sacó el tema de la licitación en la concesión del Marga Marga, me parece perfecto. Ojalá lo hagamos con todos y cada uno de los hospitales, en Concepción, en Chillán, en Linares, y sobre todos con aquellos que no se tomó razón. Es súper relevante.

Entonces, comparemos, 47,43 UF el metro cuadrado fue la adjudicación del diseño y ejecución del Hospital del Marga Marga, y nos dicen acá que 60,80 solo en ejecución. Por eso, si el Ministerio insiste en que se licitó en marzo de 2013, que nos informe por escrito y envíe el oficio que indique que se licitó, con la firma de la ministra.

El Contralor General de la República Jorge Bermúdez Soto.

El señor JORGE BERMÚDEZ SOTO, Contralor General de la República, señor acompañado del Contralor Regional de Valparaíso, señor Víctor Hugo Merino; la asesora señora Loreto Valenzuela; el asesor señor Alejandro Valenzuela y la jefa de la unidad de apoyo legislativo, señorita Pamela Bugueño.⁴

Observaciones de la Contraloría a los contratos de obras públicas - Actos que han sido representados – Oficios de representación.

El señor BERMÚDEZ, Contralor General de la República, señaló que los documentos que acabamos de hacer llegar a la comisión son de tres tipos. En primer lugar, hay un estudio que hizo la Contraloría, que consiste en una presentación inédita respecto de las obras públicas. Si se fijan, en ese estudio la Contraloría agrupa las observaciones que se han hecho en distintos contratos de obras públicas, ya sea que los haya realizado el Ministerio de Obras Públicas, los Servicios de Salud o incluso las municipalidades, las ha categorizado y ha propuesto soluciones a esos problemas.

⁴ Sesión 4ª, celebrada el 10 de enero de 2017.

¿Por qué digo que es inédito? Porque, en realidad, la Contraloría se queda hasta la observación. Acá creo que nosotros hicimos dos cosas más. Primero, tratamos de preguntarnos por qué se produce esto y, en segundo lugar, intentamos dar una solución.

Sin embargo, también es importante mirar el informe -este estudio que tienen en su poder-, porque allí está señalado, en términos gráficos y porcentuales, qué tipo de servicios son los que normalmente tienen más problemas. Ese es el primer documento.

El segundo documento es la presentación, que es un poco extensa, pero que amerita dedicarse sobre todo a la parte relativa a los actos que han sido representados, que han sido objetados por la Contraloría y, luego, en esta misma presentación, vienen todos los oficios de representación. Es decir, vienen todas las actuaciones de la Contraloría, donde se señala fundadamente por qué no se dio curso o por qué no se tomó razón a cada uno de los hospitales que vamos a analizar o de los proyectos de diseño y construcción.

En primer lugar, una breve referencia a las facultades de la Contraloría en la materia; luego, una referencia a algo que es muy importante cuando se analizan las licitaciones: todo proceso licitatorio que dice relación con los principios de estricta sujeción a las bases y la igualdad de los oferentes y, luego, los actos tramitados ante la Contraloría durante el 2016, que básicamente se refieren a los que han sido representados u objetados.

También hay una referencia al hospital provincial de Marga Marga, pero en realidad es simplemente una noticia del estado de la cuestión, porque no se trata de un proyecto que haya ingresado a la Contraloría. Por lo tanto, no tenemos ninguna información oficial.

Facultades de la Contraloría - Control de la legalidad de los actos de la Administración – Toma de razón de decretos y resoluciones (pura y simple y con alcance) – Bases de licitación – Representación de ilegalidad - Retiro del acto administrativo – Convalidación - Actuaciones exentas.

Señaló **el señor Bermúdez** que respecto de las facultades que tiene la Contraloría, este cuadro básicamente lo que hace es, a partir de lo que establece la Constitución, en su artículo 98, inciso primero, donde dice que a la Contraloría le corresponde llevar a cabo el control de la legalidad de los actos de la Administración, cuya facultad que está en la Constitución se abre en varias otras facultades que están en la Constitución o en la propia ley.

La primera de ellas -con lo que normalmente se identifica aquí a la Contraloría- es con el trámite de toma de razón que, como se sabe, es un examen a

priori antes de que el acto entre en vigor de la legalidad de ese acto administrativo que puede ser un decreto o una resolución, que son las dos categorías de actos respecto de las que normalmente se toma de razón.

Esa es la facultad que está en juego cuando la Contraloría recibe, por ejemplo, las resoluciones que adjudican los proyectos de hospitales para su diseño y construcción. ¿En qué consiste esta facultad de toma de razón de decretos y resoluciones? Bueno, básicamente es contrastar el acto administrativo -por ejemplo, la resolución que adjudica- con el marco jurídico que resulta aplicable a ese acto administrativo. Y ese marco jurídico -hay que ser bien claro, porque sirve para después analizar lo que ha hecho la Contraloría en esta materia- está dado no solo por la ley o no solo por el reglamento, sino que sobre todo está dado por las bases de licitación.

Aquí, las bases de licitación son un elemento clave para hacer ese contraste entre lo actuado por el servicio público, en este caso, el Servicio de Salud, y, luego, el resultado que ha tenido por parte de la Contraloría.

La toma de razón puede ser pura y simple. Es decir, la Contraloría constata esta legalidad, este análisis da como resultado una luz verde, en que se constata la legalidad de lo actuado y, por lo tanto, se entiende que el acto se ajusta a derecho.

La toma de razón también puede ser denominada como “con alcance” y, en ese caso, la Contraloría lo que hace en ese alcance es precisar algún elemento que está dudoso o interpreta alguna cláusula que no está totalmente clara, y por eso, es necesario ese alcance.

Y, luego, derechamente cuando no se conforma con esa legalidad que está dada, como decía, sobre todo por las bases, si no se conforma con ese marco jurídico, entonces, lo que procede es representarlo; es decir, señalar que en algún aspecto ese acto administrativo es ilegal y, por lo tanto, que no puede nacer a la vida jurídica.

En la práctica, también se da el último punto que aparece allí, y es que el servicio cuando intuye o la propia Contraloría le ha dicho que existen problemas, puede retirar el acto administrativo y lo puede reparar si adolece de un vicio que sea todavía susceptible de algún tipo de convalidación. Eso es, básicamente, desde el ejercicio de esa facultad.

Cuando se aterriza en los procesos de licitación hay que distinguir entre la situación en que el proyecto se somete completamente al trámite de toma de razón o si tiene bases declaradas de carácter tipo y, por tanto, han sido aprobadas, previamente.

Si el proyecto no se somete a un sistema de bases tipo, lo que ocurre es que tanto las bases de precalificación que puedan existir como el acto que aprueba las bases, y luego el que aprueba el contrato, todos esos actos vienen al trámite de toma de razón. En definitiva, hay tres momentos en que actúa la Contraloría General de la República.

Por el contrario, la resolución N° 1.600 permite que existan ciertas

actuaciones exentas, por ejemplo, cuando se ha aprobado previamente una base administrativa con carácter de tipo que va a servir para más de un proceso licitatorio.

Por lo tanto, si hay una base tipo, que puede servir de manera eficaz para varios procesos licitatorios, lo único que va al trámite de toma de razón es el acto que adjudica. Eso es lo que ha ocurrido en todos los casos que vamos a analizar más adelante.

Las bases tipo sirven como marco general – Cuerpos normativos aprobados para la Subsecretaría de Redes Asistenciales: resoluciones 134 y 160 – Principios aplicables en el control de legalidad: estricta sujeción a las bases y la igualdad de los oferentes - Preguntas y respuestas se entienden incorporadas en las bases.

Indicó el **señor Contralor** que, en resumen, de tres o cuatro actos que se someten a la Contraloría, solo uno, el acto de adjudicación, pasa a toma de razón de la Contraloría, porque las bases tipo, que sirven como marco general, fueron ya objeto del trámite de toma de razón y sirven para varios procesos licitatorios.

Para el caso específico de la Subsecretaría de Redes Asistenciales hay dos cuerpos normativos que han sido aprobados. En 2015, la resolución N° 160, para el diseño, construcción, habilitación, normalización, reposición de establecimientos que se desarrollen por los servicios de Salud. En 2014, la resolución N° 134, para la construcción, habilitación, normalización, reposición o remodelación de infraestructura en Salud. En la resolución de 2014, más antigua, no está presente el caso del diseño; en cambio, la de 2015 atiende a diseño y construcción. Eso referido al marco normativo.

Como dije al comienzo, hay dos principios que son fundamentales para entender el proceso licitatorio y cómo actúa la Contraloría. Estos principios son de estricta sujeción a las bases y la igualdad de los oferentes, que son parámetros para el control de la legalidad que debe realizar la Contraloría.

El artículo 9, inciso segundo, de la ley de Bases Generales de la Administración del Estado, sirve de marco o pórtico de toda esta materia, que señala que el procedimiento concursal se regirá por los principios de libre concurrencia de los oferentes al llamado administrativo y de igualdad ante las bases que rigen el contrato.

Luego, esos principios se bajan a la ley de Bases sobre Contratos Administrativos y Prestación de Servicios o ley de Contratación Pública, N° 19.886, y se reconoce, en primer lugar, el principio de estricta sujeción a las bases: Los procedimientos de licitación se realizarán con estricta sujeción, de los participantes y de la entidad licitante –principio que también rige para la propia Administración- a las bases administrativas y técnicas que la regulen.

Por lo tanto, se rige tanto el procedimiento licitatorio como la fase de ejecución del contrato; es decir, es un momento crítico no solo el momento en que se va a adjudicar, sino que una vez que sea adjudicado y se está ejecutando el contrato es muy importante que siga vigente este principio, porque de lo contrario podría significar una trasgresión de la legalidad, y vincula tanto al que oferta -el contratista adjudicado- como a la Administración.

Dado que existe una estricta sujeción a las bases, se entiende que las bases son incorporadas al contrato y, por tanto, forman parte de la ley del contrato, de la normatividad que rige en este caso. Además, esas bases son obligatorias durante todo el proceso licitatorio.

En realidad, cuando realiza su análisis la Contraloría, más que contrastar el acto administrativo con la ley, que es muy general en estos casos o con el reglamento que sigue siendo general, debe contrastar ese acto administrativo o esa resolución con las bases que han sido previamente aprobadas, sean marco o no.

De las bases se desprenden los derechos y las obligaciones. Si se contrasta el contrato con las bases, normalmente, son bastante parecidos. Incluso, muchas cláusulas están copiadas porque en el fondo es la normatividad que rige en estos casos.

¿Por qué razón? Porque es un procedimiento que ha sido concursal, es decir, donde han participado varios oferentes y se supone que debe haber una igualdad de trato respecto de esos oferentes, y por ello ambos principios están muy relacionados.

La sujeción a las bases, tanto en la ley como en la jurisprudencia que ha desarrollado la propia Contraloría, debe ser estricta. Eso significa que tanto la adjudicación como la ejecución del contrato deben estar apegadas a esa normatividad, pero la Contraloría ha admitido cierta flexibilidad en el sentido de no desfigurar el principio por defectos de detalles o meramente formales. Entonces, ya hay una flexibilidad cuando se aplica este principio, tanto en el proceso de adjudicación como luego en la ejecución del contrato, siempre y cuando esto no incida en aspectos de fondo. Luego analizaremos los aspectos de fondo y de forma y los graficaré con algunos ejemplos.

El segundo principio es la igualdad de los oferentes. Se señala que las condiciones que están en las bases no podrán establecer diferencias arbitrarias entre los proponentes, ni solo atender al precio de la oferta, que es otro elemento que se incorpora.

Entonces, todos los oferentes deben estar en el proceso licitatorio en igualdad de condiciones, en la misma situación, para que puedan hacer esas ofertas en una competencia equitativa, es decir, en una igualdad de competencia.

Las bases no pueden establecer ni admitir que la Administración pueda hacer un trato diferenciado, ni permitir que alguno se salte algún requisito y otros no o flexibilizar un requisito respecto del cual no se ha hecho para todos los oferentes.

Desde ya, debo señalar un aspecto que tiene este principio. Por ejemplo, cuando se abre en el procedimiento licitatorio la fase de preguntas –todos lo tienen que pueden formular los oferentes, esas preguntas y respuestas se entienden incorporadas en las bases.

Por lo tanto, cuando una respuesta amplía, por ejemplo, un requisito que estaba en las bases o lo hace más restrictivo, rige no solo para quien hizo la pregunta, sino también para todos quienes están participando del proceso licitatorio.

Tal como vamos a ver más adelante, cuando en las bases se establece un determinado tipo de profesional y frente a la pregunta de uno de los licitantes, que plantea si puede ser otro, la respuesta del servicio de Salud es que “no, atégase a las bases”, quiere decir que esa respuesta rige para todos. Luego, al momento de adjudicar el servicio de Salud no puede saltar esa exigencia que ha reafirmado dos veces, en las bases y en las consultas, toda vez que lo hizo exigible reiteradamente y para todos. Es importante que eso se tenga en cuenta.

Actos administrativos rechazados o declarados ilegales por la Contraloría tramitados durante 2016 en la fase de adjudicación - Hospital de las Higueras.

Hecha esta aclaración del marco jurídico *grosso modo*, el señor Contralor pasó a analizar los actos que han sido tramitados durante 2016 y cuál es la situación en la que se encuentran.

Dado el mandato de la comisión investigadora, centro el análisis no en lo que no se ha hecho o de lo que ya ha sido objeto del trámite de toma de razón, sino que me centraré en los actos que han sido representados, es decir, aquellos que han sido rechazados o declarados ilegales por la Contraloría, en la fase de adjudicación.

Mencionaré hospital por hospital, señalando cada circunstancia que le ha afectado; luego, las observaciones que existen en la materia.

HOSPITAL LAS HIGUERAS

Razones del rechazo: a) Profesional residente de la obra o administrador del contrato no cumple con la experiencia mínima y b) Falta de permiso de edificación

El Hospital de Las Higueras fue adjudicado por la resolución N° 100, de 2016, del servicio de Salud de Talcahuano. La normativa que se aplica es la ley N°

19.886, de contratación administrativa, y las bases tipo fueron aprobadas por la resolución N° 134, de 2014. La adjudicación fue a la empresa Constructora Moller y Pérez Cotapos S.A., por un monto de 104 mil millones y fracción, y con el plazo de ejecución que aparece en la presentación.

La Contraloría, el 25 de agosto, representó, es decir, rechazó esa adjudicación. ¿Cuáles fueron las razones para la representación?

Este hospital se había adjudicado, en resolución N° 100, de 2016, por el Servicio de Salud Talcahuano. La normativa aplicable es la ley de Contratación Pública con su Reglamento y las bases tipo según resolución 134, de 2014.

Por otra parte, podemos observar la empresa adjudicataria y el número del oficio de Contraloría que lo representa. En caso de que alguien quiera corroborar la información, en la carpeta que tienen se encuentran todos los oficios de representación.

Ahora, ¿por qué se representa esencialmente este hospital?

En primer lugar, como aparece en la lámina, la exigencia del profesional residente de la obra o administrador del contrato no cumple con la experiencia mínima requerida en el punto 12.2., letra f), N° 1, de las bases administrativas tipo. Eso da cuenta del detalle que tienen estas con tantas subdivisiones.

Si uno se fija en el N° 1, dice: “Profesional Residente de la Obra o Administrador del Contrato: de profesión Ingeniero Civil, Arquitecto, Ingeniero Constructor o Constructor Civil con a lo menos diez (10) años de experiencia en construcción de Obras de Salud, se evaluará el metraje cuadrado de experiencia en área de salud o equivalentes según tabla de evaluación respectiva; se solicita presencia permanente en terreno.”. Por supuesto que eso solo se puede verificar una vez que se está ejecutando el contrato. Entonces, para poder analizarlo, había que contar, en primer lugar, con esos 10 años mínimos de experiencia.

Luego, el segundo objeto de observación está dado por la falta de permiso de edificación que obviamente es una exigencia legal. El artículo 116 de la Ley General de Urbanismo y Construcciones exige este permiso, pero ello se subsanó en uno de los reingresos que hizo el servicio de Salud. Una vez que se recibe la representación, el servicio de Salud realiza el reingreso a la Contraloría, pero solo se subsana la segunda de las observaciones que acabo de señalar. Posteriormente, vuelve a solicitar la reconsideración, pero, como no se subsanó el problema del profesional, entonces, la representación se mantuvo. Eso fue lo que ocurrió y, por tanto, ese es el estado actual del Hospital Las Higueras.

Entiendo que en algunos casos el ministerio, a través de sus servicios de Salud, va a hacer una relicitación y, en otros, va a reingresarlo a Contraloría. Si no me equivoco, este estaría en el caso de las relicitaciones.

HOSPITAL PROVINCIAL DE LINARES

Razones del rechazo: a) Empresa no informó todas las obras que estaba realizando; b) La empresa no presentó el certificado de título del Profesional Proyectista de Impacto Sobre Transporte Urbano, y c) Error en la forma de calcular las utilidades, considerando los gastos generales

A continuación, tenemos el caso del Hospital Provincial de Linares, resolución N° 426, de 2016, del Servicio de Salud Maule.

En este caso hay una breve variación en la normativa aplicable, porque aparte de la ley y el Reglamento de Compras Públicas se aplican las otras bases tipo, resolución 160, de 2015. En este caso la empresa adjudicada fue la Constructora Astaldi. La menciono, porque esta empresa se había adjudicado también otras obras, y aquí se produce un efecto dominó debido a que ciertas observaciones que aparecen en el examen de algunas obras repercutieron en el examen de otras. Por ejemplo, se observa que no se habían declarado todas las obras que se estaban realizando en un determinado momento, lo cual repercute en la situación financiera y en la solvencia económica que pueda tener la empresa en el futuro. Entonces, al haberse detectado esto en un caso, también repercute en los otros que se analizaron, aunque no se hubiese hecho presente esa misma observación, ya que también se había producido la misma omisión. Por lo tanto, el problema en este caso fue que había dos obras adjudicadas a la misma empresa.

El 20 de octubre la Contraloría representó esta adjudicación y las observaciones son las que aparecen en la lámina.

En primer lugar, La empresa no presentó el certificado de título del Profesional Proyectista de Impacto Sobre Transporte Urbano, como lo requiere el punto 3.3, letra b), de las bases administrativas tipo.

Lo que aparece pegado en la diapositiva es la foto del punto en cuestión de las bases –por eso tiene otro tipo de letra-, y dice: “Copia digital de Certificado de Título o copia del título legalizado ante Notario.”. Luego se especifican algunos casos cuando se ha otorgado el título en el extranjero u otros elementos.

En la misma representación la Contraloría señala que el profesional que se había ofrecido por el adjudicatario era ingeniero comercial y no como se exigía en las propias bases –en el 3.3.2- un ingeniero civil en transportes. Insisto, en las bases está especificado que el profesional sea un proyectista de impacto sobre transporte urbano, y dice: “Deberá ser un profesional del área de la Ingeniería que esté en posesión del título profesional de Ingeniero Civil en Transporte con experiencia en el desarrollo de proyecto de similar complejidad.”. Eso es lo que exigieron las bases.

La tercera observación es que la empresa incurrió en un error al completar el Formulario N° 11 A y al calcular las utilidades, considerando los gastos generales, lo cual también es un elemento que se debe considerar.

Ahora bien, cuando solicitaron la reconsideración, la Contraloría General de la República no la pudo acoger. En la pregunta N° 636, formulada el 14 de diciembre de 2015, la empresa solicita que sea aceptado como impacto sobre transporte urbano a un ingeniero civil con experiencia, ya que hasta el momento las bases se reducen a profesionales que posean el título de ingeniero civil en transporte, limitando a profesionales con experiencia en impacto sobre transporte urbano.

La respuesta, de 27 de abril de 2016, establece que hay que remitirse a lo señalado en el numeral 3.3.2, letra d), del texto refundido de Bases Administrativas. Es decir, reitera la exigencia de que sea un ingeniero civil en transportes, y el profesional que ellos ofertaban era un ingeniero comercial con experiencia en la materia.

¿Cuál es el problema? Que puede haber otros oferentes que efectivamente hayan presentado en su licitación a un profesional que cumpliera específicamente con esa exigencia. Si hubiese sido aceptado por la Contraloría General de la República se estaría rompiendo con el principio de estricta sujeción a las bases y de igualdad entre los oferentes.

Eso puedo decir respecto de la situación del caso Linares. Son las tres observaciones más gruesas en la materia.

HOSPITAL BARROS LUCO TRUDEAU

Razones del rechazo: empresa no presenta toda la documentación requerida.

Luego, está el caso del Hospital Barros Luco Trudeau, que también fue adjudicado por la Resolución N° 109, de 2016, del Servicio de Salud Metropolitano Sur. Aquí también se aplicaron las Bases Tipo (Resolución 160, de 2015), por ello tienen casi las mismas observaciones. El 21 de noviembre fue objetada por la Contraloría General de la República.

Aquí hay un poco más de desarrollo, porque hubo más observaciones. Por ejemplo, que la empresa no presenta toda la documentación requerida en el punto 3.2, Formulario N° 4, Capacidad Económica, de las bases administrativas tipo, no advirtiéndose la facultad del servicio para solicitar antecedentes omitidos a través del foro inverso, toda vez que ese pliego de condiciones no previó dicha posibilidad de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 40, inciso segundo, del aludido decreto N° 250, de 2004. En otras palabras, no se establecía la posibilidad de agregar más antecedentes en el foro inverso.

La comisión evaluadora tiene la posibilidad de solicitar antecedentes adicionales, facultad que se denomina “foro inverso”.

Ahora bien, como es una excepción a la estricta sujeción a las bases, es

muy acotada; se puede ampliar o no si uno aplica las facultades del artículo 40, inciso segundo, del Reglamento de Compras Públicas. No obstante, esa facultad no se usó por parte del servicio de Salud.

Hospital Las Higueras – Razones del rechazo - Obra de mayor complejidad - Los 27 servicios de salud tiene sus propias unidades de infraestructura sin una capacidad centralizada en materia de obras públicas – Diferencia con el Ministerio de Obras Públicas - Bases tipo de cada servicio o bases tipo generales – Licitación de diseño y ejecución - Posibilidad de “correr la lista”.

El **diputado señor Cristián Campos**, refiriéndose al hospital Las Higueras, lamentó que en un proyecto tan importante la Contraloría General de la República, con el criterio que corresponde y apegado a las bases, impidiera la toma de razón.

Básicamente, solicitó que el contralor nos explique, en forma detallada, cuál fue el motivo por el que verdaderamente no se pudo tomar razón de la tercera etapa de normalización del Hospital Las Higueras.

Siento que se cayó en un error muy básico, por ello contaremos con las declaraciones de los equipos técnicos del Ministerio de Salud y del servicio de Salud. La Contraloría General de la República objetó la experiencia de los años de servicio que debía tener el profesional a cargo de supervisar la obra, y si bien las bases de licitación señala que el profesional debe contar con 10 años de experiencia, efectivamente, al parecer, el profesional en cuestión tenía una experiencia mucho menor, cerca de 8 años y fracción.

No sé por qué durante todo el pinponeo entre la Contraloría General de la República y el servicio de Salud, la observación para la toma de razón no se dejó más clara. A diferencia del Hospital Marga Marga y de otros, acá no había otras empresas para ser evaluadas. Esta era la única empresa, lo cual significó que después de un año y fracción, en diciembre recién pasado, se tomara la decisión de volver a licitar con todos los inconvenientes y expectativas existentes en el área de la salud primaria.

Imagino que en este pinponeo entre el servicio de Salud y la Contraloría General, algo tan básico no se detectó al final del proceso, cual es que un profesional no cumpliera con el requisito para supervisar la obra. Imagino que en cualquier proceso de licitación es una de las evaluaciones básicas que debe tener un servicio para seguir adelante y dar la admisibilidad administrativa de avanzar hacia una evaluación económica.

En la provincia de Concepción se generó mucho debate respecto de cuál fue la diferencia entre el servicio de Salud y el Ministerio de Salud. De hecho, en una

declaración pública, la subsecretaria de Redes Asistenciales señaló que era una moda el atacar al servicio por la situación de los hospitales.

Según mi opinión, se trató de una negligencia no haber detectado que un profesional no cumplía con un requisito para una obra de esta envergadura.

El **señor Bermúdez, Contralor General de la República**, señaló que hay un principio de estricta sujeción a las bases al que se atiende cuando se realiza el trámite de toma de razón.

Las bases eran muy explícitas en esta materia y, desde el inicio, la Contraloría General de la República planteó dos grandes grupos de observaciones. En primer lugar, estaba la falta de permiso de edificación que, con el correr de los meses y entre las idas y venidas desde el servicio de Salud a la Contraloría, esa observación fue subsanada.

Efectivamente, el rechazo de la última reconsideración, a fin del año pasado, no fue por el permiso, pues durante todo ese período el servicio de Salud tuvo tiempo suficiente para regularizar la situación y finalmente obtuvo el permiso de edificación. Por lo tanto, esa observación se levantó.

El problema recae en el caso del profesional, porque efectivamente debía contar con una experiencia suficiente, ya que, además, es el profesional residente en la obra. Es decir, el requisito de experiencia era para que durante la ejecución del contrato uno pudiera constatar que efectivamente ese profesional era idóneo para ejecutar la dirección de la obra en terreno. Por eso era tan importante la exigencia; no era un requisito meramente formal. Es la persona que *in situ* debe fiscalizar y verificar que la obra pueda ser llevada a cabo, como corresponde.

Finalmente, ese fue el problema que desencadenó que no pudiera solucionarse este problema y que fuera representado este hospital.

Ahora bien, las bases hacen una distinción entre hospitales u obras que tienen mayor o menor complejidad, y aquí estamos en una obra que tiene una mayor complejidad, porque es la construcción de un hospital. Eso hay que decirlo, también.

Y aquí una pequeña reflexión, que es lo que está en ese informe, en el sentido de cómo está organizado nuestro Estado en materia de obras públicas. Si uno piensa que las obras públicas están normalmente a cargo del Ministerio de Obras Públicas y que tiene, obviamente, la experticia para poder hacerlo, pero también hay una cosa y es que la capacidad profesional está centralizada a través de la Dirección de Arquitectura, la Dirección General de Obras Públicas, la Dirección de Vialidad, etcétera.

Al revés, cuando hablamos de obras en materia de salud no hay una capacidad centralizada en materia de obras públicas, sino que cada uno de los 27 servicios de salud tiene sus propias unidades de infraestructura. Por lo tanto, hay una dispersión de las capacidades; a lo mejor, eso también ha afectado en este caso.

Entonces, muchas veces la contraparte técnica no ha dado abasto para obras tan grandes y tan complejas como es este caso y, probablemente, eso también hace que todo sea un poco más lento. Es lo que pienso que se desprende del informe.

La **diputada señora Karla Rubilar** indicó que el contralor en la introducción inicial respecto del contexto general, habló de las bases tipo que permiten reducir al tercer nivel -la adjudicación- el control de la Contraloría.

Preguntó si las bases tipo a las que usted se refiere son bases tipo de cada servicio o son bases tipo generales. Tengo entendido que en algún momento del período anterior se trabajó con la Contraloría General de la República, durante tres años, en la elaboración de bases tipo con el objetivo de hacerse cargo de los problemas que había detectado ese organismo contralor de forma sustantiva, y que ha seguido advirtiendo, de los problemas que tenemos cuando se elaboran bases en diferentes servicios y no se aplica un modelo estándar.

Por eso, lo primero que quiero entender es si estas bases tipo a las que usted se refiere son bases tipo de cada servicio o son bases tipo de cada hospital que se aprobaron en ese momento. ¿De qué de bases tipo estamos hablando? ¿Usted cree que ahí hay un problema o algo que mejorar?

Lo mismo, en el tema de que -si mal no entiendo- en algunos hospitales se está licitando diseño y ejecución, de manera que si en algún momento tenemos algún problema con esa empresa, el diseño se va con ella, es decir, tendríamos que volver a hacer todo de nuevo.

Me gustaría que hablemos un poco de ese contexto, porque creo que también se debe identificar las causas por las cuales “se caen cuatro hospitales” en un corto período de tiempo. Algo pasó, y lo quiero entender.

La segunda duda que aparece al ver los dos hospitales, es que cuando no se toma razón de la adjudicación de un servicio de salud, se puede tomar la decisión de volver, como usted decía, a tratar de subsanar las observaciones o el servicio puede decidir licitar nuevamente.

¿En algún momento se puede decidir que se “corra la lista” en las empresas que sí han cumplido los criterios? ¿O eso nunca se puede hacer?

En algún momento eso se planteó como una posibilidad de solución, lo leí en algún medio de prensa. ¿Eso se puede? ¿Qué opinión tiene usted al respecto?

La tercera pregunta es sobre el caso de Linares. Cuando se solicitó que se tomara razón en el caso del hospital de Linares, lo que se objetó en las bases que se trabajaron en el Servicio de Salud de Maule es que dice ingeniero civil en transporte y eso es, exactamente, que es justamente lo que finalmente objetó la Contraloría. Entiendo que eso lo trabaja el servicio de salud y decide cuando lo lleva a toma de razón. Ahora que sea un ingeniero civil en transporte es una decisión que toma el

servicio de salud, porque podría haber puesto ingeniero civil y nada más, y se habría verificado la toma de razón.

Quiero que se aclare esa situación en el sentido de cuando se mandan esas bases de licitación tan específicas si se trata de una decisión del servicio. Y dado que no cumple, se “adjudica” y se manda a toma de razón sabiendo que no se cumple. ¿Eso tiene alguna repercusión? ¿Debería alguien responder políticamente por adjudicar y “dejar afuera” a otras empresas?

Porque una cosa es que no se pueda hacer correr la lista y otra cosa es que si se hubiera dejado, como correspondía, afuera esa empresa porque no tenía el ingeniero en transporte, quizás, otras empresas habrían podido adjudicar, con lo que al final ese hospital se podría haber construido. ¿Hay alguna responsabilidad de quien adjudica y manda a toma de razón algo que no cumple los requisitos de forma tan obvia como en el caso de Linares?

Responsabilidad administrativa o política - Injerencia del Ministerio de Salud en las Comisiones Evaluadoras – Conflictos de interés e inhabilidades en las omisiones evaluadoras - Capacitación – Falta de expertise del Ministerio de Salud en materia de construcción de hospitales – Ponderación de diversos factores en la evaluación - Las bases tipo en el sector salud fueron elaboradas por la Subsecretaría de Redes Asistenciales – Capacitación de la Contraloría a las comisiones evaluadoras.

El **diputado señor Juan Luis Castro** preguntó qué injerencia ha tenido o no el Ministerio de Salud y la División de Inversiones respecto de la calificación que hacen las Comisiones Evaluadoras; si ha tomado conocimiento de si existen conflictos de interés en quienes conforman esas Comisiones Evaluadoras, y si existe algún grado de inhabilidad de estas personas que son nombradas por los servicios de salud. Generalmente son desconocidas porque solo se sabe quiénes son y fallan, y después tiene que tomar de nuevo los procesos como este y otros más y volver a ejecutarlo.

Incluso, tiene entendido que el Ministerio de Salud le ha pedido a usted que capacite a las Comisiones Evaluadoras de los casos que han sido objetados y no han pasado el control de legalidad. ¿Significa que esas Comisiones Evaluadoras no están suficientemente capacitadas?

Porque de este texto se desprende que la experticia del Ministerio de Salud en materia de construcción de hospitales es inferior a la del Ministerio de Obras Públicas en ese rubro. Por lo tanto, uno tiene el derecho a pensar que aquí hubo inexperiencia o falta de prolijidad al llegar a usted para hacer el control de legalidad, dada la fragilidad con que llegaron estos establecimientos.

El **Contralor señor Jorge Bermúdez** respondió que todas son preguntas muy difíciles porque tiene que ver, también en parte, con políticas públicas, y al contralor General de la República no le corresponde pronunciarse sobre decisiones de

políticas públicas sino que, una vez que se ha adoptado una política pública, ver que la ejecución se ajuste a la legalidad. Eso, como una cuestión previa que debe tenerse presente, pues no creo que sea el rol del contralor meterse en ese tipo de disquisiciones. Pese a ello, voy a contestar todas las preguntas desde la perspectiva de mi rol.

La primera pregunta es si se puede o no correr la lista, cuando se ha objetado, es decir, cuando se ha representado la resolución.

Eso depende mucho de las circunstancias. Si nos basáramos en un criterio de "solo precio", probablemente, se podría hacer eso. Es un poco lo que hace el Ministerio de Obras Públicas, porque hace una fase de precalificación donde todos los oferentes cumplen con los requisitos técnicos, el único factor que permite decidir es el precio. Por lo tanto, todos los que calificaron son aptos técnicamente para realizar esa obra pública, sea con diseño y construcción o sea solo la construcción.

En consecuencia, si falla el adjudicado, es perfectamente posible hacerlo con el segundo y así, sucesivamente. Es una decisión discrecional.

El problema está en que cuando se licita diseño y construcción pero, además, el criterio no es solo precio sino que es un criterio complejo donde se ponderan distintos factores como se ha hecho en este caso por los servicios de Salud, allí es más difícil tomar esa decisión discrecional porque precio, diseño y experticia están encadenados, por lo que esa decisión, que es discrecional en principio, es mucho más difícil de tomar, porque no es solo precio el factor que se debe tomar en cuenta para la adjudicación.

Con eso, en parte, estoy respondiendo la segunda pregunta. Diseño y construcción puede ser una oportunidad en el sentido de que puede ser mucho más rápido si todo sale bien, es decir, si tanto la fase de diseño como luego la fase de ejecución de ese diseño se realizara cumpliendo los plazos y etapas de acuerdo con lo planificado. El problema está en que cuando el mandante no tiene totalmente claro el diseño, los aumentos de obras son muy habituales. Eso es lo que ha enseñado la práctica. Obviamente significa un incremento de costos y nuevos precios, porque en el fondo el mandatario, en este caso la empresa constructora, es la que sabe lo que se va a hacer y no aquel que lo ha encargado, es decir, el ministerio en su caso.

Esa es la crítica que se hace a una licitación donde hay diseño y construcción, porque si bien puede ser más rápido, porque uno se ahorra toda la fase previa de licitación de solo diseño, en la práctica puede resultar un poco más caro, o mucho más caro, atendidos estos aumentos de obra que pueden darse durante la ejecución del contrato, y porque en el fondo está amarrado por aquel que hizo el diseño.

Pero nuevamente acá es una decisión política. Quien la toma no es la Contraloría. La Contraloría recibe o el diseño o la construcción o las dos juntas. Eso es lo que ocurre en este caso.

La tercera pregunta de la diputada Rubilar dice relación con cómo se elaboran las bases tipo.

Las bases tipo en el sector salud las ha elaborado la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Es ella la que tiene en este caso, vamos a decir la potestad normativa, para realizar estas bases tipo, y las ha aprobado con previo trámite de toma de razón para todos los servicios de salud.

Por lo tanto, las dos que existen acá, una de construcción y la otra de diseño y construcción, son bases tipo que deben aplicar cada uno de los servicios de salud. Ese es el marco normativo, y tiene carácter general para todo Chile.

En consecuencia, si hay una exigencia de un determinado profesional, para seguir con el ejemplo, el caso del ingeniero civil en transportes –no soy experto en la materia- me da la impresión de que no es una especialidad muy habitual como carrera. El momento para morigerar esa exigencia, por ejemplo, era cuando se hace la fase de preguntas y respuestas.

O sea, si ahí se hubiese dicho, por ejemplo: “Mire, para este caso basta con que sea ingeniero civil con especialización en transporte, o puede ser cualquier ingeniero con experiencia comprobada en transporte”, esa respuesta opera como una suerte de modificación de las bases que vale inmediatamente para todos los que están postulando.

Entonces, cuando dice: “Estese a lo que está en tal punto”, en el fondo estoy perseverando en lo que se dijo, y diciendo: “es ingeniero civil en transporte”, y punto. Eso es lo que se resolvió en ese momento.

Ahora, hay que decir que en esto el MOP, en la práctica, tiene mucha más experiencias en estas cosas. O sea, cuando el MOP detecta este tipo de problemas lo que hace es morigerar o flexibilizar, para todos los que están ofertando, un determinado requisito o exigencia.

Por lo tanto, la decisión de cuál es el equipo profesional, si es ingeniero civil en transporte u otro tipo de ingeniero o si es con especialización o no, es una decisión que al final toma quien está haciendo la licitación, es decir, el mandante. Ellos podrían haber cambiado totalmente el equipo y haber puesto otro tipo de exigencias. Esa es la facultad que tienen, y también están las posibilidades de respuesta que se pueden dar cuando se hacen las consultas.

Se consulta qué tipo de responsabilidades pueden surgir acá. Bueno, si hay responsabilidades políticas, no es algo que yo pueda decir. Eso no me corresponde.

Ahora, también es cierto –lo conecto con las preguntas que me formuló el diputado Castro- que dado que son veintitantos servicios de salud, cada uno con sus unidades de infraestructura, las fuerzas están un poco segregadas en el sector salud.

Si revisan el estudio que entregamos, se darán cuenta de que lo que dice el diputado Castro tiene toda la razón. O sea, quien concentra la mayor cantidad de observaciones es el sector salud, pero también porque son veintiocho.

A diferencia del Ministerio de Obras Públicas, las capacidades, sobre todo las técnicas –no tanto las técnicas en el momento de evaluación-, están concentradas a nivel de sus direcciones generales. Eso hace que haya todo un conocimiento que está acumulado.

Pero también, y hay que decirlo, para ser justos con el ministerio, hay otros sectores que también muestran debilidades tan grandes como el sector salud.

El sector municipal, por ejemplo, hace obras públicas, y muchas, financiadas muchas veces con recursos propios o del gobierno regional, y al final quedan botadas.

Hay un ejemplo paradigmático, que si ustedes van a verlo hoy día van a encontrarse con que el observatorio de Alto del Carmen todavía está ahí, y son casi 800 millones de pesos que están ahí, tirados, porque el municipio de Alto del Carmen probablemente no tiene la expertise ni la capacidad de llevar a cabo una obra pública de esa envergadura.

Respecto de qué posibilidad hay de injerencia del Ministerio de Salud en las comisiones evaluadoras, creo que aquí, solo mirando las normas, la respuesta debería ser que no hay ninguna injerencia, porque son servicios descentralizados. Por lo tanto, no hay vinculación jerárquica con el Ministerio de Salud. Es decir, la responsabilidad administrativa, en estricto rigor –no me pronuncio sobre la política-, nunca va a llegar al ministerio. Siempre va estar radicada en el servicio descentralizado. Pero eso vale no solo para el sector salud, sino para cualquier sector que tenga órganos descentralizados, porque no hay sujeción jerárquica entre uno y otro.

En los hechos -a lo mejor lo que estoy diciendo suena un poco ingenuo- puede haber una injerencia. No la conozco. Pero legalmente no puede haber una injerencia ni una orden desde el Ministerio de Salud hacia los servicios de salud que están llevando adelante un proceso licitatorio.

Ahora bien, qué ha hecho la Contraloría o qué ha ofrecido la Contraloría.

Como Contraloría, y también de acuerdo con nuestro plan estratégico, no queremos aparecer solamente como un servicio meramente punitivo, persecutor o que pretende encontrar solo las cosas malas, sino que también queremos colaborar con la administración activa.

Por eso, le hemos ofrecido a los municipios que lo quieran, y a los servicios públicos, colaborar para superar ciertas falencias existentes en la gestión, por ejemplo, capacitando. Esa es una de las vías.

Efectivamente, le ofrecí al ministerio, sobre todo para los servicios donde hay mayores debilidades, a través de nuestra división de Infraestructura, y también la

Jurídica, un pequeño módulo de capacitación en materia de licitaciones públicas, para que ellos conocieran la normativa de mejor manera, sobre todo las observaciones más habituales que surgen en la materia.

Eso está dentro del contexto de colaboración con el sector público, que es uno de nuestros objetivos estratégicos.

HOSPITAL BARROS LUCO

Elementos que surgen a propósito de un examen, se traspasan luego al otro examen – Falta de documentos para acreditar la capacidad económica – Problemas con los estados financieros - Empresa no declaró todas las obras que estaba realizando - Error en el cálculo de utilidades - Responsabilidad de la comisión evaluadora en no detectar omisiones relativamente simples. Quien es el responsable: ¿la comisión o el servicio? - Declaración de patrimonio y de conflictos de intereses de los integrantes de las comisiones evaluadoras.

El señor Bermúdez, Contralor General de la República, explicó que respecto del hospital Barros Luco, hay que decir que es la misma empresa del caso de Linares, la empresa Astaldi. Aquí se da el fenómeno que acabo de reseñar, que elementos que surgen a propósito de un examen, se traspasan luego al otro examen, porque la Contraloría no podría omitir las observaciones que ya habían aparecido. Por lo tanto, también se fijó en esos puntos. Entonces, el 21 de noviembre la Contraloría representó este hospital.

En primer lugar, hay un problema con la capacidad económica, porque la empresa no presenta toda la documentación que se exige para dar cuenta de esa capacidad. Esto está establecido en el punto 3.2 del formulario número 4. Y como habíamos dicho, no estaba la facultad para que en el foro inverso, en esa fase, pudiera complementarse esa omisión, es decir, que se entregaran los documentos que faltaban. Sencillamente, porque el servicio no había hecho uso de esa facultad que le da el reglamento. Si hubiese estado en el reglamento o si hubiese usado la facultad de reglamento, podría haber hecho uso de esa facultad de pedir el complemento.

En las bases se exige esta capacidad. Dice: “Se deberá completar la información de acuerdo a lo indicado en el formulario N° 4, debiendo adjuntarse a este la documentación de respaldo de lo informado.”.

Estamos hablando de capacidad económica y de una obra de más de 200.000 millones de pesos. “De no adjuntarse la documentación solicitada, la oferta será declarada inadmisibles”.

Es muy potente lo que dicen las bases. Desde ya, si faltaban esos documentos, no había ni siquiera que entrar a analizar nada más. Esto bastaba para haber llegado hasta ahí con el análisis.

También había un problema con los estados financieros, que se hizo presente. Está en el segundo párrafo. También se habían presentado estados financieros, con sus notas explicativas, y si no se tenía el del último ejercicio, había que entregar el del anterior debidamente auditado. Esa exigencia no se cumplió.

Luego, en el último párrafo de esta página, dice: “En el caso de detectarse la omisión o inconsistencia relativas a la información presentada, la oferta será declarada inadmisibles...”. De nuevo. O sea, ahí está la solución.

Además, se produce un problema que detectó nuestra unidad que estaba haciendo la revisión y que afectó también el caso de Linares, puesto que la empresa no declaró todas las obras que estaba realizando. ¿Por qué era importante eso? Porque, como había dicho, dice relación con las posibilidades de solvencia y de capacidad económica que puede tener a futuro, pues está establecido que mientras más obras tiene la empresa, el riesgo aumenta.

Entonces, dice: “La empresa no declara todas sus obras en ejecución, infringiendo el punto 3.2, formulario N° 5, referido a esta materia”.

Entonces, como dice allí, “en el presente formulario se debe informar la nómina de la totalidad de las obras ya iniciadas o por iniciarse, sea en el sector público o privado, nacionales o extranjeras”. Esta empresa, por ejemplo, en el caso específico de Astaldi S.p.A. estaba elaborando una gran obra pública en el extranjero, me parece que era un aeropuerto en Estonia, y eso afectó en este punto.

Enseguida se señala: “Aquellas ofertas que incorporen obras que aparezcan en el formulario número cinco y que no se encuentren acreditadas por el certificado respectivo, o que el certificado indique condiciones distintas respecto de lo establecido en el mismo formulario, será declarada inadmisibles”. O sea, nuevamente aquí es bien fuerte la sanción.

También, hubo un problema al considerar el cálculo de utilidades, al aplicar el formulario que está en el número 11A, y esas son básicamente las observaciones que se producen en este caso.

Entonces, básicamente lo que tenemos son omisiones en la presentación de la oferta en el caso de ese hospital.

El **diputado señor Juan Luis Castro** preguntó al contralor que si estamos hablando de omisiones relativamente simples, sencillas, la pregunta que uno se hace es cómo la comisión evaluadora no las detectó, porque la comisión evaluadora adjudicó derechamente, y adjudica y resulta que la Contraloría se encuentra con estas nimiedades, y uno no logra entender por qué no advirtió y no representó directamente, en vez de acoger y adjudicar derechamente para que esto terminara en la Contraloría. Contralor, eso aparece inexplicable.

Esta es la obra más grande de todas las que están con visos de ilegalidad, esta, la del Barros Luco, en monto de dinero.

Entonces, quiero consultar al contralor cuál es la responsabilidad de la comisión evaluadora, en la que al ver los nombres de los que las conforman uno se da cuenta de que hay gente muy capacitada en los ámbitos médicos, de la administración de salud, de tantas cosas, pero para esto, quién se hace cargo, quién se hace responsable de que en este caso, por ejemplo, la dilación de que se haya declarado desierto *a posteriori* y que se tenga que llamar, como se llamó, y que recién en febrero se tenga que abrir, con toda la postergación de lo que significa el Barros Luco, cómo se explica a partir de esto.

En segundo lugar, al igual como la pregunta que hizo antes la diputada Rubilar, si todas las demás empresas cumplían, porque aquí una es la que no cumplió al omitir datos, por qué no pudo seguir corriendo la lista si había condiciones similares de todos los oferentes en la licitación, en vez de haberla declarada desierta. Eso es lo que uno se pregunta, por los retardos que ello implica.

La **diputada señora Karla Rubilar** señaló que entendía al contralor respecto de que no se puede pronunciar sobre algunas cosas, pero mi pregunta es la siguiente. El contralor hace hincapié y dice: “la oferta será declarada inadmisibles”. O sea, a diferencia de las otras, aquí el no cumplimiento significaba desechar inmediatamente. Entonces, creo que algo aquí no funciona, y eso es extremadamente claro, y me tengo que sumar a la pregunta del diputado Castro, porque acá, ¿qué pasa? O sea, ¿dónde no funciona el tema?, que algo tan obvio, porque ya ni siquiera estamos hablando de, incluso, lo que planteó el diputado Castro, de que no tiene la solvencia o que la empresa omitió la información, sino que, si hay omisión e inconsistencia, tiene que ser declarada inadmisibles, y las bases son extremadamente duras en ese sentido.

Entonces, quién falla aquí. ¿Es la comisión la que falla, al no declarar inadmisibles, es el servicio, al no darse cuenta? En este caso, quiero saber quién es el responsable de algo tan evidente que no debió haber pasado, porque en lo otro uno podría decir hay interpretaciones. En todo caso, no quiero saber quién es el responsable político, sino saber dónde falló el sistema.

La otra pregunta que uno se hace a partir de la consulta del diputado Castro es si los integrantes de las comisiones evaluadoras deben tener una declaración de patrimonio y de conflictos de intereses. Quiero saber si lo relacionado con esa materia está publicado, si es el nuevo estándar o es el estándar anterior. Quiero saber qué pasa hasta ahora, porque imagino que con el cambio que nos rige ahora eso está, pero anteriormente, ¿qué declaración de conflicto de intereses o de patrimonio había en las comisiones evaluadoras que adjudican?

Responsabilidad administrativa en la redacción de las bases económicas – Utilización del modelo MOP en materia de precalificaciones – Sanción aplicable a las empresas que presentan documentos falsificados – Las omisiones claras y sencillas deben declararse inadmisibles de plano por la omisión - la comisión evaluadora hace la propuesta y la decisión la toma el jefe del servicio, que es quien dicta el acto – La responsabilidad administrativa se determina previa investigación - El reglamento de compras públicas permite optar por la segunda mejor oferta y así sucesivamente, siempre y cuando esto hubiese sido recogido en las bases – Aplicación de la ley N° 20.880; que establece las nuevas declaraciones de patrimonio e intereses - El MOP presenta menos observaciones – Exclusión de una empresa por presentar documentación no fidedigna.

El **diputado señor Leopoldo Pérez** indicó que en este caso el contralor se refirió a una inadmisibilidad por el hecho de que no se cumplió un requisito básico. Entonces, dado que para todos estos hospitales había bases tipo, generalmente técnicas, económicas y administrativas, imagino que en las bases económicas debió haber estado la capacidad económica, lo cual es un requisito básico de cualquier base tipo, más allá del tipo de obra. Provengo del mundo municipal, en el que uno de los aspectos que se analiza en las bases con las que uno acostumbra a trabajar es la solvencia.

Entonces, quiero saber si a juicio del contralor hubo responsabilidad administrativa, por el hecho de que imagino que en las bases económicas debió haber estado esa exigencia, con la que la empresa adjudicada no cumplía. A pesar de aquello, la comisión evaluadora y el servicio lo envía a la Contraloría a la toma de razón, a sabiendas que no existía información que incluso se solicita en las bases tipo. Esa es la primera pregunta.

En segundo lugar, dada la diversidad de servicios de salud, que son órganos descentralizados equivalentes a los municipios si es que queremos hacer un parangón a lo largo de todo el país, pero con capacidades profesionales distintas. Habrá servicios que tengan mayor equipo, mayor *expertise* y habrá servicios que tengan menos *expertise* o menos equipos técnicos para enfrentar este tipo de obras, independiente de la cuantía, es por tamaño.

Por lo tanto, consultó al contralor general de la República si a lo mejor no sería atendible utilizar el que podríamos denominar modelo MOP en materia de precalificaciones.

El **diputado señor Jorge Rathgeb** recordó, a propósito de la licitación del hospital Barros Luco Trudeau, que en algún momento la diputada Marcela Hernando envió un oficio para dar a conocer una eventual situación irregular en el caso de las empresas oferentes en la licitación de ese recinto. Incluso, indicó en aquella ocasión,

situación que no sé si está probada o no, que la empresa Sacyr habría falsificado un tipo de documento público.

En consecuencia, quiero saber si respecto de los procesos licitatorios futuros las empresas tienen algún tipo de sanción cuando se comprueba la falsificación. La consulta la formulé teniendo presente la situación se presentó en el proceso licitatorio del hospital Barros Luco.

El **Contralor General de la República, señor Jorge Bermúdez**, señaló que respecto de la pregunta que formuló el diputado señor Castro, está claro que si son omisiones que aparecen tan claras, tan sencillas y que las soluciones están tan palpables y tan claras en las propias bases, lo lógico es que uno esperaba era que esa oferta, que está en esa causal, hubiera sido declarada inadmisibles de plano.

Hay que tener en cuenta dos cosas: primero, si no fue así, el rol de la Contraloría es precisamente ese, hacerlo cuando el que tenía que tomar la decisión no lo hizo; para eso está la Contraloría. Es decir, no dar lugar a un acto administrativo que adjudica cuando esa oferta debió haber sido declarada inadmisibles.

Segundo, y esto responde en parte a algunas de las preguntas sobre la comisión evaluadora. Lo que hace la comisión evaluadora es hacer una propuesta, ella no toma la decisión, sino que la toma el jefe del servicio, que es quien dicta el acto. Por lo tanto, si yo no lo sé, si esto a lo mejor fue objeto de un análisis exhaustivo o no de la comisión evaluadora, pero aunque lo hubiese sido, en definitiva quien toma la decisión es el jefe del servicio y no la comisión evaluadora.

Ahora, ¿podría haber una responsabilidad administrativa? Quiero ser bien prudente, porque esas responsabilidades solo se pueden determinar previa investigación. Aquí no puedo más que coincidir en que esta es una obra cuantiosísima, hay muchos recursos públicos que estaban destinados para eso. Hay muchos recursos que se emplearon para hacer el proceso y que después terminó en un fracaso. Entonces, evidentemente eso puede significar una responsabilidad, pero uno no puede de plano, toda vez que, para atribuir una responsabilidad, siempre tiene que haber una investigación previa, y para eso están los servicios que lo hacen.

¿Podría correr la lista? Yo había dicho que esta es una facultad discrecional, que la regulación admite, pero que tiene que estar establecida en las bases. Es decir, el reglamento de compras públicas permite que se pueda optar por la segunda mejor oferta y así sucesivamente, siempre y cuando esto hubiese sido recogido en las bases, pero no lo está. Entonces, no podía hacerlo en este caso. Probablemente, no lo está por lo que ya había dicho, en el sentido que, a diferencias de otras licitaciones, que es solo precio, acá es precio, diseño, construcción y elementos técnicos. Entonces, tengo la impresión que por esa razón no se hizo así.

Con eso, en parte, respondo también lo que me preguntó la diputada señora Rubilar, porque si era tan obvio, uno hubiera esperado que esto no llegase hasta la Contraloría. Ese es un hospital y esas cajas tienen bastante fondo, no son

cajas cuadradas, son rectangulares. Eso es lo que está hoy en la Contraloría Regional de Valparaíso para el hospital biprovincial Quillota-Petorca.

Entonces, -y aquí paso un aviso- si nosotros no podemos contratar ni un funcionario adicional para este año, claro, cuando llega un proyecto tan grande, como este de hospitales, evidentemente que el servicio, en este caso la Contraloría, colapsa; solo trabaja en modo hospitales y eso es lo que nos pasa, en estos momentos, en la Contraloría Regional de Valparaíso.

Señor Presidente, sobre el tipo de declaraciones que deben hacer las comisiones evaluadoras. Vamos a decir que hay un antes y un después de la ley N° 20.880; antes de la ley N°20.880, que es la que establece las nuevas declaraciones de patrimonio e intereses, lo que debían hacer era una declaración jurada simple, en la que ellos declaran que no tienen conflictos de intereses, simplemente es una declaración.

La **diputada señora Karla Rubilar** solicitó que esta precisión quede en cuaderno separado.

El **señor Bermúdez** explicó que con la nueva ley, evidentemente, la declaración es mucho más exhaustiva, va a ser mucho más pesado también, porque es un formulario muy largo que hay que llenar y que los funcionarios debemos completar, y la Contraloría aquí tiene la facultad para hacer cruces de bases de datos. Y esto es muy importante, porque eso permite que no solo sea un depositario de declaraciones, como era hasta ahora, sino que pueda tomar eso y hacer cruces, lo que nos permite ser un poco más activos.

Respecto de la pregunta del diputado señor Pérez sobre las capacidades económicas y si estaban establecidas en las bases tipo, explicó que las bases tipo son un conjunto de normas que se tienen que aplicar a una realidad fáctica. Por lo tanto, las bases tipo, cuando exigen capacidad económica y exigen medios que den cuenta de esa capacidad económica, eso hay que contrastarlo con lo que se está diciendo. Si eso no está, o si eso es insuficiente, fracasa la licitación, que fue lo que ocurrió en el caso del Barros Luco.

Ahora, ¿no sería mejor el modelo del MOP? Tengo una opinión al respecto, y me han criticado por haberla manifestado tan abiertamente; pero mi opinión se desprende de ese informe. El MOP no es que no tenga tantas observaciones, el Cau Cau también estuvo a cargo del MOP, eso uno debe decirlo, y uno tiene el problema con las obras públicas en Chile; hay mucho dinero que se está gastando allí. Pero también es verdad que, por lo menos, en esta fase, solo en esta fase, no en la de ejecución, el Ministerio de Obras Públicas, y la prueba está en que los hospitales que ha tramitado el Ministerio de Obras Públicas, han sido tomados de razón, antes o después han sido tomados de razón. Ese es el dato que puedo aportar para responder esa pregunta.

Finalmente, la pregunta del diputado Rathgeb, respecto de si hay una sanción cuando se presentan documentos que pueden haber sido falsos, cuando se presenta documentación que no es fidedigna. Bueno, normalmente lo que existe son registros de contratistas; por lo tanto, si este fuera el caso, esa empresa debería ser excluida del registro. Pero también es cierto... Y esto es lo que ocurrió en el MOP, con el caso del Cau Cau. Ellos, en algunos casos, han aplicado la exclusión del registro contratista, aunque sea temporal en varios casos. Pero, a veces, también se forman consorcios *ad hoc* para una determinada obra. Por lo tanto, es un contratista distinto, y eso hace, entonces, difícil perseguirlos.

El señor IGNACIO CANALES, jefe de la División de Inversiones del Ministerio de Salud; señor RODRIGO ALARCÓN, director del Servicio de Salud del Maule; el señor MAURICIO JARA, director del Servicio de Salud de Talcahuano; el señor OSVALDO SALGADO, director del Servicio de Salud Metropolitano Sur, y los presidentes de las comisiones evaluadoras de los servicios señalados. ⁵

PROYECTO DE NORMALIZACIÓN DEL HOSPITAL LAS HIGUERAS

Tercera etapa del proyecto de normalización del hospital Las Higueras – Inclusión en el segundo tramo de los hospitales en construcción – Observaciones de la Contraloría: omisión del permiso de edificación y jefe de obras no tenía la experiencia profesional requerida en las bases – Cambios en la interpretación de la Contraloría – Rechazo de la insistencia – Cierre del proceso y se declara desierta la propuesta.

El señor Mauricio Jara, director del Servicio de Salud de Talcahuano, señaló que esta oportunidad le permitirá aclarar la posición del Servicio respecto de este proceso. Esta es la tercera etapa del proyecto de normalización del Hospital Las Higueras, el cual ha tenido dos etapas. La primera etapa fue licitada en 2004 e inaugurada hacia 2007 por la actual Presidenta de la República, y la segunda etapa se inició en 2008 y terminó en 2011, la que fue inaugurada por el Presidente Piñera. La tercera etapa venía en seguida; sin embargo, no se incorporó a los proyectos del programa de gobierno que quedarían en construcción.

Este es un proyecto de larga data, con una proyección de seis años de construcción en esta etapa, que es el corazón o la médula del hospital. Incluye la parte de hospitalizados, las salas de diálisis y otras unidades, lo que nos permitirá incorporar 101 camas adicionales a la red y a la región, siendo el Hospital Las Higueras no solo

⁵ Sesión 5ª, celebrada el 17 de enero de 2017.

un establecimiento de derivación de Talcahuano, que comprende cuatro comunas, sino, también, de derivación de Maule Sur y de Araucanía Norte. Con ello resolvemos, también, todas las patologías de cardiología de las provincias de Arauco y de Ñuble. Es un hospital de derivación regional, instalándose como el segundo hospital en complejidad e importancia de la Región del Biobío.

Aún cuando no fue incluido en la lista de veinte hospitales en construcción, estaba dentro de los hospitales que iban a ser licitados. Sin embargo, dado el trabajo que hicimos con las autoridades actuales -en los equipos sacamos las Recomendaciones Técnicas (RS) favorables a tiempo- y todos los trámites que realizamos, logramos subir este proyecto al segundo tramo de los hospitales que quedarían en construcción.

A mediados del año pasado se anunció que se iba a licitar la obra, lo cual se hizo con fecha 26 de mayo de 2015, las ofertas se cerraron el 10 septiembre y tuvimos en 14 días el informe de evaluación, tiempo record dada la premura que imponía el adjudicar esto en 2015.

No obstante, por temas de reprogramación financiera, se nos comunicó que no se podía adjudicar en la fecha estipulada. El 23 de mayo de 2016 se pudo enviar la resolución a la Contraloría General de la República para el trámite de toma de razón de la adjudicación.

La Contraloría General demoró tres y medio meses en dar respuesta a la nueva adjudicación, por dos razones: una, porque no presentamos dentro del expediente de adjudicación el permiso de edificación; y dos, porque el jefe de obras -de proyectos- que presentó la empresa no tenía cumplidos los diez años que se exigían en las bases de licitación.

Nosotros lo ingresamos a la Contraloría Regional, pero por sus normas de orden interno sabemos que los proyectos de costo estimado superior a cien mil millones de pesos son vistos por la Contraloría General. Al ser comunicado esto, quien habla pidió audiencia con el contralor General de la República, porque más que el permiso de edificación -que tampoco fue un problema para nosotros por razones en las que no me voy a alargar, pese a que tuvimos mala suerte, pues la municipalidad estuvo dos meses en receso, porque se cambiaron de edificio- era el factor más fácil de resolver para nosotros, porque sabíamos que solo era cuestión de tiempo.

Lo enviamos sin el permiso de edificación, y en este punto apareció un cambio, a lo menos para mí. Llevo 33 años trabajando en esto, y habitualmente la Contraloría tomaba razón con el permiso de edificación en trámite, y lo hacía con alcance. Se adjudicaba y se decía a todos los servicios que, al comenzar la obra, debíamos tener el permiso de edificación, lo que era obvio. Y esto venía como uno de los alcances fundamentales.

El otro elemento, que era el que más nos preocupaba, y de allí la audiencia que se solicitó al contralor, quien tuvo la gentileza de recibirnos personalmente el 13 de septiembre, fue por el otro factor, el asunto de los diez años de experiencia.

En esta propuesta se presentaron tres empresas, Moller y Pérez Cotapos S.A. y dos más, declarándose inadmisibles las propuestas de las otras dos. En las bases están establecidos los tres factores por los cuales los servicios tenemos que declarar inadmisibles las propuestas, y estas dos incurrieron en esas condiciones para declararles la inadmisibilidad.

Siguió la empresa Moller en la etapa de evaluación, que era la empresa que presentaba el precio más barato, 104 mil millones de pesos.

Ahora entraré en el punto que nos convoca, el tema de los diez años. En las bases de licitación, que fueron objeto de toma de razón por la Contraloría, se especifican claramente, en todos estos puntos, los factores o las características de la oferta para declarar inadmisibles una propuesta. Al revisar en detalle el documento –el que dejaremos en esta comisión-, en parte alguna de los criterios que fijan las bases de licitación está estipulado que si el jefe de proyectos no cumple con los años de servicio, la oferta debe ser declarada inadmisibles. Por el contrario, dice que ese factor estipulado en las bases debe evaluarlo usted (uno).

Sin embargo, a la comisión igualmente se le produjeron dudas, porque no era tan fácil tomar la decisión, incluso de declarar inadmisibles la propuesta, porque se corría el riesgo, siendo una sola empresa la que quedaba participando en la licitación, que esta recurriera al tribunal de compras y nos demandara allí por objetar y declarar inadmisibles su propuesta por un factor que no está estipulado en las bases. Eso hubiera significado un juicio de tres a cuatro años promedio, durante el cual la licitación quedaría detenida; por lo tanto, el costo que teníamos que pagar nosotros, la ciudad y los pacientes, resultaba bastante gravoso.

Por eso pedimos una audiencia directa al contralor, y el punto que se trató fue básicamente este.

En esa audiencia, el contralor fue muy enfático en señalar que el problema de la falta del permiso de edificación era insalvable, dijo textualmente: si no trae esto, señor director, no hay toma de razón.

Respecto del otro punto, me dijo que era opinable y que se debía estudiar, por lo me solicitó que se reingresaran los documentos. Incluso tuvo la gentileza de decirme que no los ingresara en la oficina de partes y que los dejara directamente en su gabinete para resolver esa cuestión rápido. Si no me ingresan el permiso de edificación, no habría toma de razón. Sin embargo, respecto del otro punto, se podía estudiar en base a los argumentos que aportamos en la reunión, que esa condición no estaba taxativamente estipulado en las bases, por lo que era difícil declararla inadmisibles por ese factor, más aún, cuando en las mismas bases se estipula que el Servicio, a través del inspector técnico de la obra, puede cambiar...

Es más, en las bases se consigna que a ese profesional lo podemos cambiar las veces que estimemos conveniente. Incluso, con el contralor nos pusimos un poco trágicos, le pregunté: ¿qué pasaría si ese señor muere o se quisiera ir de la empresa en la etapa de evaluación?

Luego de escuchar los argumentos, el contralor quedó de tramitar todo esto. No nos dijo derechamente que lo iba a sacar, pero era un punto absolutamente opinable.

Reingresamos, fuimos con una insistencia el 12 de octubre; quiero ser enfático en señalar que la primera vez la Contraloría se demoró casi tres meses y medio y, la segunda, que ingresó el 12 de octubre, contestó el 21 de noviembre. No fue un par de semanas sino un mes y medio más para reestudiar nuestra posición. Incluso, quedaba otro punto, porque en la insistencia ingresamos el permiso de edificación que se nos había objetado.

Pasó un mes y medio y el 21 de noviembre se nos contestó que bajo los mismos argumentos ese era un punto insalvable y que, de acuerdo a la estricta sujeción a las bases, el mismo principio que aplicamos para tener nuestra posición, se nos rechazaba y, por lo tanto, no se tomaba de razón.

Pensamos que había una equivocación porque hay muchos hospitales y servicios, y dada nuestra entrevista con el contralor, hasta hoy creemos que, aun cuando hayamos iniciado otro proceso de licitación, la estricta sujeción a las bases estipula los criterios para declararla inadmisibles, y ese no estaba. Al contrario, dice que hay que evaluarlo, y así lo hizo la comisión, por supuesto que con nota cero.

Ahora bien, pensando en la necesidad que tenemos de terminar el hospital, la decisión que se debe tomar es proyectar esto, y habrán pasado 20 años desde que se puso la primera piedra y se termine la tercera etapa. Por esa razón, decidimos, junto con los juristas del ministerio, de nuestro equipo y de otros especialistas en la materia a los que consultamos, insistir por segunda vez.

Discrepancia entre lo señalado por la Contraloría y lo dicho por el director del servicio de Salud – Responsabilidad de la subsecretaría de Redes Asistenciales – Comisión evaluó a la empresa aun cuando el profesional no tenía los diez años de experiencia exigidos – Contraloría tomaba razón con alcance en caso de faltar el permiso de edificación – El Servicio está construyendo una serie de proyectos con el mismo equipo de la empresa observada - Rechazo provoca demora de seis meses en la planificación y provocará un mayor costo.

El **diputado señor Cristián Campos** señaló que en la exposición ha quedado de manifiesto que existe una discrepancia entre lo que señaló la Contraloría y lo que ha dicho el director del servicio de Salud.

Para efectos de las conclusiones de esta comisión investigadora es necesario aclarar que hay cuatro hospitales que tienen controversias y desde que se creó esta comisión hemos observado que hay situaciones complejas que se están analizando, y también detalles distintos. Hablamos de un detalle distinto con respecto a

la experiencia que debería tener un jefe de obras y de antecedentes que hemos recibido de Marga Marga, Barros Luco y otros. Es importante dejar claro que, según lo que vemos, se mantendrá esa discrepancia. Creo que era una observación que se podría haber salvado, el permiso de edificación era un tema menor, pero existen criterios distintos entre la Contraloría y el servicio de Salud.

Indicó que le llamaba la atención que en materias tan importantes de inversión pública exista un planteamiento tan menor. No pretendo defender la posición del director, pero está claro que tenemos posiciones distintas, porque el jefe de obras pudo haber muerto, retirado de la empresa, tomado la decisión de cambiarse de lugar o salir del país. Entonces, ¿cuál es el criterio final? ¿Por qué la empresa no puede certificar a un profesional de esa envergadura al momento de iniciar la obra, que es lo que realmente importa? Por supuesto, los hitos que fiscalizan la ejecución de una obra deben exigir que quien está a cargo de supervisarla durante seis años, esté presente y se haga responsable administrativamente frente al servicio respecto de lo que va ocurriendo. Pero es muy distinto a que el profesional cuente o no con los metros supervisados en obras de esta magnitud o con la experiencia de 10 años que, sin duda, fue una discrepancia.

Creo que es una pregunta que el contralor debe responder para efectos de otras licitaciones, y así dejar alguna historia en la comisión. Esto se puede volver a presentar porque es un tema básico al momento de evaluar.

Por último, dejar de manifiesto que, a mi entender, la responsabilidad política de este gobierno, nuestro gobierno, por el anuncio que hizo la Presidenta el 21 de mayo del año pasado y que hizo la ministra en terreno, sigue recayendo en la subsecretaría de Redes Asistenciales, porque entregó los antecedentes técnicos para que la Presidenta hiciera ese anuncio.

El **diputado señor Celso Morales** preguntó específicamente si en el caso de que la comisión se hubiera dado cuenta de que no estaba el permiso de edificación, una cosa menor, y el profesional no tenía los años de experiencia, ¿lo hubieran dejado fuera de las bases?

El **diputado señor Juan Luis Castro** preguntó por qué la comisión evaluadora no reparó en que la experiencia profesional del jefe de proyecto del oferente no cumplía de manera suficiente con el requisito antes de que llegara a la Contraloría sin esa observación lapidaria.

El **señor Mauricio Jara, director del Servicio de Salud de Talcahuano**, respondió que la comisión evaluadora sí se dio cuenta. Eso está consignado muy claramente en el acta de evaluación, aun cuando no lo incluí en mi exposición por falta de tiempo. En el acta dice que el profesional no tiene los exámenes.

La duda de la comisión de evaluación fue qué hacer frente a ese caso, si evaluar la oferta o declararla inadmisibles. La decisión fue evaluarla, después de todos esos periplos que les mencioné: consultas y visita al contralor. En ese factor se evaluó a la empresa con la nota mínima, aun cuando el profesional tenía los metros cuadrados suficientes. Si hubiese tenido los diez años de experiencia, habría recibido todo el puntaje en la evaluación, pero como le faltaban tres o cuatro años para completar los diez que se pedían, se le evaluó con nota mínima; es decir, a la comisión de evaluación no se le pasó.

Respecto del permiso de edificación, tampoco se le pasó. El permiso de edificación no está incluido entre los documentos que debemos exigir a los oferentes, porque nosotros separamos el acto administrativo de adjudicar una propuesta del de empezar una construcción. ¿Qué hacía históricamente la Contraloría? Tomaba razón con alcance. Decía: tomo razón de la adjudicación, pero usted, al momento de empezar la edificación, debe tener el permiso de edificación. Era obvio; de lo contrario, la municipalidad nos puede multar. Al decir esto, no estoy juzgando al contralor, pero me parece bien que ahora tenga este criterio. No obstante, hubo un cambio.

Quiero poner de manifiesto que la mayor parte del equipo que trabaja con nosotros es gente que lleva años trabajando con la Contraloría, y uno conoce los criterios que ha aplicado dicho organismo respecto del permiso de edificación, por ejemplo. Estábamos conscientes de que no teníamos permiso de edificación, pero eso no nos preocupó porque, a lo más, la Contraloría iba a tomar razón con alcance y nos iba a pedir que tuviéramos el permiso al momento de empezar a construir, como había ocurrido en ocasiones anteriores.

Nosotros tenemos una cartera, que no se las alcancé a exponer. Con esa misma empresa estamos construyendo el Hospital de Penco, que es un hospital nuevo. También estamos construyendo cinco Cecof, tres o cuatro Cesfam y otros cinco SAR. En el periodo 2014 tenemos una cartera de proyectos en que participa el mismo equipo, que tiene años de experiencia de trabajo. Por ejemplo, la jefa de inversiones fue la que llevó adelante la construcción del Hospital de Los Ángeles.

Trabajamos con la Contraloría bajo esos criterios, creyendo que íbamos a seguir con los mismos. Entonces, no se trata de que la comisión de permiso de edificación haya cometido un olvido o una omisión. Lo que pasa es que ese permiso no era requisito en esa etapa. Estábamos adjudicando una licitación, en ese momento no estábamos construyendo. Pero okey, aceptamos el nuevo criterio de la Contraloría, lo hemos aprendido.

Como les digo, no fue el punto que llevamos a la mesa en nuestra entrevista con el contralor. Nuestra duda se refería a la forma en que deberíamos actuar respecto de los diez años de experiencia que se exigían como requisito: si declarar la propuesta inadmisibles y asumir el costo que podíamos pagar, que la empresa recurriera al tribunal de compra, lo cual significaba dejar el proyecto parado por cinco años más, o arriesgarnos en base a la entrevista que tuvimos con el contralor.

Si en ese momento el contralor hubiese sido claro con nosotros y nos hubiese dicho que en tal caso la adjudicación era imposible, como lo afirmó en forma clara y tajante en esta comisión, nosotros no habríamos seguido perseverando y con eso habríamos ganado cinco o seis meses, desde ese momento. No obstante, no fue así.

Respecto de su consulta, le respondo que no me siento engañado ni mucho menos. Creo que tenemos que conocer a la nueva autoridad; existen otros criterios y debemos seguir trabajando por sacar adelante la cartera de proyectos que hemos comprometido en el programa de la Presidenta. Este proyecto tuvo un atraso de cinco o seis meses respecto de lo que estaba planificado, pero lo vamos a adjudicar en junio o julio.

Por supuesto que ya conocemos el criterio respecto de este punto y, si nos vuelve a pasar, lo vamos a declarar inadmisibile. Dios mediante, espero que alguna empresa no impugne tal resolución. En ese caso, el tribunal tendrá que dirimir. Esperemos que no, sino que estemos todos de acuerdo y tengamos el mismo discurso.

Sobre la consulta del diputado Leopoldo Pérez que las bases de licitación son bases tipo que se elaboraron en el Ministerio, con asesoría de los servicios de Salud. Consensuamos unas bases al principio del periodo y de ellas se tomó razón. Son las mismas bases que usamos todos los servicios de Salud para licitaciones de ese tipo.

En cuanto a la consulta del diputado Juan Luis Castro si se justificaba relicitar todo por esos dos puntos, respondió que en este proceso hemos tenido la razón pero tenemos que acatar lo que ordena la autoridad. Es el contralor quien toma razón. Nosotros creemos que teníamos la razón jurídica en este punto.

Respecto del otro punto hubo un cambio de posición y por eso tramitamos el permiso; pero respecto del otro punto, seguimos creyendo que no era objeto de declarar inadmisibile la propuesta, sino que había que evaluarla. Fue lo que hicimos, y la única propuesta que hubo fue la que ganó.

¿Cuáles son los costos que podemos pagar en esta nueva licitación? Seguramente vamos a tener una oferta más alta que la original, que fue de 104.000 millones de pesos. Esperemos que no, pero lo más probable es que deberemos pagar un costo no menor por todo este periodo.

El **diputado señor Juan Luis Castro** indicó que vamos a pedir cuaderno separado para esa última afirmación del director, de la cual el contralor tendrá que hacerse cargo.

HOSPITAL DE LINARES

Relación histórica del proyecto – Construcción mediante sistema de concesiones. El 15 de diciembre de 2016, se declaró desierta la licitación pública para dicho proyecto – 19 de diciembre de 2016, llamado a licitación pública para el proyecto Diseño y Construcción - Adjudicación a la Empresa Astaldi SpA – Observación de la Contraloría: ingeniero comercial propuesto no cumple con la profesión solicitada en las bases administrativas; obras no declaradas por la empresa y error en el cálculo del porcentaje de utilidades sobre el costo directo más gastos generales – Duración del proceso total del proyecto 486 días, de los cuales 193 días estuvo en la Contraloría.

El señor Rodrigo Alarcón, director del Servicio de Salud del Maule, expresó que nosotros tenemos una situación bastante compleja y la queremos plantear en una línea de tiempo.

Nuestro Hospital de Linares data de 1956, y se construyó bajo un modelo sanitario muy diferente al de hoy. Si bien su infraestructura presentó daños a raíz del terremoto de febrero de 2010, mantuvo su operatividad, lo que lo diferencia de los otros hospitales de la región, que resultaron destruidos. Por lo tanto, se buscaron alternativas diferentes.

En este caso, otra de las causales para reponer el hospital dice relación con el desarrollo tecnológico y las demandas de la comunidad de Linares en términos sanitarios. Actualmente, contamos con una red que resuelve las necesidades de salud de más de un millón de personas y tenemos la suerte de contar con tres hospitales mayores, cinco hospitales de mediana complejidad y cinco más de baja complejidad. Es decir, tenemos una red hospitalaria bastante grande, con más de 6.000 funcionarios.

Ahora bien, dada esa necesidad que se agudiza en 2010, en 2012 se planteó que el Hospital de Linares fuera construido a propósito del sistema de concesiones.

En 2014 el trámite llegó solo hasta la etapa de anteproyecto, de los certificados de no objeción, previa para pedir el financiamiento y ser licitado. Por lo tanto, en 2014 el hospital estaba bastante lejos de ser licitado.

El 21 de julio de 2015 se autorizó el llamado a licitación pública para el proyecto Diseño y Construcción Hospital Provincial Linares.

El 15 de diciembre de 2016, se declaró desierta la licitación pública para dicho proyecto.

El 19 de diciembre de 2016, se autorizó el llamado a licitación pública para el proyecto Diseño y Construcción Hospital Provincial Linares, el cual actualmente está en curso.

Quiero expresar que esta red tiene un equipo bastante grande; tiene un convenio de programación entre el Ministerio de Salud y el Gobierno Regional de más de 530.000 millones, que contempla cinco hospitales y una cantidad muy importante de Centros de Salud Familiar (Cesfam), Servicios de Alta Resolución (SAR) y Centros Comunitarios de Salud Familiar (Cecosf).

Entonces, en la región tenemos tres hospitales en total, 30 comunas, con sus respectivos departamentos de salud, 41 centros de salud familiar y 58 postas. Es una de las regiones más extensas y poblada del país en comparación con otras regiones grandes.

Los proyectos de diseño aprobados en los últimos 5 años son 6 Cesfam, 7 Cecosf y 9 SAR.

Los proyectos de construcción aprobados en los últimos cinco años son 2 hospitales: Curicó, a través del decreto N° 108, del Ministerio de Obras Públicas, y Talca, que está en proceso de término de puesta en marcha; 13 Cesfam, 6 Cecosf, 7 postas y 7 SAR. Todo ello respaldado por un equipo de más de 30 profesionales; además, compras, asesorías y consultorías.

Por lo tanto, hemos gastado una cantidad muy importante de dinero en diseño y licitaciones. Hemos acumulado experiencia suficiente para llevar a cabo esa tarea. Creo que lo hemos hecho aceptablemente bien.

¿Qué pasó con el caso particular del Hospital de Linares? El Hospital de Linares es un complejo hecho en dos volúmenes sobre un terreno que no tiene problemas para ser construido. Está diseñado, como todos los hospitales en Chile, con Sistema de Aislación Sísmica, con una lógica de Eficiencia Energética y con una serie de estándares de seguridad y protección contra el fuego, entre otros. Este proyecto no pretende incrementar el total de camas del hospital, sino más bien complejizarlas.

De acuerdo con lo observado, nuestras redes requieren más pabellones y más camas para pacientes críticos, de cuidados intensivos y para problemas de salud mental.

Tuvimos una crisis muy severa, a propósito de los niños del Sename, y requieren de atención y hospitalización, y no tenemos los recintos en el sector público para acogerlos. Por ello, este hospital plantea que se incorporen 21 camas de salud mental a la red.

La población beneficiaria de este hospital es de alrededor 270.000 personas y una inversión estimada en alrededor de 137.000 millones.

¿Qué ocurrió con la licitación?

Para focalizar dónde estuvo la dificultad quiero plantear que hubo un primer examen denominado admisibilidad de la propuesta, vale decir, en ella se revisan los antecedentes y si la empresa presentó todo lo requerido. Encontramos que superaban esa primera evaluación.

Luego, corresponde una segunda evaluación, en este caso es económica, donde revisamos la capacidad económica -a propósito de documentos jurados y notarializados en Chile o el extranjero- que presentan los diferentes oferentes y se consigna el valor de la oferta.

Posteriormente, en un segundo nivel, se hace la evaluación técnica, en la cual evaluamos la experiencia del oferente –esto de acuerdo con la misma base tipo que hemos usado todos los servicios-, se evalúa la experiencia de los profesionales de la obra y la experiencia de los profesionales para la etapa de diseño. Esta etapa también la superan.

Luego, en un tercer nivel de revisión aparece la dificultad de que uno de los profesionales –después aparece consignado por la Contraloría- que estaría a cargo del estudio del impacto vial del hospital no tiene el título exigido, si bien es un ingeniero, pero no un ingeniero civil en tránsito. Nos dimos cuenta de esa situación en el proceso de evaluación.

Por lo tanto, es importante mirar por qué tomamos esa decisión, porque tenemos un proceso que si uno lo mira en la nota inicial, como región llevamos siete años tratando de adjudicarnos un hospital para construir, y por diferentes razones hasta este momento no lo hemos logrado.

Metodológicamente, planteamos que debe haber igualdad de los oferentes, eficiencia en los actos de la administración del Estado y, en última instancia, un criterio finalista que consiste en evaluar si lo que estamos revisando, lo que genera la dificultad, realmente compromete el futuro del proyecto, nos arriesga al fracaso o a que este hospital no resulte o a que la empresa no cumpla con las expectativas que tenemos en relación con la demanda de la población y a la propia licitación.

De acuerdo con esos criterios, el comité que hace la evaluación y la proposición plantea que son admisibles, que efectivamente existe esa salvedad, pero no obstante ello nos parece prudente adjudicarla y la Contraloría será en su momento quien nos dirá si es admisible o no. Se propuso adjudicar a la Empresa Astaldi SpA y se notificó a la Contraloría.

Quienes componen esta comisión como firmantes finales son el subdirector (s) de Recursos Físicos Y financieros, señor Pedro Sánchez Arévalo, ingeniero comercial, que además trabaja normalmente en el área de abastecimiento y tiene mucha experiencia en compras públicas; el director del Hospital Base de Linares, señor Nolasco Pérez, ingeniero comercial, y el jefe del Departamento Recursos Físicos, señor Aníbal Lobos, ingeniero comercial, quien ha participado en casi todos nuestros proceso de diseño, licitación, posterior adjudicación de hospitales y en el seguimiento de aquello.

Me acompaña en esta sesión el señor Víctor Sepúlveda, ingeniero civil industrial, quien ha participado en muchos proyectos hospitalarios en Chile, particularmente en Talca, Viña del Mar y Linares.

El equipo asesor de evaluación lo compone un constructor civil,

arquitectos, ingeniero mecánico, abogados, ingeniero biomédico, Ingeniero comercial, etcétera, y todo el equipo que uno requiere, que es bastante extenso, para evaluar una oferta de esa naturaleza; además fueron quienes hicieron el anteproyecto, en términos de ver qué íbamos a demandar.

El proceso total del proyecto, desde que lo licitamos el 31 de julio de 2015 hasta que se declaró desierto, en diciembre de 2016, duró 486 días, de los cuales 193 días estuvo en la Contraloría.

Entonces, por diferentes razones, ya sea por algunas modificaciones a las bases tipo y después por las consultas, las consideraciones y las observaciones a la Contraloría, que demoraron alrededor de 120 días, vemos que prácticamente el 40 por ciento del tiempo la licitación está en la Contraloría.

Es interesante señalar que lo anterior termina imponiendo una mayor tensión por poder adjudicar, porque si cada proceso demora alrededor de 480 o 500 días, en el marco de una administración se cuenta prácticamente con dos posibilidades, a lo más, de hacer licitaciones.

También quiero señalar que reglamentariamente, y así lo establece la ley de Compras Públicas, esta es la primera licitación. La ley de Compras Públicas establece que se puede hacer una primera, una segunda, que por alguna razón, si resultare desierta, se puede hacer una convocatoria a una licitación privada, que es por invitación y, por último, en la cuarta licitación, si hubiere razones que lo ameritaren, cuando no hubiere oferentes, se podría hacer un trato directo. Por lo tanto, esta es la primera licitación de este hospital.

No se adjuntó copia del certificado del título del proyectista sobre el transporte urbano, que es un ingeniero. En su momento, el certificado no estaba, lo que se consideró un error formal. Se consultó al Registro Civil y se constató que efectivamente allí aparecía el certificado de título del mencionado profesional. En segundo lugar, se determinó que ese profesional, que es ingeniero comercial, no cumple con la profesional solicitada en las bases administrativas y, en tercer lugar, se detectó un error formal: que el oferente calculó el porcentaje de utilidades sobre el costo directo más gastos generales, debiendo haberlo calculado sobre el costo directo. Esto es importante, porque el costo final de la obra no varía sobre la base de ese error de cálculo, sino que sencillamente se trataba de un error porcentual, el cual evidentemente pudo haber sido subsanado, lo que no afectaba el valor de la oferta.

Por otra parte, la Contraloría General de la República nos responde exactamente lo mismo, órgano que agrega que el oferente habría omitido, a propósito de otras licitaciones, que tiene obras en ejecución en el extranjero, de las cuales nosotros, en la declaración jurada, no pudimos ni teníamos cómo tener conocimiento, porque es una declaración jurada que es complejo de confirmar. Con posterioridad, cuando la Contraloría General de la República lo declara, lo buscamos a través de las redes de comunicación y nos encontramos con que ese hecho era así.

Lo que entendemos en este momento es que ese oferente en particular no

va a cumplir las condiciones, particularmente por esta situación y, probablemente –tal como lo dijo el colega director que me antecedió en el uso de la palabra-, porque también hay una diferencia en el tercer nivel de evaluación, que se refiere a este profesional, cuyas características veremos más adelante.

Con posterioridad, se reevalúa todo el proceso, en este criterio que la Contraloría General de la República dejó bastante claro, en términos de que si las bases establecen que el profesional requiere un determinado nivel de expertise o experiencia, se debe cumplir con aquello.

Respecto del proyectista, se pide un ingeniero civil en transporte, en este caso es un ingeniero comercial; se pide experiencia en desarrollo de proyectos de similar complejidad. En este punto, quiero llamar su atención sobre su experiencia: tuvo a su cargo la dirección del departamento del Tránsito en la Municipalidad de Las Condes; hizo el estudio del hospital Santiago Oriente, del hospital Geriátrico, del hospital del Cobre, en Calama, del hospital Militar, del hospital San Juan de Dios, así como en las siguientes ciudades, Victoria, Nueva Imperial, Temuco, Arica, Coquimbo, Osorno, Rancagua, Calama, del edificio de estacionamientos de Arica, y de la Clínica Ñuñoa.

Ciertamente, estamos en una situación compleja, porque se trata de una persona que cuenta con experiencia, pero no tiene el título. ¿De quién es el error? De la empresa que lo presenta, como nuestro, ya que al mirar la situación en retrospectiva, a pesar de los veintiún años de experiencia que tenía y sobre la base del criterio establecido, el cual a mi juicio es un tanto rígido, tendríamos que haberlo declarado desierto.

¿Qué pasa en el análisis de las otras empresas? La situación se repite sistemáticamente. Por ejemplo, en el caso de proyectista de transporte urbano, se pide ingeniero en transportes, y Astaldi presenta un ingeniero comercial; FCC Construcción, en el caso de un ingeniero civil en transportes, presenta un ingeniero civil, en el caso de un arquitecto e ingeniero ambiental, presenta a un ingeniero en ejecución; en el caso de un ingeniero en clima, presenta un ingeniero en ejecución en calefacción; la empresa Moller, en iluminación se presenta un arquitecto, en circunstancias de que se le pidió un ingeniero; en otro caso, se le pidió un arquitecto e ingeniero, y ofrece un ingeniero en ejecución; se pide un profesional de obras eléctricas, se presenta un ingeniero civil y un ingeniero en ejecución en electricidad. Todo esto ocurre en el tercer nivel de evaluación. La misma situación se puede observar con Acciona y con Sacyr.

Para terminar, en términos de balance, ayer, 16 de enero, hicimos la consulta a la Contraloría General de la República porque toda vez que tenemos abierta esta licitación nuevamente, vuelve a aparecer la misma pregunta por parte de uno de los oferentes: se nos consulta si es posible presentar un profesional que no sea el estrictamente indicado en las bases. Al respecto, colijo de la presentación hecha por el propio contralor, que si yo, en las bases, en momento de las preguntas y respuestas, contesto que sí es posible, en el entendido de que efectivamente ello no afectará la ejecución de la obra ni generará otro tipo de problemas, esto sí sería posible.

Al respecto, para nosotros es relevante decir que ese es un cambio de criterio. Siempre fuimos educados como administradores, por parte de la propia Contraloría General de la República, en la estricta sujeción a las bases, que implica no modificar nada. Fui formado así, y llevo 30 años en el sector y hoy, al escuchar al contralor, puedo entender cuando dice que si no afecta el criterio final, ni arriesga la obra, no genera perjuicio y tampoco lo genera en relación con los otros oferentes, eso sería posible en el momento de las preguntas y respuestas, antes de la apertura de la oferta.

El 16 de enero consultamos formalmente esa situación a la Contraloría General de la República, organismo al que señalamos que las empresas preguntan si es posible modificar las bases, toda vez que otra vez vuelve a aparecer la misma persona, con 25 años de experiencia, con múltiples estudios, pero que no tiene el título indicado. Por lo tanto, ¿puedo yo como director en esta licitación, decir que estoy dispuesto a modificar lo concerniente al título, manteniendo los requisitos de capacidad técnica y expertise? Eso fue lo que consultamos a la Contraloría General de la República.

Quiero entender, a partir de lo que vi de la presentación del contralor, que eso fue lo que dijo. Sin embargo, también nos pasa lo que comentó el colega que me precedió, de que uno tiene la percepción de que eso entendió, en circunstancias de que eventualmente puede no ser así. Por lo tanto, optamos por hacer la pregunta de manera formal.

Cambio en el sistema de financiamiento para la construcción de hospitales – Reforzamiento equipos técnicos y profesionales con experiencia en evaluación y revisión de ofertas – Construcción más cara por el sistema público – Excesiva demora en la tramitación de Contraloría –Error en la percepción del criterio de la Contraloría - El director el servicio de Salud no decide quien construye sino que deciden los ministerios de Salud y de Obras Públicas.

El **diputado señor Romilio Gutiérrez** señaló que el hospital de Linares estaba en licitación a inicios del 2014. La razón que nos dio la ministra, en ese minuto, para retirar la licitación, no era de carácter técnico ni que el proyecto no estaba visado, sino que el gobierno actual no compartía la línea de financiamiento, vía concesión, y lo quería financiar con recursos públicos, porque salía más barato. Entonces, me gustaría una aclaración al respecto, porque en la presentación no dice por qué el hospital de Linares lleva un atraso de tres años.

En segundo término, me interesa saber por qué el hospital de Curicó, que era gemelo del hospital de Linares, similar en casi todo, salvo en el número de camas, sí se adjudica y no así el de Linares. Al respecto, el contralor ha manifestado que los equipos de salud de los servicios de salud no estaban preparados aparentemente para una licitación de esa complejidad. Sin embargo, aquí hubo una decisión política, que a

lo mejor no se le consultó a los servicios regionales, respecto de cuáles eran los hospitales que quedaban en manos del Ministerio de Obras Públicas y de cuáles tuvo que asumir el Servicio de Salud. En este punto quiero saber si se reforzaron los equipos técnicos y si se les asignó recursos para contratar profesionales con experiencia en evaluación y revisión de ofertas. Lo consulto porque evidentemente este es un tema bastante más complejo, y en una reunión que sostuvimos con él junto con el senador Hernán Larraín, conversamos que aquí las ofertas de las empresas son bastante más complejas y que estas deben tener un respaldo técnico. Por lo tanto, con cualquier medida que se tome, que vaya en la dirección de anular una oferta o dejar fuera otra, uno se expone a acciones legales, que pueden retrasar bastante las obras, más cuando entendemos que nuestros invitados también estaban bajo esa presión.

Por lo tanto, quiero saber si el equipo técnico del Servicio de Salud del Maule se vio reforzado y tuvo apoyo técnico extraordinario, porque tenemos entendido que para este nuevo proceso de licitación se ha llegado a un acuerdo para capacitar a los equipos, lo cual supone que estos no estaban capacitados. Entonces, me gustaría saber qué medidas se van a tomar de aquí en adelante para evitar que esa situación se vuelva a repetir.

El **diputado señor Celso Morales** planteó que la decisión de sacar los hospitales de la vía de concesión y pasarlos a la vía de financiamiento público, era que el metro cuadrado iba a salir mucho más barato. Hoy, los números nos señalan todo lo contrario o que en esa variable no se justificaba. Preguntó si fue un error haber sacado estos hospitales del sistema de concesión.

Ahora, nuestro invitado señaló algo que considero de absoluta gravedad, cual es que el tiempo que se demora en la Contraloría para adjudicar. Me parece que puede tener razón, pero pido que fundamente más este punto.

Por último, las bases de licitación señalan que se requiere un ingeniero civil en transportes –ustedes hicieron las bases, ustedes colocaron ese requisito- y después justifican que, a lo mejor, si la persona tiene la experiencia, se puede mandar igual a la Contraloría. ¿Se pone en la balanza el tiempo que se va a demorar una nueva licitación si es rechazado? Es decir, por tratar de avanzar rápido, se la juegan con la posibilidad de que la Contraloría pueda hacer una interpretación favorable a lo que creen, pero si fallan, hay cinco meses más de atraso para Linares. Entonces, ¿por qué actúan con ese “tincómetro”, en términos de decir que puede que este tema pase en la Contraloría?

El **diputado señor Carlos Abel Jarpa** preguntó por qué se eligió la construcción de los hospitales de Curicó y de Linares por vías distintas, porque, como lo señaló el Contralor mientras en el Ministerio de Obras Públicas había anomalías graves del orden de 30 por ciento, en el servicio de Salud las había del orden de 50 por ciento.

El señor **Rodrigo Alarcón, director del Servicio de Salud del Maule**, explicó que para optar por la vía de la licitación tradicional del ministerio, concurren dos variables. Una es la mirada política, en términos de si la concesión es lo mejor para tener un hospital. Personalmente participó en el diseño y en la licitación del hospital de La Florida y, en su calidad de director del servicio, en el diseño del modelo de negocio del hospital de Antofagasta. Por lo tanto, tengo una visión bastante cercana de lo que son las concesiones. Pero, ciertamente, aquí hay un tema de estimación de precio y de funcionalidad.

Además -haré llegar los documentos que así lo certifican-, el proceso no estaba en ese momento en licitación. Eso es lo que entiendo.

Precisó que al momento de asumir la Presidenta Bachelet, Linares estaba en la cartera de concesiones. Ahora, lo que debo revisar es si se estaba licitando la concesión, porque, según entiendo, aquello no estaba ocurriendo, sino que estaba en etapa previa a la licitación de la concesión. Por lo tanto, y desde esa perspectiva estricta, era un hospital que estaba en proceso de licitación, pero no se estaba licitando en ese momento. No se retira una licitación que está abierta o en el portal, sino que se saca antes de la cartera de concesiones. Esa es una decisión política que no me compete.

Lo segundo, es que nos hemos ido fortaleciendo. En toda disciplina, particularmente en materia de salud, el fortalecimiento no implica desconocimiento. Cuando decimos que hemos contratado o estamos haciendo el esfuerzo de contratar, y la propia Contraloría ha ofrecido colaborar en la formación de nuestros profesionales evaluadores de licitaciones, simplemente es que tenemos un nivel de competencia que no es poco, pero que ciertamente puede ser mejor y, probablemente, hoy se está demostrando que, en este caso en particular, en el contexto de lo que hacemos como servicio, probablemente, pudiera no haber sido suficiente.

Por último, el acuerdo de quién ejecuta una obra es entre los Ministerios de Obras Públicas y de Salud. No es una decisión del director el servicio de Salud. Por lo tanto, no puedo plantear cuál es la razón que está detrás de qué hospital va por determinada vía.

A propósito de concesiones, me ha tocado tener mucho contacto con el Ministerio de Obras Públicas a nivel local y, a nivel nacional, a propósito de la construcción del hospital de Curicó, por la vía del decreto 108.

Creo que es interesante mirar los hospitales, porque son complejos. Creo que ahí hay que hacer un análisis un poco más selectivo, en términos de lo que ha ocurrido no solo con la construcción general del MOP, sino con la construcción específica del MOP en hospitales.

Quiero recordar que el MOP construyó el Hospital Militar, el cual se terminó en un plazo superior al que estaba programado. Posteriormente, la empresa constructora OHL demandó al Estado y al Ejército, ganó el juicio y se pagó una diferencia.

Por lo tanto, ahí el plazo no se cumplió y, además, salió más caro de lo que estaba planteado inicialmente. Por lo tanto, si bien tengo la mejor opinión del Ministerio de Obras Públicas, creo que la comparación de obras hay que hacerla hospital contra hospital, porque tienen una característica compleja, que tiene que ver con su evolución técnica y la larga data de los diseños.

En siete años, la norma técnica y la norma sanitaria cambian, la tecnología cambia y eso impulsa cambios en la propia construcción. Eso nos ha pasado sistemáticamente. Los períodos que median entre que se genera un proyecto y se concluye, son bastante largos. Entonces, hay cambios tecnológicos, de los cuales hay que hacerse cargo, que eventualmente afectan el plazo y el precio. Creo que eso ocurre para ambas carteras.

El **diputado señor Romilio Gutiérrez** preguntó si los plazos de la nueva licitación que son bastantes más breves que la anterior pondrían en riesgo la licitación, porque es posible suponer que las mismas empresas que ya fueron evaluadas van a volver a participar; pero también podrían presentarse nuevas empresas y que podrían reclamar del plazo. ¿Existe esa posibilidad o ese asunto está zanjado? Porque son 60 días del proceso de licitación, y una de las razones que dieron de por qué se habían dado tantos meses en la licitación anterior, para los estudios y las consultas, era lo complejo de la obra. Entonces, con estos nuevos plazos, estaríamos suponiendo que las empresas nuevas estarían impedidas de participar, porque no van a tener el tiempo para evaluar. Me gustaría que aclarara ese punto.

El **señor Rodrigo Alarcón, director del Servicio de Salud del Maule**, explicó que en la primera licitación tuvimos siete oferentes válidos, y en la fase de preguntas y respuestas uno puede darse cuenta de si existe esa situación. Ahora, si esa situación existe, el director tiene la potestad de aumentar el plazo de la licitación, de manera de mejorar la posibilidad de que haya más oferentes, es decir, es perfectamente legal y posible hacerlo si fuere necesario.

NORMALIZACION HOSPITAL BARROS LUCO

El **señor OSVALDO SALGADO, director del Servicio de Salud Metropolitano Sur**.

“Complejo Asistencial Red Sur, CARS”, proyecto integral e integrado, que incluía al Hospital Barros Luco, al Hospital Exequiel González Cortés y al Hospital Lucio Córdova – Reformulación del proyecto y construcción del Hospital Exequiel González Cortés – Tiempo como factor relevante en los proyectos.

El señor Osvaldo Salgado, director del Servicio de Salud **Metropolitano Sur**, expresó su mayor disposición a acatar, asumir y aprender de los dictámenes de la Contraloría que, como expresó el contralor en la sesión pasada, su institución debió realizar un arduo trabajo para emitir un pronunciamiento en la materia que nos convoca.

Reconoció que para su servicio, también fue una labor ardua e intensa. Sin embargo, creemos haberla hecho con profesionalismo y de manera bastante acuciosa, buscando siempre en todo el proceso, no solo en la licitación, alcanzar, de manera rápida y amplia, la ejecución del proyecto, cuyo espíritu ha sido mantener una total transparencia, objetividad y ecuanimidad en este proceso.

Respecto de la normalización del hospital Barros Luco, le pareció importante hacer una apreciación de antecedentes, porque este hospital era parte de lo que llamamos: “Complejo Asistencial Red Sur, CARS”, un proyecto integral e integrado, que incluía al Hospital Barros Luco, al Hospital Exequiel González Cortés y al Hospital Lucio Córdova, una manera de gestión novedosa.

El proyecto se estudió y tenía el RS a fines de 2009. Incluso, estuvo a punto, por parte del gobierno entrante en 2010, de haber tomado la decisión de ejecutarlo. Sin embargo, se tomó la decisión de no hacerlo y, en lugar de eso, reformular el proyecto y construir el Hospital Exequiel González Cortés, lo cual significó un enorme problema como proyecto para el hospital, problema que hemos tenido hasta ahora.

A modo de ejemplo, cuando asumí la dirección en 2014, la sugerencia del director anterior fue: “Mira, cierra, termina este proyecto; termina el contrato, porque es terrible”.

La decisión nuestra fue continuar y el hospital está a punto de ser construido en dos o tres meses. Pero lo que quiero decir, a propósito de esto, es respecto a la complejidad que implicó esa decisión, porque el hospital Barros Luco tuvo que ser tomado de una parte de un proyecto general, adaptado, trabajo que hicimos en un tiempo bastante corto, de manera que pudimos lograr el RS de este nuevo proyecto, con todas sus nuevas complejidades, en un tiempo récord.

Por otra parte, el Servicio de Salud Sur cuenta con equipos –a propósito de las conversaciones que hemos escuchado acá; este es uno de los servicios más grandes del país- potentes y de capacidad demostrada. El jefe de nuestro departamento de inversiones es una persona experimentada, es el jefe de inversiones del ministerio, con experiencia en el mundo privado, y a quien tenemos en nuestro

servicio. Por lo tanto, contamos con un equipo grande de gente muy experimentada, y la cartera de servicios de proyectos -que está ahí- es muy amplia. Probablemente, esta es la cartera más amplia del país, en términos de variedad y de montos a ejecutar, lo cual nos parece que da cuenta de nuestra capacidad para ejecutar el proyecto.

Me interesa hacer mención de una cuestión relevante. Creo que la preocupación de todos, y el motivo de esta comisión -probablemente el motivo central-, es el tiempo. Ello, porque finalmente estos proyectos terminan tomándose todo el tiempo y que las licitaciones que hay que bajar y volver a subir, implican tiempo.

Ahora bien, me interesa dejar suficientemente claro que, en esta línea del tiempo, considerando que desde el 2009 este proyecto pudo haber comenzado su ejecución, estaría a punto de ser terminado.

Por lo tanto, lo que uno ve es que el tiempo que pasó en esta línea, en verdad, el mayor tiempo -si es esa nuestra preocupación- se gastó allí. Lo que viene después, a partir de mayo de 2014, es lo que ya relaté: tomar este proyecto, adecuarlo, ponerlo en RS y llamar a licitación en las condiciones que ya conocemos.

Modalidad distinta de diseño y construcción – Complejidad del proceso - Las bases técnicas, por muy perfectas que sean, tienen espacios de interpretación - Observaciones de la Contraloría: Omisión de la información sobre los estados financieros de las empresas; Omisión sobre información de obras que las empresas estaban construyendo en el extranjero, y error en el cálculo de las utilidades – Aplicación del precepto de la libre concurrencia – Llamado a nueva licitación – Mayores exigencias de la Contraloría.

Otro tema importante de señalar es que este proyecto se hace de una modalidad distinta de diseño y construcción, con bases nuevas, que no habían sido aplicadas en ningún proyecto anterior. Tanto es así que estas bases fueron modificadas y los equipos técnicos del ministerio, de los servicios y de la Contraloría se tomaron ocho meses en analizar y aprobar esas nuevas bases. Otro tiempo bastante largo, en términos de este proyecto.

Ello, hizo que hiciéramos posible que llamáramos a licitación el 19 de mayo de 2015, abrir la apertura de las propuestas en junio y enviar a la Contraloría pocos días después. Posteriormente, esta se tomó cerca de tres meses en darnos la respuesta de no adjudicar la propuesta que el servicio hizo.

La complejidad del proceso -en parte lo hemos dicho- radica en que este es el hospital más complejo hasta ahora licitado, 183 mil metros cuadrados, 285 mil millones de pesos, casi mil camas, de alta complejidad, en una actualización de pocos meses que ya mencioné y, más aún, la complejidad del proceso se está diseñando en el mismo terreno donde funciona el hospital. Y para entregar terrenos tenemos que

hacer obras complementarias que ya estamos ejecutando. Hay que hacer un nuevo policlínico, hay que derribar lo que es la antigua maternidad, hay que volver a hacer un convenio con la Universidad de Chile, es decir, una cantidad de dificultades que este proyecto tiene en sí mismo.

Por lo tanto, no ha sido fácil la conversación con los actores externos, por ejemplo, con la agrupación mapuche, que tenía una ruca que debemos trasladar. Ha sido todo un proceso que agrega complejidad, pues los estándares son mucho más altos. Finalmente, tuvimos seis proponentes, todos extranjeros, y estas propuestas fueron evaluadas en dos meses.

Como referencia, la Contraloría se tomó cerca de tres meses. No quiero hacer la comparación en lo que se demora, pero sí hacer énfasis en que equipos de estas características son de alta complejidad. Por lo tanto, a mi modo ver, no es como se mencionó en la reunión anterior, tan simple de declarar inadmisibile una cuestión que aparece tan simple en la literatura, en la lectura, pero que tiene bemoles y complejidades mayores que espero demostrar.

En cuanto a los aspectos técnicos, en esta evaluación tenemos que evaluar a 52 profesionales por cada propuesta, en cada obra declarada: cinco aspectos para cada profesional. Es una infinidad de temas.

Cuando analizamos la experiencia de los oferentes, tenemos que analizar las obras con toda su documentación, que son, en este caso, 196. Además, analizar la metodología de las propuestas. Y lo que hacemos en los procesos de evaluación es todo lo que está ahí -no lo voy a leer- en aspectos económicos y otros. Por ejemplo, recibimos 1.500 preguntas que debemos estudiar y responder; 13 reclamos en el portal y 12 presentaciones de las distintas empresas a la Contraloría. Todo esto se tuvo que analizar, estudiar y responder.

¿Cómo actuó la comisión? Primero, quiero decir que cada funcionario firmó una declaración jurada de estricta confidencialidad, y no tener conflicto de interés. Ello, a propósito de inquietudes que aparecieron la semana anterior. Se analizaron exhaustivamente las propuestas, obviamente apoyados por equipos técnicos. Por lo tanto, nadie podría pensar que una comisión de tres personas, como anteriormente se mencionó, o de siete, va a analizar todas estas propuestas. Tiene equipos técnicos que apoyan permanentemente.

Hubo necesidad de aplicar criterios frente a aspectos interpretables de las bases. Algo que es fundamental mencionar es que todas las bases técnicas, por muy perfectas que sean, tienen espacios de interpretación, y hay personas que de buena fe opinan de una manera o de otra. La Contraloría, por ser ente rector, si opina de otra manera determina cómo se hacen las cosas, pero no significa que todo el trabajo anterior no estuviera sujeto a un pensamiento, a un análisis, y a un criterio.

Además, consultamos varias veces a profesionales de la Contraloría y se tomó el criterio que ellos nos dijeron. En los criterios tomados se consideró la interpretación que la Contraloría había tenido en el propio servicio anteriormente, que

era el principio de la libre competencia. Es decir, si hay un problema que no afecta a la evaluación total, que no pone en riesgo la igualdad frente a los otros proponentes y que no afecta al interés del Estado, entonces se pueden obviar, omitir y aceptar ciertas condiciones menores en las propuestas. Eso fue lo que la comisión tuvo en cuenta para tomar sus criterios.

Finalmente, en algunos casos, incluso, fuimos a las embajadas de estos países para consultar respecto de los estados financieros.

Quiero mostrarles que no solo analizamos la oferta económica. En la presentación están los porcentajes, 55 por ciento la evaluación económica frente a una evaluación técnica que vale 45 por ciento. Por eso, muchas veces gana una propuesta que no es la más barata, como fue en este caso.

En la presentación también está la tabla de puntajes asignados a cada uno de los proponentes en la evaluación técnica.

¿Cuáles son las observaciones de la Contraloría? Fueron tres observaciones. Primera observación. Se omitió presentar la totalidad de la información requerida en el punto N° 3.2, formulario N°4. Esta observación se refiere a los estados financieros de las empresas para evaluar su capacidad económica. Las bases dicen que debe ser presentado el último ejercicio anterior contable, auditado a la fecha de presentación. En su defecto, el ejercicio anterior a este, auditado.

¿Cuál era la realidad en esta licitación? Dado que el último ejercicio se cerró en junio de 2016, era el 2015, pero con esta empresa los tiempos de tributación en Italia son distintos a Chile, es corrida, y no alcanzaron a tener –según explicaciones de la empresa- el último ejercicio de 2015, y presentaron el de 2014, debidamente auditado.

La comisión consideró que ese ejercicio contable era válido y, por lo tanto, la evaluación de la capacidad económica de la empresa se hizo sobre la base de esa información.

Sobre el principio de la libre competencia, la comisión estimó que si bien este ejercicio contable era de 2014, sería bueno saber qué había pasado con esa empresa en 2015 porque podría haber quebrado, aunque tuviera en 2014 un buen ejercicio.

Posteriormente, la Contraloría nos dijo que no teníamos facultad para pedir esa información. Por lo tanto, debemos concluir, a la luz de este dictamen posterior, que esto fue un error. Quiero dejar sentado que este error no se debe a que alguien se le olvidara, no se tuviera el suficiente celo o se considerara que era menor, sino porque hubo una consideración.

Abajo, en la jurisprudencia, hay una serie de dictámenes que se refieren al concepto de la libre competencia.

Segunda observación. Se refiere a qué empresas omitieron información sobre obras que estaban construyendo en el extranjero, sobre las cuales no teníamos

ninguna posibilidad de conocer.

La comisión analizó todos los antecedentes de las obras presentadas y su papelería correspondiente, y en el caso de una empresa le faltaba, y la comisión la declaró inadmisibles según las bases y haciendo uso de las facultades.

Lo que pasó con las otras empresas es que no hubo estos errores y no fueron declaradas inadmisibles. También la comisión analizó cuánto impactaba económicamente en el resultado final para el análisis de costos.

Aquí hay una cuestión muy importante, porque esto de que se conoció *a posteriori* que empresas no habían presentado información relevante no lo conocía ni el servicio ni la Contraloría. Se conoció porque otras empresas lo denunciaron. Por lo tanto, no teníamos posibilidad de saberlo.

Tercera observación. Se trata de una cuestión muy técnica: cómo se calculan las utilidades.

Las utilidades, según las bases, se calculan tomando en cuenta los costos directos. La empresa, en este caso, sumó los costos directos más los gastos generales y sobre eso calculó sus utilidades. Sin embargo, la evaluación final es sobre el valor neto de la oferta, más aún porque esta oferta es a suma alzada. Es decir, la empresa por ningún motivo puede cobrar un solo peso más, salvo llegar al tope puesto en la oferta neta.

La comisión interpretó que eso era más valioso que el cálculo; interpretó bajo el precepto de la libre concurrencia y consideró que en este caso no se afectaba el interés del Estado; que no afectaba a otros proponentes, porque el precio que presentaba la empresa es el que se evaluó y no el cálculo de sus utilidades. También existe jurisprudencia al respecto.

La Contraloría es el ente rector, y es bueno que exista, porque los servicios públicos pueden cometer errores y esos errores tener impactos importantes en el interés del Estado.

Lo que quiero expresar, con la mayor claridad posible, es que si bien la Contraloría analiza *a posteriori* esto, la comisión y los expertos hicieron su trabajo teniendo a la vista el interés de continuar el proceso, pero también con criterios que son absolutamente válidos. El criterio de la libre concurrencia está establecido y también puede ser tomado en este caso.

Lo que pasó aquí es que nosotros retrotrajimos el proceso al punto anterior –lo consultamos con la Contraloría– para reevaluar la propuesta, y teniendo en cuenta lo que la Contraloría nos dijo miramos a cada una de las empresas, y ninguna empresa podía cumplir, porque en este y otros dictámenes de la Contraloría se iba a rechazar cualquier otra propuesta.

Digo esto porque hay una empresa que no tenía estos errores, pero sí el error de no presentar un antecedente de uno de los profesionales que, más aun, era no evaluable, porque hay un concepto de que hay profesionales que no son

evaluables. Entonces, si no son evaluables y no presenta el certificado de declaración jurada, ¿por qué no es admisible esta presentación?

Bueno, hoy sabemos que la Contraloría tiene el predicamento de que si un profesional, incluso no evaluable, no presenta la totalidad de la documentación, no es admisible. Por lo tanto, nuestra conclusión es que ninguna de las presentaciones era admisible.

Ahora, ¿en qué etapa estamos? Se llamó a nueva licitación a fines de diciembre. Respondiendo al diputado sobre los tiempos, evaluamos si las empresas que no participaron en el proceso anterior van a tener el tiempo suficiente, y es probable que estemos en condiciones de ampliar, con lo cual se va a retrasar un par de meses la licitación.

Esperamos este año firmar el contrato con una empresa para el diseño y construcción del proyecto, y así aseguramos que dentro de seis o siete años el hospital finalmente esté construido.

El **diputado señor Juan Luis Castro** señaló a la luz de los antecedentes y de la historia de lo que ha ocurrido en el caso del hospital Barros Luco, además de tomar en cuenta las intervenciones de los directores que han intervenido en esta sesión, pareciera haber una interpretación distinta, en general, de la Contraloría General de la República respecto de diferentes parámetros. Pareciera que habría una manera de hacer las cosas, determinada jurisprudencia en las construcciones hospitalarias, que no se dio en las versiones actualizadas.

Al respecto, en primer lugar, en el caso del hospital Barros Luco, que es el proyecto más cuantioso, que tiene una envergadura y una postergación enorme, me gustaría entender cómo ha afectado o pudiera seguir afectando, incluso en esta relicitación, la eventual colocación de nuevos obstáculos a los tiempos previstos para el diseño y construcción de este hospital.

Preguntó al doctor Salgado cuál sería el escenario de hoy si el Complejo Asistencial Red Sur se hubiera construido.

El **señor Osvaldo Salgado, director del Servicio de Salud Metropolitano Sur**, respondió que, a su juicio, con la experiencia que hemos tenido, y ya mencioné varios dictámenes, algunos de ellos propios del servicio, es decir, licitaciones en que había alguna omisión, la Contraloría, incluso, nos dijo que no fuéramos tan estrictos y que consideráramos otro principio para adjudicar. Estamos hablando de un proyecto menor, por supuesto.

Creo que ha habido una manera perfectamente válida y comprensible, no hay ninguna observación a eso, pero evidentemente, a nuestro entender, aquí hay un cambio. A nosotros no nos cabe ninguna duda de eso y, por lo tanto, desde ese punto de vista, lo que nos aseguraría es poner un celo muchísimo mayor como servicio, pero

también deben hacer lo propio las empresas, porque además, a partir de este caso se podría concluir que no estaríamos en este problema si las empresas hubiesen cumplido estrictamente con lo que se les pedía. ¡No habríamos tenido este problema!

Por lo tanto, nuestra expectativa es que las empresas que también aprendieron la nueva manera de mirar, hayan tomado debida nota de cuáles son las formas de hacer la presentación. Nuestra expectativa es que a través de nuestras 1.500 preguntas, más las de Chillán, más las de los otros servicios, la Contraloría, los oferentes y los servicios establezcan una manera de proceder en determinadas condiciones.

Finalmente, respecto de la hipótesis de haber iniciado la construcción del Complejo Asistencial Red Sur en 2010, que es una aspiración que lleva años, quiero tocar un punto, para que se considere. El antiguo hospital de Ochagavía, el Elefante Blanco, era la oferta que, en su momento, tenía el gobierno para ofrecer a la comunidad hospitalaria y a toda la población de la zona sur de Santiago; es decir, para un millón de personas. Esa oferta se perdió, aunque después hubo tres o cuatro más. Esta debe ser la quinta oferta que se presenta para la comunidad hospitalaria y para la población ¡No se puede caer! Por lo tanto, cumplir el sueño de tener el Complejo Asistencial Red Sur (CARS) construido o a punto de construir, hubiera significado un enorme avance en lo relativo a atención digna de salud para nuestra población.

Contralor General de la República, señor Jorge Bermúdez Soto

El señor JORGE BERMÚDEZ SOTO, Contralor General de la República, acompañado del Contralor Regional de Valparaíso, señor Víctor Hugo Merino; de las asesoras señoras Loreto Valenzuela y Pamela Bugueño, y del asesor señor Alejandro Valenzuela.⁶

Principios que rigen el examen de legalidad de los procesos de licitación: estricta sujeción a las bases e igualdad de los oferentes.

El **Contralor general de la República, señor Jorge Bermúdez**, recordó que la Contraloría realiza, para lo cual debe contrastar los actos de adjudicación con el bloque de legalidad, es decir, con las normas que están en las leyes, en los reglamentos y en las bases, y por lo menos hay dos tipos de bases las que se han aprobado y aplicado en cada caso que aquí se ha citado, a partir del contraste con esas bases, con la vigencia de dos principios que rigen esta materia, establecidos en el artículo 9° de la Ley de Bases Generales de la Administración del Estado, los que con posterioridad fueron desarrollados en la ley de Compras Públicas.

⁶ Sesión 6ª, celebrada el 24 de enero de 2017.

El artículo 9° se refiere al procedimiento concursal, es decir, los procedimientos de licitación, que se rigen por los principios de libre concurrencia de los oferentes al llamado administrativo y de igualdad ante las bases que rigen el contrato.

De allí se desprenden los siguientes principios:

El de estricta sujeción a las bases: los procedimientos de licitación se realizarán con estricta sujeción, de los participantes y de la entidad licitante, a las bases administrativas y técnicas que la regulan.

Es importante la forma en que se redacta esa materia, porque se trata de una sujeción estricta a las bases administrativas. Por ello, hay que tener claro, a pesar de que son bases tipo las que se aplicaron en esos casos, que las bases las redactan los propios servicios, en este caso, la Subsecretaría de Redes Asistenciales es la que a través de resoluciones las aprobó. Eso rige tanto el procedimiento licitatorio como en el de la ejecución del contrato.

En este momento, todavía estamos en la fase previa del procedimiento licitatorio, pero igual de importante es la ejecución del contrato, porque allí ocurren muchas variaciones que eventualmente pueden alterar ese principio. Cabe señalar que su alcance es tanto para la administración, el contratista como para los que han ofertado.

La estricta sujeción a las bases implica un marco jurídico, el cual es aplicable en este caso, en el que se establecen los derechos, las obligaciones y las facultades que tienen la administración y el contratista. Tienen por finalidad actualizar o hacer vigente el principio de legalidad y determinados principios, como el de transparencia y probidad.

Esta sujeción es estricta, pero que lo sea no significa que sea formalista. Eso quiere decir que es un principio de fondo, de manera que cuando se logra el mismo objetivo por otro medio, por ejemplo, cuando las bases exigen un determinado formato o formalidad y este se encuentra cumplido en el fondo, el principio de estricta sujeción se entiende igualmente satisfecho. Por ejemplo, cuando las bases son tan detalladas que dicen que el formato en que se debe presentar un documento es en *compact disc* y este se presenta en formato de *pendrive*, evidentemente en ese caso no se vulnera el principio de sujeción a las bases, o cuando se exige un determinado tipo de papel en las bases y ese se altera, caso en el que tampoco hay problema en la vigencia del principio.

El principio de igualdad de los oferentes implica que haya competencia. Las condiciones dispuestas en las bases no podrán establecer diferencias arbitrarias entre los proponentes, ni solo atender al precio de la oferta. Esa es la otra norma que se desprende, en la que se consagra este principio. Ello implica que si hay competencia, todos los oferentes deben estar en una situación similar, es decir, que las mismas condiciones se apliquen a todos los oferentes y que la competencia pueda ser lo más transparente y abierta posible.

Ese principio implica que no puede haber tratos que impliquen diferencias,

ni eximir de requisitos y tampoco excepciones para uno y no para otro, y con esto voy a adelantar un juicio que también planteé hace dos semanas, en el sentido de que cuando se hacen modificaciones a las bases estas deben regir para todos, modificaciones que pueden darse, por ejemplo, en el período de preguntas y respuestas, en el período de consultas.

Asimismo, el principio señalado se manifiesta en que el llamado debe ser abierto, y la libre concurrencia se manifiesta también cuando el oferente participa de un registro, que es un poco lo que ocurre en el caso del Ministerio de Obras Públicas. En ese ministerio, el llamado es a participar del registro, y una vez que se ha producido esa calificación técnica se hace una competencia basada sobre todo en el precio.

HOSPITAL DE ÑUBLE (Licitación del diseño y construcción)

Adjudicación a la Constructora Astaldi por una suma de 157 mil millones de pesos – Observaciones: a) No presentación de toda la documentación relativa a la capacidad económica; b) Empresa no informó todas las obras en ejecución; c) No fue posible determinar los certificados que se consideraron para la evaluación de la experiencia; d) Omisión en el carácter de reajutable del contrato; e) faltaban algunos antecedentes técnicos relevantes y otros errores.

Ahora bien, luego de esta introducción, y yendo a los actos que se han tramitado por la Contraloría durante el 2016 y derechamente a los hospitales que quedaron pendientes, estábamos en el caso del hospital provincial de Ñuble. En este caso, en el Servicio de Salud de Ñuble, lo que se licita es el diseño y la construcción del nuevo hospital de la provincia.

Hay que destacar que se trata de bases tipo y la resolución es la N° 160.

Se venía proponiendo la adjudicación de la constructora Astaldi por una suma de 157 mil millones de pesos y fracción, en un plazo de 1.650 días corridos.

Esto es importante para la ejecución, porque también tuvo una incidencia, como vamos a ver en algunas de las observaciones que se hicieron a propósito del trámite de toma de razón. ¿Por qué se representó o por qué fue rechazada la toma de razón de esta adjudicación?

En primer lugar, porque hubo un problema con la presentación de toda la documentación. Por lo tanto, se falta a lo que está establecido en las bases, en el punto 3.2 del formulario número 4, relativo a la capacidad económica.

El problema está en que, a través del foro inverso, que es el momento en que se pueden hacer preguntas también, no se establecía la posibilidad de que

podieran complementarse esa información o esos formularios en esa instancia del proceso licitatorio. Es decir, en un foro inverso puede establecerse esa posibilidad. Pero, en este caso, no se había establecido; no lo decían las bases. Por lo tanto, la oferta debía venir completa desde el inicio y no podía ser complementada en el foro inverso. Sin perjuicio de que podría establecerse esta facultad, también debe llevar aparejada una baja en la calificación, cuando ello se produce.

Ahora, en las bases se establece un catálogo de causales de admisibilidad. Eso se señaló en la presentación de la semana pasada.

Hay un catálogo de causales de admisibilidad. Sin embargo, a lo largo de las bases tipo, que están aprobadas y que se han aplicado en este caso, se contienen otras causales de inadmisibilidad. Es decir, otro supuesto en que también puede ser declarado inadmisibles esa oferta.

Como se puede ver, en este caso dice: de detectarse la omisión o inconsistencia relativa a la información presentada, la oferta será declarada inadmisibles sin perjuicio de las demás facultades otorgadas a la Comisión de Evaluación.

Aquí tenemos otro supuesto, que es el de omisión de la información, que no podía ser complementada tampoco.

Otra observación que se plantea acá respecto de Astaldi, es que la empresa no informó todas las obras en ejecución, que era lo que se exigía en el punto 3.2 del formulario número 5.

Nuevamente, aquí, en el mismo supuesto, se debían declarar todas las obras. Me imagino que la idea de esto es conocer la situación de riesgo en que puede llegar a estar en un determinado momento la empresa, cuando tiene muchas obras, y nuevamente acá dice, en el segundo párrafo, aquella oferta que incorpore obras que aparecen en el formulario número 5, que son aquellas que se tenían que declarar, y que no se encuentran acreditadas por su certificado respectivo o que el certificado indique condiciones distintas respecto de lo establecido en el mismo formulario, será declarada inadmisibles.

De nuevo, por no dar cumplimiento a lo establecido en las bases. O sea, nuevamente otro supuesto de inadmisibles de la oferta.

Vuelvo a decir, no es solo el catálogo de circunstancias que se establecen expresamente en un numeral de las bases como situaciones de inadmisibles, sino que, a lo largo de las bases, también hay situaciones de inadmisibles, y uno podría hacer otro catálogo si es una recopilación de todas ellas.

Luego, la Comisión Evaluadora –eso también fue observado– realizó aproximaciones en las notas correspondientes a las ofertas económicas, posibilidad tampoco estaba prevista en las bases. Por lo tanto, también fue otro elemento que se hizo presente.

No fue posible determinar los certificados que se consideraron para la evaluación de la experiencia. Y aquí hay que decir, bien concretamente, que para

poder acreditar la experiencia de los profesionales, se establecen tres vías: primero, a través de un certificado, que debe expedir la Dirección de Obras Municipales de obras que han sido recepcionadas; la segunda opción, es que haya un certificado que expida el mandante de la obra y, la tercera, es que haya un certificado que expida el licitante de la obra.

Esas son las tres formas de acreditar la experiencia de los profesionales. Cualquier otra forma, por ejemplo, un certificado que dé la propia empresa, o una declaración jurada que se hace ante notario o cualquier otro documento no es susceptible de ser considerado como una documentación que dé cuenta de la experiencia del profesional en la obra.

Ahora, la experiencia del profesional es un dato relevante, como ha quedado demostrado a lo largo de obras fallidas que se han producido en nuestro país.

El otro punto al que se hizo referencia en el oficio de representación dice relación con el carácter de reajutable o no que tenía el contrato.

En la adjudicación se señala que es un contrato sin reajuste, en circunstancias que en las bases y en un anexo se sentaba el supuesto que debía ser reajutable, atendida la extensión superior a los 730 días corridos que tenía la ejecución de la obra. Por eso, hacía mención al plazo de ejecución del contrato.

Luego, otras observaciones que son un poco más misceláneas respecto de antecedentes técnicos que se mencionan en el acto administrativo, pero que no se acompañaron -faltaban algunos antecedentes técnicos relevantes-, y también de algunos errores en que se incurrió al complementar el formulario 11 a).

Solo quiero hacer presente que ese formulario dice relación con la forma de cálculo de las utilidades de los gastos generales por parte de la empresa.

Uno podría haber dicho ese un error menor o formal, pero como estamos frente a un oficio de representación, la Contraloría lo que hace es poner no solo las observaciones gruesas, sino que pone también las que hubiesen podido ser susceptibles de ser salvadas por el vía del alcance. Es decir, aquellas que pudiesen tener un carácter más bien formal. Por eso están puestas todas las observaciones en este oficio de representación.

Esa es la situación del hospital de Nuble; es la situación en la que le tocó actuar a la Contraloría.

Posible falta de capacitación – Errores cometidos en la evaluación – Certificados considerados en la evaluación de la experiencia - Notas que fueron subidas al entero superior cuando había fracciones, no estaba establecido en las bases como una posibilidad – Las modificaciones de las bases tienen que ir al trámite de toma de razón – La Contraloría ha hecho propuestas de mejora de las licitaciones - Las bases establecen solo tres formas de acreditar la experiencia, no hay otras.

El **diputado señor Leopoldo Pérez** solicitó que el Contralor ahondara un poco en lo que la comisión evaluadora realizó en aproximaciones en las notas correspondientes a las ofertas económicas, más allá de si estaban consideradas en las bases o no y a qué se refiere específicamente como parte del proceso de evaluación.

El **diputado señor Carlos Abel Jarpa** preguntó al Contralor, con una mirada de futuro, si faltó alguna mayor capacitación, cuáles cree que fueron las causas de los errores que se pueden haber producido, pensando especialmente en la nueva licitación que se está llevando a cabo.

La **diputada señora Karla Rubilar** consultó al contralor sobre el punto donde no es posible determinar cuáles fueron los certificados que fueron considerados en la evaluación de la experiencia. Entiende que estamos hablando de la experiencia de los profesionales, no de la experiencia de la empresa. Entendí eso. Por eso, quiero saber de qué experiencia estamos hablando y la experiencia de qué profesionales no se acreditó, para que quede claro.

Anotó que el contralor decía que se podía acreditar por tres vías: certificado de la Dirección de Obras Municipales, certificado del mandante o certificado del licitante. Le gustaría determinar en qué parte de las bases se estipula que la experiencia profesional se comprueba de estas tres maneras. También determinar si la “denuncia” de la observación tiene que ver con lo que está escrito, en el sentido de que no hay ninguna forma de ver si se presentó de otra forma.

En las observaciones –de la presentación- se señala: “no es posible determinar cuáles fueron los certificados que fueron considerados en la evaluación de la experiencia, pues el informe de la comisión no da cuenta de aquello”.

El tema pasa porque no se acreditó bajo estas tres vías de certificación y se certificó de otra forma, errada, o no hay nada que acredite la experiencia. Creo que son dos cosas diferentes.

En resumen, que se aclare si hay que acreditar la experiencia de la empresa o de los profesionales. Si son profesionales, saber qué tipo de profesionales son. Si la forma de certificar es por estas tres vías, ¿dónde aparece que esta es la forma de certificar? ¿Se presentó alguna otra forma de certificación de la experiencia que no fuera esta o no se presentó nada al respecto?

El **diputado señor Carlos Abel Jarpa** recordó que una de las dificultades para la acreditación fue que la empresa tenía que presentar una declaración de renta que en Europa se hace a mediados de año y en nuestro país a fines de año.

El **señor Bermúdez, Contralor General de la República**, respecto de la consulta del diputado Leopoldo Pérez, de cómo se hizo esta aproximación por parte de la comisión de evaluación, el oficio de representación dice: “no se advierte la razón por la cual la comisión evaluadora aproximó la nota de las ofertas económicas al entero más cercano, si se considera que esa forma de proceder no se estableció en las citadas bases administrativas tipo”.

Había algunas notas que fueron subidas al entero superior cuando había fracciones, es decir, no había decimales, y no estaba establecido en las bases como una posibilidad. Esta situación me permite hacer un comentario sobre las bases. Las bases no son una camisa de fuerza para el licitante, en este caso, para el servicio de salud. El servicio de salud puede hacer todas las modificaciones que quiera a las bases y puede establecer, por ejemplo, que haya aproximación o no de las notas, pero debe decirlo expresamente para poder hacerlo. Se trata, por el principio de legalidad, de establecer reglas que se van a aplicar a todos los oferentes.

Ahora, si se hace una modificación hay que seguir el curso normal, es decir, se trata de una resolución que tiene que ir al trámite de toma de razón, que tiene un plazo más acotado que los plazos de examen que tienen estos proyectos tan grandes.

Por lo tanto, no se trata de que las bases estén escritas en piedra y no puedan, de ninguna manera, modificarse. Las bases siempre se pueden modificar; incluso, en la fase de preguntas y respuestas, cuando hay modificaciones, producto de una respuesta que da el servicio, se entiende como una modificación de bases que rige para todos los oferentes. Esa modificación, en teoría, debe ir al trámite de toma de razón porque está modificando una base tipo que fue objeto de ese trámite. Pero si no fuera a ese trámite, aun así, valdría como una modificación de las bases.

Nuevamente señalo que las bases no son una camisa de fuerza, no están escritas en piedra y pueden ser modificadas y ajustadas a la realidad de cada servicio. Luego voy a poner un ejemplo concreto sobre lo mismo.

El diputado Jarpa preguntaba sobre las causas de que haya ocurrido esto y si está pasando nuevamente en la licitación. Al respecto, hicimos un estudio sobre lo que ocurre en los contratos de obras públicas, señalamos las posibles causas que están en el informe entregado a la comisión. Desde la página 67 en adelante hicimos una serie de propuestas de mejora. Por parte de algunos servicios y del Ministerio de Obras Públicas, algunas propuestas están siendo consideradas para que no vuelvan a producirse los problemas de la licitación.

También nos hemos dado cuenta de que en algunos procesos licitatorios de algunos servicios de salud están volviendo a incurrir en el mismo error, como veremos más adelante. Por ello, quiero posponer la respuesta a la consulta del diputado. Al parecer, no quedó suficientemente clara cuál había sido la representación.

Respecto de la consulta de la declaración de la renta o de los estados financieros de las empresas, en el sentido de si se producía un desfase dado que en

Europa se hace a mitad de año y aquí antes, es decir, no coinciden los años fiscales, las bases previeron esta situación, por lo tanto, se podían presentar estados financieros anteriores que debían ser certificados por una empresa auditora, pero no había ocurrido en este caso.

Respecto de las preguntas de la diputada Rubilar y de los formularios, como son las mismas bases de licitación, también valen para este hospital. En la presentación se recoge la norma y la forma en que debe acreditarse la experiencia. Son experiencias que deben acreditarse en algunos casos respecto de la propia empresa y en otros de los profesionales que oferta la empresa, pero debe hacerse de la siguiente manera:

“Tal experiencia deberá ser acreditada con los certificados de recepción municipal definitiva emitido por la Dirección de Obras Municipales que respalden la información del formulario respectivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 116 de la Ley General de Urbanismo y Construcción o con los certificados pertinentes emitidos por el mandante y/o entidad licitante, en caso de obras que no deban cumplir con la exigencia del artículo 116 antes referido”.

Determinar si los oficios de aclaración del licitante forman parte de las bases – Diferencias en la forma de acreditar la experiencia de un profesional – Comportamiento Me gustaría histórico de la Contraloría - Objeción real en el caso de los profesionales, que no signifique arbitrariedad – Las bases deben objetivar las reglas del juego - La experiencia debe ser ponderada por el propio servicio y no por la Contraloría - En las dos bases tipo se exige acreditar la experiencia de la empresa y los profesionales - No existe arbitrariedad ni cambio de criterio de la Contraloría - La observación relativa a la experiencia se exige para la empresa que hace la oferta y para los profesionales.

El **diputado señor Leopoldo Pérez** señaló su acuerdo con el contralor en el sentido de que las bases de licitación no están grabadas a fuego o en piedra. Además, el contralor mencionó que son parte de las bases los oficios generados en la etapa de consultas de los proponentes y respuestas del licitante. La ley también contempla –bastante utilizado- los oficios de aclaración cuando se descubre que en las bases quedó algo poco claro, por decirlo de alguna manera. En consideración a ello preguntó si estos oficios de aclaración del licitante, también forman parte de las bases.

La **diputada señora Karla Rubilar** señaló que le cuesta entender la acreditación de un profesional en ese tenor. Entiendo que la acreditación esté de acuerdo a la complejidad de la obra según sea de baja, mediana o alta complejidad y tenga más relación con los certificados de recepción de la Dirección de Obras Municipales. Esta exigencia calza perfectamente cuando estamos midiendo la experiencia de una empresa en materia de construcción.

Sin embargo, no entiende cómo se acredita la experiencia profesional a través de esos certificados ni tampoco queda claro que sea de esa forma como se mide a los profesionales. Tengo dudas respecto de esas diferencias, entre cómo se acredita la empresa versus cómo se acredita la experiencia de un profesional.

Insiste en saber cuáles son esos profesionales que están objetados en el proyecto Ñuble. ¿Cuál es la experiencia que no se acredita? Quiere saber, además, si hay preguntas como se hace la acreditación de la experiencia profesional.

Preguntó si alguna empresa consultó respecto de esta situación.

El **diputado señor Víctor Torres** señaló que preguntará sobre el hospital de Ñuble, básicamente porque existe un problema que es transversal respecto de otros proyectos hospitalarios. Claramente, la Contraloría ha tenido un celo bastante interesante de cómo se ha pronunciado acerca de algunos proyectos. Me gustaría revisar, históricamente, el comportamiento de la Contraloría en relación con estas materias, sobre algunos puntos como los que ha planteado el contralor. De hecho, él responde al tema de la evaluación de los profesionales, a propósito de las bases presentadas del hospital de San Antonio y responde sobre la oferta técnica; sin embargo, la pregunta era referida a los profesionales y en la página, inmediatamente anterior de su presentación, está claramente establecido lo que dicen las bases. Dice que deberá ser un experto en prevención de riesgos, con una experiencia en cargos similares en el desarrollo de proyectos relacionados con la edificación y diez años de experiencia; que cuente con certificación de la Seremi de Salud. Se solicita permanencia en la obra, y luego, el profesional programador de obras, a lo menos cinco años de experiencia en edificación en obras en salud o equivalentes. Se solicita presencia permanente en terreno. En ningún caso las bases dicen, a diferencia de la obra, que debiera ser en virtud de un certificado A o de un certificado B. Más aún, cuando se hace una evaluación de esta envergadura, no es la comisión que asigna la licitación de la obra, la que finalmente revisa esos antecedentes; esta es una fase previa, donde se establece el cumplimiento o no del requisito establecido. Entonces, quiero saber cuál es la razón de objeción real en el caso de los profesionales, porque lo que no puede ocurrir, bajo ninguna circunstancia, es que termine siendo por un criterio arbitrario. En definitiva, la garantía que se tiene que entregar es que, así como las bases deben objetivar a los oferentes que van a concursar, cuáles son las reglas del juego, no hay modificación de estas mismas que pueda hacerse sobre la marcha en virtud de un criterio que puede terminar siendo considerado arbitrario, por no estar clarificado en las bases, salvo que hubiese habido una consulta, como bien lo ha dicho el contralor, que le haya clarificado a todos los oferentes, que un certificado A o un certificado B es el mecanismo de la fórmula de certificación de las competencias exigidas.

El **contralor señor Bermúdez** respondió que respecto de si hubiesen oficios de aclaración, como se ha denominado, todo lo que se pueda producir en la fase de preguntas y respuestas, como lo que puede ocurrir en el foro inverso, y en este segundo caso, si está previsto en las bases, debería constituir una modificación de las bases. Todo eso debe ser formalizado, *a posteriori*, en una resolución; es decir, siempre debe llevarse a una formalidad, que debería ser una resolución de modificación de esas bases, para ese caso en particular. Pasan a ser parte integrante, por un acto posterior. Rigen para esa licitación, es una modificación *ad hoc* a esa modificación para ese caso.

Ahora bien, lo que decía antes es que, en un supuesto en que, incluso, un servicio fuera un poco negligente y, por lo tanto, modificase las bases, y diera respuestas donde flexibiliza un requisito, por ejemplo, y luego no formalizara esto, aun así regiría, porque hay un principio, que está establecido en la ley, que es el de igualdad de los oferentes, igualdad ante las bases, de libre concurrencia ante las bases; por lo tanto, igualmente sería aplicable, pero tendría que ser aplicable a todos por igual. Esa es la diferencia; o sea, es simplemente el problema de la formalización.

Respecto de la pregunta acerca de los certificados y en relación con la actuación por parte de la Contraloría, lo primero que debo aclarar es que la Contraloría nunca ha tenido tal cantidad de hospitales de los cuales debe tomar razón; por lo tanto, esa es una carga adicional de trabajo con exactamente el mismo número de profesionales.

En segundo lugar, en las dos bases tipo se exige, tanto la experiencia de la empresa como la de los profesionales. Ambas deben ser acreditadas.

En las bases técnicas está establecida la fórmula en que se acredita la experiencia de los profesionales. En el caso de San Antonio, que también se ha mencionado, tal como el caso de Ñuble, los profesionales no acreditaron esa experiencia en la forma establecida. Eso es lo que se puede decir; aquí, no hay ninguna situación de arbitrariedad ni de cambio de criterio, simplemente es un requisito objetivo, en el cual no se cumplió con el requisito mínimo establecido y tampoco había sido flexibilizado por una modificación a las bases.

Respecto de cada profesional se establecen las bases. En el 3.3 de las bases técnicas, en la página N 140, se establece la forma en que se acreditan. Evidentemente, primero se exige un *curriculum vitae*, luego el certificado de título, el cual debe ser legalizado junto con varios otros requisitos, una declaración jurada y después dice: para los profesionales ofertados para la etapa de ejecución de obras, para efectos de acreditar la experiencia profesional, deberá acompañar certificado emitido por el mandante y/o entidad licitante o con el permiso de edificación o certificado de recepción definitiva, emitido por el la Dirección de Obras Municipales, en los que se indica los metros cuadrados de cada obra informada.

La diputada señora Karla Rubilar indicó que nadie ha puesto en duda nada de lo que ha dicho contralor. Ha dicho que no entiende cómo se aplica a la experiencia de un profesional.

Solicitó que se explique cómo se acredita la experiencia de un prevencionista de riesgos, en San Antonio, por ejemplo, por metros cuadrados, por una municipalidad. Por lo que sabe las bases pasan por la Contraloría. Entonces, si bien puede haber un error del Servicio de Salud, que no fue modificado por las preguntas y respuestas, y flexibilizado, como muy bien dice el contralor, lo cierto es que también pasa por la Contraloría; entonces, tal vez, estoy súper equivocada y sí se puede, pero me gustaría entender cómo se hace eso.

El **diputado señor Víctor Torres** solicitó que se nos entregue una copia de las bases completas, porque cuando he hecho mi planteamiento ha sido en virtud de la presentación que el propio contralor hace. Él presenta extractos de las bases. En uno habla de los profesionales y en el otro, sobre la oferta técnica, que dice textual: “La experiencia del oferente en superficie construida y determinada dentro de los últimos 15 años, sea esta en salud u obras equivalentes, deberá ser acreditada con los certificados de Recepción...”.

Habla del oferente. Eso es lo que dice, por lo menos, en el extracto de la presentación del señor contralor. Por esa razón planteé la duda, en el sentido de que son evaluaciones distintas las que se realizan a los profesionales respecto de los oferentes, que es la empresa que se quiere adjudicar una obra determinada.

No estoy haciendo una cuestión baladí ni antojadiza, sino que estoy hablando en virtud de esta información. Por lo tanto, en caso de estar equivocado, pediría que se nos entregue la información completa.

El **señor Bermúdez, Contralor General de la República**, señaló que las bases, como son bases tipo, han sido objeto del trámite de toma de razón en la Contraloría, pero no toma razón respecto del mérito del asunto. Por lo tanto, simplemente se debe, en este caso, analizar la legalidad, razón por la que si la forma en que se acredita una determinada experiencia no es la más adecuada respecto de cierto tipo de profesionales, entonces ello debe ser ponderado por el propio servicio y no por la Contraloría.

Por lo tanto, es efectivo que puede haber una dicotomía entre el tipo de profesional que se está requiriendo y la forma en que se acredita la experiencia. Podría darse. Si ello fuera así y, por tanto, si las bases estuvieran con un error, por ejemplo, nadie cumple con esa forma de acreditar la experiencia, entonces perfectamente podría haberse hecho una modificación de las bases en ese punto, y volvemos a la pregunta del diputado señor Pérez.

En consecuencia, podría haberse modificado en ese momento *ad hoc*, lo que hubiese sido una salida frente a esa forma de acreditar la experiencia, que está

establecida de la forma que acabo de señalar.

Ahora bien, respecto de las bases y de los extractos de base que hemos presentado, la observación relativa a la experiencia se ha realizado tanto para la empresa como para los profesionales; o sea, se refiere a los dos, y en ambos casos hay maneras de hacer valer esa experiencia establecida en las propias bases.

Nosotros simplemente por economía pusimos lo más genérico, que era lo relativo a la empresa, pero básicamente se refiere a una observación que es para profesionales y también para la propia empresa que está llevando a cabo la oferta. Es eso.

En los cientos de páginas que tienen las bases, si uno va a los requisitos de experiencias de los profesionales, se encuentra con lo que acabo de leer.

El **señor Bermúdez, Contralor General de la República**, con respecto a la pregunta sobre los profesionales son los que no acreditan en Nuble, señaló que el numeral 4 del oficio de representación que habíamos hecho llegar, dice: “No ha sido posible determinar, en virtud de los antecedentes remitidos a esta Entidad de Control, la manera en que dicha Comisión Evaluadora ha considerado los certificados acompañados para acreditar la experiencia declarada, tanto de la empresa como de los profesionales presentados, teniendo en consideración para ello los requerimientos contenidos en los puntos 3.3, letras d) y e), y el concepto de obras equivalentes del punto 1.4, de las bases administrativas, y la aclaración realizada en la serie de preguntas y respuestas (v.g.r preguntas N°s. 128, 391 y 884) referida a los profesionales de diseño.”. Es la forma en que las bases los categorizan. ¿Por qué? Porque esta es una licitación para el diseño y construcción de la obra.

NORMALIZACIÓN DEL HOSPITAL DE LA SERENA

Observaciones: a) No se acreditó experiencia mínima de ocho años del profesional jefe de terreno; b) No se acreditó experiencia de diez años del profesional experto en prevención de riesgos; c) Falta de título profesional del topógrafo propuesto; d) Obra emplazada en un área que afecta a un monumento nacional, que requiere Resolución de Calificación Ambiental; e) Otras observaciones de orden técnico (planos de arquitectura, red húmeda, túnel de conexión entre el hospital existente y las nuevas obras) – Rechazo de la reconsideración presentada por el servicio – Revisión más profunda en la toma de razón de las bases – Es una acción arbitraria tomar una decisión contraria a lo que dicen las bases – Modificaciones a las bases.

El **señor Bermúdez, Contralor General de la República**, señaló que respecto de La Serena, se trata de una obra de normalización del Hospital de La Serena, que corresponde al Servicio de Salud Coquimbo. Nuevamente, aquí se aplican las bases tipo, resolución 160. En este caso, es Obrascón Huarte Lain S.A., por 50.754.806.439 pesos, y fue representada el 27 de diciembre de 2016. Hay una reconsideración a la que nos vamos a referir.

Respecto de las observaciones, la primera guarda relación con que existe nuevamente un problema con el profesional jefe de terreno, en el sentido de la forma en que debe acreditar su experiencia mínima de ocho años para obras de alta complejidad. En la lámina podemos ver el extracto en que se exige esa experiencia, y dice: “Profesional Jefe de Terreno: de profesión Ingeniero Civil, Arquitecto, Ingeniero Constructor o Constructor Civil, con, a lo menos, ocho (8) años de experiencia en Construcción, Coordinación y Gestión de Proyectos, se evaluará el metraje cuadrado de experiencia en área de salud o equivalentes según tabla de evaluación respectiva; se solicita presencia permanente en terreno”.

La segunda observación se refiere al profesional experto en prevención de riesgos, el cual no cumple con los 10 años de experiencia exigidos. En la lámina podemos ver el extracto de la base, que dice: “Profesional Experto en Prevención de Riesgos: Deberá ser un experto en prevención de riesgos, Profesional o Técnico competente del área de la construcción, con una experiencia en cargos similares en el desarrollo de proyectos relacionados con la edificación y 10 años de experiencia. Y que cuente con certificación de la SEREMI de Salud, se solicita permanencia en obra”.

El segundo requisito, el de la permanencia, solo se puede ver una vez que está ejecutándose la obra.

La tercera observación es respecto de los profesionales en materia de topografía. Nótese la forma en que está redactada la base. Dice: “Profesional de la Topografía: Deberá ser un profesional competente del área de la construcción que esté en posesión del título profesional, ya sea Ingeniero Civil, Ingeniero Constructor, Constructor Civil, Ingeniero Ejecución Geomensor o Topógrafo, con una experiencia en cargos similares en el desarrollo de proyectos relacionados con la edificación, se solicita permanencia en obra”.

Aquí, por ejemplo, se plantea una duda respecto de la expresión topógrafo, dado que una de las ofertas guardaba relación con un topógrafo que tenía el título de técnico superior en topografía, pero no el título profesional de topógrafo, y ver la posibilidad de hacer una separación entre todos los profesionales que antes se enumeran y el topógrafo analizarlo por separado. Esa fue una de las preguntas que se hizo.

Luego, hay un problema con esta obra de normalización, porque está emplazada en un área que afecta a un monumento nacional, pues es una zona típica, y para poder intervenirla se necesita la Resolución de Calificación Ambiental, por el sometimiento al Sistema de Evaluación de Impacto Ambiental, o la certificación de que no es pertinente el sometimiento, dado que hay una intervención que es menor, y ese

elemento no estaba presente en los antecedentes que llegaron para su análisis. O sea, uno debería decir que este solo hecho ya era suficiente para que ello fuera representado. En otras palabras, no contar con la pertinencia o con la RCA ya era suficiente para representar cualquier resolución.

Posteriormente, se hacen otras observaciones de orden técnico, pero no por eso menores. Por ejemplo, respecto de los planos de arquitectura, no se verificaban algunos antecedentes; por lo tanto, incumplían las bases y también la Norma General de la Ordenanza General de Urbanismo y Construcciones.

Había un problema con la red húmeda, lo cual no puede soslayarse, porque esto dice relación con la seguridad de la edificación una vez que esté operativa, y con un túnel de conexión entre el hospital existente y las nuevas obras, las cuales no estaban totalmente claras el cómo se iba a realizar.

El servicio presentó una reconsideración y nosotros ya la resolvimos; sin embargo, tuvimos que rechazarla, es decir, se confirma el criterio de la Contraloría respecto de los puntos que aparecen en la lámina.

En primer lugar, la experiencia de los profesionales: el jefe de terreno y el experto en prevención de riesgos vulneraban lo que se establecía en el numeral 12.2, párrafo séptimo, cuarta viñeta de las bases.

La experiencia debía acreditarse de la manera en que habíamos señalado; sin embargo, eso no fue así, pues, como era una zona típica, no se dio cuenta del ingreso al Sistema de Evaluación de Impacto Ambiental ni del certificado de pertinencia.

Respecto de las observaciones técnicas que se hicieron, por ejemplo, de las rampas de acceso y de la red húmeda, el Servicio señaló que se harían variaciones durante la obra para dar cuenta eso, pero como aún estamos en una fase de adjudicación las variaciones no pueden ser consideradas, porque sería una alteración de las bases.

Respecto del túnel de conexión, no se entregó el estudio técnico necesario para determinar la calidad del terreno a excavar, el procedimiento de ejecución de la obra y los permisos para la utilización del subsuelo, dado que es un bien nacional de uso público. Por lo tanto, la reconsideración también fue rechazada, y entiendo que hace poco fue notificada al servicio.

La **diputada señora Karla Rubilar** indicó que la normalización del Hospital de La Serena y la del Hospital de San Antonio señalan lo mismo, que el profesional experto en prevención de riesgo no cumple con los diez años de experiencia exigidos.

Cuando la Contraloría General de la República detalla por qué no se cumplieron los requisitos, adjunta los puntos exigidos, y nuevamente nos topamos en lo mismo, que lo que se exige es un experto con experiencia en cargos similares al desarrollo de proyectos relacionados con edificación, con diez años de experiencia y

que cuente con la certificación del Seremi de Salud, además, de permanencia en obra. Una vez más se detallan estas exigencias, aunque el contralor señala que en las bases se detallan otras formas de poder certificar.

A diferencia de otros hospitales en los que se necesitaba un ingeniero en tránsito y presentaron a un ingeniero con otra especialización, entiendo que aquí el problema fue la forma de certificar. En este caso, ¿la prevencionista de riesgo cumple con su currículum de 10 años de experiencia y cuenta con la certificación de la Seremi o el problema es que no tiene el certificado de la dirección de obras municipales del mandante o licitante? ¿Es esa la razón por la que la Contraloría General de la República dice que no cumple con la experiencia?

El **contralor General de República, señor Jorge Bermúdez**, respondió que son dos profesionales los que se observan. Respecto del primero, en el caso del experto en prevención de riesgos, se señala que el prevencionista de riesgos no cumple con los 10 años de experiencia exigidos en el precitado numeral de las bases del epígrafe.

El segundo, el caso del profesional en topografía, presentó un título técnico, en circunstancias de que en el pliego de condiciones se indica que el postulante debe disponer de un título profesional.

En las bases está la forma en que se acredita, y no sé si en estas habrá otro numeral que permita su utilización. Tendría que revisarlas bien, pero en el examen que se llevó a cabo no se acreditó de la forma establecida en las bases.

No podemos hacer otra cosa. Si las bases ahora suenan un poco extrañas, creo que se debieron revisar cuando se estipularon o al momento de formular las preguntas. Ahora, por supuesto que fueron tomadas de razón por la Contraloría General de la República, pero las bases las diseña y las redacta la Subsecretaría de Redes.

El **diputado señor Víctor Torres** señaló que la Contraloría General de la República tomó razón de las bases, por lo que entiendo que esta asumió que las bases eran pertinentes. Por lo tanto, creo que no puede extrapolar exclusivamente la responsabilidad a quien las realizó, porque estas fueron revisadas por la Contraloría.

No cree que la toma de razón sea un simple acto de visto bueno de las bases y que no se efectúe una revisión más profunda. De ser así, uno dudaría de todas las tomas de razón. Sin embargo, como no duda de ello, tampoco duda de las bases.

Si las bases son ambiguas o no existe un gusto generalizado sobre como quedaron redactadas, positiva o negativamente, son las bases que está vigentes. Por lo tanto, si se ha argumentado que las resoluciones se fundamentaron en virtud de lo que dicen las bases, entonces, estas deberían remitirse a las mismas.

A su juicio, no hay otra razón, si no es una acción arbitraria tomar una decisión contraria a lo que dicen las bases. Si las bases no establecen claramente el mecanismo de certificación –y por eso insiste en que nos envíen las bases completas-, entonces se ha tomado una definición por parte de la Contraloría de lo que estima pertinente o no sobre cómo resolver la situación.

Insisto en que no tiene que ver con la acción de adjudicación de la licitación, porque las bases no son elaboradas por la comisión, de manera que tiene que ver con el cumplimiento previo. Por lo tanto, si se está revisando completamente la acción, necesito entender cuál es el criterio para establecer que una persona no cumple con los requisitos. Lo único que hemos escuchado aquí es “no cumple”, “no cumple”, pero las bases no dicen nada.

El **diputado señor Leopoldo Pérez** indicó que los que hemos participado en procesos licitatorios sabemos que la Contraloría toma razón de bases tipo.

El contralor Bermúdez explicó que existen dos tipos de bases. Las bases tipo se aplican a obras en general y las otras caso se elaboran caso a caso. Además, si corresponden al sector público, debe tomar razón la Contraloría.

En términos de la legalidad, la Contraloría General de la República verifica que se cumpla con lo que se autorizó previamente. O sea, el propio licitante envía las bases de licitación en las que señala lo que va a exigir y también las condiciones. Ahora, si al momento de tomar razón de la adjudicación de la obra licitada no se cumple con lo que previamente se había autorizado en estricto apego a las bases de licitación, la Contraloría está obligada a observarlo. También puede ser pertinente levantar la observación, por lo que explicó el contralor respecto de que las bases no son hechas en piedra y que las consultas de aclaración que puede hacer el propio licitante pueden aclarar algo que haya quedado poco claro para el resto de los oferentes, lo cual pasa a ser parte integrantes de las bases de licitación.

En concreto, pidió que el contralor explique nuevamente el proceso de toma de razón de las bases y de una adjudicación.

La **diputada señora María José Hoffmann** señaló que no entiende mucho de los procesos de licitación y menos de hospitales, por lo que no tendría la capacidad de calificar el merito del contenido de las bases, pero me molesta este criterio antojadizo o arbitrario de la Contraloría General de la República.

A esta Comisión asistieron los directores del servicio y no hubo ningún cuestionamiento, ni siquiera de los procesos.

Después explicaré el desastre que me ha tocado observar durante el proceso del servicio de salud de San Antonio, pero antes de ello, solicitó que el contralor explique cuándo el servicio o esta comisión evaluadora pueden calificar un antecedente como menos razonable. Acaba de afirmar que, incluso, el Servicio

y la comisión pueden hacer modificaciones a las bases de licitación.

Hemos tenido casos emblemáticos en Chile cuya prevención requería tener una Contraloría más vigilante, pero no creo que haya fallado la Contraloría como el caso del puente Cau Cau, que se cae por las razones que hemos visto.

En esto le pido el máximo de rigor, pues a veces parece que el espíritu de la comisión es al revés.

Por su intermedio señor Presidente, quiero preguntarle, ante cosas que puedan ser razonables y pertinentes criterios de modificación, si los Servicios lo han hecho, porque se hablaba del dibujante o el caso del prevencionista de riesgos. Es un proceso bastante simple, pero que hay que acreditar también.

¿Hay espacio hoy para que el servicio pueda hacer esas modificaciones? Lo pregunto, porque creo que no es responsabilidad de quien debe revisar si contrasta o no.

Bases aprobadas: resolución 134 de 2014 y resolución 160 de 2015 – La exigencia de una determinada experiencia se define por el propio mandante o el licitante – Las bases son flexibles y modificables – Certificados pueden ser emitidos por los mandantes o las entidades licitantes.

El **señor Bermúdez, Contralor General de la República**, señaló que las bases se harán llegar a la Comisión, y que están disponibles para todo público en la página de los Servicios de Salud, de la Subsecretaría de Redes y de la Contraloría.

Tenemos dos bases aprobadas, una en 2014 y otra en 2015, las resoluciones 134 y la 160. Ambas son parecidas en este punto, toda vez que ambas hacen distinción entre el oferente y los profesionales que acompañan la oferta.

Lo que no aparece acá, porque corresponde a cada caso, es el listado de profesionales. Por lo tanto, al prevencionista de riesgos, que como profesional, en cuanto se debe exigir o no una determinada experiencia, es una experiencia que se exigió respecto de un determinado hospital, por ejemplo, el de La Serena. Pero esa es una opción que se define por el propio mandante o el licitante. Es decir, ellos son los que definen, por ejemplo, si necesitan un ingeniero civil en transporte, un experto en prevención de riesgos o un topógrafo; es decir, ellos son los que luego, a ese requerimiento, le aplican estas bases. Eso, en primer lugar.

Por lo tanto, si respecto de algunos profesionales las bases no dan cuenta de cómo acreditar esa experiencia, por ejemplo, respecto de un prevencionista de riesgos, o de un cineasta, si es que lo requieren, porque el cineasta les puede servir después para filmar un pequeño video para mostrar la obra, y obviamente las bases no dan cuenta de cómo se acredita la experiencia de ese cineasta. Para eso, para llevarlo a un ejemplo extremo, se contempla la posibilidad de hacer modificaciones en cada caso, y eso es lo que estamos tratando de decir acá: que estas bases son

flexibles, en el sentido que, para cada caso, puede haber modificaciones, las que luego deben plasmarse en un acto administrativo, que sería una resolución, y dado que la resolución es muy puntual, debería ser muy rápida y de muy fácil despacho.

Ahora bien, le pido me permita leer rápidamente a que se refieren las bases. Por ejemplo, cuando habla de la oferta técnica, en el numeral 12.2, que consiga la oferta técnica de una de ellas, dice: la experiencia del oferente se debe acreditar a través de la superficie en obras hospitalarias, y eso se puede hacer de tres maneras. Pero, más adelante, en la misma base, se dispone: para cada uno de los profesionales ofertados, sean o no considerados para efectos de la evaluación, se deberá adjuntar la siguiente documentación en formato digital.

¿Cuál es la sanción cuando no se adjunta la documentación? Son considerados como fuera de bases y, por lo tanto, son inadmisibles. Por lo tanto, nuevamente estamos en ese supuesto que había señalado de que son situaciones de inadmisibilidad.

Por ejemplo, se exige el *curriculum vitae*; la copia del certificado de título; la declaración jurada, en la que se señale que tiene disponibilidad para ejercer sus funciones, y luego dice: la acreditación de experiencia y competencia profesional en obras en salud o equivalentes.

Y la forma de acreditar esa experiencia está dada como dice más adelante: los certificados de experiencia emitidos por los mandantes o entidades licitantes. O sea, es la misma forma que se exige para la propia empresa. Eso es lo que establece una de las bases.

La otra base, en el punto 3.3, hace la misma distinción. La oferta técnica del oferente se hace de acuerdo a la superficie construida, la que se establece por estos certificados, y luego agrega que para cada uno de los profesionales ofertados, sean o no considerados para efectos de la evaluación, se deberá adjuntar la siguiente documentación: *curriculum*, copia digital del certificado de título y la declaración jurada de disponibilidad para ejecutar el contrato. Pero a continuación hace una distinción para los profesionales ofertados en la etapa de ejecución de la obra y para los profesionales ofertados en la etapa de diseño de la obra. Y dice: para los profesionales ofertados en la etapa de ejecución, para efectos de acreditar la experiencia, deberá acompañar certificado emitido por el mandante o la entidad licitante, o por el permiso de edificación o certificación de recepción emitido por la Dirección de Obras Municipales en los que se dé cuenta de los metros cuadrados de la obra informada.

Luego se refiere a los certificados que deben emitir los mandantes o las entidades licitantes. A continuación, se refiere a los profesionales que están ofertados para la etapa de diseño, que tienen otra forma de acreditar, pero no viene al caso hacer referencia a ello.

Obviamente, el listado de profesionales, para estas bases, está pensado para aquellos relacionados directamente con la construcción misma o con el diseño de la obra. Si hay otros profesionales considerados y no se hace una modificación acá, la

forma de acreditar es esta y no otra, con la sanción que está puesta ahí, es decir, que son declarados inadmisibles. No veo otra solución. ¿Se podría haber salvado esto? Sí, se podría haber salvado, por supuesto.

La **diputada señora Karla Rubilar** solicitó que si se mantiene esta forma de certificar la experiencia de los profesionales, el contralor aclare el significado del certificado del mandante o del licitante.

El **señor Bermúdez, Contralor General de la República**, señaló que el propio Servicio de Salud puede ser mandante o licitante, dependiendo del caso, y es él quien tendría que dar fe de que ese profesional participó en una obra anterior ante el mismo Servicio. Por lo tanto, podría ser incluso el mismo licitante. Pero es el ministro de fe de ese Servicio el que debe otorgar ese certificado.

OBRA DE REPOSICIÓN DEL HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA DE SAN ANTONIO

Observaciones de la Contraloría: a) no se acompañaban los antecedentes que permitían examinar la legalidad de declarar la inadmisibilidad de la oferta presentada por Acciona S.A. Agencia en Chile – Los certificados acompañados por la adjudicada no daban cuenta de la experiencia del prevencionista de riesgos y del programador de las obras propuestas - **Contraloría rechazó reconsideración del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, por no subsanar las observaciones.**

El **señor Jorge Bermúdez, Contralor General de la República**, explicó que en la obra de reposición del Hospital Claudio Vicuña. Nuevamente se aplican las bases tipo, contenidas en la Resolución 134, de 2014, y la empresa adjudicada, o que venía adjudicándose por la Resolución 339, de 2016, del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, es OHL (Obras Huarte Lain S.A. Agencia en Chile), por 95.000 millones de pesos y fracción. Esto fue el 26 de diciembre del año pasado.

Las observaciones que se levantaron en esta resolución fueron, en primer lugar, respecto de la inadmisibilidad de la oferta presentada por otro de los oferentes, Acciona S.A. Agencia en Chile. En este caso se señaló que la lista de todos los profesionales se presentó en un solo formulario y no uno por cada formulario. Atendido el hecho que estaba toda la información requerida, se trataba de un defecto meramente formal y, por lo tanto, el Servicio actuó de forma indebida al dejar fuera, por lo menos por ese punto, a esta empresa que había participado de la licitación. Es decir, se hizo una mala aplicación del principio de estricta sujeción a las bases, porque se trataba de una aplicación meramente formal. En consecuencia, y dado que no

alteraba el fondo del asunto, lo que se hizo presente en este oficio de representación fue que se había dejado fuera a ese oferente de manera errónea.

En cuanto a la oferta presentada por la adjudicada, o la que se venía proponiendo como adjudicada, en relación con el prevencionista de riesgos, se hizo una observación respecto de su experiencia, lo mismo que con el programador de las obras propuestas. Ambas exigencias se consignan en la letra F del punto 12.2 de las bases.

En el extracto aparece cuál era el requisito que se exigía para cada uno de los profesionales, tanto del prevencionista de riesgos, para el que se exigían 10 años de experiencia y una certificación de la Seremi de Salud, con permanencia en la obra, y, luego, el programador de obras, que es un profesional de la construcción con cinco años de experiencia en edificación de obras de salud o equivalente, con presencia permanente y con la forma de acreditar que acabo de señalar.

Los certificados que se acompañaron no daban cuenta de la experiencia requerida y como acabo de leer, en el 12.2, tanto para la empresa como para los profesionales, se exige que estos certificados sean de la DOM, de la entidad mandante o de la licitante.

Respecto de los certificados acompañados del formulario N°8 B, no se podía constatar las obras a las que se hace mención en orden a que fueran de carácter equivalente, conforme al punto 2 de las bases. Por lo tanto, no deberían haber sido consideradas en la evaluación; se consideraron obras que no tenían ese carácter. Ahí están definidas las obras que se consideran como equivalentes.

El Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio presentó una reconsideración; sin embargo, esta semana tuvimos que rechazarla, toda vez que no se subsanaron las observaciones. Se mantiene el problema de la experiencia profesional y un problema con los certificados, toda vez que el servicio dice que para acreditar, en este caso, las obras, se señaló que se acompañaron los certificados pertinentes, pero no dice cuáles eran. Obviamente, aquí no basta con la mera afirmación.

Otro problema tenía que ver con la oferta, que fue declarada inadmisibles, pues no se acompañaban los antecedentes que permitían examinar la legalidad de esa decisión.

Por lo tanto, nuevamente, estamos en presencia del principio de estricta sujeción a las bases, razón por la cual hubo que mantener lo decidido por la Contraloría.

Eso es lo que puedo informar respecto de este hospital, señor Presidente.

Las bases no dan certeza respecto de la certificación de los años de experiencia y cómo se certifica a los profesionales – Abstenerse de toma de razón de una adjudicación impacta directamente a la gente – Ilegalidad en los actos administrativos de adjudicación - Ahora, si las bases son poco claras, ¿es razón para botar o echar abajo un hospital determinado? - Negligencias permanentes por parte del servicio. Porque si se considera lo estrictamente referido a las bases, las que no se cumplen - Contraloría debe ser exigente en la toma de razón.

El **diputado señor Víctor Torres** señaló que el contralor ha dicho que se pueden modificar las bases. Obviamente, un servicio de salud, cuando tiene toma de razón de las bases, lo hace precisamente para evitar modificarlas y tener claridad respecto de las reglas del juego. Por lo tanto, entiendo que si se requería modificar con toma de razón, esta no tiene mucho sentido o por lo menos no da garantía de que las bases cumplen, de tal manera de poder dar garantía a todas las personas que van a concursar después, porque se generan, obviamente, las dudas que aquí hemos visto, no solamente respecto del hospital de San Antonio, sino de otros también.

A mí me queda claro que en las bases no hay, en absoluto, la certeza que plantea el señor Contralor respecto de la certificación de los años de experiencia y cómo se certifica a los distintos profesionales. A mí me parece muy complejo.

Solicitó el acuerdo de la comisión para que oficie al Contralor a fin de solicitarle todos los proyectos que han sido adjudicados con bases tipo de hospitales respecto de los distintos puntos que aquí se han considerado como objetables para algunos proyectos y si se consideraron también en la evaluación de los otros proyectos.

Expresó que quería saber si las causales que dan para bajar cinco o seis proyectos en el país, fueron o no consideradas en las evaluaciones que la Contraloría pudo haber hecho antes en la adjudicación de hospitales. Que nos entregue la información de la toma de razón que ha tenido con bases tipo en otros proyectos hospitalarios, durante el presente gobierno.

Señaló que entendía la sobrecarga de trabajo de la contraloría pero le parecía impresentable que se hayan demorado tres meses en la primera evaluación.

Como decía, obviamente genera una molestia, más allá de que el señor contralor haya determinado que se abstiene o no de la toma de razón. Pero es obvio que cuando hay tres meses de demora esto tenga un impacto directo, primero, porque abstenerse de toma de razón tiene un impacto respecto de la adjudicación, eso es efectivo. Empresas que quedan fuera tienen la posibilidad de volver a concursar. Por eso hay que ser quisquillosos al respecto, y ahí sí comparto el criterio respecto de la evaluación del mismo proceso. Pero la demora tiene un impacto directo sobre la gente, no tiene que ver con el punto de las empresas, porque si esto se hubiese sabido con antelación, hubiésemos ahorrado tiempo para volver a revisar, corregir o

eventualmente relicitar. Y eso no solo respecto de San Antonio, sino de muchos otros proyectos.

Hace algunos días, el señor contralor mostró una foto de la evaluación de algunos proyectos con gran cantidad de carpetas, pero sabemos que es de un proyecto de diseño y construcción, que no es lo mismo que la licitación de obras.

En tercer lugar, qué opina el señor contralor sobre acciones que la contraloría había emitido con anterioridad -lo dijeron los mismos directores de servicios de salud, que estuvieron acá presentes- relacionadas con la toma de razón con observaciones.

¿Es correcta o incorrecta esa práctica? ¿Por qué, en el caso de los distintos hospitales, no se toma de razón con observaciones, como lo plantearon los directores de servicios?

Quiero ser bien claro: sí hubo objeción de los directores de servicios en la sesión pasada. Es más, uno de ellos -me imagino que está en actas-, el de Talcahuano, dijo que no compartía en absoluto el criterio emitido por la contraloría respecto de su informe.

En cuarto lugar, me imagino que lo que está planteando la contraloría es que hay ilegalidad en los actos administrativos. ¿Eso está diciendo respecto de la adjudicación? ¿Cuál es la opinión que tiene la contraloría respecto de la situación que está ocurriendo en las distintas adjudicaciones? Porque, obviamente, estas resoluciones también tienen un impacto político.

Por lo tanto, me interesa que clarifique las decisiones que está tomando la contraloría desde esa perspectiva.

En quinto lugar, el señor contralor también emitió una opinión que, a mi juicio, hay que considerar respecto de las evaluaciones.

Hay una opinión pública del contralor sobre quién debe licitar las distintas obras, en el sentido de que no deben ser los servicios de salud, sino que el MOP. Uno empieza a revisar y resulta que las obras del MOP, habitualmente, tienen toma de razón, como ocurrió hace unos días en Quillota-Petorca. Sin embargo, todas las de los servicios de salud terminan siendo cuestionadas, al menos en estos últimos casos de los distintos hospitales.

¿Es una situación que se mantendrá en el tiempo y que en la medida en que visiten los servicios de salud seguirá ocurriendo?

Finalmente, el director del servicio de salud Talcahuano no compartía, y lo más probable es que ningún director de servicio comparta, las decisiones que ha adoptado la contraloría, no por la incompetencia, como se plantea, sino, básicamente, porque aquí existen bases sobre las que se sustentan, respecto de las cuales, insisto, no establecen claridad.

No se puede decir que la experiencia del oferente se homologa a la de los profesionales. Eso es interpretable, completamente. Por lo tanto, sigo insistiendo en

que hay una acción en el sentido correcto de la palabra arbitrario. No le estoy dando una connotación moral, buena o mala, sino que lo que implica el acto arbitrario. Es decir, yo tomo la decisión, porque interpreto así aquello que ustedes interpretaron de una manera distinta.

Ahora, si las bases son poco claras, ¿es razón para botar o echar abajo un hospital determinado, sobre, incluso, empresas que ya se han adjudicado otras obras hospitalarias de la misma envergadura, con toma de razón de esta misma contraloría, incluso, con observaciones?

El punto es ese, en qué momento empezamos a tener acciones que terminan generando una parálisis de una cantidad de proyectos que tienen un impacto muy importante, no solo sobre la gente de San Antonio, sino también sobre los distintos lugares del país.

La **diputada señora María José Hoffmann** indicó que le llamaba la atención lo dicho por el diputado Torres, porque estamos hablando de obras de miles de millones de pesos, como la de San Antonio, que cuesta más de 100.000 millones de pesos.

No tengo ningún problema con el afán de lucro que tienen las empresas. Al contrario, me gusta que a la gente le vaya bien, pero creo que lo mínimo es cumplir con los requisitos. Tampoco me importa que esta empresa esté vinculada, materia de esta comisión investigadora, a algún parlamentario del Congreso Nacional, que en este caso además es senador de la zona. Creo que tiene todo el derecho de desarrollar el libre ejercicio de su profesión.

Lo que me llama la atención -por eso había pedido que estuviera el director del Servicio de Salud de San Antonio- es que aquí hemos visto negligencias permanentes por parte del servicio. Porque si se considera lo estrictamente referido a las bases, las que no se cumplen.

Informó que estuvo tres veces en la Contraloría y tres veces en el Servicio de Salud, durante este proceso, porque habíamos tenido la mala experiencia de que el Cefam de Algarrobo, un centro de salud, había estado paralizado dos años, a pesar de tener los recursos, y solamente porque el Servicio de Salud respectivo había tomado malas decisiones, y si no fuera por la Contraloría, ese Cefam todavía no se empezaría a construir. Se empezó a construir ahora a principios de mes.

Entonces, uno se empieza a preocupar al reparar que el jefe de abogados del servicio está con licencia médica psiquiátrica; o sea, los conflictos que uno empieza a ver, van más allá incluso de la legalidad del rol que tiene la Contraloría. Por eso me habría gustado que estuviera presente el director del servicio de San Antonio.

Se lo he dicho públicamente y en su cara, y hoy no tenía idea de la respuesta sobre la reconsideración del hospital, lo que me parece lamentable. Pero cuando uno ve los antecedentes de la negligencia del servicio, que hay empresas que apelan, que estos mismos papelitos que para algunos hoy son exceso de celo y ya no

son relevantes, que alegan porque quedaron en el camino y que no han podido hacer su presentación, ya que no se ha firmado el contrato, no hay adjudicación terminada, efectuada; entonces, no me parece pertinente calificar esta materia ni de exceso de celo ni de arbitrariedad por mi experiencia, a pesar de que debo reconocer que no soy experta en estos temas, y sobre estos puntos quiero pedir a la Contraloría que sea lo más exigente posible. Hemos visto en este gobierno y en el anterior que ha habido problemas en las adjudicaciones, y el rol que nos corresponde es cuidar los recursos y lograr llegar al final.

Si, además, el Servicio y la comisión tiene la posibilidad de flexibilizar algunas de estas cosas que parecieran ser razonables, porque entiendo el criterio que aquí se ha aplicado, y no lo han hecho; entonces, uno se pregunta por qué no lo han hecho.

Preguntó al contralor, en el caso de San Antonio, si corresponde volver a licitar de cero, porque la diputada Rubilar preguntó hace algunas semanas, respecto de algunos casos, si había fórmulas que permitieran volver hacia atrás o considerar las últimas tres empresas que habían postulado.

Observaciones insuficientes para declarar inadmisibile la oferta – Alza en los nuevos valores de las licitaciones y responsabilidad de la Contraloría – Certificados presentados por las empresas reclamantes para acreditar la profesión – ¿De qué forma OHL acreditó experiencia para construir el hospital de Curicó, que es el doble más grande que el de San Antonio?

El **diputado señor Celso Morales** recordó que en la semana pasada estuvieron los directores de salud y hubo una afirmación del director del Servicio de Salud de Talcahuano, señor Mauricio Jara, quien señaló con mucho detalle que las dos observaciones que se hicieron no tenían el peso suficiente como para haber declarado inadmisibile la oferta.

Pero la afirmación que hizo, que fue lo que llamó la atención, es que esto iba a tener consecuencia en los valores de los nuevos llamados a licitación y que la Contraloría tendría que hacerse cargo de este proceso realizado y de las condiciones en que se ha llevado a cabo, afirmación que, incluso, quedó consignada en cuaderno aparte, a fin de enviársela.

Solicitó que el señor contralor entregara su opinión sobre la afirmación del doctor Jara.

La **diputada señora Karla Rubilar** expresó que sus preguntas al contralor son respecto del hospital de San Antonio.

Cuando no toma razón la Contraloría Regional, y hoy sabemos que

tampoco tomó razón sobre la reconsideración la Contraloría Nacional, dentro de los argumentos que se dan para ello hay algunos que dicen relación con los reclamos de otras empresas, lo que está incluido en la resolución de la Contraloría Regional, en la que se consignan esos reclamos.

Como muy bien dijo la diputada Hoffmann, las empresas tienen recursos que no son materia de competencia de la Contraloría; los recursos son del área del Tribunal de Contratación Pública. Esa es el área de los privados, y no de la Contraloría.

Entonces, llama un poco la atención, y en su momento se lo dije al contralor, tanta referencia que se hace hacia las otras empresas. Por eso mismo, quiero preguntar cuáles son esas otras empresas y qué montos tenían las otras empresas ofertadas: si eran mayores o menores.

Este es un hospital que a diferencia de otros, y por eso hago tanto hincapié en el hospital de San Antonio -lo mío no es baladí-, es una obra que tiene menos del 10 por ciento de aumento de costos en su reevaluación; por lo tanto, pasa al procedimiento habitual; no tiene ningún cuestionamiento; se licita y puede perfectamente adjudicarse. Es uno de los pocos hospitales que está en esas condiciones si lo comparamos con los otros, y en particular en el hospital de San Antonio, me llama bastante la atención, y ya he dado a conocer mi sorpresa a quien corresponde, la forma en que se acredita la experiencia profesional.

Por lo tanto, quiero proponer algunos oficios, con el objeto de que se nos informe si las otras empresas que reclamaron tienen certificado del mandante, del licitante o de la Dirección de Obras Municipales para acreditar la profesión.

En primer término, quiero que se oficie al director del Servicio de Salud de San Antonio, quien, según tengo entendido, va a concurrir a esta comisión en marzo; de lo contrario, debiéramos recabar el acuerdo para que lo haga. Esa era la idea planteada la vez anterior, invitar al contralor y a los directores de servicio que aún no ha concurrido.

Entonces, me gustaría oficiar para que en marzo tengamos esa información, respecto de si alguna de las otras empresas, sobre todo las que reclamaron y que están nombradas en esos informes de la Contraloría, tienen el certificado de la DOM o del licitante o mandante.

¿Por qué es importante esa información? Porque en particular me llama mucho la atención el procedimiento llevado a cabo, ya que desde el momento en que se solicitó y se hizo un trabajo con la Contraloría Regional, a partir de la definición que señaló el contralor de un certificado de un mandante o licitante, eso era tan simple como que el ministro de fe del servicio certificara la experiencia.

Me sorprende que en ese trabajo, en correlación con la Contraloría, no se diga: "Oiga, falta que usted, ministro de fe del servicio, certifique que el prevencionista de riesgo cumple con la experiencia". Me llama la atención porque entiendo que no es más complejo que eso, por la definición entregada por el contralor.

Reitero que me llama la atención que el servicio no certificara: o es extremadamente negligente, como lo señaló la diputada Hoffmann, y no firmó algo que es obvio y que se certifica en el currículum, o nunca se interpretó que esa era la forma de certificar la experiencia, y lo que se interpretaba como certificar la experiencia era el certificado de la seremi respectiva, el currículum y todo lo demás que leyó antes de pasar al punto dos.

Esa es la primera pregunta que quiero hacer y el oficio que quiero proponer se remita al director del servicio de salud señalado.

También quiero consultar lo siguiente. En San Antonio no solamente hay un problema con el prevencionista de riesgo y el profesional programador de obras con experiencia en Microsoft Project, que es un ramo de la carrera. En estricto rigor, uno tiene que pasar ese ramo para titularse. Pero más allá de eso, se objeta el tema de la oferta técnica, por lo tanto, se objeta la experiencia de la empresa en obras similares a la que va a construir.

El hospital de San Antonio consta de 57.000 metros cuadrados y en este proyecto aumentó de 160 a 220 camas; cuesta poco menos de 100.000 millones de pesos. Su construcción estará a cargo de OHL, la misma empresa que se adjudicó el hospital de Curicó, que si bien el mandante en ese momento es el MOP, es un hospital que aumentó en un 78 por ciento su presupuesto. Está muy por sobre el 10 por ciento, que es la diferencia con este hospital. Tiene 400 camas, el doble que el hospital de San Antonio. El hospital de Curicó tiene más de 100.000 metros cuadrados, es decir, más del doble que el hospital de San Antonio.

Mi pregunta es la siguiente. Si no se acredita la experiencia para construir un hospital más pequeño como el de San Antonio, ¿cómo es que OHL acreditó experiencia para construir el hospital de Curicó, que es el doble más grande? Sobre todo si se considera que es un 78 por ciento más caro, que debía haber pasado por reevaluación social, haber considerado los recursos de Hacienda y lo más habitual, que no había pasado nunca antes, era volver a licitar, y no adjudicar directamente. La Contraloría toma razón del hospital de Curicó.

Quiero que se me explique cómo una empresa acredita experiencia para construir un hospital el doble más grande que el de San Antonio y no acredita experiencia para construir un hospital como el de San Antonio. O sea, algo pasa, porque es la misma empresa.

No voy a dejar pasar esto. No soy defensora de la empresa; muy por el contrario, fui la que denunció los problemas de sobrepagos hace mucho tiempo del hospital de Curicó y todos los problemas que se están generando en Marga Marga. Lo que quiero es que me expliquen por qué no hay criterios uniformes en este tema.

El **diputado señor Marcelo Schilling** consultó si el contralor tenía alguna noticia del hospital de Marga Marga.

Licitación del hospital de Marga Marga no ha ingresado a la Contraloría – Las bases tipo (160 de 2014 y 134 de 2015) fueron tomadas de razón - La forma de acreditar la experiencia de la empresa y de los profesionales, está así establecido en las bases - La demora de la Contraloría en tomar razón de alguno de los actos no tiene que ver con la capacidad profesional o con su número - Los actos representados son ilegales porque faltaron a las bases - Todos los procesos de licitación de hospitales han sido objeto de muchos recursos, reclamaciones y presentaciones de todas las empresas - Las bases se entienden como parte del marco de juridicidad o de legalidad.

El **Contralor General de la República, señor Jorge Bermúdez**, respondió que no sabemos en qué situación se encuentra el hospital de Marga Marga, porque no ha ingresado a la Contraloría. Lo que sí hay es una presentación que hizo el diputado Joaquín Godoy a la Contraloría Regional sobre una serie de eventuales problemas que habría en el proceso, pero todavía no está en la Contraloría.

Extraoficialmente, sé que todavía está en el proceso de evaluación en el Ministerio de Desarrollo Social. Ese sería el estado de la cuestión.

Ahora, yendo a las otras preguntas, en primer lugar, respecto de las bases, lo que he tratado de expresar acá es que las bases fueron tomadas de razón, la 160, en 2014, y la 134, en 2015. Son bases tipo; no sé como graficarlo, pero son una especie de molde que debe ser llenado en cada caso. Por lo tanto, son un molde genérico para el diseño y la construcción o solo para la construcción.

Nuevamente lo digo acá, respecto de las experiencias de los profesionales los requisitos que están ahí puestos, y por lo que acabo de leer, creo que da cuenta de eso, está pensado respecto de profesionales que son relacionados con obras públicas, con obras civiles. Esa es la experiencia que está ahí. Por lo tanto, si hay otros profesionales como un prevencionista de riesgos o cualquier otro que fuera distinto, ahí lo que hubiese procedido era hacer una modificación, aunque fuera puntual, respecto de esos profesionales. O sea, podría haberse acreditado o no haber exigido ninguna experiencia, simplemente el título profesional, y eso podría haberse hecho con la modificación de las bases.

Ahora, que se homologue la forma de acreditar la experiencia tanto de la empresa como de los profesionales, eso está así establecido en las bases. Es una forma válida de poder hacerlo, porque en realidad en estricto rigor de lo que estamos hablando es de construcción. Por lo tanto, no habría ningún problema con que fuese de esa manera.

Respecto de la demora de la Contraloría en tomar razón de alguno de los actos, por ejemplo, en el caso del hospital biprovincial Quillota-Petorca, el plazo fue de 46 días para la toma de razón, para analizar esas 20 cajas que ustedes vieron que estaban allí y que lo hizo la Contraloría Regional de Valparaíso.

En el transcurso de estos tres meses da la impresión de que esos

documentos han estado, desde su ingreso, durmiendo en la Contraloría sin que haya ningún análisis o que contamos con funcionarios que no son muy competentes, revisando uno por uno los papeles. Estos tres meses han sido un periodo de arduo trabajo, porque hay una serie de actividades de carácter informal en que van y vienen consultas, tanto del servicio como de la Contraloría.

Es decir, no es que llegue a tres meses y después como por arte de magia sale un oficio de representación. Hay una serie de contactos de los cuales no queda registro, porque es un trabajo que se hace mancomunadamente con el servicio público y la Contraloría, por eso se demora tres meses, o incluso puede demorarse más.

No tiene que ver siquiera con la capacidad profesional o con cuántos profesionales tenemos. Tiene que ver con tratar de sacar adelante los proyectos. Nosotros sabemos la importancia que estos proyectos tienen, no somos ajenos, también somos ciudadanos y nos damos cuenta de la importancia social que tienen las obras públicas y, sobre todo, un hospital, así que esa sensibilidad está en la Contraloría.

Aprovecho de responder otra consulta. ¿Esto quiere decir que los actos que fueron representados son ilegales? La respuesta es sí, son ilegales porque faltaron a las bases, porque van en contra de lo que establecen las bases.

Las bases se entienden aquí como parte del marco de juridicidad o de legalidad que debe aplicarse al caso. Está ley, lo único que dice es lo que está en el artículo 9º; está el Reglamento de Compras Públicas, que se aplica en parte en este caso, y están las bases. O sea, las bases son la ley del contrato. Es contra eso que se debe contrastar este acto administrativo. Y eso es lo que se hace acá.

Por lo tanto, cuando el acto administrativo va en contra de las bases, ¿está yendo en contra de la legalidad? La respuesta es un rotundo sí.

¿Esto es un cambio de criterio de la Contraloría? Porque eso pareciera ser lo que quedó acá, y es lo que queda también de las preguntas o de las afirmaciones que se hicieron la semana pasada. Yo no puedo hacerme cargo de tomas de razón con alcance que se hayan hecho en uno u otro caso. Lo que sí puedo decir acá es que aquí hay una legalidad que hay que cumplir.

Todos estos procesos de licitación de los hospitales han sido objeto de muchos recursos, muchas reclamaciones, muchas presentaciones que han hecho todas las empresas. Es más, reclamaciones que se han hecho respecto de una licitación, por ejemplo, estoy pensando en el Barros Luco, que tuvo repercusión en otra licitación, porque aparecen antecedentes que no se habían considerado para poder analizar la toma de razón del hospital de Linares.

Ese es un trabajo que también hay que hacer, y cuando hay críticas respecto del rol de la administración pública, que no actúa coordinadamente, hubiésemos actuado muy mal si no hubiésemos considerado lo que se estaba diciendo en Barros Luco cuando repercutía directamente a propósito de las obras que se estaban realizando en el extranjero por esa empresa, respecto de la licitación que se

estaba haciendo en Linares.

Entonces, claramente hay un trabajo que allí se hace, así como una forma de proceder de acuerdo con los recursos disponibles. En todo caso, lo que estoy señalando no es un reclamo en el sentido de contar con más funcionarios, sino simplemente estoy dando a conocer que se trata de un trabajo muy complejo.

En cuanto a la consulta sobre quién debe licitar las obras, no me corresponde pronunciarme si debe ser el Ministerio de Obras Públicas o el Servicio de Salud.

Lo que dije fue a propósito de un estudio objetivo -que es el que todos ustedes tienen- que dice relación con quiénes son los que muestran más observaciones. Más del 51 por ciento de los contratos de los servicios de salud tienen observaciones relevantes en los últimos cuatro años, y en el mismo gráfico, que figura en la página 13 de la presentación, se demuestra que el que tiene menos observaciones es el Ministerio de Obras Públicas.

Entonces, la conclusión que saco de esto es que parece ser que al MOP le va mejor que a los servicios de salud en materia de obras públicas, y parece ser que ese es el giro del MOP, hacer obras públicas. Es eso, pero si alguien decide que esas obras públicas las tiene que hacer una municipalidad, el Sename o quien fuera, no me corresponde decir que sea el MOP o el servicio de salud, pero claramente hay una institucionalidad que pareciera ser más robusta, como voy a pasar a explicar inmediatamente, a propósito de otra pregunta que se hizo.

Efectivamente, históricamente había otras alternativas: existía una sociedad constructora hospitalaria y una sociedad consultora de establecimientos educacionales. Eso existió siempre y era una forma de hacerlo también. Por lo tanto, ciertamente hay otras alternativas.

Ahora, respecto de la consulta que me hizo la diputada Hoffmann, en cuánto a qué se puede hacer, por ejemplo, con el caso al que se refirió, porque esa es la pregunta concreta, de manera que no me voy a pronunciar respecto de las obras y de los miles de millones que están aquí envueltos, solo puedo decir lo que ya dije. No es fácil representar a un hospital, pero hay que hacer presente. Este año hemos recibido más o menos unas 60 obras públicas, y tenemos una estadística al respecto, que vienen de distintos servicios de salud, de los cuales los representados son una mínima parte. Son relevantes porque son hospitales, pero hay una serie de otros hospitales, de centros de salud familiar, de consultorios, etcétera, que sí se han cursado y que han sido objeto del trámite de toma de razón. Desgraciadamente, uno se fija en las malas noticias, pero también hay un gran porcentaje que fue objeto del trámite de toma de razón.

El señor DAGOBERTO DUARTE QUAPPER; director del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, la señora Leticia Zamorano, presidenta de la Comisión Evaluadora, y el señor Mario Villagra Jamett, jefe del Departamento de Asesoría Jurídica.⁷

El señor ERNESTO WLADIMIR JORQUERA FLORES, director del Servicio de Salud Coquimbo, el señor Luis Iván Marín Campusano, presidente de la Comisión Evaluadora, y el señor Sergio Ansietta Calderón, jefe del Departamento Jurídico.

El señor IVÁN PAUL ESPINOZA, director del Servicio de Salud Ñuble, la señora Paula Canahuate Ronda, presidenta de la Comisión Evaluadora, y la señora Jannet Viveros Figueroa, subdirectora Gestión Asistencial.

LICITACIÓN DEL HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA, DE LA COMUNA DE SAN ANTONIO.

Obras construidas en el servicio de salud Valparaíso-San Antonio, desde 2008 en adelante - Hitos de la construcción del hospital Claudio Vicuña – Observaciones de la Contraloría: a) oferta de Acciona no fue considerada como oferente, b) dos profesionales no acreditaron la experiencia y c) empresa adjudicada no acreditó obras equivalentes. – Rechazo de la apelación – Falta de financiamiento - Segundo proceso de licitación y modificación a las bases.

El señor Dagoberto Duarte, director del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, explicó que para poner en contexto el trabajo que se ha estado haciendo tenemos un resumen de las obras que se han construido en el servicio de salud Valparaíso-San Antonio, desde 2008 en adelante. Se construyeron varios Cefam: Reina Isabel; Marcelo Mena, de la comuna de Valparaíso; el Centro de Salud Zonal de Juan Fernández que se terminó de construir el año pasado y que está funcionando desde hace un año. Se encuentra, además, en construcción el Cefam de Algarrobo; está terminado el de Rodelillo, ubicado en la comuna de Valparaíso, y estamos en la etapa de construcción del Cefam El Tabo.

Además, se están realizando otras obras menores, como el SAMU del hospital Carlos van Buren; la renovación de la unidad de emergencia del hospital Claudio Vicuña; la demolición del exhospital Sermena, que es un edificio que estaba

⁷ Sesión 7ª, celebrada el 7 de marzo de 2017.

inutilizado desde 1971; la reposición del Cesfam Las Cañas, que se quemó en el incendio de Valparaíso en 2014 y que se repuso el mismo año; la construcción del SAPU de Alta Resolutividad (SAR) de la Región de Valparaíso, el cual está en funcionamiento; la construcción del Cecosf de San Sebastián, que está terminado, pronto a entrar en operación, y la habilitación de las obras complementarias de normalización del hospital Claudio Vicuña de San Antonio, que constituye una parte inicial del proyecto de construcción del nuevo hospital, pero que se hizo en forma anticipada para ganar tiempo.

En cuanto a las fechas correspondientes a los hitos de la construcción del hospital Claudio Vicuña, cabe señalar que en abril del 2016 se llamó a licitación para la construcción del hospital y se utilizaron las bases 134 y 138.

En agosto se hizo la apertura técnica, a la que se presentaron cinco oferentes. A la visita técnica acudieron nueve empresas, de las cuales cinco finalmente presentaron ofertas.

En agosto del 2016, se presentó a la Contraloría Regional de Valparaíso una propuesta de adjudicación, la cual fue conversada y discutida con los miembros del órgano contralor regional. Producto de dichas conversaciones se retiró la propuesta y se incorporó una nueva, básicamente para ampliar alguna información, la cual se ingresó en octubre del 2016. Transcurrieron aproximadamente tres meses y en diciembre de 2016 la Contraloría representó la adjudicación.

En enero se presentó una apelación a la resolución de la Contraloría, la cual no fue acogida y estamos en una segunda licitación.

En el marco de la primera licitación, me referiré al valor estimado de las ofertas. Se trata de un valor estimado porque, finalmente, solo una oferta se puede evaluar desde el punto de vista económico y las otras son estimaciones.

Lo que se estaba proponiendo HL era un valor de 95.400 millones. El presupuesto era 94.862 millones de pesos, es decir, había un sobreprecio de 500 millones, que era marginal en realidad. En el fondo, estaba dentro del presupuesto.

¿Qué razones esgrimió la Contraloría para no tomar razón de la primera resolución o para representar la primera resolución?

Primero, se objetó que la comisión de evaluación no considerara en su evaluación la oferta de Acciona Infraestructuras, que era uno de los oferentes.

La comisión de evaluación no lo consideró porque no se presentaron algunos certificados.

En ese sentido, la Contraloría mencionó que no había que tener un criterio tan apegado a las bases o tan estrictamente sujeto a las bases.

La segunda razón es que la empresa, a la cual estábamos proponiendo la adjudicación, presentó dos profesionales, la experta en prevención de riesgos y el programador de obras, que no acreditaban la experiencia, según lo que estableció la Contraloría.

En tercer lugar, se objetó que la empresa a la que proponíamos la adjudicación adjuntó certificados que no permitían constatar que las obras a las que se hacen mención fueran obras equivalentes.

Posteriormente, presentamos una apelación que la Contraloría no aceptó. Las razones para no acogerla fueron que se insistía en las primeras tres observaciones, que mencioné recién, esto es, que respecto del proponente, cuya exclusión fue objetada, no se acompañaban los antecedentes que permitían examinar la legalidad de la misma. Es decir, como que no entregamos los antecedentes para definir por qué no habíamos considerado la propuesta de Acciona Infraestructura; que la resolución, en ese momento, no contaba con financiamiento, y que había “diversas prevenciones”, en otras palabras, consultas que se formularon en la fase de preguntas y repuestas de la licitación.

En cuanto a las diversas prevenciones que se formularon -me haré cargo de las cinco observaciones de manera cronológica-, quiero señalar que se refieren a las preguntas que fueron realizadas.

En primer lugar, cabe señalar que cinco de las nueve empresas que visitaron el terreno hicieron ofertas. Por lo tanto, consideramos que el hecho que se formularan preguntas no significa que no exista claridad respecto de lo que había que construir.

Por otro lado, da la impresión de que existía un número adecuado de preguntas, lo cual también es un criterio discutible, pues no sé cuántas serían las preguntas adecuadas en un proyecto de este tipo. Es decir, si hay muchas preguntas o prevenciones detectadas por la Contraloría, ¿significa que algo está mal? Eso no me queda muy claro.

Una de las razones por las que no se acogió la apelación fue que no se contaba con financiamiento. Sin embargo, el 30 de diciembre del 2016, la Dirección de Presupuestos (Dipres), a través del decreto N° 1.971, unificó varias iniciativas de inversión en el sector público referidas a proyectos de inversión del Ministerio de Salud. Dicho decreto señala, en su página 4, el límite máximo de los compromisos futuros para diversas iniciativas. En el caso del hospital Claudio Vicuña, se especifica que para el 2017, es decir, este año, el límite máximo es de poco más de 22.000 millones de pesos. La Contraloría tomó razón el 4 de enero del presente año, en consecuencia, sabía que había presupuesto disponible.

Respecto de que no entregamos los antecedentes sobre la propuesta de Acciona Infraestructura, quiero decir que se ingresó la apelación a la Contraloría a través de un ordinario, y en la primera página está lo que pueden apreciar en la lámina, a mano derecha. Me refiero a un análisis detallado del administrador de contrato, que presentó Acciona, y del jefe de terreno, que presentó Acciona, y se observa que ninguno de los dos cumple con el tiempo necesario que se exige en las bases para ser parte del equipo.

El cuadro que observan se elaboró en una reunión de la comisión de

evaluación, que se juntó después de que la Contraloría nos objetó la primera vez, el 29 de diciembre. En la comisión se analizaron los antecedentes que entregó Acciona y se concluyó que dos de los profesionales, que son los que se consignan en parte derecha de la lámina, no podían ser evaluados pues no cumplían con el periodo mínimo de experiencia.

Sin embargo, la Contraloría rechazó la apelación porque no se entregaron los antecedentes, los cuales, como mencioné, están precisados en la lámina y estaban en el ordinario con el que se ingresó la apelación. Por lo tanto, no entendemos por qué se esgrime que no se entregaron los antecedentes.

Luego, la Contraloría señala que la empresa adjuntó certificados que no permiten constatar que las obras a las que se hace mención fueran obras equivalentes. El particular fue uno de los temas que más se discutió en septiembre, en la reunión entre la Contraloría Regional y el Servicio de Salud.

Efectivamente, la empresa, y no solo Acciona, sino que creo que todas, entregó una serie de certificados de obras que no son equivalentes y la misión de la comisión de evaluación es precisamente chequear cuáles son obras equivalentes y cuáles no.

Reitero, se trató de un tema abordado latamente con los revisores de la Contraloría y en aquella reunión se acordó que esos certificados no serían considerados.

En la página 7 del acta de la comisión de evaluación, la cual fue entregada a la Contraloría, se lee que son considerados para la evaluación 125.795 metros cuadrados, y al final de la misma página se lee que del listado de obras señaladas como experiencia en obras equivalentes no acreditan por no cumplir con lo mínimo señalado en las bases administrativas. Es decir, se hace una distinción entre las obras que sí fueron consideradas y las que no fueron consideradas.

Este detalle está en el acta que se entregó en la primera resolución. Por lo tanto, el hecho que la empresa haya presentado certificados de obras no equivalentes no significa que no hiciéramos la distinción, tal como se acordó con la Contraloría.

Respecto de la prevención de riesgo, creo que lo que hay, básicamente, es un cambio en los criterios con los que se examinan las bases por parte de la Contraloría. Para ilustrar aquello, quiero referirme a dos obras, dos proyectos de construcción que fueron enviados a la Contraloría en el último tiempo.

Respecto de las obras complementarias para la construcción de un nuevo hospital de San Antonio, la licitación se hizo con las bases N°s 134 y 138 y a aquella solo se presentó la empresa Indico, que presentó como prevencionista de riesgo a una profesional de iniciales KGN. La Contraloría tomó razón el 23 de diciembre de 2015, sin ninguna observación.

En una segunda licitación, que corresponde a la construcción del Cesfam de Algarrobo, que, en el fondo, es la construcción de la parte final, debido a que era un proyecto que se detuvo porque la empresa que se lo había adjudicado inicialmente

quebró. Por lo tanto, solo faltaba terminar la construcción de ese centro. Se usaron las mismas bases del anterior proyecto, a saber las bases N°s 134 y 138. También, se presentó solo una empresa, la Maestranza Beth, que presentó la misma prevencionista de riesgo, la profesional de iniciales KGN. Esa licitación fue devuelta a la Contraloría y se representó, porque dicha institución señala que no se acreditaron los cinco años de experiencia del experto en prevención de riesgos. Es decir, el órgano contralor la consideró bien en 2015, pero mal en 2016.

En el caso del Cesfam de Algarrobo son 1.000 millones, y en el del hospital de San Antonio, 2.000 y tantos millones, con las mismas bases.

En virtud de la discusión que se dio con la Contraloría General, hicimos un análisis de todos los profesionales que se presentaron en las cinco ofertas para la construcción del nuevo hospital de San Antonio. Por ejemplo, la empresa uno no acredita dos profesionales, que son el experto en prevención de riesgos y el programador de obras. En la empresa dos ocurre igual que en la empresa uno, pero agrega el profesional coordinador-modelador BIM. La empresa tres no acredita ni el profesional residente administrador del contrato ni el jefe de terreno, además del profesional experto en prevención de riesgos. O sea, en general hay problemas con la acreditación de experiencia, de acuerdo con el criterio de la Contraloría Regional, en todas las ofertas. Lo que es parejo en todos es la situación de la experta en prevención de riesgos.

Es un problema de las bases que las empresas no se estarían adecuando a lo que supuestamente piden las bases, conforme al criterio de la Contraloría.

En virtud de eso, estamos en el segundo proceso de licitación y enviamos a la Contraloría Regional una modificación a las bases, con el fin de superar las dificultades encontradas en el primer proceso licitatorio, que, en el fondo, dice relación con la forma en que se evalúa la experiencia de los profesionales. Esa propuesta se presentó a Contraloría Regional el 27 de febrero, la cual estuvo basada en lo expresado por el contralor en la sesión del 24 de enero, en el sentido de que durante el proceso de licitación los servicios podríamos hacer una presentación para modificar una parte de las bases y así evitar tropiezos en el resultado final. Estamos a la espera de cuál será respuesta de la Contraloría Regional respecto de la propuesta que hicimos.

Trabajo que se realizó con la Contraloría Regional – Acreditación de la experiencia - Propuesta de modificación a las bases - Adjudicación a la empresa más cara – Plazo estimado para la construcción del Hospital Claudio Vicuña.

La **diputada señora Karla Rubilar** indicó que tienes varias dudas respecto de la situación de las bases en materia de este hospital en particular, por las razones que dio la Contraloría Regional en su momento. Como dije en la reunión con el contralor, me parecía extraña esa suerte de forma de certificar la experiencia. Nos

encontramos con una presentación que señala que, por lo menos, la experiencia de los prevencionistas de riesgo es un tema generalizado de incumplimiento, de manera que no es una situación relacionada con la empresa respectiva en particular.

En ese sentido, me gustaría que nuestros invitados se refirieran al trabajo que se realizó con la Contraloría Regional. Lo solicito porque me llama mucho la atención que se haga un trabajo con dicha institución que busca, entre comillas, cumplir los requerimientos e imagino que facilitar el proceso de toma de razón, proceso que ocupa dos o tres meses, no sé cuánto, pero que finalmente termine siendo igualmente rechazada. Entonces, me gustaría saber con quiénes hablaron, con quiénes de la Contraloría Regional trabajaron y qué fue exactamente lo que les dijeron que debían mejorar. Me gustaría entender esa situación.

Asimismo, quiero consultar sobre la acreditación de experiencia, sea de la empresa versus los profesionales. En el caso de la empresa, no logro entender bien el tema de que no acreditaron la experiencia en obras similares. O sea, ¿se presentaron algunos certificados que no son similares y otros que sí lo son, por lo cual se hizo un enredo porque había de los dos tipos o nunca presentaron una obra similar? Eso me llama la atención, porque OHL se adjudicó el proyecto de Curicó, que era una obra gigantesca. Entonces, o el MOP es extraordinariamente eficiente, porque se adjudicó el proyecto Petorca-Quillota y Curicó o no sé qué pasa. Es algo extraño. La Contraloría toma razón de lo que el MOP ejecuta con las mismas empresas, pero no lo hace respecto del Ministerio de Salud.

En consecuencia, me gustaría entender qué pasa al respecto. ¿Qué sucedió con la experiencia profesional de la empresa en términos de la obra construida?

En el caso de los profesionales, pregunté al contralor respecto de la certificación, situación que era muy rara, porque finalmente era dada por las direcciones de obras. Posteriormente, consulté sobre quién más podría certificar. Nos contestó que el mandante. Entonces, le pregunté quién era este, ante lo cual me dijo que el Servicio de Salud. Eso está en las actas –las que pueden revisar-, y es lo que contestó el contralor en la sesión anterior.

Por lo tanto, mi pregunta es si el Servicio de Salud, que imagino es el principal interesado en cumplir con el requerimiento de la Contraloría, certificó la experiencia, pues el contralor dijo que no se podía hacer en la reconsideración realizada. Si lo hizo y adjuntó ese certificado, ¿por qué ustedes no subsanaron ese problema en la reconsideración? Eso me parece extraño, por lo cual me gustaría tener claridad al respecto. A lo mejor ustedes no ocuparon esa herramienta y no sabían que lo podían hacer. O quizá sí e igualmente se rechazó. Me gustaría que eso quedara en conocimiento de la Comisión.

También, quiero saber cuál es la modificación de las bases que ahora se está solicitando a la Contraloría, porque en la presentación se indica que “se envió a Contraloría Regional una modificación a las bases con el fin de superar las dificultades”. ¿Cuál es esa modificación? ¿Qué están pidiendo a la Contraloría que les

acceda? Es una duda, porque no podemos negar que OHL tiene un nexo político que genera ruido con la región. Eso es innegable. Por eso, se debe ser extremadamente más prudente cuando ocurre ese tipo de cosas.

Al respecto, preguntó ¿por qué se adjudica OHL, en circunstancias de que era la más cara? Es absolutamente cierto que San Antonio está dentro del 10 por ciento y con un margen muy pequeño de aumento de costo, a diferencia de otros hospitales. No es obligatorio visitar ni nada por el estilo, pero también es la más cara. ¿Por qué ocurrió eso? ¿Todas las demás empresas estaban fuera de las bases y por ello tuvieron que adjudicar a la más cara? ¿Qué diferencia a OHL si otras cumplen con los criterios? ¿Cuál es el criterio técnico que se adoptó por parte del Servicio para hacer esto, sabiendo lo que sucedería?

El **diputado Juan Luis Castro** señaló que en el proceso de la evaluación y calificación hemos visto precios versus variables no económicas. Son 500 millones más, no es un exceso; sin embargo, le indicó al director del servicio o al jefe de Inversiones que quiere entender el motivo de la primera adjudicación y de la reinsistencia, asumiendo que había cinco o seis alternativas que se pudieron bajar para esta obra.

En segundo lugar, quiero saber si consideran plausible las razones de la Contraloría, porque tengo la impresión de que no es así. Por eso quiero que expresen derechamente si les parecieran razonables.

En tercer lugar, este hospital corresponde al segundo grupo, al de hospitales en construcción, y la licitación original se hizo en abril de 2016, hace casi un año. Por ende, ¿cuál es el destino del Hospital Claudio Vicuña en cuanto a los plazos? ¿Se va a iniciar realmente la construcción? Considerando que estamos en el segundo proceso de licitación, presumo que hay estrechés, pero se entiende que a marzo de 2018 este hospital debiese estar en construcción con un horizonte que, desde el punto de vista de los tiempos, quisiera que aclararan cuál es.

El **señor Dagoberto Duarte, director del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio**, señaló que respecto de las horas similares, efectivamente, OHL presentó muchos certificados de obras equivalentes. Con la Contraloría se conversó sobre el criterio que se utilizaría para determinar cuáles se considerarían equivalentes y cuáles no. Por eso, el trabajo de la comisión se ciñó estrictamente a lo indicado por la Contraloría.

De hecho, parte del trabajo de la comisión de evaluación es analizar los certificados presentados por la empresa y determinar cuáles son concordantes con las bases de licitación, para lo cual se consideran solo aquellos que sean concordantes. En el acta de evaluación está detallado aquellos que se aceptan y los metros cuadrados que identifican las obras, así como los que no se consideran y los metros cuadrados que quedan fuera. Sin embargo, las obras equivalentes no son un criterio

de admisibilidad, sino un factor importante en la evaluación de la calidad de la empresa. Una empresa que ha construido más metros cuadrados tiene un puntaje mayor que la que ha construido menos metros cuadrados.

Frente a la pregunta de por qué se considera otro proyecto, como el hospital de Curicó o de Marga Marga, creo que se ha confundido un par de cosas que son importantes de tener en cuenta. Se dice que es mejor que la construcción esté a cargo del Ministerio de Obras Públicas (MOP) y no de los servicios de Salud, pero en ese caso se estarían comparando peras con manzanas. El MOP llama a licitación en base al decreto N° 75 de 2004, y tiene un registro de contratistas, el cual se actualiza en forma periódica. En cambio, el servicio de Salud no hace uso de ese decreto, sino de otras bases de datos, como las mencionadas. Por lo tanto, no se pueden comparar ambos procesos licitatorios. Por ejemplo, nosotros consideramos al profesional prevencionista de riesgo –tema que ha estado en discusión– de acuerdo con el *curriculum* y las actividades que ha tenido. En cambio, el MOP cuantifica la experiencia desde el momento en que se obtiene el título.

En reuniones que tuvimos con la gente del MOP vimos que la forma en que se considera la experiencia de los distintos profesionales es muy diversa. En conjunto con ellos, determinamos hacerlo de la misma forma, usando un criterio del cual la Contraloría haya tomado razón, porque la entidad ya tomó razón también del decreto N° 75. Por lo tanto, nos pareció razonable usar el mismo criterio para no inventar uno nuevo. El criterio determina que para aquellos profesionales no evaluables -que son la gran mayoría- se considerará la experiencia, tomando en cuenta los certificados de sus empleadores. Esa es la modificación que proponemos. Es decir, que en el caso de profesionales no evaluables se consideren los certificados que entregan los empleadores, porque Contraloría objeta que la Dirección de Obras no entregó el certificado del mandante o licitante. La verdad, es muy difícil que todas las personas obtengan certificados de la Dirección de Obras, o del mandante o licitante. Para hacerlo de forma más razonable, decidimos que la experiencia se demuestre de acuerdo con lo que digan sus empleadores. Veremos si lo aceptan como tutela.

Es más fácil hacerlo con el MOP que con nosotros, pero las bases no se pueden comparar porque son distintas.

Respecto de si utilizamos la atribución que mencionó el Contralor, sí lo hacemos. Durante la apelación, uno de los objetados fue el programador de obra, porque no demostró conocimientos en Microsoft Project.

Al momento de realizar la evaluación, adjuntamos sus documentos, como lo exige la Unidad de Monitoreo. La Unidad de Monitoreo, perteneciente al Departamento de Inversiones, supervisa todos los proyectos a nivel nacional, y emitió un certificado señalando que ese profesional sí conocía el programa Microsoft Project, porque ha trabajado y trabaja actualmente con él. Sin embargo, en la operación que presentamos en Contraloría, la entidad señaló que los certificados eran insuficientes, sin dar explicaciones de ello.

Finalmente, la licitación la adjudicó la empresa más cara, porque al

momento de evaluar económicamente a la empresa licitante solo había una, OHL; las otras habían quedado fuera del proceso antes de dicha evaluación.

Por ejemplo, la empresa San José se eliminó porque presentó una boleta de garantía a nombre del Hospital Del Salvador, con el RUT de esa institución, y no a nombre del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio.

En el caso de Acciona, que es la que el contralor pidió que reevaluáramos, notamos que había dos profesionales evaluables, con permanencia en obra, pero que no acreditaban el tiempo de experiencia.

Por su parte, Dragados no cumplió, porque no presentó los balances entregados al Servicio de Impuestos Internos, que era parte de los requisitos de las bases. Por lo tanto, no pudimos calcular su capacidad económica.

En el caso de los otros dos, no calificaron porque no entregaron una serie de certificados que acreditaran a los profesionales. O sea, entregaron el listado de profesionales, pero no los certificados que acreditaran sus experiencias.

Esas son las razones por las cuales las otras cuatro empresas no llegaron hasta el final. De haber seguido hasta el final, estoy de acuerdo con que se pudo haber generado una discusión en torno al precio; pero como llegó solo una, no había mucho más que hacer.

Respecto del tiempo, el 28 de enero iniciamos un nuevo proceso de licitación por un plazo de 60 días, el cual debiera terminar el 28 de marzo. A veces el proceso se alarga durante la fase de preguntas y respuestas, a veces se alarga un poco más, pero si suponemos que no se alarga, estaríamos abriendo la oferta técnica el 28 de marzo.

La vez anterior nos demoramos dos semanas en hacer la evaluación, por lo tanto, en abril presentaríamos una nueva propuesta de adjudicación. Ahora, si la Contraloría teóricamente se demora un mes, en mayo deberíamos tener su respuesta. Si esta es favorable, estaríamos en condiciones de adjudicar y preparar contratos hasta junio, lo cual significa que en julio se empezaría a construir.

Todo lo anterior dependerá exclusivamente de las diversas cosas que podrían suceder, por ejemplo, que no se alargue el proceso de licitación, que la Contraloría responda dentro de un mes, etcétera. En este caso, se demoró cuatro meses, pero son tiempos que nosotros no manejamos, salvo la duración de la licitación.

La construcción del hospital depende de la oferta que nos hagan, puesto que son las empresas quienes determinan el tiempo. Personalmente, creo que tres años, y así lo dijimos en la presentación a la Contraloría.

Promesa del gobierno anterior, en enero de 2014, con el proceso de diseño licitado – Cambios realizados por la ministra anterior – No inclusión en la Ley de Presupuestos - Criterios más estrictos de la Contraloría - Cambio de criterio respecto de algunas adjudicaciones – Necesidad de investigar las arbitrariedades - Cómo evitar que la Contraloría siga objetando la modificación de las bases propuestas.

La **diputada señora María José Hoffmann** indicó que le indigna lo que ha ocurrido durante todo este proceso. A nuestro invitado le consta que hemos estado permanentemente preocupados, visitándolo a él y al contralor, para tratar de desenredar la cadena de errores que ha habido durante los últimos años.

Pero la teleserie hay que contarla completa. Esta fue una promesa del gobierno anterior, en enero de 2014, con el proceso de diseño licitado. El primer pedrazo fue respecto de los cambios que propuso la ministra de la época, sobre el metraje que tenía el hospital. Ello significó un año de retraso.

El segundo problema fue que, a pesar del gran compromiso del actual gobierno, no venía contemplado en la Ley de Presupuestos del año pasado y los parlamentarios, unidos transversalmente, logramos que el compromiso del gobierno se cumpliera, al menos, en una parte, porque –repito- no venía contemplado ni siquiera un décimo de lo que corresponde a la construcción del hospital. Entonces, al analizar la teleserie entera, uno empieza a entender el problema.

Por otra parte, me parece inaceptable la comparación que el director hace con el Cesfam de Algarrobo, otra teleserie que vivimos en la provincia. Un Cesfam que tiene el 70 por ciento de la obra, la empresa se va y la deja abandonada, el Servicio incurre en una serie de decisiones en las que no toma razón, incluso, era necesario ordenar un sumario en ese proceso.

Después de esa experiencia, no solo es lo que las bases digan, obviamente, hay un perjuicio del trabajo que ha hecho el servicio, donde también hubo problemas con el equipo de abogados. Por lo tanto, ha sido un proceso muy engorroso.

Me parece positivo que los criterios de la Contraloría sean cada día más estrictos, sobre todo después de lo que hemos visto en el puente Cau Cau.

Además, por ser representante de la zona, me tocó ser testigo de las conversaciones entre la Contraloría y el Servicio, incluso, acompañé personalmente al director para tratar de desenredar el proceso y poder colaborar. Entiendo que hay una presentación de una de las empresas que apela a que no se judicializó porque el contrato nunca se firmó y tampoco hubo una presentación. Personalmente, no me importa el parentesco con el senador de la Quinta Región, sino que me interesa que se cumpla, porque promesas han sobrado y, según lo dicho por el propio director, se empezaba a construir a fines del año pasado, con todos los retrasos previos. Retrasos que también tuvo en el gobierno del Presidente Piñera, hay que reconocerlo, porque lo

peor es cerrar los ojos.

Entonces, la empresa que nuevamente partió atrasada en la obra del Cesfam de Algarrobo tiene un trato directo, que más allá de la experiencia, me imagino que una obra de este calibre no debiera ser lo mismo con el término del proceso. Sin embargo, voy a acatar lo que digan las bases, pero hay que cumplirlas.

Por último, si entendí bien, a fines de diciembre, la Contraloría no toma razón, porque con todo el proceso y los cuestionamientos públicos que tenía la empresa, era bien difícil que la Contraloría aceptara la apelación que se presentó el 14 de enero. Entonces, hay dos meses -desde fines de diciembre a fines de febrero- en que se presentan las consultas para las modificaciones de las bases. ¿Quiere decir que esto va en paralelo? ¿No se abrió la oferta a las empresas? ¿Se mandan las consultas y se corrigen en el camino?

El señor Dagoberto Duarte, director del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, acotó que el 27 de enero abrimos la licitación y en el transcurso del proceso hicimos las consultas, en paralelo.

La **diputada señora María José Hoffmann** solicitó que se envíe a la comisión el cronograma tentativo, por escrito, entendiendo que siempre puede haber problemas y que es necesario considerar cierta flexibilidad, porque la Contraloría, calculando los promedios, tiene hasta seis meses. Pero me imagino que será rápido porque es un proceso que no debiera cambiar mucho, solo las modificaciones que se le hagan.

Por otra parte, agradezco al director que esté dando la cara, pero me parece que ha sido bastante negligente la gestión de lo que me ha tocado ver en la provincia de San Antonio. Perdona la franqueza, pero hay gente que aún espera el hospital, y ha habido muchas promesas y fallas que me tienen decepcionada.

Repito, le agradezco que venga a dar la cara, pero lamento su gestión al mando del servicio.

El diputado señor Víctor Torres expresó que le parecía muy interesante lo planteado por el director respecto de algunos puntos que han sido debatidos. Soy un convencido, y después de la presentación del señor contralor más aún, de que hubo un cambio de criterio brutal respecto de algunas adjudicaciones versus otras. Pedimos oficiar para estudiar cada una de las adjudicaciones que ha otorgado la Contraloría, desde 2014 a la fecha, que espero haya sido respondido, porque vamos a evaluar sobre proyectos similares para saber si no se utilizó la misma vara para unos respecto de otros.

Asimismo, celebro el ejemplo de nuestro invitado, porque hablamos de bases similares, de obras similares. Las obras complementarias son de dos mil

millones de pesos y la del Cesfam alcanza los mil millones. Al haber bases similares, vemos que se actúa con criterios diferentes. Eso da cuenta de que la Contraloría cambió de criterio.

A mi juicio, hay que tener cuidado con las arbitrariedades, que es lo que hay que investigar a fondo, más aún si el mismo señor contralor dio cuenta en esta comisión, está grabado y por escrito, que uno de los requerimientos para dar cumplimiento a lo que se pide es un certificado que emite el mandante, cuestión que ocurrió en este proceso.

Por lo tanto, me parece grave que el contralor haya dicho lo anterior y hoy el director del servicio nos ratifique que se cumplió con esa exigencia. Es una situación que lamento porque no se da explicación del por qué, si estaba supuestamente en las bases; luego se desecha, sin dar ninguna explicación al respecto.

Espero que el señor contralor haya enviado las bases completas, porque estuvimos mucho rato tratando de aclarar sus propias dudas. En segundo lugar, respecto del oficio de las adjudicaciones de obras durante el actual gobierno, por último telefónicamente.

Las preguntas de la diputada Rubilar han aclarado bastantes situaciones. Consulto al director del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio lo siguiente: en el segundo llamado a licitación, ¿cómo evitarán que la Contraloría siga objetando la modificación de las bases que ustedes han hecho? ¿Cuál es el plazo que ha dado la Contraloría para responder las observaciones formuladas? Se tiene un proceso de 60 días y entiendo que eso debiera estar zanjado antes de que concurren todos los oferentes. Si no, no va a haber claridad respecto del procedimiento.

Antes de eso, durante los procesos de consulta de la licitación que se cayó, ¿alguien hizo consultas respecto de cómo certificar a los distintos profesionales? Porque, entre otras cosas, el contralor dijo que, si se emitía alguna respuesta en el proceso de pregunta-respuesta, ella pasaría a formar parte de las bases. Por lo tanto, también es conveniente despejar si eso ocurrió o no.

El señor Dagoberto Duarte, director del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, aclaró que a comienzos de 2014, lo único que estaba listo era el diseño. En ese momento era habitual y lógico que cambiaran los metrajes, porque, cuando se diseña un hospital de esas características, se encuentran distintas condiciones que hacen que muchas veces cambie el metraje. Eso explica en alguna medida la variación, por qué se dieron distintos metrajes en un momento y finalmente se llegó al metraje con el cual se consiguió el RS, que fue más metraje del inicial, porque además hubo múltiples cambios de definiciones.

Inicialmente se pensaba construir un hospital con cuatro camas por pieza y posteriormente se definió que debían ser solamente tres, para darles más privacidad y dignidad a los pacientes. Además, se encontró una normativa de la municipalidad de San Antonio que, por un tema de rasantes, obligaba a eliminar una sección que estaba

diseñada inicialmente en una parte, para trasladarla a otro lugar. Eso hizo modificar el diseño de manera importante.

Respecto de lo que plantea el diputado Torres, nosotros, más que esperar a que nos hagan preguntas sobre cómo aplicar la experiencia, basamos nuestra propuesta de cambio de las bases en la experiencia ya obtenida, sin esperar, porque para hacer eso tendríamos que abrir la propuesta. Hubo muy pocas preguntas sobre ese tema.

CENTRO DE DIAGNÓSTICO TERAPÉUTICO DEL HOSPITAL DE LA SERENA

Antigüedad del proyecto – Proyectos en los cuales se está trabajando – Proceso de licitación – Observaciones de la Contraloría: a) No consta la aprobación del Sistema de Evaluación de Impacto Ambiental; b) Túnel de conexión con el hospital existente carece de un estudio técnico suficiente; c) Obtención de permisos correspondientes; d) El proyecto carece de un estudio técnico suficiente, y e) No acreditación de experiencia de los profesionales jefe de terreno y experto en prevención de riesgos.

El señor Ernesto Jorquera, director del Servicio de Salud Coquimbo, señaló que al igual que mi colega del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, expondremos un pequeño panorama acerca de dónde se inserta esta obra del Centro de Diagnóstico Terapéutico del Hospital de La Serena. Este es un proyecto que tiene a lo menos diez años de trabajo desde que se planteó la posibilidad de construirlo en la cárcel y veinte desde que se pensó en la necesidad de convertirlo.

En el periodo que abarca entre los años 2014 y 2018, estamos trabajando en el conjunto de proyectos que pueden ver en la presentación. Estamos trabajando en dos hospitales: el de Ovalle, que ya lleva 22,5 por ciento de avance; el Hospital de Salamanca, que está terminado y se está en fase de autorizaciones sanitarias y permisos para entrar en operación; y el Centro de Diagnóstico Terapéutico del Hospital de La Serena.

Además, estamos construyendo seis SAPU de alta resolutiveidad. Tenemos uno terminado, el de Tierras Blancas, y los otros cinco están proyectados para ser iniciados y licitados durante este año, salvo el último, el Emilio Schaffhauser, que también licitaremos durante este año y que está conectado con el Cesfam Emilio Schaffhauser del centro de La Serena. Dicho sea de paso, todo lo que se inserta en el casco histórico de La Serena lleva aparejadas ciertas complejidades de construcción, porque entra otro actor en el análisis, que es el Consejo de Monumentos Nacionales. Eso en sí mismo propone algunos elementos que hay que respetar.

También estamos trabajando en cuatro centros comunitarios. En 2015

terminamos dos: Los Leices y Punta Mira, que ya están en funcionamiento. En 2016 fueron terminados Arcos de Pinamar y Colonia Limarí, que actualmente están en fase de aprobación y de autorizaciones sanitarias.

La cartera de Cesfam considera 13 de estos establecimientos durante el año 2016. Terminamos estos cuatro: La Higuera, Punitaqui, Canela y San Isidro Calingasta, de los cuales Canela y Punitaqui están en funcionamiento. Higuera y San Isidro estamos en fase de terminar las autorizaciones sanitarias, previas al inicio de operaciones.

En 2017 se terminó -hace un mes, más o menos- el Cesfam de Illapel. Cabe consignar que esta es una obra que fue abandonada en su minuto y fue muy complejo sacarla adelante. Estamos trabajando en Tierras Blancas II, cuya unidad técnica es el MOP, con un 33 por ciento de avance. Pan de Azúcar, cuya unidad técnica somos nosotros, está terminado. Estamos en la misma fase de autorizaciones.

En San Juan, que corresponde a la comuna de Coquimbo, llevamos un 87 por ciento de avance, también con el MOP como unidad técnica; en el Sauce, un 47 por ciento de avance, con el Servicio de Salud como unidad técnica; el Urbano III, en la comuna de Ovalle, lleva un 22 por ciento de avance, con el MOP como unidad técnica; y Chañaral Alto, en la comuna de Monte Patria, con un 92 por ciento de avance.

En la misma línea de los Cesfam, para el año 2018 tenemos planificada la ejecución de dos centros de salud: Río Hurtado y Emilio Schaffhauser. Este último debemos licitarlo durante este año. Además, está el Cesfam de Illapel, que ya está completamente terminado.

En 2014, que fue el año en que reasumimos la construcción de la dirección, ejecutamos obras por 3.000 millones de pesos; en 2015, por 26.000 millones; y en 2016, por casi 36.000 millones, todo esto con un equipo relativamente similar.

Luego, tenemos el Cesfam de La Higuera, que es la comuna situada más al norte dentro del territorio que abarca el Servicio de Salud Coquimbo.

Esto es muy importante para nosotros. Así como lo hizo mi colega Dagoberto Duarte, les mostramos los proyectos del periodo 2014-2018 en proceso de ejecución con las bases expuestas en la Resolución N° 134 de 2014. Es decir, con las mismas bases se está trabajando. Quiero aclarar que cuando en la columna de estado aparece la palabra desierta, es porque hubo problemas con la primera licitación, pero se usaron las mismas bases y actualmente está terminado.

La primera licitación del Cesfam Pan de Azúcar también fue declarada desierta. Después se adjudicó en alrededor de 2.500 millones.

El Cesfam de Chañaral Alto fue adjudicada; normalización del Hospital Salamanca adjudicada; normalización del Hospital de Ovalle también fue adjudicada, utilizando las mismas bases.

El CDT de La Serena es la obra que tenemos representada; el Cesfam de

El Sauce de Coquimbo fue adjudicada y el edificio de construcción acelerada del Hospital de Coquimbo. Como saben, en la zona hubo un terremoto importante, por ello, tuvimos que demoler la antigua torre y actualmente estamos en proceso de recepción de la demolición, y el viernes abrimos las ofertas referidas a la torre de construcción acelerada y estamos en pleno proceso de evaluación, utilizando las mismas bases.

Proceso de licitación.

Respecto del CDT de La Serena, que como anticipé al comienzo de la presentación, es uno de los proyectos más emblemáticos de la región. Cerramos la licitación el 30 de junio de 2016.

En relación con el Acta de Evaluación, quiero señalar que todas las hacemos en equipos conjuntos desde la dirección del servicio, compartiendo los criterios con la Unidad de Inversiones del Ministerio de Salud. Terminamos con visto bueno el 22 de julio de 2016 y enviamos la resolución afecta N° 161 para la adjudicación, que ingresó a la Contraloría el 24 de agosto de 2016 y respondió el 27 de diciembre de 2016.

Hicimos una representación a la Contraloría el 09 de enero de 2017. La nueva respuesta de la Contraloría fue el 23 de enero de 2017.

Mediante el Ordinario 1A/N° 319 solicitamos una aclaración a la Contraloría sobre los criterios que están evaluando como un elemento central de trabajo, en el caso de que debamos ir a una segunda licitación. Todavía no perdemos la esperanza de que se haga una luz en la Contraloría y considere los criterios que planteamos. No obstante, estamos preparando todo para realizar la segunda licitación, en caso de que sea necesario.

Observaciones de la Contraloría

Una de las observaciones decía relación con la Evaluación de Impacto Ambiental, y señalaba: no consta la respectiva aprobación en el Sistema de Evaluación de Impacto Ambiental o la competente certificación de que no es pertinente su sometimiento al mismo, acorde con el criterio sustentado en el dictamen N° 4.000, de enero de 2016, de la Contraloría.

La respuesta que planteamos a la Contraloría fue la siguiente: El proyecto tiene permiso de edificación desde el 31 de diciembre de 2014 y la licitación se hizo en noviembre de 2015. Además, sustentado en los dictámenes que a la fecha teníamos de la Contraloría.

La Contraloría presentó un dictamen de 2012, el cual fue ratificado en 2015, que señalaba que este tipo de proyectos no necesitaban solicitar Estudio de Impacto Ambiental o certificado de pertinencia.

Antes de 2012 sí lo necesitaba, y dado que este fue un proyecto muy extenso, teníamos una carta del 28 de octubre de 2010, de la directora regional del Servicio de Evaluación Ambiental, donde menciona que de conformidad con la información entregada en su carta, y en la medida que su actividad no contemple algunas de las características descritas en el punto anterior, esta no debe ingresar al Sistema de Evaluación de Impacto Ambiental.

Nosotros nos amparamos en el hecho de que no era necesario, y debió haber operado el principio de no retroactividad respecto de este tipo de cosas.

En las conversaciones técnicas que hemos sostenido con la Contraloría señalan que efectivamente es un tema soslayable, porque debió operar ese principio.

Para los que no conocen La Serena, el edificio donde se va a construir el Centro de Diagnóstico Terapéutico es la antigua cárcel de la ciudad y diagonalmente está ubicado el hospital. Por lo tanto, la manera de conectar ambos edificios era a través de un puente aéreo o de un túnel. Se optó por el túnel.

En relación con el túnel de conexión con el hospital existente, la Contraloría observa que el proyecto carece de un estudio técnico suficiente en lo concerniente a la calidad del terreno a excavar, del procedimiento de ejecución del túnel y de los eventuales permisos necesarios para el uso del subsuelo en un bien nacional de uso público.

Respondimos que en la licitación estaban todos los antecedentes técnicos del terreno, mecánica de suelo y ensayos de esta; el sondaje geotécnico. Dicho sea de paso, dado que el edificio va a tener una excavación donde estarán ubicadas algunas líneas de trabajo, pero también los estacionamientos, es mucho más profundo de lo que requería el túnel. Es decir, el túnel estará a una profundidad de 5 metros, pero hicimos sondaje a una profundidad de 30 metros, dado que bajaremos hasta 13 metros en términos de construcción. Por lo tanto, no era necesario un estudio distinto para un mismo tipo de terreno.

Se especificó que el Túnel era de tipo minero y así quedó ratificado en la respuesta a la pregunta N° 18 del foro de licitación. De hecho, las empresas presentaron ofertas en relación con ese tipo de cosas.

La obtención de los permisos se tenía considerada –en eso tiene razón la Contraloría; no teníamos esos permisos, porque, en general, se obtienen durante el período de ejecución para este tipo de cosas- durante el desarrollo de la obra, que tenía 39 meses de ejecución proyectado. Sin embargo, con el ordinario N° 1A/285, de 23 de febrero de 2017, se reingresó nueva solicitud de uso de subsuelo, reiterando las ya efectuadas en 2009 y 2014.

El permiso de edificación, en relación con el túnel, se ingresó como expediente el 20 de febrero de 2017 con el ordinario N° 1A/0143. Esto es en relación con el túnel, porque la obra tiene permiso de edificación desde 2014.

En relación con las observaciones relativas a la rampa de acceso principal y a la red húmeda –encontraron algunos temas técnicos que para nosotros es inusual,

porque habitualmente la Contraloría no hace observaciones de esa naturaleza-, cabe precisar que la posibilidad de ejecutar variaciones en la obra, contemplada en el contrato, no habilita al servicio para que los proyectos que licita no deben cumplir con la totalidad de la normativa técnica pertinente.

Nuestra respuesta tuvo por objeto aclarar que la rampa observada no es el acceso principal, sino un acceso bastante secundario, que dice relación más bien con los accesos a la parte del cuidado patrimonial que va a tener el edificio, contando el edificio con tres accesos principales.

Las bocas de red húmeda sí cumplen con la normativa especificada en proyecto de instalaciones de agua potable y de extinción de incendios.

El proyecto de seguridad antiincendio considera, además, sensores de humo, alarmas y monitoreo en control centralizado. El de extinción tiene splinter, red húmeda, red seca, extintores, muros, puertas cortafuego y zonas de seguridad.

En general, todos los edificios hospitalarios tienen condición de ignífugo, es decir, no deberían incendiarse.

Todos los proyectos de especialidades y arquitectura deben ser aprobados por las entidades correspondientes al momento de la recepción municipal.

Es decir, se licita la construcción del diseño, existe una asesoría técnica de estudio, un especialista certificado para acreditar este tipo de cosas; además, en las bases se exige que todo se debe ajustar a norma al momento de ser entregado. Por lo tanto, para nosotros esto también estaba ampliamente superado.

A continuación, entraremos al tema que aún discutimos con la Contraloría respecto del equipo profesional propuesto.

Observación. El Servicio dio por cumplido el requisito de experiencia de los profesionales jefe de terreno y experto en prevención de riesgos, a que alude el punto 12.2, letra f), de las bases tipo aprobadas por la resolución N° 134 de 2014, 8 y 10 años respectivamente, considerando antecedentes que no son idóneos para acreditarla, acorde a lo establecido en el punto 12.2, párrafo séptimo, cuarta viñeta, del aludido pliego de peticiones.

Al respecto, tenemos una diferencia de interpretación en cuanto a la acreditación de la experiencia de los profesionales, porque nosotros distinguimos la experiencia genérica, asociada a la formación del profesional y que se mide en años. Eso también está en dictámenes de la Contraloría. Es decir, si uno quiere saber cuántos años de experiencia tiene un profesional debe considerarlos del momento en que se tituló en adelante. Esa es la experiencia genérica.

La experiencia específica para estos casos está asociada a la experiencia en obras de construcción para la Salud o equivalentes. En términos de complejidad, desde 25.000 metros cuadrados hacia arriba, lo cual evalúa y se mide en metros cuadrados, no en años.

La Contraloría hace exigible que la experiencia genérica se mida con los

certificados que las bases establecen para medir la experiencia específica, los cuales no consideran el periodo de ejecución. Dicha interpretación le pone más exigencia al prevencionista que al jefe de terreno, de los dos que se evaluó.

El servicio de Salud considera que la experiencia genérica se calcula a partir de la fecha de titulación, según los mismos dictámenes de la Contraloría.

A modo de ejemplo, el hospital de Ovalle tiene aproximadamente 40 mil metros cuadrados y un plazo de ejecución de 24 meses.

El CDT también tiene proyectados 40 mil metros cuadrados, de manera que son bastante similares, salvo que en lo clínico el CDT tiene 21 mil metros cuadrados.

El Centro de Atención Terciaria tiene 39 meses de ejecución, mientras que el hospital solo 24 meses. Al seguir el criterio que usa la Contraloría ese profesional de terreno tendría más experiencia solo porque se demora más, y hace caso omiso de la experiencia de trabajo, que para efectos prácticos de construir, lo que interesa es la experiencia que tenga en construcción de metros cuadrados.

Esa interpretación no es antojadiza para nosotros porque se hizo sobre la consideración de las mismas bases.

Ahora, para no estar capturados por nuestras propias interpretaciones –y a propósito de las discusiones que hemos tenido con las autoridades en la región- encargamos un estudio en derecho administrativo al señor Juan Carlos Ferrada. Él, luego de la lectura de las bases, llegó a la misma conclusión que nosotros, que la interpretación de hacer esto va por la línea de lo que nosotros estamos llevando a cabo. Por eso, además, le hemos pedido una aclaración al contralor, para saber a qué atenernos en el futuro respecto de esto, y con la esperanza –más por fe que con certeza- de que pueda haber un cambio de razón al respecto.

La **diputada señora Karla Rubilar** indicó que es importante conocer el listado de las empresas que postularon y los montos de sus propuestas; si la empresa adjudicada OHL era la única empresa que estaba participando de ese proceso, tal como en el caso de San Antonio, o si había otras más baratas o con montos similares.

Por otra parte, cuando nuestro invitado señala que no se tenía que hacer la evaluación del SEIA, lo plantea porque está considerando que es un monumento histórico. Al respecto, ha dicho que eso no es necesario, cuando es un monumento histórico, por un tema de fecha. Lo consulto porque tengo en mi poder la presentación de la Contraloría, la que señala que atendido que la obra afectará a un monumento histórico, no consta la aprobación del SEIA. Por lo tanto, cuando se refiere a que no hay problemas al respecto por las fechas anteriores, quiere saber si lo señala debido a que está considerando que es un monumento histórico.

Respecto del túnel de conexión, lo que dice la Contraloría es que el proyecto estructural no se encuentra totalmente afinado, en circunstancias de que ustedes señalan lo contrario.

En cuanto a la situación de los profesionales, comparto la tesis planteada por nuestro invitado, y no tengo claro si en las bases está así, porque tampoco nos han llegado completos los dos tipos de bases. Sin embargo, me gustaría que se refiriera al mismo problema que tiene San Antonio con el prevencionista de riesgo, porque en ese caso no están considerados los metrajes, sino es otro el problema de la certificación de la experiencia del prevencionista de riesgo. Por lo tanto, quiero que explique cuál es el problema que se tiene con el prevencionista de riesgo que se objetó y si se hace cargo de que el profesional de topografía presentaba título técnico, y no profesional, tal como lo establecían las bases, aspectos a los que no se refirió y que también dicen relación con objeciones de la Contraloría.

El **señor Ernesto Jorquera, director del Servicio de Salud Coquimbo**, respondió que respecto del primer punto, que tiene que ver con el SEIA, nosotros permanentemente, en este proyecto, que ha sido largo, de hecho vamos a cumplir casi 11 años de trabajo, todos estos elementos, dado que están en la zona típica, lo trabajamos con el Consejo de Monumentos Nacionales.

Esta institución, tal como lo expresa el mismo instrumento de evaluación que tiene para estos efectos la ley de Medio Ambiente, quien es también un opinante respecto de este tipo de cosas, en 2009, cuando estaban vigentes los dictámenes de la Contraloría, o la ley sola, antes de los dictámenes, pedimos un certificado al SEA, para que se pronunciara respecto de la pertinencia o no de un estudio de impacto ambiental. El mismo SEA dijo que no. En 2012, en términos generales, y después fue ratificado el 2015, en otro dictamen de la Contraloría, no hacía exigible para este tipo de construcciones.

Nosotros obtuvimos todos los permisos, tanto para la recomendación técnica, después el permiso de edificación y todo lo respectivo, dentro de ese período nosotros iniciamos la licitación el 2015. El dictamen de la Contraloría es del 2016, por tanto, no tendríamos por qué haberlo solicitado.

Principio de irretroactividad de los actos administrativos – Empresas que participaron en la licitación – Procedimiento de certificación - La carrera de topografía es de técnico de nivel superior, no universitario.

Agregó, además, el **señor Ernesto Jorquera, director del Servicio de Salud Coquimbo**, que la Contraloría no tendría que haberlo observado siquiera si es que hubiese utilizado el concepto de irretroactividad de los actos administrativos.

Eso, en conversaciones, sí se asume.

Nosotros se lo volvimos a presentar, porque como ahora vamos a ir de

nuevo a una licitación, en caso de que tengamos que así hacerlo, estamos trabajando para eso también.

En el caso de las evaluaciones, se presentaron seis empresas, pero solo cuatro eran evaluables, en el sentido estricto del término. Teníamos a Assignia, a OHL, a San José, y a Moller & Pérez-Cotapos.

La relación entre oferta técnica y oferta económica es de 4:6. Al hacer la composición, quedó adjudicable la segunda, y no la primera, es decir, OHL. La diferencia en términos de metros cuadrados es que Assignia ofertaba 1.202.000 pesos por metro cuadrado y OHL 1.260.000 pesos por metro cuadrado. En términos de unidades de fomento: 46 la primera y 48 la segunda. Sin embargo, quedaba primero OHL, sobre la base de la composición de los elementos de evaluación.

Las dos más caras, Moller & Pérez-Cotapos estaba en el orden de las 57 unidades de fomento por metro cuadrado, y San José, que está haciendo la construcción de Ovalle, valoró en 51 unidades de fomento el metro cuadrado. No obstante, entregamos todas las observaciones a la Contraloría en su conjunto, y es ese organismo el que analiza toda la evaluación.

Respecto del último punto, referido a la prevencionista de riesgo, quiero decir que en este caso se producen dos situaciones. En primer lugar, dentro de los profesionales, el prevencionista de riesgo entra en la lógica de los no evaluables para efectos prácticos. Pero, a su vez, aquí es donde viene el tema del tipo de experiencia calificada. Si uno sigue la lógica de la Contraloría, se requiere que tenga más experiencia el prevencionista que en el jefe de obras. Entonces, si uno se ciñe el espíritu de cómo deberían ser las bases, la persona debe tener 10 años de experiencia, pero acreditada como tal en la seremi de Salud respectiva, y, además, debería tener experiencia o una experiencia en construcción de salud. Así lo dicen tal cual las bases.

En ese sentido, si uno mira la cantidad de obras en la que ha estado la prevencionista, estaba absolutamente calificada como tal, y por eso tenemos la diferencia con la Contraloría General de la República, en tanto su manera de interpretar la experiencia de los profesionales.

Nosotros vamos a entregar la presentación y además entregaremos un texto para que tengan a la vista, que incluye todos los razonamientos que hemos hecho respecto de esto.

Respecto de la certificación se hizo el mismo procedimiento, al igual que en el hospital de San Antonio, con quienes compartimos la misma lógica de profesionales, y pedimos exactamente los mismos documentos; y nosotros certificamos aquello.

Por último, agregó que en Chile no existe el profesional topógrafo. Las bases dicen: "ingeniero de ejecución geomensor o topógrafo". La carrera de topografía es de técnico de nivel superior. Por tanto, no corresponde exigir formación universitaria a un topógrafo.

HOSPITAL DE ÑUBLE

El señor IVÁN PAUL, director del Servicio de Salud de Ñuble, y a las señoras Paula Canahuate, jefa del Departamento Jurídico y presidenta de la Comisión Evaluadora, y Jannet Viveros, subdirectora de Gestión Asistencial.

Nuevo proceso licitatorio - El plazo de ejecución son 1.735 días - Principios que se deben observar – Criterios que emplea la Comisión Evaluadora

El señor Iván Paul, director del Servicio de Salud de Ñuble, señaló que se referirá al oficio N° 83.994, de 21 de noviembre de 2016, en el que la Contraloría General de la República representó la resolución adjudicatoria N° 132/16 del Servicio de Salud de Ñuble.

En estos momentos estamos en un nuevo proceso licitatorio. Nos demoramos veinte días, desde la representación que hizo la Contraloría, para tener en el portal la nueva licitación, que cerraremos el 27 de marzo. Es decir, en veinte días más.

El plazo de ejecución son 1.735 días, desde firmado el contrato, en el cual está incluido el diseño, porque recordemos que las bases indican que es un contrato y una licitación de diseño amarrado con ejecución. Son cuatro años y nueve meses, pero está incluido el diseño. El diseño son 9 meses y la construcción son cuatro años. Cuatro años demora una construcción de ese tipo.

Hizo presente que hay algunos principios que debemos observar, como la estricta sujeción de las bases, el trato igualitario de los oferentes, la no formalización, es decir, errores que son formales y no esenciales, y el criterio finalista.

Cuando se produce una colisión o hay algo que no está muy claro en las bases, tenemos la obligación de interpretar y determinar algunos criterios. La Comisión Evaluadora usa criterios que vienen de revisar dictámenes del órgano contralor, combinando los principios señalados y aplicando el sentido común, amén de otros más.

En este punto, quiero citar una frase de la presentación del contralor en esta Comisión, en las sesiones de 10 y 24 de enero. Él señaló que la sujeción a las bases debe ser observada en forma estricta; sin perjuicio de que deben evitarse excesivos formalismos, como en el caso de defectos de detalle que no incidan en los aspectos de fondo.

Ponemos como ejemplo algunos dictámenes de la Contraloría, como el N° 51.404, de julio 2016, en el que el órgano contralor disminuye la importancia que tenía un problema formal en pro de la finalidad del proyecto.

Observaciones de la Contraloría: a) Empresa omitió presentar la totalidad de la información requerida; b) Empresa habría omitido señalar obras que tenía en ejecución, incluso, en el extranjero; c) En la evaluación económica las notas son aproximadas al entero; d) Comisión Evaluadora no habría establecido un criterio mediante el cual acreditó la experiencia; e) Se establece un contrato sin fijar reajuste; f) No se adjuntaron algunos archivos técnicos; g) Error en la forma de calcular las utilidades.

A continuación el **señor Iván Paul, director del Servicio de Salud de Ñuble**, señaló que se referirá concretamente a las siete observaciones de la Contraloría.

La N° 1 está referida a un error que cometió la empresa -no la voy a leer-, cuando omitió presentar la totalidad de la información requerida respecto de varios puntos, y que nosotros habríamos hecho, sin tener facultad, uso del llamado foro inverso, que es poder preguntar.

Al respecto, señalamos que lo que hicimos fue usar el criterio y solicitar algunas aclaraciones que salvaran errores de omisión formales de las empresas. Obviamente, esto lo hicimos con absoluta buena fe y transparencia. Prueba de ello es que esas aclaraciones se realizaron a través de un portal, que es público, dejando constancia expresa en el informe de la Comisión Evaluadora de que se había solicitado dichas aclaraciones.

Algunos ejemplos de las aclaraciones, como la que se hizo a varias empresas para que transformaran sus estados financieros de euro a peso chileno. Consideramos que ese es un tema que no incide en el fondo de la materia. Otro ejemplo es que solicitamos traducir del idioma inglés al español; por consiguiente, había una equivalencia en ese punto.

Otra aclaración que se solicitó a la empresa adjudicataria fue respecto del formulario del profesional proyectista de climatización, cuyos datos habían sido consignados –absolutamente todo lo que las bases requerían- en el formulario N°8 B1 y no en el N° 8 B. Por lo tanto, interpretamos que esto constituía una omisión formal, que se enmarcaba dentro de las facultades que otorga el artículo 40, inciso primero, del Reglamento de la Ley de Compras a la Comisión Evaluadora.

Entonces, se solicitó a varias empresas aclarar los estados financieros y algunas otras aclaraciones, lo que demuestra que se respetó estrictamente el principio de igualdad de los oferentes frente al proceso licitatorio. En la diapositiva aparecen algunas de las empresas a las que se les solicitó aclaración respecto de los estados financieros: OHL, Astaldi, Sacyr, etcétera.

La comisión se planteó un criterio finalista, entendiendo que la labor del Estado era asegurar la capacidad financiera de la empresa que ganara.

En relación con la aclaración que pedimos de los estados financieros, debo señalar que los estados financieros son producto de un proceso contable. Por lo tanto,

no son mutables una vez que están generados; es decir, no cambian por el hecho de que nosotros pidamos una aclaración. Por consiguiente, no se altera el sentido final de la licitación.

Nuevamente, la comisión hizo uso de los principios de transparencia y de buena fe, salvaguardando el bien común, en el sentido de asegurar la solvencia de esa empresa.

La observación N° 2 señala que la empresa habría omitido proyecto de ejecución.

Quiero hacer hincapié en la palabra “habría”, porque la Contraloría no nos especificó qué empresa habría omitido obras que tenía, incluso, en el extranjero. Sí nos acompañó un reclamo de la empresa Sacyr sobre obras que habrían sido omitidas por la empresa Astaldi que se venía adjudicando. En ese sentido, nosotros pensamos, tal como está marcado en rojo en la diapositiva, que...

Creo que la Contraloría puso la palabra “habría”, porque no es una cuestión que esté absolutamente probada. Además, la empresa reclamante obtuvo ese dato de la página web de la empresa reclamada, lo cual es una forma que consideramos no muy formal, porque obviamente la página web de una empresa tienes los sesgos de intereses que puede tener. Por lo tanto, tal como aparece en la diapositiva, entendemos que la comisión no tuvo ni pudo tener conocimiento de eventuales omisiones respecto de que existieran otras obras de ejecución.

Al igual que otros servicios, solicitamos una reunión con expertos de la Contraloría, para ver este y otros temas. En este caso en particular dijimos qué pasos se pueden seguir, porque la página web de una empresa no es una fuente de información formal o fiable como para pensar en el futuro, a lo mejor, en otros organismos del Estado, como la Fiscalía Nacional Económica o la Brigada de Delitos Económicos de la PDI, etcétera, que nos pudiera ayudar a investigar, porque, en verdad, páginas web o Google no son las fuentes de información más expeditas.

Por lo tanto, la Comisión Evaluadora se restringió a su función, cual es investigar las obras que las empresas declaran que tienen en otros lugares, no solo con el título de la obra, que es lo que sale en la página web del reclamante, sino que, además, el período que le falta por completar, la inversión que están haciendo en esa obra, el plazo de finalización, etcétera.

Desde la observación N° 3 a la N° 7 son observaciones muy menores, que podrían haberse cursado positivamente, pero con alcance. Entendemos que el hecho de que las hayan representado obedece a lo que el contralor precisó aquí mismo, cuando señaló que cuando ellos representaban una adjudicación, estaban representado aquellos puntos que consideran más importantes, pero también aquellos más irrelevantes o menores. Este fue uno de ellos.

En la primera columna que aparece en el cuadro, donde está el precio, la evaluación económica, aparecen las notas aproximadas al entero. La Contraloría, en su observación, señaló que no existía la posibilidad de hacer aquello; pero si ven la

segunda tabla, podrán darse cuenta de que nuevamente la columna precio está sacada con tres decimales, tal como establece la fórmula que tenían las bases. Por lo tanto, la nota final de ofertas, que es la última columna a la derecha, no se alteró por esa manera de presentar la planilla.

Entonces, se usaron los tres decimales y la fórmula de cálculo, por esa presentación aproximada de entero, no incidió absolutamente nada, porque si aplican la fórmula de cálculo, esas son las notas finales de las distintas empresas oferentes.

La observación N° 4 está referida a la acreditación de experiencia declarada y a los certificados de respaldo. Al respecto, la Contraloría nos observa, tal como está en negrita, que la Comisión Evaluadora no habría establecido un criterio mediante el cual acreditó la experiencia.

En efecto, no dejamos constancia en la evaluación del criterio señalado. Sin embargo, a través de las respuestas que se dieron a las preguntas que se suben a través del portal, hicimos mención a cómo se podía acreditar esta experiencia.

Algunos ejemplos de las preguntas en que solicitaron -en la 1.300, por ejemplo- confirmar los certificados de acreditación de superficies en obras en el extranjero; o en la 1.400, cómo se entiende la figura del mandante, que es un concepto que ha aparecido en varias oportunidades. De manera que esta información estaba absolutamente salvada en las preguntas, como también estaba señalado cómo aceptaríamos esos certificados.

Hay que hacer una salvedad entre los profesionales de obras y los profesionales de diseño. Ello, porque con los profesionales de obra es muy fácil acreditar la experiencia, tienen los certificados respectivos de las obras que ya han realizado. En cambio con los profesionales resulta un poco más complejo.

Ahora bien, en la reunión que sostuvimos con la Contraloría, precisamos este concepto de mandante, que puede ser la empresa que fue adjudicada por un servicio de Salud, por ejemplo, pero también la empresa contratista y que adjudicaba, a su vez, subcontrató, como un certificado adicional a los que exigen las bases.

Por lo tanto, pensamos que también esta observación se podría haber salvado simplemente con un alcance.

En la observación N° 5, en la resolución adjudicatoria, se señalaba por un error de tipeo contratos sin reajuste. Estamos hablando de una situación formal, porque las bases establecen que se trata de un contrato con reajuste, que al momento del contrato también iba a quedar explícito que, tal como señalan las bases, sería reajustado.

De manera que, si bien es cierto en la resolución adjudicatoria aparece eso, repito, por un defecto de tipeo, pensamos que esta situación podía ser salvada con un alcance, porque no era una observación que afectara la finalidad del proyecto.

En la observación N° 6, que es la penúltima, se señala que no se adjuntan algunos archivos técnicos. Es decir, se emitieron las resoluciones de que se subirían

esos artículos, pero en el portal estos no se encontraban. Contraloría dice que son dos los que no se subieron, pero que sí estaban para resoluciones. Sin embargo, la comisión juzgó que estaban ampliamente contenidos en distintas normas jurídicas, que forman parte integrante de las bases.

Eran dos archivos, además de estos temas, por ejemplo, las normas básicas de seguridad, están ampliamente contenidos en otras series de normas jurídicas. Obviamente, las leyes forman parte de las bases.

Respecto de la última, que es el cálculo de las utilidades -como se señala en negrita-, Contraloría advirtió que las utilidades, según las bases, se debían calcular sobre el costo directo y no sobre los gastos generales, que era lo que la empresa que se venía adjudicando había hecho. Sin embargo, se trata de un proyecto a suma alzada. Por lo tanto, la oferta que hace la empresa no tiene otra interpretación que la de ella misma, y no influye cómo la empresa calcule contablemente sus ítems de utilidades. Repito, es una propuesta de suma alzada, que es lo que vale, y tampoco era un tema que influyera en el precio ni el objetivo final.

Debo recalcar que la empresa que ganó esta calificación fue la que ofreció el precio más bajo dentro del presupuesto que teníamos.

El Servicio de Salud de Ñuble cuenta con profesionales competentes y capacitados - Empresas que postularon y lugar del *ranking* de la adjudicataria – Foro inverso.

El **señor Iván Paul, director del Servicio de Salud de Ñuble**, señaló que se referirá al oficio N° 83.994, de 21 de noviembre de 2016, en el que el Servicio de Salud de Ñuble, desde 1990 a la fecha, ha construido alrededor de 85 mil metros cuadrados. No voy a dar el detalle, pero ha venido formando un departamento de recursos físicos con profesionales bastante competentes y capacitados. A veces, da la impresión de que no nos hubiéramos dado cuenta en la resolución adjudicatoria de algunos temas que Contraloría observó, pero se ha constituido un grupo de profesionales bien capacitados para construir todo esto. Ahora, estamos en un nuevo proceso licitatorio, y aprovecho la oportunidad de agradecer a la Contraloría la rapidez que tuvo en esta modificación de las bases para hacerlas más amigables y tener más éxito en los nuevos procesos. Solo demoró veinte días en la toma de razón.

Por lo tanto, están incorporadas las modificaciones de las bases, y nuestra licitación probablemente será más exitosa. Ello, con el fin de concretar este proyecto, cual es lograr un hospital para la provincia de Ñuble, que es una comuna que cuenta con medio millón de habitantes, con nueve comunas de rezago, con población bastante vulnerable, y que necesita encarecidamente este hospital.

El **diputado señor Carlos Abel Jarpa** reiteró la experiencia que tiene el Servicio de Salud para llevar a cabo de la mejor manera esta iniciativa. Junto con eso, se están tomando las medidas correspondientes para que la Contraloría tome prontamente la adjudicación de la licitación que se postergó por dieciocho días con el objeto de tener mayor transparencia y eficiencia en su pronta adjudicación.

La **diputada señora Karla Rubilar** expresó que quiere saber cuáles son las empresas que postularon y de qué montos estamos hablando; asimismo, en qué lugar del *ranking* estaba la empresa que se lo adjudicó. Ojala por UF el metro cuadrado, porque es más fácil de comparar.

La segunda consulta dice relación con las observaciones, cuando asistió el contralor habló de un tema de fondo. Me parece que él plantea que cuando se omite información por parte de las empresas, donde se plantea el tema del foro inverso, en caso de detectarse la omisión o inconsistencia relativa a la información presentada, la oferta será declarada inadmisibile sin perjuicio de las demás facultades otorgadas a la Comisión de Evaluación.

Claramente es un tema de fondo, porque lo que dice es: al omitir información las empresas, hagan lo que hagan y pidan lo que pidan, no se puede ocupar el foro inverso por parte del Servicio; por lo tanto, inmediatamente, debió haberse declarado inadmisibile. Por ello, me gustaría entender por qué se mantiene esto, a pesar de que queda claramente establecido. Puede haber sido un error, pero me interesa saber por qué.

En cuanto a los oficios al contralor, según lo que le entendí al director del servicio, el SicoF hizo preguntas y dio repuestas respecto de cómo se certificaba la experiencia. Ante ello, el contralor dijo que era una fórmula válida de ingresar a las bases y modificarlas. ¿Por qué, si se da una respuesta por parte del servicio y se modifican las bases, no se aceptan posteriormente esos certificados? No lo entiendo, por eso me gustaría que el contralor nos conteste ese oficio.

Por último, indicó que tiene bastantes dudas respecto de las aclaraciones de lo que ellos pretenden que podría haberse tomado razón con alcance, pero me preocupa más el futuro.

¿Qué pidieron modificar a las bases, en esta rápida toma de razón de veinte días por parte de la Contraloría? ¿Qué pidieron modificar para que tengamos una buena licitación y rápida?

El **señor Iván Paul, director del Servicio de Salud de Ñuble**, señaló que respecto del *ranking* de las empresas, está todo señalado en el documento. Postularon siete empresas; Astaldi, que hizo una oferta económica más o menos enmarcada dentro del presupuesto, 157 mil millones de pesos, si no me equivoco, dentro de un presupuesto de 161 mil millones, encabeza la lista. Todas las demás anduvieron bordeando los 200 mil millones de pesos, es decir, alrededor de 40 mil millones de

pesos más caro. Repito, ahí está el orden de prelación, de acuerdo con la nota final.

Respecto del tema del foro inverso, tal como lo señalé, consideramos que las omisiones son un error de las empresas y que probablemente de haber actuado formalistamente, de acuerdo con lo que dicen las bases, habrían quedado todas fuera de base, lo cual significaba retrasar el proyecto. Se consideró la posibilidad de respetar el principio de igualdad y para respetar el criterio finalista, que es lo importante del proyecto, y no habiendo dudas respecto de la transparencia o de algún tema de ese estilo, se pidió aclaración de algunos datos considerados menores, entre comillas, como, por ejemplo, transformar euros a pesos y algunas clarificaciones sobre el balance. En ese momento, la comisión pensó que podía ser confusa la información respecto de si era el último balance, era lógico que fueran auditados, porque un balance que no es auditado es bastante vulnerable o manejable. En fin, corresponden a consideraciones de ese tipo.

Ahora, dentro de las modificaciones que se subieron a las bases o las modificaciones de las bases que Contraloría aprobó, corresponden a un menor número de años para la experiencia de los profesionales. Entiendo que también incluye más títulos.

Sobre el tema del inciso segundo del artículo 40, que es bien importante, como en las bases se mencionaba expresamente el artículo único, el inciso segundo es el que permite hacer el foro inverso. Y la Contraloría ya tomó razón en un tiempo record.

El señor Ignacio Canales, jefe de la División de Inversiones del Ministerio de Salud, explicó que las bases son bases tipo y nacionales, y se toman para todos los servicios. Esas bases las tramitó el nivel central. Por tanto, nos comprometemos a enviar un documento con las modificaciones que se tramitaron para estas bases, es decir, diseño y construcción, y cómo fue aprobado por la Contraloría.

El Ministro de Desarrollo Social, señor Marcos Barraza Gómez.

El Ministro de Desarrollo Social, señor MARCOS BARRAZA GÓMEZ; el Jefe del Evaluación de Proyectos del Ministerio de Desarrollo Social señor Hugo Arancibia Carrasco; la Subsecretaria de Evaluación Social, señora Heidi Berner; el Jefe de la División de Evaluación Social, señor Fernando Cartes, y el Jefe de la División de Inversiones del Ministerio de Salud, señor Ignacio Canales.⁸

Iniciativas de inversión financiadas con recursos públicos deben contar con un informe del Ministerio de Desarrollo Social – Reevaluación técnico económica - Procedimiento de análisis y emisión de resultados para la reevaluación -

⁸ Sesión 8ª, celebrada el 21 de marzo de 2017.

Reevaluación del proyecto de construcción del hospital Marga Marga en el ítem específico de obra civil - Aumento del 19,1 por ciento del costo - 22 de febrero de 2017, el Ministerio de Desarrollo Social recomendó satisfactoriamente (RS) el proyecto.

El señor Marcos Barraza, ministro de Desarrollo Social, señaló hemos elaborado una presentación explicativa en relación con la reevaluación del proyecto de construcción del hospital provincial Marga Marga. De acuerdo con la normativa legal vigente -básicamente, la Ley Orgánica de Administración Financiera del Estado y la ley N° 20.530, que define la existencia del Ministerio de Desarrollo Social- las iniciativas de inversión que se financien con recursos públicos deben contar con un informe del Ministerio de Desarrollo Social, el que debe estar fundamentado con una evaluación técnica económica respecto de la pertinencia del proyecto.

El Ministerio de Desarrollo Social, en conjunto con el Ministerio de Hacienda, establece las directrices para el desarrollo del proceso de evaluación de las iniciativas de inversión, específicamente normas, instrucciones y procedimientos para el proceso de inversión pública.

Respecto del procedimiento de análisis y emisión de resultados para iniciativas de reevaluación, la reevaluación técnico económica consiste en analizar las modificaciones que pueda experimentar una inversión, otorgándole el Ministerio de Desarrollo Social una nueva recomendación. Estas normas, instrucciones y procedimientos señalan que la reevaluación deberá efectuarse por modificaciones significativas en las condiciones definidas en la iniciativa que fue recomendada previamente, tales como plazos, magnitudes, localización, recursos humanos, servicios entregados y, también, por razones de aumento del costo total de una iniciativa -como en este caso- derivadas de los siguientes casos:

- Modificaciones previas a la licitación.

- Modificaciones de contratos.

- Modificaciones de contratos en proyectos licitados por tramos o etapas.

- Modificación como consecuencia del proceso de licitación. En este caso serán reevaluadas las iniciativas que, dada la licitación, superen en más de 10 por ciento el presupuesto asignado.

Respecto del procedimiento de análisis y emisión de resultados para la reevaluación, los antecedentes mínimos necesarios que deberán ser considerados y presentados por el formulador para solicitar la reevaluación de una iniciativa nueva, son los siguientes:

En primer lugar, un informe que contemple un análisis de las diferencias entre el presupuesto recomendado y el propuesto en la reevaluación. El análisis debe contemplar un detalle de las partidas más incidentes y estar debidamente justificado.

En segundo lugar, reevaluación económica de acuerdo con la metodología

vigente del sector.

En caso de que el oferente sea solo uno, indicar las razones que hacen recomendable adjudicar sin efectuar un nuevo llamado a licitación. En este caso el RATE RE, de reevaluación, tiene una vigencia de 30 días corridos, la que se puede ampliar previa solicitud de la institución financiera.

La solicitud de financiamiento será restituida a la situación anterior, vencido el plazo o al término del año calendario. Es decir, si al 31 de diciembre no hay síntesis al respecto, vuelve a su reevaluación anterior.

La reevaluación del proyecto de construcción del hospital Marga Marga señala que la etapa de ejecución del proyecto fue recomendada favorablemente por el Ministerio de Desarrollo Social el 18 de diciembre de 2014, y que para el proceso presupuestario de ese año y con fecha 23 de diciembre de 2014, obtuvo el RS automático para el proceso presupuestario 2015.

El Programa Médico Arquitectónico (PMA) aprobado es de 54.591 metros cuadrados, que contempla 282 camas, 9 pabellones, una unidad de urgencia diferenciada con 14 box, 3 salas de parto integral y un centro ambulatorio que incluye 32 box de atención médica, 19 box de otros profesionales, 24 box de procedimientos y 8 clínicas de especialidades odontológicas, entre otros.

Mediante oficio del 16 de septiembre de 2016, la Subsecretaría de Redes Asistenciales solicitó la reevaluación del proyecto para el proceso presupuestario 2016. La solicitud dice relación con el incremento de costos del ítem Obras Civiles y Consultorías, los cuales pasaron de 93.589 millones y 4.730 millones de pesos en el año 2014, a 115.776 millones pesos y 4.020 millones pesos, respectivamente.

Esta petición se enmarca en lo que corresponde a una solicitud de reevaluación por modificación en el monto recomendado como consecuencia del proceso de licitación, ya que el costo total pasó de 113.000 a 134.000 millones de pesos en moneda a diciembre 2014; es decir, hubo un aumento de 19,1 por ciento, que está por sobre el 10 por ciento que permite la norma para efectos de la licitación.

Con fecha 29 de septiembre de 2016, este ministerio concluyó que los antecedentes presentados no permitían justificar las modificaciones solicitadas para la iniciativa y, por tanto, no era posible pasar del RS a un RE. En ese caso, tal como lo establecen las normas, instrucciones y procedimientos en su punto 3.5, "Procedimiento de análisis y emisión del resultado para iniciativas en reevaluación", se procedió a conservar el RATE RS original de la iniciativa, es decir, el del año 2014, dejándose constancia en el texto de las observaciones de que se mantenía la aprobación originalmente otorgada y que no se aprobaban las modificaciones solicitadas.

Las observaciones señalaban que se estimaba conveniente realizar una relicitación, teniendo en cuenta el valor del mayor costo informado en comparación con valores de mercado inferidos de ofertas participantes en el proceso, de otras ofertas que se presentaron.

Con fecha 15 de noviembre de 2016 ingresó a la oficina de partes del

Ministerio de Desarrollo Social un memorándum del jefe de la División de Inversiones de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, complementando los antecedentes enviados con anterioridad y solicitando la reevaluación del proyecto en el ítem específico de obra civil.

Los antecedentes fueron analizados por la División de Evaluación Social de Inversiones de este ministerio, aceptando la solicitud de reevaluación, cargando el RATE reevaluación con fecha 23 de noviembre de 2016 y solicitando a la institución financiera incorporar en la carpeta digital el memorándum del jefe de la División de Inversiones del Minsal con los antecedentes adjuntos, el análisis comparado de los presupuestos itemizados de la empresa propuesta de adjudicar con el presupuesto oficial y los presupuestos de las otras ofertas recibidas con su debida justificación, recalcular los indicadores del proyecto de acuerdo con el nuevo análisis de sustentabilidad financiera e indicar las razones que hacían recomendable adjudicar sin efectuar un nuevo llamado a licitación.

Al terminar el año calendario 2016, y sin que Minsal diera respuesta completa a los requerimientos señalados con fecha 23 de noviembre de 2016, a través de la correspondiente ficha IDI del Banco Integrado de Proyectos, se procedió de acuerdo a lo establecido en el documento Normas, Instrucciones y Procedimientos para el Proceso de Inversiones Públicas (NIP) y se restituyó, en consecuencia, el RS anterior.

Respecto de la solicitud de reevaluación para el proceso presupuestario 2017, mediante oficio recibido en la Subsecretaría de Evaluación Social con fecha 8 de febrero de 2017, la Subsecretaría de Redes Asistenciales solicitó reevaluación del proyecto para el proceso presupuestario 2017. Se inició nuevamente la solicitud.

Con fecha 10 de febrero de 2017 se autorizó la reevaluación del proyecto y se solicitó incorporar en la carpeta digital –es decir, cargar- el análisis comparado de los presupuestos itemizados de las empresas propuestas de adjudicar con 1), el presupuesto oficial, y con 2), los presupuestos de las otras ofertas presentadas, identificando diferencias de precios y cantidades de obras, con la explicación de dichas diferencias.

Entre el 13 y el 21 de febrero de 2017, el Ministerio de Salud ingresó todos los antecedentes solicitados. Como producto del análisis realizado se concluyó que si bien no era posible aceptar la solicitud de reevaluación en los términos planteados, es decir, un 19,1 por ciento de aumento respecto del monto originalmente recomendado, sí existían fundamentos para incrementar el presupuesto referencial y llamar a un nuevo proceso de licitación.

Con fecha 22 de febrero de 2017, el Ministerio de Desarrollo Social recomendó satisfactoriamente (RS) el proyecto por un monto solicitado de 128.000 millones de pesos y un monto de obras civiles de 108.000 millones de pesos, en ambos casos en moneda presupuestaria de 2017.

De esta forma, tras el proceso de reevaluación, el proyecto incrementó su

solicitud de financiamiento desde un costo de 124.000 millones a 128.000 millones de pesos, es decir, un incremento de 3,2 por ciento, no el incremento de 19,1 por ciento.

La **señora Heide Berner, subsecretaria de Evaluación Social**, señaló que la presentación del ministro trató de resumir los eventos, principalmente mostrando cuáles son las normas que regulan el proceso del sistema nacional de inversiones y dejando claro, aún cuando los servicios pidan solicitudes de reevaluación, que la aceptación de esa solicitud requiere de antecedentes previos que, en este caso, debieron ser solicitados en más de una oportunidad para efectos de pasar a la RE.

Es importante tener en cuenta eso a la hora de los procesos, porque no es automático. Todos los procesos de reevaluación pasan por lo que aquí se ha planteado, una revisión exhaustiva destinada a contar con toda la información necesaria para aceptar el pase desde RS a RE.

Después viene el proceso propiamente tal de reevaluación. Puede ocurrir que se acepte completamente o que, dado el análisis de precio, como en este caso, haya evidencia de que existe un aumento necesario de precio, para que el proceso de licitación y de ejecución completa de la obra se lleve a cabo, pero no en las mismas condiciones establecidas inicialmente en el proceso licitatorio.

Insisto, esto se ajusta totalmente a las normas del sistema nacional de inversiones contempladas en las NIP (Normas, Instrucciones y Procedimientos para el Proceso de Inversión Pública), que están permanentemente a disposición de todos en la página web del Ministerio de Desarrollo Social.

Responsabilidad del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota – Conveniencia de hacer una nueva licitación o haber aceptado el aumento de costos – Implicancias políticas – Consideraciones son de carácter técnico.

El **diputado señor Marco Antonio Núñez** indicó que en la página 8 de la presentación, en el último párrafo, se plantea que al terminar el año pasado el Minsal no dio respuesta completa a los requerimientos señalados con fecha 23 de noviembre a través de la correspondiente ficha IDI del BIP y se procedió de acuerdo con lo establecido en el documento Normas, Instrucciones y Procedimientos.

Probablemente, corresponde que la pregunta sea respondida por la autoridad representante del Ministerio de Salud, que es el jefe de la División de Inversiones, señor Ignacio Canales. Solicito que informe a quién le correspondía dar tal respuesta y por qué razón el Ministerio de Salud no la dio.

El **señor Ignacio Canales, Jefe de la División de Inversiones del Ministerio de Salud**, respondió que a nuestro modo de ver, la unidad ejecutora es el Servicio de Salud. Nosotros servimos de puente para solicitar la reevaluación y la evaluación de los proyectos, porque financiamos, pero la unidad ejecutora es el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota. Ellos hacen una postulación y solicitan al Ministerio de Salud que gestione con el Mideso (Ministerio de Desarrollo Social) la reevaluación.

A nuestra manera de entender, nosotros enviamos los documentos. En esa conversación -estamos hablando del 23 de noviembre- al parecer faltaban antecedentes de algunas empresas, algunos presupuestos, y se nos acabó el año, porque por norma, como explicó el señor ministro, el 31 de diciembre vuelve al RATE anterior de la solicitud de reevalúo. Pero estábamos en ese proceso de intercambio de documentación, que debemos pedirle al Servicio de Salud, ellos a nosotros y nosotros al Mideso, pero el servicio es el que debe entregar toda la documentación requerida, porque es el responsable, quien llama a licitación y quien ejecuta la obra. En esa conversación se piden papeles. Cuando estábamos en el intercambio de documentos llegó el 31 de diciembre, fecha en la que por norma se debió volver al RATE y empezar de nuevo el proceso.

El **diputado señor Marco Antonio Núñez** señaló que entonces asigna al Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota la responsabilidad de no haber cumplido antes del 1 de enero de este año con el envío de los antecedentes.

El **señor Ignacio Canales, Jefe de la División de Inversiones del Ministerio de Salud**, aclaró que no ha dicho eso. Dijo que el Servicio de Salud es responsable de la licitación y de entregar los antecedentes. También, señalé que estábamos en conversaciones y en intercambio de antecedentes, tanto con el servicio como con el Ministerio del Desarrollo Social (Mideso), cuando se acabó el plazo el 31 de diciembre y que tuvimos que empezar de nuevo, porque el RATE de RE volvía al momento que se solicitó la reevaluación.

En el proceso de intercambio de información, porque se pidieron antecedentes y entrega de documentos de algunas empresas y después de otras, llegó el 31 de diciembre, pero después el proceso siguió como antes. Parte del juego acostumbrado cuando uno está en un proceso de reevaluación, es mandar o reenviar antecedentes y en esa conversación se nos acabó el plazo, pero el 31 de diciembre siguió todo el proceso. No digo que alguien no cumplió, sino que ese es el proceso normal de un proceso de reevalúo. Es decir, que se soliciten antecedentes, se entreguen, que haya una conversación y un intercambio de información.

El **diputado señor Marco Antonio Núñez** preguntó al señor Ignacio Canales, desde su perspectiva profesional y su responsabilidad funcionaria, ¿cree que fue mejor llamar a una nueva licitación, como finalmente ocurrió, o que el sistema de

inversiones hubiese aceptado el aumento de partidas y que se hubiera asignado a la empresa que inicialmente ustedes, como Ministerio de Salud, adjudicaron la licitación del Hospital de Marga Marga?

La pregunta es qué opina el jefe de la División de Inversiones, desde el punto de vista profesional, como ingeniero, y de responsabilidad funcionaria, respecto de la licitación del Hospital Marga Marga? ¿Se debió aceptar en el sistema de inversiones el aumento de partidas y adjudicado a la empresa original?

El **diputado señor Juan Luis Castro** indicó que la gente sabe que se ha producido una cierta complicación política.

En lo personal, adhiero -lo declaro de inmediato y todos lo saben acá- a la candidatura del expresidente Lagos, como eventual candidato presidencial. Sin embargo, en el rol que nos cabe no podemos mirar al techo.

Quiero saber, ¿cuál es la implicancia -piensen ustedes- y qué efecto o no tiene o ha tenido el hecho de que haya un grado de parentesco –entiendo que cuñado- con la persona que está a cargo de la empresa OHL, el señor Durán, como jefe del proyecto en la adjudicación del Hospital Marga Marga? Perdona que sea directo, pero lo prefiero con total tranquilidad adhiriendo al expresidente Lagos, pero no puedo dejar de preguntar eso. En un afán de transparencia y de claridad quiero saber, ¿qué consideración política y técnica –porque acá van los dos factores unidos: lo político se lo pregunto al ministro y lo técnico al señor Canales- hay en cuanto a la evaluación en este merito de las circunstancias?

La **diputada señora María José Hoffmann** complementó la pregunta del diputado Castro, porque durante los últimos meses ha rondado el fantasma sobre un eventual conflicto de interés. Hasta ahora no hay ninguna acusación -más que lo que realiza esta comisión investigadora-, pero sin duda, esta familiaridad tendría que ver, por ejemplo, con que la Contraloría podría haber sido influenciada en su abstención en el Hospital de San Antonio, que era la misma empresa de la cual se abstuvo en su toma de razón.

Los fundamentos que dieron acá son bastante técnicos, pero es evidente que lo señalado por el diputado Castro debe tener alguna relevancia.

Me gustaría que el ministro de Desarrollo Social fuera muy tajante al respecto, porque esa empresa tuvo adjudicaciones en otros gobiernos también. Por ello, insisto, me gustaría que despejara de forma tajante un eventual conflicto de interés, desde su perspectiva, con los antecedentes que maneja.

El **señor Marcos Barraza, ministro de Desarrollo Social**, respondió que las consideraciones que operan para el Sistema Nacional de Inversiones (SNI) son eminentemente técnicas, no son de orden político. Despejo eso, porque lo que

requiere el procedimiento administrativo es un informe técnico financiero que justifique el precio de una obra, y las normas, instrucciones y procedimientos sobre la materia así lo señalan.

Por lo tanto, hacemos total abstracción de las consideraciones políticas respecto de quienes son las empresas que participan o no, todas están en su justo derecho de participar de acuerdo con la normativa vigente si cumplen con los reglamentos. Ahora bien, la evaluación que hacemos es técnico-financiera, no es de orden político.

Entonces, despejo inmediatamente esa duda, porque el procedimiento se ha ajustado a que la construcción de una obra, como es el caso de un hospital, dice relación con el costo que corresponde para efectos de una inversión de esa naturaleza. Lo demás, sin perjuicio de que sea opinable, no es objeto del Sistema Nacional de Inversiones. En eso somos absolutamente cuidadosos, en la aplicación de procedimientos de carácter técnico-financieros.

El **señor Ignacio Canales, Jefe de la División de Inversiones del Ministerio de Salud**, explicó que bajo la misma lógica que planteó el ministro señor Barraza, respecto de su pregunta sobre si fue más o menos conveniente, quiero señalar que eso es lo que corresponde. Si hay una licitación donde hay una empresa - independiente de la que sea, porque nos abstraemos de eso-, que presenta una oferta que es propuesta por la comisión evaluadora, debemos ver si con el nuevo precio sigue siendo socialmente rentable. Como eso lo hace el Ministerio del Desarrollo Social (Mideso), debemos cumplir con el rol que nos corresponde y que Mideso evalúe si con el nuevo precio sigue siendo rentable socialmente. Es decir, si con el nuevo valor tiene RS y se permite ejecutar.

Eso es lo que corresponde. Nosotros llevamos a cabo el análisis técnico que compete, en el caso del área de inversiones, para aceptar las normas, y si el precio es mayor al 10 por ciento corresponde reevaluar. Sería irresponsable rechazar una oferta si no reevaluamos y determinamos si sigue siendo rentable socialmente o no, para eso hay instancias que nos dicen en forma técnica qué es rentable socialmente y qué no lo es.

Como dijo el ministro –es muy importante lo que apareció en la última lámina-, al final de la reevaluación se da un nuevo RS y con un valor mayor al original, lo que demuestra que el valor original con que se llamó a licitación era necesario reevaluarlo, porque ahora con un nuevo valor la obra es rentable socialmente. Insisto, fue necesario reevaluar el valor original con que se llamó a licitación para lograr este nuevo valor, porque esos son los valores que hoy están predominando en el mercado.

Entonces, se ajustó técnicamente a la norma y nos abstraemos de los comentarios políticos, puesto que no corresponden en esta etapa y en ninguna.

Aumento del 3,2% en el monto con posterioridad a la reevaluación – Requerimiento de información – Valor promedio del metro cuadrado de construcción - Reuniones respecto de la marcha de la licitación del hospital de Marga Marga - Análisis técnico-económico *ex antes* de las iniciativas de inversión.

El **diputado señor Marco Antonio Núñez** señaló que hará una pregunta que dice relación con el aumento en los montos realizados con posterioridad a la reevaluación.

El cuadro final de la presentación, en la página número 10, indica que hubo una variación de 3,2 por ciento de recomendación de aumento respecto del valor original, pero entiendo que el monto original de aumento que se propone es de 19,14 por ciento. Si es así, ¿por qué esa diferencia de 17 por ciento o 16 por ciento entre lo que se solicita y lo que finalmente se determina técnicamente como un aumento recomendable o definitivo?

La **señora Heidi Berner, Subsecretaria de Evaluación Social**, señaló que en la lámina a que hacía referencia el diputado señor Núñez, ahí dice claramente que es lo que se espera del análisis, que es comparar con obras similares del mismo sector, habida cuenta la oferta que existen. Es decir, tratar de buscar el precio de mercado sobre el cual tenemos que hacer el análisis técnico económico.

Entonces, lo que fundamenta el aumento de costo se basa principalmente en ese requerimiento de información, que era el que faltaba hacia fines del año pasado, y que finalmente se obtuvo durante los primeros meses, que dieron cuenta de tener ese análisis acabado, que finalmente señala que el aumento no era de 19,14 sino de 3,2 por ciento.

Ahora, obviamente, todo esto se basa en un estudio de lo que ha ocurrido con datos efectivos del pasado o, en este caso, también del proceso que se estaba llevando a cabo.

Mayor especificidad entregará el señor Fernando Cartes. Sin embargo, quiero dejar claro que desde el inicio, para poder hacer este análisis, se requería tener una comparación de precios con obras similares y con situaciones similares. Eso es así, porque en otros sectores del país podría haber aumento de costos, pero toda la situación, en términos de cantidad de empresas que se presentan, etcétera, pueden ser bien distintas.

El **señor Fernando Cartes, Jefe de la División de Evaluación Social**, confirmó que el objetivo de la revaluación de este caso particular, que se ha llamado a un proceso de licitación, por lo que ahí hay un precio, es ver si ese precio al que se estaba proponiendo adjudicar representa efectivamente un precio de mercado, que en

este caso, dado el enfoque de análisis que tienen los proyectos de salud, sería el de menor costo para esa obra.

Por lo tanto, aquí lo que se ha hecho ha sido es revisar -por eso se solicita en reiteradas ocasiones- las ofertas que se presentaron, el presupuesto referencial con el que se llamó a licitación, el presupuesto de la empresa que se propone adjudicar y el presupuesto de las otras empresas que participaron del proceso de licitación y, en función de eso y de los análisis de las cantidades y precios unitarios que considera cada uno de ellas, la conclusión del análisis es que existe un espacio para que en una nueva licitación se obtenga un precio menor que el que se estaba proponiendo adjudicar.

Sin embargo, ese estudio también demuestra que el presupuesto referencial podía estar por debajo de los precios de mercado, que es lo que se revela de ese mismo proceso que se llamó anteriormente.

Por eso que, al final, se decide autorizar un aumento del monto, pero solo del 3,2 por ciento en términos reales, en moneda de 2017.

Esa es la conclusión de un análisis técnico, partida a partida, donde se concluye que finalmente es este el aumento que se justificaría, dada la información de que se dispone y del análisis que se ha realizado.

El **diputado señor Marco Antonio Núñez** preguntó a los técnicos si, para estos efectos, consideran válida la comparación del valor por metro cuadrado de hospital construido de complejidad similar, para hacer comparaciones justas. De ser así, les pregunto, con este monto recomendado final, a cuánto queda el costo del metro cuadrado en el hospital de Marga Marga, y si es posible compararlo con el de Quillota u otros similares.

El **señor Fernando Cartes, Jefe de la División de Evaluación Social**, explicó que cada proyecto es un caso particular, y eso lo debemos tener presente. En general, los valores promedio sirven de referencia, y los valores de referencia para la construcción de un hospital de estas características está entre 50 y 65 UF por metro cuadrado, y eventualmente más, dependiendo de las características del proyecto; pero ese es el rango promedio.

Originalmente, este proyecto estaba en el rango bajo en el presupuesto; estaba en el orden de 50 UF, y hoy llega a un valor 55 UF el metro cuadrado. Pero todo eso va a depender de las características del terreno, de la situación de mercado, porque hay zonas en las que habrá mucho menos empresas que postulen, dadas las características de la obra.

El **señor Hugo Arancibia, Jefe de Evaluación de Proyectos del Ministerio de Desarrollo Social**, agregó que esto también tiene que ver con la oferta

de insumos, porque en algunas partes de Chile la cantidad de áridos no es buena, lo que aumenta los costos de explotación de plantas de áridos. Por ejemplo, en Puerto Williams no se puede explotar áridos, por lo que se deben llevar desde más al norte y por buques. Obviamente el costo por metro cuadrado va a ser mucho mayor. Lo mismo pasa en cualquier otro sitio. Por ejemplo, el costo del metro cuadrado es mayor en el norte que en el centro. Por lo tanto, depende de las condiciones específicas de la localidad, de la posibilidad de oferta de insumos y del tipo de método constructivo. Por ejemplo, es distinto si se va a construir con hormigón *in situ*, o vamos a construir con vigas pretensadas, o si vamos a construir en acero.

El señor Ignacio Canales, Jefe de la División de Inversiones del Ministerio de Salud, complementó lo que se ha dicho, en cuanto estamos hablando de una licitación que estaba con un precio de referencia de 50 UF. Pero cuando revaluamos, se nos dice que para que este proyecto sea rentable y viable, tenemos que subir a 55 UF.

Entonces, ahí hay análisis técnico, hay que ver la materialidad y el mercado del momento, porque a veces puede ser en el mismo lugar, porque las condiciones del mercado en seis meses o en un año pueden cambiar, tal como puede ocurrir con otra serie de factores. Por ejemplo, la diferencia de los servicios que ofrece el hospital, la tecnología, etcétera, que justificaban hacer el proceso de revaluación. Prueba de ello es que una instancia independiente al servicio, que es el que está postulando al proyecto, está diciendo que hoy tiene RS con 55 UF, que es menos de lo que estaba la oferta, razón por la cual se declara desierta; había una oferta que proponía 60 UF. Entonces, como es menor, no se puede, y se declara desierta; por lo tanto, se vuelve a llamar a licitación con este nuevo precio de referencia. Ahora, digo 55 UF para simplificar, pero eso está dividido en gastos de consultoría y una serie de otras cosas. Entonces, se llama a licitación con este nuevo precio de referencia.

Ese hecho en sí mismo justifica la revaluación. En caso contrario, tendríamos que haber llamado de nuevo con 50 UF, y nuevamente no habría habido ofertas de calidad y pertinentes que pudieran hacer la obra.

El diputado señor Marco Antonio Núñez, señaló que en todo este proceso de adjudicación inicial, de evaluación e intento de adjudicación, es de público conocimiento que la ministra y, probablemente, la subsecretaria, recibieron la visita de autoridades del Poder Legislativo o de municipalidades, particularmente de alcaldes. Preguntó al señor Canales si participaba de esas reuniones respecto de la marcha de la licitación del hospital de Marga Marga. De no ser así, le pregunto si sabía que ocurrían estas reuniones y recibía instrucciones que emanaban de las reuniones que sostenía la ministra de Salud con autoridades locales de esta región.

El **señor Ignacio Canales, Jefe de la División de Inversiones del Ministerio de Salud**, respondió que en el rol de jefe de inversiones, y como han demostrado la ministra y la subsecretaria, tenemos más de 400 obras. Cuando decimos que tenemos 23 hospitales en construcción, es porque se están construyendo 23 hospitales; y se están licitando en este momento 12 hospitales. Cuatro son del MOP y más de 20 del Ministerio de Salud.

Se pregunta mucho por los proyectos. No recuerdo si me tocó participar en alguna reunión referida al hospital de Marga Marga. Sin embargo, no hubo ningún tipo de instrucción, porque, tal como lo dijo el ministro de Desarrollo Social, y lo reiteré en mi respuesta, aquí había un camino normado y que técnicamente había que hacer.

La propuesta era mayor a lo recomendado. Hay una instancia que tiene que decir si con ese nuevo valor es rentable socialmente; y esa es el Ministerio de Desarrollo Social. Eso es lo que corresponde; es lo que hay que hacer y es la norma, por lo que no hubo ningún tipo de instrucción frente al proceso. Se siguió lo que la norma establece y los correspondientes procedimientos, se dio razón de que por algo existía la norma y por algo subió el precio referencial de 50 a 55 UF. La norma sirvió para actualizar los precios y asegurar una nueva licitación con mayores posibilidades de ser adjudicada.

El **diputado señor Marco Antonio Núñez** insistió en que respecto de la experiencia en el Ministerio de Desarrollo Social, evidentemente, ustedes deben evaluar los proyectos que llevan adelante el Ministerio de Obras Públicas y el Ministerio de Salud.

Como una apreciación personal, que puede estar sesgada por la realidad en esta región, señaló, por ejemplo, que nos encontramos con que el Hospital Biprovincial de Quillota-Petorca, que pertenece al Ministerio de Obras Públicas, se adjudicó y comenzó su construcción el día de ayer.

Ese hospital es muy similar -en términos de población a cubrir y de perfiles epidemiológicos- al Hospital de Marga Marga, que debería tener asiento en la comuna de Villa Alemana -también ocurre en San Antonio- y que depende del Ministerio de Salud. Entonces, ¿existe alguna opinión o algún juicio profesional, técnico o académico de por qué ocurren en esta región esas diferencias entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Obras Públicas, en la capacidad demostrable para adjudicar obras hospitalarias complejas?

El **diputado señor Víctor Torres**, a propósito de la pregunta que se realizó respecto de las diferencias entre el MOP y el Ministerio de Salud, indicó que la Contraloría recién nos envió las bases de licitación del Ministerio de Salud. Me gustaría que también solicitáramos las bases de licitación de los hospitales del MOP, para ver las diferencias que pudieran existir.

Lo importante es que tengamos a la vista las bases, porque la Contraloría

ha tomado decisiones favorables respecto del MOP y no así respecto del Ministerio de Salud. Ese ha sido el comportamiento en el último tiempo. Tengo la impresión de que pudieran existir diferencias en las bases, y que ese es el problema, no otro.

El **señor Fernando Cartes, Jefe de la División de Evaluación Social**, explicó que a nosotros nos corresponde hacer el análisis técnico-económico *ex antes* de las iniciativas de inversión. Por lo tanto, en esta etapa, en que está el Ministerio de Obras Públicas y el Ministerio de Salud ejecutando hospitales, nos parece que es temprano para emitir una opinión respecto de que uno tiene ventaja sobre otro. Desconocemos mayores antecedentes como para dar una opinión categórica y bien fundamentada sobre esa situación.

Eventualmente, parte también del análisis que realizamos es la evaluación *ex post* de las iniciativas de inversión. Incluso, en el futuro, podríamos hacer un análisis de ese tipo para ver qué puede estar afectando o facilitando en uno y otro caso la ejecución de las obras o el proceso de adjudicación; pero, por el momento, no estamos en condiciones de opinar al respecto.

El **señor Ignacio Canales, Jefe de la División de Inversiones del Ministerio de Salud**, señaló que recordará lo que expusieron la ministra de Salud y la subsecretaria de Redes Asistenciales hace un par de sesiones.

De los 20 proyectos en construcción, estamos ejecutando 16: Calama, Ovalle, Gustavo Fricke, el hospital de Chimbarongo, de Florida, de Pitrufquén, de Carahue, el hospital Doctor Eduardo González, de Junco, de Lanco, de Quilacahuín, de San Juan de la Costa, de Palena, de Cochrane, de Porvenir y Exequiel González Cortés.

De esas 16 obras que estamos ejecutando, uno es del MOP y 15 son del Ministerio de Salud.

De los 20 hospitales que tienen que quedar en construcción, se están construyendo cuatro y el resto se está licitando.

Tenemos el hospital Quillota-Petorca del MOP, el hospital de Curicó del MOP y los hospitales de Angol y de Padre Las Casas del Ministerio de Salud.

Ahí están las fotos; no son maquetas, sino, reitero, fotos. Estamos hablando de que hay 23 hospitales que se están construyendo, cuatro que son de unidades ejecutoras del MOP, a través de la Dirección de Arquitectura, y otros cuatro que son de unidades ejecutoras de los servicios de salud correspondientes. Ahí están los hospitales Gustavo Fricke, González Cortés y de Chimbarongo. Repito, no son maquetas, son fotos de obras concretas.

Hay que esperar que termine todo el período y ver bien la situación, porque son cuatro hospitales que pueden o no terminar bien, pero lo concreto y lo real -hay que ser bien concreto y preciso en los números- es que en este momento se están

construyendo 23 hospitales de manera simultánea; se están licitando 12 de los 23; 19 los está construyendo el Ministerio de Salud, a través de los servicios de salud, y cuatro el MOP.

Dicho de otra forma, en 19 hospitales, la Contraloría ha tomado razón de que fueron llamados a licitación por los servicios de salud; en 4, la Contraloría ha tomado razón de que fueron llamados por la Dirección de Arquitectura del MOP.

Entiendo que la mayoría de los miembros de la comisión pertenece a la Quinta Región y puede ser que en esta región, de los 4 hospitales del MOP, 2 se iban a caer, pero la realidad nacional es otra, hay demostración de que los servicios de salud están construyendo hospitales; incluso, algunos están inaugurados y terminados, como son los de Salamanca y de Aysén.

Ahora bien, concuerdo con el señor ministro, en el sentido de que hay que esperar todo el proceso para hacer una evaluación, que es el compromiso que tiene el Ministerio de Salud.

Pero, reitero, quiero recordar lo que dijo la ministra de Salud y la subsecretaria de Redes Asistenciales en una sesión pasada: no basta con hacer todos los hospitales, sino que ser capaces de crear un sistema en régimen de mantención, reparación y construcción de obras de salud. No puede ser que construyamos veinte mañana y treinta después. Necesitamos un sistema en régimen que recoja toda esta experiencia.

Como ministerio, estamos comprometidos a entregar esa propuesta en un par de meses más y dispuestos a conversar cuando dicha propuesta esté madurada con quien desee conocerla.

El **diputado señor Carlos Abel Jarpa** en relación con los números de los hospitales, en materia de metros cuadrados, consultó respecto de los que han sido adjudicados a través del Ministerio de Obras Públicas y los que han sido adjudicados a través del Ministerio de Salud.

En la misma línea de lo que preguntó el diputado Torres, hemos comprobado en esta comisión que, en el caso de la Contraloría, los resultados han sido que los hospitales que se han licitado a través del Ministerio de Obras Públicas se han adjudicado con mayor facilidad que cuando la unidad ejecutora ha sido el Ministerio de Salud. No sé si nuestro invitado coincide con este comentario.

El **señor Ignacio Canales, Jefe de la División de Inversiones del Ministerio de Salud**, respondió que en la presentación, que es un resumen, no está el detalle de los metros cuadrados. Sin embargo, hay hospitales grandes en ambos ministerios que se han tenido que licitar en ambos sectores. Por ejemplo, los hospitales de Alto Hospicio y de Quellón, que son del MOP, se han tenido que relicitar, lo mismo que los hospitales de los servicios de salud.

En promedio, creemos que hay un equilibrio. Ustedes saben que el proyecto del hospital de Marga Marga es grande -tema que estamos discutiendo-, pero el MOP terminó los hospitales de Puerto Natales y de Porvenir, que son pequeños. O sea, hay que tener todo el abanico en la mesa, ver cómo esto termina y después hacer la evaluación, porque alguna persona de Magallanes se puede estar preguntando por qué el MOP hace los hospitales chicos. Repito, en Magallanes, el MOP ha hecho los hospitales de Porvenir y de Puerto Natales.

Por lo tanto, depende de dónde se mire la situación, pero hay que esperar el proceso completo. Cuando los hospitales estén terminados –pueden ver la fecha de término- habrá que evaluar y hacer una propuesta, en la que nadie puede estar ajeno.

Ahora, nadie está diciendo que el MOP no y que el servicio de Salud no. Hay que ver la propuesta y evaluar, pero es pareja la situación. Así como he dado ejemplos de proyectos pequeños que tiene el MOP, también hay proyectos grandes que tienen los servicios del Ministerio de Salud.

Toma de razón de proyectos de Obras Públicas y no los de Salud –Influencia de la subsecretaría de Redes Asistenciales sobre algunos servicios de salud - Responsable de las licitaciones son los servicios de salud – Mejoramiento de las bases recibidas el año 2014 – Creación de una Unidad de Licitaciones - Requerimientos de personal profesional y técnico para enfrentar esta la actual estructura del Ministerio de Desarrollo Social - Actualización de los planes médico-arquitectónicos tanto de los hospitales.

El **diputado señor Víctor Torres** señaló que, en su opinión, efectivamente eso ocurrió en la última licitación, pues hay un antes y un después de la Contraloría respecto del inicio de esta comisión investigadora.

Por eso, solicité un oficio para que pudiéramos ver las adjudicaciones de la Contraloría, durante todo el período del actual gobierno, en materia de construcción de hospitales. Lo pedimos hace algunas semanas. Creo que hubo un cambio de conducta al respecto.

En efecto, en este tiempo ha habido toma de razón de proyectos en manos de Obras Públicas y no han sido los de Salud. De hecho, tenemos cinco proyectos de Salud en los que no se ha tomado razón. En el caso de MOP, tuvimos el biprovincial Quillota Petorca que hace poco fue tomado de razón.

Entonces, ha habido una diferencia en el último tiempo. A eso nos hemos referido. Por eso he pedido la información que hemos acordado en esta Comisión.

El **diputado señor Marco Antonio Núñez** recordó que varios de quienes estamos acá, hace tres años, constituimos una comisión investigadora sobre la licitación de infraestructura hospitalaria y de Centros de Salud Familiar en el cuatrienio

anterior. Y una de estas cosas –me hago responsable de esta afirmación- está contenida en el informe final aprobado por la Sala. Es un documento público y de validez oficial.

Nosotros determinamos una estructura que dependía del subsecretario de Redes Asistenciales, y que influía, por la vía de la presión política o el poder burocrático de un subsecretario, sobre algunos servicios de salud y, concretamente, eso se señaló en que empresas sostenían largas reuniones, a nivel local, en regiones, o en el propio Ministerio de Salud, con el subsecretario y sus predecesores, la Unidad de Inversiones. Eso es un mal ejemplo respecto del esquema de gestión del Ministerio de Salud y su relación con los servicios de salud autónomos para la licitación de hospitales o de infraestructura de salud de altísimo costo, y sabemos lo que significa.

Conociendo esta realidad y lo delicado del tema, ¿cuál es la estructura de funcionamiento que se ha desarrollado desde que usted asumió? Porque entendemos que este es el segundo equipo que se hace cargo de inversiones en el Ministerio de Salud, donde conocimos durante mucho tiempo al señor Teke y a su equipo.

¿Podría describir la relación que se tiene con los directores de servicios, con las comisiones adjudicadoras, con los actores relevantes a nivel local, con las empresas? Podría extenderse en esa descripción de la realidad, pues eso ocurre por la vía formal o no respecto de la acción del Estado.

El señor Ignacio Canales, Jefe de la División de Inversiones del Ministerio de Salud, acotó que aún no cumple un año de haber asumido la dirección.

Señaló que los caminos son los habituales. El jefe de división está subordinado a la subsecretaria y a la ministra.

Y lo dijo claramente el contralor: la unidad ejecutora y el que llama a licitación y el que es responsable de las licitaciones de los servicios, porque son parte de su presupuesto, son los servicios de salud.

Nosotros lo que hacemos es conseguir financiamiento, velar por que los proyectos sean de buena calidad. De hecho, los servicios de salud son los que tienen las claves para entrar la documentación e información al sistema nacional de inversiones. Y a ellos se les evalúa el proyecto, y asesoramos en la medida de asegurar que los proyectos se estén financiando.

La División de Inversiones ha sido fortalecida. También lo ha expuesto la señora ministra.

Tenemos agentes públicos que también fueron aprobados en la Ley de Presupuestos hace un par de años; se ha fortalecido la unidad, y es de asesoramiento y de ir diseñando y facilitando la inversión de los servicios.

¿Cuáles son las formas de facilitar? Mejorando las bases que los servicios utilizan. Nosotros no utilizamos las bases, sino que los que licitan, que son los servicios, y en la exposición de la señora ministra se ha expuesto cómo se habían

mejorado las bases de lo que recibimos el año 2014 a lo que tenemos ahora. Y es un mejoramiento constante.

Asimismo, en la sesión pasada se ha señalado una nueva modificación, porque las bases y el mercado y las tecnologías van cambiando rápidamente y se tienen que ir adecuando con el tiempo.

Entonces, también mejoramos las bases. Y la subsecretaria y la ministra expusieron que se había creado una unidad de licitaciones para apoyar a las instancias que licitan, para apoyar y ayudar a definir criterios, ver que se estén cumpliendo todos los plazos. De ningún modo, se trata de intervenir en el proceso de licitación. La licitación es de los servicios.

El contralor lo dijo en una frase: son entes descentralizados. Con su presupuesto llaman a licitación y, en este aspecto, no pueden recibir órdenes de nadie. Lo dice el contralor literalmente: no pueden recibir orden de nadie. Y esa es la normativa.

Eso, en cuanto a los servicios; se trata de un apoyo, asesoramiento, y crear instrumentos y herramientas que les permitan invertir mejor. Hemos hecho modelos tipo, como de Cesfam, de SAR, que los servicios pueden tomar y facilitar su diseño para poder sacar el RS.

En cuanto a las empresas, hay un par de empresas que he recibido por la ley del *lobby*. Está toda la documentación en el portal.

Tengo la norma de no recibir a ninguna empresa que no haya estado en un proceso de licitación.

Creo que el ciento por ciento de las empresas que he recibido lo he hecho a través de la ley del *lobby*, para conversar y plantear algunos problemas que han tenido y que pueden servir en el futuro para las próximas licitaciones. Y están todas en el portal. Son bien pocas para tener cuatrocientos y tantos proyectos en ejecución con los servicios hasta que resulte, no queda mucho tiempo para recibir a mucha gente.

El **diputado señor Marco Antonio Núñez** consultó al señor Canales si recuerda qué empresas, por la vía de la ley del *lobby*, sostuvieron reuniones con él.

Además, preguntó si es regular que resuelva los problemas de las empresas con representantes del servicio en reuniones bilaterales, porque eso contradice lo que acaba de describir y que es evidente. Lo digo, porque fui director del servicio.

Eso contradice la autonomía del órgano ejecutor, porque si efectivamente el Servicio de Salud es el que adjudica, ¿por qué la empresa le pide al jefe de la División de Inversiones una conversación vía ley del *lobby* para hablar de la licitación y no lo hacen con el ejecutor directamente?

El **señor Ignacio Canales, Jefe de la División de Inversiones del Ministerio de Salud**, respondió que la empresa italiana, INSO, y ahora OHL le pidió para mañana y pasado mañana una reunión, porque quiere ver unos problemas en el Hospital Fricke. Los vamos a recibir junto con el servicio, y alguna otra, cuyo nombre no recuerdo.

Agregó que fue bien claro en señalar que jamás he recibido a una empresa en un proceso de licitación. Dije que he recibido a empresas que están con obras en ejecución y que han tenido algunos problemas, y los recibo con el servicio y les digo: bueno, yo sirvo de puente y resuelvan. Se puede transmitir la experiencia, en el sentido de que en otro proyecto ese problema lo resolvieron así. Véanlo ustedes. Pueden servir como puente. En la construcción, a veces, hay problemas entre el mandante y el ejecutor y hasta el inspector fiscal nos puede servir de puente. Pero jamás he recibido a una empresa en un proceso de licitación. Entonces, tal vez no me expliqué bien.

El **diputado señor Marco Antonio Núñez** señaló que para el Ministerio de Desarrollo Social es probable que, debido a la decisión del gobierno de iniciar un proceso récord en la historia de Chile de infraestructura hospitalaria, en este corto periodo de cuatro años, ustedes han sido sometidos a un estrés en comparación a la historia del Ministerio.

Eso, en la perspectiva constructiva del presupuesto del año 2018, ¿existe requerimientos de personal profesional, técnico, de infraestructura para enfrentar esta situación o la actual estructura, que usted dirige señor ministro, ha podido enfrentar la sobrecarga de trabajo sin problemas?

El **señor Marcos Barraza, ministro de Desarrollo Social**, respondió que no se atrevería a decir “sin problemas”, porque siempre los servicios están sobreexigidos por una demanda que supera muchas veces las posibilidades.

Con certidumbre, me atrevo a decir que en el Ministerio de Desarrollo Social, en materia de inversiones, hemos respondido de acuerdo con los requerimientos de las unidades, de los servicios. El informe de Desarrollo Social así lo confirma. Hemos creado nuevas metodologías, saliéndonos del margen del sector salud y hospitales, para otras obras donde no existían metodologías específicas en situaciones de riesgo o de emergencia. Por ejemplo, para Bomberos, como veíamos ayer para la cuenta pública. En general, hemos ido actualizando los procedimientos para optimizar los tiempos, porque entendemos que los requerimientos del Ministerio de Desarrollo Social son de urgencia y, además, son garantía de transparencia, de evaluación técnica y financiera costo-efectividad.

La **señora Heide Berner, subsecretaria de Desarrollo Social**, explicó que durante el 2014 se hizo un trabajo importante en la actualización de los planes

médico-arquitectónicos tanto de los hospitales que recibimos como de recintos de atención primaria, SAR, Cecosf Cesfam.

Habiendo tenido esas metodologías y esos planes arquitectónicos tipo, salvo alguna especificidad según la calidad de terreno que pueda tener ajuste, es posible descentralizar el trabajo debido al tipo y a la complejidad de la obra en cuanto a nuestros analistas a nivel central con los de las regiones. Asimismo, tomamos como prevención el trabajar con una normativa interna de cuánto nos tenemos que demorar en la revisión.

Esas fueron algunas de las decisiones que tomamos para que el proceso de inversión fuera más expedito en su etapa previa de evaluación.

Dado que los planes y las metodologías de evaluación y especificidades de tipología de hospitales y centros de salud son tipo, refuerzo lo que señaló Fernando previamente, que lo que nosotros vemos es transparente, independiente de cuál sea la unidad técnica que lleva el proyecto, porque se tienen que ajustar a una metodología tipo y sobre esa tienen que responder al proceso de evaluación *ex ante*.

Después, ¿qué ocurre cuando la obra parte con su proceso de ejecución? Es distinto y tendremos que asumir con la otra etapa del sistema, que es la evaluación *ex post*, para poder levantar datos. Pero hoy, en la evaluación *ex ante*, se ajustaron las metodologías y los procedimientos para evaluar en igualdad de condiciones, independiente de la unidad técnica que solicita la evaluación.

El **diputado señor Leopoldo Pérez** acotó que el diputado Núñez mencionó la comisión investigadora anterior, sobre infraestructura de hospitales, que estableció que la Subsecretaría de Redes Asistenciales y la unidad de inversiones del ministerio, en los últimos años, o en este gobierno, no interactúan con los servicios de salud.

Por lo tanto, solicitó a la subsecretaría de Redes que informe si tiene o no reuniones de coordinación con los servicios de salud respecto de la construcción de los hospitales, tanto los que ya están construyéndose como aquellos que están en la etapa de diseño o de próximo llamado a licitación.

Si bien la conclusión del informe mencionaba un método de la Subsecretaría de Redes para influir en los servicios de salud, por lo que he entendido de las palabras del señor Canales, siempre va a haber una coordinación y una comunicación. No creo que sean absolutamente autónomos y menos si la fuente de ingresos proviene del nivel central, es decir, la Subsecretaría de Redes Asistenciales. No creo en la autarquía de los servicios de salud.

Además, muchos servicios de salud tienen diferencias de equipo, profesionales, técnicos, etcétera, que tienen que ser permanentemente apoyados por el nivel central.

Formulo la pregunta para que no quede en la historia de esta comisión

investigadora que era una práctica de un gobierno y que no obedecía a políticas públicas, porque al menos el sector salud, que es el más palpable, es donde las políticas públicas y el desarrollo de proyectos trascienden muchas veces, por no decir el cien por cien de los casos, a un gobierno.

El **diputado señor Marco Antonio Núñez** pidió que respecto de las reuniones de coordinación, si la respuesta es afirmativa, que se describa si fue la ministra, los subsecretarios, los jefes de división, algún asesor o alguien a nombre del Ministerio de Salud sostuvo reuniones con los servicios o algún otro mandante, cuáles son esas reuniones, cuándo ocurrieron, quiénes participaron y cuáles son las principales conclusiones.

La ministra de Salud, señora CARMEN CASTILLO; la subsecretaria de Redes Asistenciales, señora GISELA ALARCÓN, y el ministro de Obras Públicas, señor ALBERTO UNDURRAGA. ⁹

Logros, avances y desafíos del Ministerio de Salud entre 2014 y 2018 - Programa de gobierno es el más ambicioso que ha existido en la historia de la salud pública chilena.

La **señora Carmen Castillo, ministra de Salud**, señaló que hará la presentación de los antecedentes generales y, posteriormente, la subsecretaria de Redes Asistenciales se referirá a los detalles.

En resumen, el contenido de la presentación tiene que ver con los antecedentes generales, los logros, avances y desafíos que tenemos como Ministerio de Salud entre 2014 y 2018, en el ámbito de las estructuras, tanto de la atención primaria como de la hospitalaria, específicamente en el ámbito hospitalario; el resultado de los procesos licitatorios en el ámbito hospitalario; licitación del Hospital Provincial Marga-Marga y todas las mejoras que hemos realizado respecto de los procesos de inversiones.

Como antecedente general, nuestro programa de gobierno es el más ambicioso que ha existido en la historia de la salud pública chilena, con el fortalecimiento de atención primaria (APS), con la formación de especialistas, con todo lo que significa la infraestructura sanitaria, acceso a medicamentos y la calidad del trabajo.

Al término del gobierno la ciudadanía contará con 20 hospitales

⁹ Sesión 11ª, ordinaria, celebrada en martes 2 de mayo de 2017.

terminados. Queremos confirmar ante la comisión que vamos a tener 20 hospitales construidos, tal como lo ha comprometido la Presidenta de la República; lo digo porque es algo que preguntan mucho. Hay 20 hospitales en construcción y 20 en diseño o en distintos trámites administrativos.

Construiremos más de 332 dispositivos de atención primaria de salud a lo largo del país.

Con la intervención de más de 11 mil camas, no solo mejoraremos el acceso y la calidad de la atención, sino que también lograremos aumentar la dignidad de los pacientes. De las 11.000 camas, 3.000 son nuevas, que es lo que está dentro de las metas de los establecimientos que vamos a construir.

Nuestro gran desafío es avanzar en la equidad, en el acceso y en los resultados, lo que para nosotros es fundamental, porque significa una mejora en la calidad asistencial de todos los habitantes de nuestro país que se atienden en el sector público.

Estado actual de la construcción y de la inversión hospitalaria – Proyectos que está en desarrollo – Proyectos en proceso de licitación - Procesos licitatorios con oficio de representación - Razones por las cuales los hospitales de Marga Marga, Linares Higueras, Ñuble y Barros Luco fueron observados en su toma de razón para la adjudicación.

La **señora Gisela Alarcón, subsecretaria de Redes Asistenciales**, indicó que hará un resumen muy sucinto del estado actual de la construcción y de la inversión hospitalaria, esencialmente.

Lo primero tiene que ver con la cartera de proyectos que están en desarrollo en el ámbito hospitalario. En el grupo de hospitales que va a quedar construido, que son 20: 5 están terminados; 1 está en operación; 15 están en ejecución; 2 están en licitación y 5 están en diseño. Por lo tanto, de los 27 hospitales que se habían propuesto en este grupo, vamos a dejar 20 construidos. En el grupo de los hospitales que van a quedar en construcción, hay 9 están en estudio diseño, 10 están en licitación, 4 están en ejecución. También, un número mayor a los 20 que van a quedar en construcción. Y los que van a quedar en licitación o en diseño son 14, los que se van alimentar de los grupos superiores y algunos de ellos van a quedar en esta fase.

En total, en este momento, hay 64 hospitales que están en proyecto o ya terminados y en operación, como el Hospital de Puerto Williams, y si sumamos los tres concesionados, estaríamos hablando de 67 proyectos hospitalarios para una meta de 60 hospitales.

A lo largo de todo el territorio nacional tenemos los 5 hospitales terminados, que ya he señalado; 22 hospitales que están en construcción, más 12 hospitales que están en licitación, a los que vamos a referirnos en detalle en un momento más.

Hay hospitales extra plan, que decidimos no considerarlos como un logro dentro del plan de inversiones, aunque hay que señalarlos, porque son hospitales que actualmente están sirviendo a la comunidad, terminados, y 2 que están en ejecución o en construcción, que son Phillipe Pinel y monseñor Valech.

Para hacer un foco en los hospitales que ya están construidos y en las diferentes etapas que están en ejecución actualmente y que van a quedar terminados, lo primero es este primer grupo, que son los 5 hospitales ya terminados: Salamanca, Puerto Aysén, Puerto Natales, Porvenir, y Puerto Williams, que ya está en operación e inaugurado por la señora Presidenta.

El resto de los hospitales que van a quedar construidos o sobre los cuales estamos trabajando para que formen parte de este grupo, donde cada uno de ellos tiene información acerca de la adjudicación, el número de contrato, el avance físico; el valor de contrato vigente, en términos de recursos financieros, y la empresa a la que fue asignada dicha construcción.

Cuando se observa el promedio de avance de estos hospitales, hablamos de 84 por ciento; es decir, no solamente están los 5 hospitales construidos, los que ya están terminados, sino que prontamente vamos a agregar 4 más: Exequiel González Cortés, Futaleufú, Lanco y Penco Lirquén, que muy pronto van a estar terminados. Exequiel González está terminado. Esto hace que cuando miramos el promedio de avance, estamos hablando de un 84 por ciento. Esto a propósito de cuando hicimos la cuenta pública la señora ministra habla de los cinco hospitales terminados, lo que genera una confusión en el ambiente, entendiendo que no van a haber otros hospitales terminados. Los otros se van a ir terminando en la medida en que transcurra este año.

¿Cuántos procesos hay en licitación actualmente? Hay 12 procesos licitatorios, que están detallados en la lámina, de los cuales dos están a cargo del Ministerio de Obras Públicas como unidad técnica. Un grupo importante de los hospitales están siendo sometidos a un segundo período de licitación dado que tuvieron observaciones por parte de la Contraloría, cuando la adjudicación fue sometida a toma de razón.

Los procesos licitatorios con oficio de representación, que junto con la situación de Marga Marga llevaron a la creación de esta comisión investigadora. Estamos hablando del Hospital de Linares, que fue representado en octubre de 2016. Hoy se encuentra en segundo llamado de licitación, al igual que el resto de los hospitales que vemos en el listado, y todos ellos con diferentes fechas de apertura.

Reitero, observamos el Hospital de Linares en proceso de licitación en su segundo llamado, en fase de evaluación de oferta por parte de la comisión evaluadora, con la fecha estimada de ingreso a Contraloría, pues hasta ahí son tiempos que podemos estimar. Luego, están los tiempos y plazos que Contraloría tiene para la toma de razón. La fecha estimada de ingreso a Contraloría, con una nueva propuesta de adjudicación, es junio de 2017.

El Hospital de Higuera, junto con el Hospital de Ñuble y el Hospital Barros

Luco, fue observado en la toma de razón el 21 de noviembre por parte de la Contraloría General de la República. Todos están en su segundo llamado, en su segundo proceso de licitación. Las fechas estimadas de ingreso para el Hospital de Higueras es julio de 2017, para Hospital de Ñuble, mayo de 2017, y para el Hospital Barros Luco, junio de 2017.

Para la CDT La Serena la fecha del primer proceso terminó el 24 de marzo de 2017, luego de varias insistencias o reconsideraciones a las que se ha sometido, por lo que se encuentra en un segundo llamado para cierre de recepción de ofertas el 27 de junio de 2017.

En cuanto al Hospital de San Antonio, su primer proceso finalizó el 17 de marzo de 2017. Fue observado y se encuentra en segundo llamado de licitación, en fase de evaluación de oferta de la comisión evaluadora, por lo que la fecha estimada de ingreso a contraloría es junio de 2017.

Las razones por las cuales estos hospitales fueron observados en su toma de razón para la adjudicación se resumen en forma muy sucinta en cuatro áreas: falta demostración de la capacidad económica (estados financieros de las empresas que se presentaron); no adjuntaron toda la certificación de las obras ejecutadas y en ejecución -recordemos el caso emblemático del aeropuerto de Estonia, por parte de Astaldi, en la licitación de Barros Luco; déficit en la certificación de las experiencias, tanto de las empresas o consorcios como de los equipos técnicos propuestos, y no remitieron todas las declaraciones juradas de profesionales evaluables y no evaluables, donde se comprometen a prestar servicios en la obra y que autoriza a ser ofertado en la propuesta.

En este momento existen para diseño, utilizando nuestras bases de diseño y construcción, cuatro hospitales: Ñuble, Maule, Barros Luco y Marga Marga. En base de construcción están el Hospital de Curacautín, el Hospital Comunitario y Familiar de Makewe, que el jueves de la semana pasada se acaba de declarar desierto dado que la revaluación fue negativa y se presentaron ofertas por mayor precio; el Hospital Claudio Vicuña, de San Antonio; el Hospital Higueras, la normalización del CDT de La Serena y reposición del Hospital de Melipilla.

A esto tenemos que sumar dos proyectos, Alto Hospicio y Quellón, cuya unidad técnica corresponde al MOP, más dos proyectos que se suben esta semana en Chiloé: Queilen y Ancud. Por lo tanto, a fines de esta semana vamos a tener 14 proyectos en licitación.

Antecedentes de la licitación del hospital de Marga Marga.

La **señora Gisela Alarcón, subsecretaria de Redes Asistenciales**, explicó que en el caso de la licitación de Marga Marga debemos recordar brevemente que este proyecto corresponde a un hospital de alta complejidad, que es provincial y que pertenece a la red de servicio Viña del Mar–Quillota. Es un establecimiento que tendrá un importante crecimiento en términos de superficie, de número de consultas,

de camas, de camas críticas y de pabellones. Esencialmente, un 400 por ciento.

El 21 de junio de 2016 se realiza la apertura de la primera licitación.

El 16 de septiembre de 2016 se solicita reevaluación del proyecto a Mideso. Propuesta de reevaluación de 60,89 UF el metro cuadrado, similar al valor reevaluado para el proyecto Quillota-Petorca, que correspondía para su adjudicación a 60,96 UF el metro cuadrado.

En esa oportunidad la propuesta que el servicio de Salud realiza para su adjudicación sobrepasa el 10 por ciento del monto considerado en la ficha original del proyecto. Siempre hemos puesto el antecedente de que fue reevaluado por un precio, con una reevaluación positiva, y finalmente fue adjudicado el Hospital Quillota-Petorca, que es semejante en términos de superficie, complejidad y región.

El 22 de febrero obtenemos el resultado por parte de Mideso respecto de la reevaluación. En este punto debemos señalar que nuestra ficha original, cuando hablamos de obras civiles más consultorías, significaba un monto de 102.000 millones. Sin embargo, lo que había presentado la empresa para estos dos ítems, obras civiles y consultorías, y estamos dejando fuera el equipamiento -superaba el 10 por ciento-, eran 116.000 millones.

¿Qué logramos con presentarlo a Mideso para la reevaluación? Que el Mideso aceptara que el valor del proyecto era más caro que el de la ficha original, es decir, no son 102.000 millones, sino que para una segunda licitación autoriza 112.000 millones, o sea, 10.000 millones más; sin embargo, esa cifra tampoco alcanzaba al monto que había presentado la empresa adjudicataria. Por lo tanto, tuvimos que dejar desierta la licitación e ir a una nueva, pero con un precio mayor. En otras palabras, logramos que se revalorizara a un precio mayor, pero no alcanza para la empresa que se había presentado.

Por otra parte, quiero señalar por qué no se adjudica a la empresa que venía a continuación como más barata, pues la pregunta es obvia. Ello ocurre porque las mismas bases lo prohíben, dado que se cambian las reglas del juego y las empresas pudieran reclamar, ya que no se habían presentado como un tope financiero esos montos.

En consecuencia, se llama a una segunda licitación, insisto, con un precio mayor que el de la ficha original. La apertura de la segunda licitación ocurre el 5 de junio de 2017, de acuerdo con todos los procesos que están transparentemente mostrados en la plataforma.

Mejoras que se han realizado – Mejoramiento de los procesos de la unidad de inversiones - Cursos y talleres de capacitación a cargo de la Contraloría General de la República - modificamos nuestras bases de diseño y construcción - Entrega de facultades de gestión a servicios de salud.

También hay que señalar cuáles han sido las mejoras que hemos debido realizar a partir de la experiencia que tuvimos con estos seis hospitales en noviembre y diciembre del año pasado.

Primero, se ha logrado la mejora continua de todos los procesos de nuestra unidad de inversiones, ya que se ha debido fortalecer, a partir de 2014, la creación de una unidad de seguimiento de los procesos licitatorios de obras de infraestructura hospitalaria en los servicios de salud, con un equipo de expertos tanto en derecho administrativo como en manejo y gestión de obras.

A partir del 4 de mayo se van a instalar cursos y talleres de capacitación sobre normativas de compras públicas, sistema nacional de inversiones, finanzas públicas, normativas, etcétera, a cargo de la Contraloría General de la República, gracias a un acuerdo que llegamos con el contralor general.

Por otra parte, también modificamos nuestras bases de diseño y construcción, porque fueron las más observadas, en términos de que tres de los hospitales que fueron representados, más el de Marga Marga, son hospitales que estaban bajo la lógica de diseño y construcción, bases que eran nuevas para el Ministerio de Salud y que las definimos como necesitadas de hacer un proceso de modificación. Y tanto las bases anteriores como las modificaciones que realizamos hace poco, el 31 de enero, fueron tomadas de razón por la Contraloría General de la República.

Estamos en proceso para modificar las otras bases utilizadas, correspondientes a más de quince proyectos adjudicados. Además, en esta lógica de mejora continua hemos considerado modificar las bases que involucren construcción, por lo que durante la semana serán enviadas a la Contraloría General de la República para su respectiva toma de razón.

Respecto de las modificaciones de las bases tipo para construcción y diseño, que fueron emblemáticas durante este proceso, lo primero que hicimos fue tratar de asegurar las condiciones de competencia para los procesos de infraestructura hospitalaria, garantizando transparencia y estricta sujeción a las bases. Estas nuevas bases permiten que empresas constructoras nacionales no queden disminuidas ante grandes consorcios internacionales, ya que con las bases anteriores no lograban obtener una buena evaluación.

Otro objetivo concretado es la entrega de facultades de gestión a servicios de salud, para que puedan realizar gestiones durante la licitación y requerir solicitudes de antecedentes. En los procesos anteriores se generaron muchas discusiones por el requerimiento de solicitudes de antecedentes y se definió resolver la situación en las bases de licitación futuras.

Modificaciones a las bases de diseño y construcción: 1) Admisibilidad; 2) Facultad de requerir antecedentes; 3) Evaluación administrativa; 4. Profesionales y experiencia, y 5. Exigencia de metros cuadrados construidos - Principales modificaciones a las bases de construcción: 1. Régimen de oferta de profesionales; 2. Profesionales y experiencia; 3. Facultad de requerir antecedentes, y 4. Evaluación administrativa.

En síntesis, las principales modificaciones a las bases de diseño y construcción son las siguientes:

1. Admisibilidad: Se especifican las oportunidades de presentación de formularios y de declaraciones solicitadas en las bases. Por ejemplo, se entiende que es necesario que se entreguen todos los proyectos que están en ejecución por una determinada empresa; sin embargo, existirá un castigo si no adjuntan un proyecto que influya en la capacidad económica de la empresa, pero si no tiene mayor impacto en la licitación, no debiera ser considerado inadmisibile el que no lo presenten.

2. Facultad de requerir antecedentes: Se extiende esta facultad al licitante, a fin de requerir antecedentes e información a los proponentes.

Los servicios de salud fueron muy cuestionados, ya que realizaban solicitud de antecedentes, en circunstancias que en las bases no aparecía claramente estipulado el que tuvieran esa atribución.

3. Evaluación administrativa: Esta evaluación no estaba incluida en las bases anteriores y las empresas no eran castigadas si no presentaban todos sus formularios y antecedentes, pero ahora un porcentaje de la evaluación total está a cargo de esta comisión de evaluación administrativa.

4. Profesionales y experiencia: Se modifican los requisitos curriculares y la experiencia exigida para diversas especialidades. La profesión de los licitantes fue muy cuestionada y se generaron muchas discusiones al respecto, pero con esta modificación se aclara este punto.

5. Exigencia de metros cuadrados construidos: Se rebaja la experiencia en metros cuadrados exigida a las empresas proponentes, con lo que se mejora la competitividad entre las empresas nacionales.

Los niveles de exigencia anteriormente impuestos no permitían que las empresas nacionales compitieran o las dejaba fuera de competencia con mayor rapidez.

Por otra parte, las principales modificaciones a bases de construcción son las siguientes:

1. Se modifica el régimen de oferta de profesionales: La oferta técnica deberá incluir y acreditar solo a los profesionales evaluables. En cambio, los profesionales no evaluables serán informados y acreditados por el adjudicatario, previa firma del contrato, y su no acreditación habilitará la ejecución de la garantía de

seriedad de la oferta.

2. Profesionales y experiencia: Se permiten certificaciones de empleadores y de otras entidades que tuvieran la capacidad de hacerlo. Se modifican el régimen de cómputo de la experiencia en años de los profesionales, la experiencia mínima para ciertos profesionales; se amplía la cantidad de profesiones admisibles para ciertas especialidades y se rebajan metros los cuadrados exigidos para algunas especialidades.

3. Facultad de requerir antecedentes: Se extiende la facultad del licitante para requerir antecedentes.

4. Evaluación administrativa: Se incluye la evaluación administrativa dentro de los criterios y forma de evaluación de las ofertas.

Como pueden apreciar en la imagen, volvemos a presentar este mapa en el que se consignan proyectos en proceso de licitación; sin embargo, hay que agregar dos proyectos cuya unidad técnica es del Ministerio de Obras Públicas en Alto Hospicio y en Quellón y, otros dos para Chiloé en Ancud y en Queilén.

Termino esta presentación señalando que el desafío que nos inspiró durante este gran proceso de aprendizajes y que nos llevó a contar con este número tan importante e histórico de hospitales en construcción, tiene que ver con avanzar en equidad para generar accesos y resultados.

El ministro de Obras Públicas, señor Alberto Undurraga.

Cambio en el ritmo y la cantidad de obras que ejecuta el MOP – Esfuerzo para aumentar las inversiones en infraestructura de salud - 13 hospitales, encargados por el Ministerio de Salud en distintas etapas de construcción: 3 por vía de concesiones y 10 por vía de arquitectura.

El ministro de Obras Públicas, señor Alberto Undurraga, señaló que su presentación se supedita a la presentación del Ministerio de Salud.

Al respecto, indicó que el Ministerio de Obras Públicas cuenta con muchas obras en las que realiza definiciones políticas para ejecutarlas.

Actualmente impera una visión de cambiar el ritmo y la cantidad de obras que ejecutamos, de manera tal de alcanzar los niveles de vida de países desarrollados en un plazo no superior al año 2030.

Lo anterior se grafica en los aumentos presupuestarios o en algunos otros indicadores a nivel de ciudadanos; por ejemplo, los más de 3.000 kilómetros de camino construidos al año en comparación con los 1.000 kilómetros de caminos que se construían al año en 2013; los 19.000 metros lineales de borde costero contra los 6.800 metros lineales que se realizaron en el cuatrienio anterior o el hecho de que solo

en tres años se construyeron 195 sistemas de agua potable rural contra los 167 sistemas de agua que se realizaron en el cuatrienio anterior. Son sistemas nuevos que han beneficiado a 41.242 personas aproximadamente. Cifra que también supera la alcanzada en el cuatrienio anterior.

En materia de embalses puedo señalar que durante la última década se licitaba un embalse y medio por gobierno, pero nosotros ya llevamos 3 embalses licitados y podemos aseverar que terminaremos nuestro gobierno con un total de 6 u 8 embalses licitados. Asimismo, en materia de concesiones se ha invertido un total de 1.209 millones de dólares contra 729 millones de dólares al año invertidas en el gobierno anterior.

El esfuerzo que realizamos en salud es para aumentar las inversiones en infraestructura y para lograr un cambio de ritmo que permita, en un futuro no tan lejano ni tan cercano, que Chile de un salto similar al que dimos en la década de los 90.

En los años 90 el cambio de infraestructura nos permitió dejar de ser un país pobre y pasar a ser un país con ingresos medios. El nuevo salto de infraestructura que estamos ejecutando, da cuenta de un esfuerzo orientado a que Chile deje de ser un país con ingresos medios y pase a ser un país con ingresos altos, pues la idea es lograr los niveles de vida que tienen países como Italia, España, Nueva Zelanda o Australia.

Las obras anteriores fueron definidas por el Ministerio de Obras Públicas a partir de los presupuestos que aprueba el Congreso Nacional y el sistema de asociación pública-privada que generan las concesiones.

También encontramos obras mandatadas que se encuentran en distintos servicios, pero principalmente en la Dirección de Arquitectura, y en 2013 su inversión total alcanzó la cifra de 136.000 millones de pesos y en 2017 de 248.000 millones de pesos. Esas obras son mandatadas por distintos servicios del Estado y comprenden diversos tipos; por ejemplo, 47 cuarteles de Carabineros, 8 estadios, 43 establecimientos educacionales, 33 edificaciones patrimoniales y 13 hospitales, encargados por el Ministerio de Salud: 3 por vía de concesiones y 10 por vía de arquitectura.

Esos 13 hospitales están en distintas etapas de construcción y se clasifican de acuerdo a la meta impuesta por el Ministerio de Salud, pues en ese caso construimos para ese Ministerio. Los tres hospitales construidos por vía de concesión son el de Antofagasta, pronto a terminar en junio de este año, con alguna varianza en algunos días, pero termina a mediados de este año; el Hospital Félix Bulnes, tiene casi un 60 por ciento de avance; el Hospital Salvador-Geriátrico está en la inversión previa a la obra, es decir, todo el trabajo de movimiento de tierra dispuesto por el Consejo de Monumentos Nacionales.

Esos son los tres hospitales por la vía de la concesión. Ahora, por la vía de la ejecución directa, los principales fueron mencionados por la subsecretaria.

El Hospital de Puerto Natales está terminado, solo falta la recepción; en

situación similar está el Hospital de Porvenir.

En el caso de Alto Hospicio, donde la primera licitación fue fallida, porque el único oferente quedó fuera de las bases, el proyecto lo dividimos en tres partes: la primera se ejecutó y adjudicó, que fue limpieza y cerrado del lugar; la segunda, está en proceso de adjudicación, que corresponde a la urbanización, por cuanto está levemente fuera del resto de la ciudad, y la tercera, que es la licitación propiamente tal, finalizó la evaluación del registro especial, constatándose tres oferentes. Por lo tanto, durante este año va a ser adjudicado Alto Hospicio.

En el biprovincial Quillota-Petorca fueron entregados los terrenos y se encuentra en la etapa de monumentos nacionales. Por lo tanto, está adjudicado y entregado.

En el caso del Hospital de Puente Alto, les recuerdo que en su momento se puso una primera piedra, pero no contaba con los elementos urbanísticos necesarios para hacer la obra. Recién salió de la Contraloría la semana pasada, por tanto, recién podemos empezar ese proceso. Anteriormente, todas las cosas que se hicieron no tenían fundamento para su construcción, por eso digo que recién podemos empezar con la resolución de los aspectos urbanísticos, que es un trabajo conjunto que hizo el municipio de Puente Alto con el Ministerio de Vivienda y Urbanismo.

Lonquimay, Arauco y Collipulli están en distintas etapas. En el caso de Collipulli y Lonquimay, el Ministerio de Salud se encuentra en la etapa final para sacar las resoluciones del Mideso y licitar la obra. Arauco está en la lista de los que vienen después, es un mandato, pero está en la preinversión.

Finalmente, en el caso de Quellón, pasó lo mismo que en otros hospitales, donde desestimamos la oferta producto del alto costo. Estamos iniciando la segunda licitación.

Dicho de otra forma, tal como lo hacemos con Carabineros en las comisarías; con el Ministerio del Deportes en los estadios; con el Ministerio de Educación en los establecimientos educacionales y con distintas organizaciones en los monumentos nacionales, ponemos al servicio nuestras capacidades de construcción que, por lo pronto, son limitadas, para contribuir a esta tarea de construcción de hospitales, que ha sido la más grande en la historia de Chile.

Señaló, además, que el hospital de de Curicó está en obras.

Proyecto de construcción del hospital de Puente Alto.

El **diputado señor Leopoldo Pérez** indicó que su primera pregunta tiene que ver con la precisión de la subsecretaria respecto de las nuevas bases, porque siempre se habla de diseño y construcción. Por ello, me gustaría clarificar si dentro del proceso de construcción está la habilitación, el equipamiento. Uno de los grandes temas que ha habido en materia hospitalaria es justamente esa disonancia que se

produce muchas veces entre el diseño y después el equipamiento, que requiere de modificaciones, incluso, estructurales para hacer calzar todos los equipamientos.

Respecto de lo que planteó el ministro de Obras Públicas, quiero aclarar ciertas cosas del Hospital Puente Alto, tema que incluso apareció en la prensa el fin de semana.

El diseño original de este hospital, que partió en el primer gobierno de la Presidenta Bachelet, se construyó durante el gobierno del Presidente Piñera. Me refiero a la etapa primaria, que es ambulatoria o CRS; la segunda etapa está diseñada y presenta una evaluación con cuatro pisos. Hoy, representa un problema de altura, va a nueve pisos, o sea, más del doble de lo que estaba originalmente presupuestado. Tampoco la solución es fácil, por el tema de los seccionales. Usted comprenderá que modificar el plano regulador, para una comuna, demora varios años.

Ahora bien, teniendo presente que sí existe la potestad por parte del Ministerio de Vivienda y Urbanismo, a través de sus seremías, mediante la aplicación del artículo 72 de la ley General de Urbanismo y Construcción, puede modificar determinadas zonas, a objeto del interés común. Entiendo que lo está objetando la Contraloría, no sé si las observaciones respecto de esa presentación fueron subsanadas. Entiendo que no. Y hay otra serie de cosas bastante menores, por ejemplo, la franja de protección del canal Eyzaguirre en esa zona, que es un canal entubado. Habrá que ver lo que nos dice el contralor al respecto.

Puntualizó que su comentario tuvo por objeto aclarar el hecho de que no solamente se debió al episodio de la primera piedra, sino que el diseño se cambió al doble de la altura que estaba presupuestado en un comienzo.

El ministro de Obras Públicas, señor Undurraga, señaló que tiene razón el diputado señor Pérez en el sentido de que no ha salido la toma de razón de Contraloría.

Nuevas bases que unen diseño y construcción – Cambios en la lista de hospitales en vías de licitación - Hospitales que van a estar en operación a marzo de 2018 – Estado de avance en la infraestructura de los Cesfam y los Cecof – Hospitales del primer en construcción que tienen bajo nivel de ejecución - Retraso en el segundo grupo de hospitales - Oferta pública para la inversión en infraestructura de hospitales versus la vía concesionada.

La señora Alarcón, subsecretaria de Redes Asistenciales, explicó que originalmente, el Ministerio de Salud tenía bases para el diseño en la construcción de hospitales separadas de las bases de construcción de hospitales. Lo que se hace en los últimos años es generar nuevas bases que unen diseño y construcción, lo que significa que a la misma empresa se le va a adjudicar el diseño y la construcción,

entendiendo que con eso se disminuyen los plazos y se genera una mejor forma de trabajar.

Lo que se hace es poner en marcha estas nuevas bases, incluso, tres de los hospitales que fueron sometidos a estas son los que tienen el tema de la representación. Por lo tanto, nos abocamos a mejorar aquellas bases específicamente como primer tiempo. Ahora estamos modificando las históricas del Ministerio de Salud que habían sido aprobadas muchas veces, pero que independientemente de aquello decidimos mejorar de todas maneras.

En referencia al equipamiento, en la ficha del proyecto inicial, hay un ítem correspondiente a obras civiles, otro a consultorías y uno a equipamiento. Por lo tanto, desde el momento en que tiene RS un proyecto, se considera su equipamiento, que está basado en el preinversional y en todos los módulos que se realizaron con anterioridad a generar la ficha y el RS desde Mideso.

En consecuencia, lo que hacen las empresas es plantear propuestas de adjudicación en términos de lo que va a costar la obra y su consultoría, pero siempre suman la cuestión del equipamiento porque está considerado dentro de la ficha, así como también recursos humanos.

El **diputado señor Leopoldo Pérez** acotó que podemos decir que el equipamiento va incluido en las nuevas bases que se están modificando.

El **diputado señor Juan Luis Castro** indicó que hará seis preguntas.

En primer lugar, al Ministerio de Salud, a la ministra y a la subsecretaria. En la presentación que se nos hizo, el tercer grupo se denominó de Veinte hospitales en diseño. Entonces, quiero precisar, porque estaba revisando el discurso de la Presidenta Bachelet de la Cuenta Pública del 21 de mayo de 2014, que fue cuando vino al Congreso Nacional e hizo el anuncio del programa Construcción hospitalaria, y el tercer grupo corresponde a hospitales en estado de licitación, a marzo de 2018.

En consecuencia, quiero entender cuál es el cambio que ha habido, porque lo anunciado tiene que ver con un itinerario que habla de veinte hospitales licitados en el tercer grupo, no diseñados, que obviamente es una etapa anterior a la licitación. Entonces, quiero claridad sobre este primer punto que cambia el itinerario general de este cronograma.

En segundo lugar, quiero preguntar a la ministra cuáles son esos cinco hospitales que van a estar en operación a marzo de 2018, para mayor precisión, porque en otras oportunidades no hemos podido clarificar, de los veinte que van a estar terminados, cuáles son esos cinco hospitales.

En tercer lugar, quiero consultar respecto de la meta en infraestructura de los cien Cefam y los cien Cecof, que no fueron mencionados en la presentación y que es parte de la estructura comprometida; cuál es el estado de avance en cada uno de

esos ítem de atención primaria. Porque se habló de los 332 dispositivos, pero es necesario precisarlos.

En cuarto lugar, quiero saber cuál es el destino de aquellos porcentajes del primer grupo en construcción, que tienen bajo nivel de ejecución. Por ejemplo, Ovalle, Fricke, Carahue, Cochrane, y todos en el orden del 50 por ciento o menos a la fecha que debieran estar terminados a marzo próximo, o sea, en diez meses más. ¿Cuál es la situación de esos cinco hospitales?

En quinto lugar, quiero saber cuál es el tiempo de retraso en el segundo grupo de hospitales de aquellos, respecto de los plazos originales, que por razones de nuevos llamados a licitación han quedado desfasados en el tiempo. Es el caso de Ñuble, Higuera, Claudio Vicuña, Barros Luco, Marga-Marga. Requiero la comparativa de los plazos originales y los nuevos plazos para hospitales que debieron estar en construcción y con un plazo estimado de terminación. Porque es distinto que se termine un hospital en 2021 a 2023, por ejemplo, pues nos pasaríamos otro gobierno con esos hospitales.

En sexto lugar, quiero preguntar al ministro Undurraga, a la luz de los antecedentes, en que la definición política de nuestro gobierno fue la oferta pública para la inversión en infraestructura, y hoy, teniendo tres hospitales por la vía concesionada, dos terminados: Maipú y La Florida, cuál es su opinión respecto de la evaluación de esta comparativa, si se pudo haber hecho de otra manera el mecanismo de construcción hospitalaria respecto de los tiempos y de los retrasos que finalmente ocurrieron, y si la vía concesionada hubiese sido utilizada en forma mixta o complementaria a la oferta pública, que fue la decisión política que se tomó al inicio del actual gobierno.

La **señora Carmen Castillo, ministra de Salud**, reiteró que el compromiso de la Presidenta es dejar veinte hospitales construidos. Esto de tenerlos funcionando e inaugurados es un adicional. Esperamos continuar trabajando para que existan algunos funcionando e inaugurados como corresponde.

Sin embargo, por la responsabilidad y la seriedad de los hospitales, por el tamaño de los establecimientos, no todos vamos a tenerlos en esos estados diferentes, que es lo que ya está comprometido por la Presidenta. Pero van a estar construidos y entregadas las llaves al Servicio de Salud, para que estén habilitados como corresponde, tal como nosotros consideramos que están construidos.

Ejemplo cercano es el Exequiel González Cortés, que en este momento tiene un ciento por ciento de avance, pero no lo estamos denominando “construido” aún, dado que en este momento hay que incorporarles algunos de los equipos que faltan para hacer el traslado del equipo del hospital antiguo. Estamos hablando que el traslado aproximadamente será en octubre. Todo esto es por los plazos que uno tiene que señalar.

Sobre los cinco hospitales terminados, ya se refirió a ellos la subsecretaria,

pero quiero señalar que dentro de los 22 hospitales que están en ejecución, varios de ellos ya tienen un alto porcentaje de avance; por lo tanto, llevamos un promedio de 83,7 por ciento de ejecución de los veinte hospitales que van a quedar construidos.

Ejemplos: Exequiel González Cortés, cien por ciento de avance; Penco Lirquén, 99 por ciento de avance; Lanco, 95 por ciento de avance; Antofagasta, 90 por ciento de avance; Chimbarongo, 86 por ciento de avance; Pitrufoquén, 84 por ciento de avance; hospital Doctor Carlos Cisternas de Calama, 82 por ciento de avance, y Futaleufú, 81 por ciento de avance.

Señor Presidente, solamente quiero señalar que por eso nosotros estamos apostando, en este momento, a ejecutar más de 22 hospitales, sumados a estos cinco, 27 hospitales, para cumplir con los veinte construidos, viendo cada uno en sus distintas etapas de avance.

Además, quiero señalar que hemos tenido que terminar seis hospitales que no eran parte del plan. Estamos hablando del hospital de Copiapó, un arrastre del gobierno de la Presidenta Bachelet; del hospital de Rancagua, que era un arrastre de la Presidenta Bachelet; del hospital de Talca, que es un arrastre de la Presidenta Bachelet; del hospital de Laja, que es un arrastre del Presidente Piñera; del hospital de Los Ángeles, arrastre de la de la Presidenta Bachelet, y del hospital de Lautaro, que es arrastre del Presidente Piñera.

Señalo, además, que hay dos establecimientos que se están construyendo, que escapan del plan inicial, y que están fuera del listado de los que en estos momentos señalamos como construidos, que es el hospital Philippe Pinel y la Torre Valech, tal como dijo la subsecretaria. Por lo tanto, nosotros sabemos que vamos a cumplir con los hospitales construidos.

Sobre la meta en infraestructura, que pregunta el señor diputado, sobre los cien centros de salud familiar y los cien centros comunitarios de salud familiar, vamos a dejarlos en distintas fases. Lo más probable es que de los cien centros de salud familiar, algunos estén en construcción, en la fase final, porque son dieciocho meses para construir un establecimiento de esta envergadura.

Los centros comunitarios de salud familiar se demoran aproximadamente ocho meses; por lo tanto, confiamos en que estos van a estar listos al término de este gobierno, como corresponde.

Sobre las nuevas licitaciones, que son las segundas de varios de los establecimientos que señaló la subsecretaria, esos son todos los establecimientos que van a quedar en el grupo dos. No son los que van a estar construidos, sino en construcción. Por lo tanto, esperamos que este segundo trámite de licitación pueda llegar a buen puerto, porque, tal como lo señaló la subsecretaria, tuvieron cambios en las bases para contar con mayor posibilidad de acceso de otras empresas.

Solamente como ejemplo, nosotros sabemos que el hospital de Quellón, que en su momento tuvo un solo oferente, en estos momentos en su trámite lleva once empresas que están interesadas en su construcción.

El **ministro señor Undurraga** señaló que la pregunta del diputado Juan Luis Castro tiene dos aspectos. El primero es que se ha planteado en el debate si los hospitales tienen que ser construidos por el Ministerio de Salud o el de Obras Públicas.

Creo que no hay dicotomía entre los esfuerzos de uno y otro ministerio. Más bien cuando se tiene un plan de esta naturaleza y de esta magnitud hay que sumar los esfuerzos, y si hay capacidad instalada en algunos de los servicios, tienen que hacerlo los servicios, y si hay capacidad instalada adicional en el Ministerio de Obras Públicas, también este ministerio. Creo que ha sido correcto enfrentar con distintos equipos la construcción, lo que ha permitido la construcción de la cantidad de hospitales que se han señalado.

Respecto del mecanismo de concesión, lo he señalado en otras comisiones, la evidencia en literatura no es concluyente en cuanto a los beneficios que pueda tener tanto el caso de las cárceles -digámoslo, dejaron de hacer las cárceles por la vía de la concesión en el gobierno del Presidente Piñera-, como en el caso de los hospitales, que dejamos de hacerlos en nuestro gobierno por la vía de la concesión.

No es concluyente ni en uno ni en otro sentido. Por lo tanto, con la información que teníamos en ese momento, creo que fue una buena decisión, y había dudas razonables respecto de algunas cláusulas de los contratos que eran abusivas.

Otra cosa es que para adelante se restrinja el mecanismo de concesión y sea solo para la infraestructura, y dejar, prácticamente, ningún servicio. Eso puede ser una alternativa para adelante, pero creo que fue una buena decisión en su momento.

El **diputado señor Juan Luis Castro** indicó que hay un par de preguntas que no fueron contestadas. Primero, ¿cuáles son los cinco hospitales que van a estar terminados? Lo consulto, porque eso está señalado en la presentación y obviamente queremos saber cuáles son esos cinco que sí van a estar en operación a marzo de 2018.

Segundo, ¿qué ocurre con el tercer grupo de hospitales que la Presidenta anunció que iban a estar en estado de licitación a marzo de 2018, no en estado de diseño?

Tercero, cuál es el tiempo de retraso efectivo que va a tener el segundo grupo de hospitales, que ha tenido los problemas que hemos visto en esta comisión, que son los hospitales que en el segundo semestre van a ingresar a toma de razón en Contraloría. No sabemos cuándo van a salir de la toma de razón. ¿Cuándo se van a terminar, según los plazos estimados?

El plan del ministerio de Salud incluye la construcción de 20 nuevos hospitales, dejar en construcción otros 20, y avanzar, tanto en los estudios técnicos de arquitectura e ingeniería como en la licitación de obras civiles de otros 20 – Retraso de seis meses en hospitales en que no había plazo de cumplimiento – Hospitales que aparecen muy atrasados – Hospitales que van a quedar puestos en marcha.

La **subsecretaria de Redes Asistenciales, señora Gisela Alarcón**, expresó que leerá el programa de la Presidenta Bachelet para evitar que luego haya declaraciones respecto de que no se está cumpliendo con el tercer grupo de hospitales.

Se señala, textualmente: Este plan incluye la construcción de 20 nuevos hospitales, dejar en construcción otros 20, y avanzar, tanto en los estudios técnicos de arquitectura e ingeniería como en la licitación de obras civiles de otros 20.

Por lo tanto, entendemos que un hospital que quede en un estudio técnico o en estudio de ingeniería, así como otros que van a quedar en licitación, cumplen con el compromiso de los 20 del tercer grupo.

Por otra parte, respecto de los retrasos, voy a dar el ejemplo del hospital Barros Luco. Nosotros lo enviamos para toma de razón de Contraloría y en noviembre ya tendríamos que haber tenido la definición; sin embargo, la Contraloría demoró cuatro meses en esa definición.

Si consideramos noviembre como fecha, porque los tiempos de Contraloría no los podemos manejar nosotros, pero si en noviembre se hubiese adjudicado y no representado, la obra podría haber partido en el mes siguiente; pensemos en diciembre.

Lo que va a ocurrir es que de adjudicarse la obra se hará en junio, y esperamos que todo sea positivo, así que partiríamos en julio.

Entonces, estamos hablando de un retraso de seis meses en hospitales en los que no había plazo de cumplimiento, excepto el que quede en construcción. Ese sí que es un tema perentorio para nosotros. Estos hospitales deben quedar en construcción.

Si no nos va bien en la toma de razón futura, evidentemente que se estaría faltando al compromiso, pero eso todavía no ocurre y estamos confiados en que va a ser una resolución distinta dado que hemos trabajado con Contraloría tanto en la modificación de bases como en todas las capacitaciones y los procesos.

Por último, y en relación con los hospitales que aparecen muy atrasados, consulta del diputado Castro, cada uno de ellos tiene particularidades. Cuando señalamos que van a terminar cumpliéndose los plazos es porque, por ejemplo, el hospital de Cochrane tiene una forma de avance de construcción que es más rápida

que en otros lugares.

El hospital de Ovalle, por ejemplo, no obstante que tiene un 26 por ciento de avance, tiene también particularidades que van a permitir ponerlo en marcha en forma gradual.

Por lo tanto, los seguimos poniendo dentro del grupo de hospitales construidos y lo que esperamos es que la ciudadanía y los parlamentarios nos den los plazos correspondientes para terminar los hospitales antes de decir que no los vamos a cumplir, porque la verdad es que muchos nos habían dicho que no íbamos a cumplir con lo que hoy tenemos.

Por último, respecto de los hospitales que van a quedar puestos en marcha, tenemos una operación que se ha hecho entre el Ministerio de Salud y los diferentes servicios para poner en marcha con gradualidad los hospitales de acuerdo con las condiciones que se vayan generando en cada uno de ellos.

Sin duda que podemos asegurar con toda propiedad que estos que ya están listos a la fecha van a quedar puestos en marcha en su totalidad, pero gradualmente iremos poniendo en marcha el resto.

Por lo tanto, hoy no nos pronunciamos respecto de cuáles van a tener una puesta en marcha completa, que va a ser un grupo de hospitales, como aquellos que van a tener una puesta en marcha gradual; tal vez algunos tendrán el ambulatorio abierto y no todavía la parte de hospitalizados; otros lo tendrán completa; a otros le faltarán pabellones, etcétera. Porque las puestas en marcha de los grandes hospitales demoran incluso un año.

El compromiso es dejarlos construidos, y haremos el mayor esfuerzo para dejarlos en una puesta en marcha lo más avanzada posible.

El **diputado señor Juan Luis Castro** señaló que hará una precisión. Que quede claro que la subsecretaria lee el programa y yo estoy leyendo las palabras al país de la Presidenta de la República en su primer mensaje presidencial respecto del itinerario de construcción de hospitales, y está diciendo a la letra: "Veinte hospitales quedarán en etapa de licitación de obras y estudios técnicos a marzo de 2018".

Quiero que alguien se haga cargo de eso, porque es lo que se anunció al país: licitación.

Finalmente, no sé por qué tanto secretismo. ¿Por qué no nos dicen cuáles son los cinco hospitales? ¿Vamos a jugar a las escondidas hasta marzo de 2018? ¿Cuál es el drama de que sepan las comunidades qué hospitales estarán funcionando y otros que lo harán en forma gradual?

Quiero saber cuáles son los cinco hospitales. Está puesto en la presentación: en operación a marzo.

La **ministra de Salud, señora Carmen Castillo**, con el objeto de transparentar, señaló que el 26 de abril, día de la cuenta pública del Ministerio de Salud, señalamos que está disponible para toda la comunidad, para todos los habitantes de este país, la página web <http://plandeinversionesensalud.minsal.cl/> donde pueden ver paso a paso los avances.

Nosotros debemos ser muy rigurosos en esto, porque puede ser que en algún momento, alguna empresa, alguna situación nos obligue a alargar el plazo de alguno de los establecimientos hospitalarios, pero cumpliremos con 20 hospitales construidos.

Por transparencia, les ruego que difundan esta página entre su electorado o entre las distintas personas que les interese el tema para que lo conozcan.

No queremos comprometer cifras, sino que vayan viendo ustedes los porcentajes de avance, porque puede que alguno tengamos que retrotraerlo por determinada situación. Por ejemplo, en el Hospital del Salvador se encontraron restos indígenas. Tuvimos que paralizar la obra y hacer un forado de ciertos metros para cuidar los restos de cerámica que se han encontrado.

Somos muy responsables y no queremos aventurar cuáles son los que van a estar terminados, pero llevamos un porcentaje importante y pueden ver el avance y su ejecución.

No podemos decir los nombres, pero sí transparentar los porcentajes y lo que está ocurriendo en cada uno de los hospitales, que están en etapa de construcción, algunos construidos y otros van a quedar en distintos trámites administrativos, incluyendo la licitación.

Identificación de los hospitales del plano 20-20-20 – Marco presupuestario del hospital de Marga Marga – Las bases no permiten adjudicar necesariamente a la empresa más barata – Relación de los ministerios con la Contraloría General de la República – Plazos de la toma de razón – Ejecución presupuestaria.

El **diputado señor Marcelo Schilling** manifestó su alegría de tener en la Comisión a la ministra Castillo y al ministro Undurraga a fin de escucharlos respecto de los avances de los hospitales.

Esta comisión investigadora, que fue solicitada para empatar una denuncia que se hizo en contra del ex Presidente Piñera, ha servido para poner de relevancia el tremendo esfuerzo que ha hecho sobre todo Salud, pero también Obras Públicas para cumplir con este ambicioso plan de construcción hospitalaria, que es mucho más que el 20-20-20 que se describía como una especie de fórmula para este esfuerzo.

Junto con felicitarlos, y no para disminuir las felicitaciones, quiero hacer algunas preguntas para que ambos ministros, en especial la ministra de Salud, cierren

cualquier brecha a la crítica un poco rebuscada y descalificatoria con que se enjuicia la gestión en salud.

Lo primero es saber si cuando se formuló lo de los 20-20-20, sobre todo los 20 que iban a quedar construidos, hubo una identificación de esos establecimientos.

¿Hubo una definición previa y por eso se iban a construir estos 20 hospitales en primer lugar?

Pregunto esto para hacer una comparación entre la idea original y el resultado final, considerando metros cuadrados y complejidad.

En segundo lugar, quiero preguntarle a la subsecretaria sobre esta cuestión relacionada con el hospital de Marga Marga. Me refiero a esa empresa que es propuesta para adjudicarle la licitación, pero que se excede en un monto suficiente como para descalificarla. Entiendo que la licitación fue llamada con conocimiento del marco presupuestario por parte de las empresas; no se trató de una adivinanza, en el sentido de que a ojo de buen cubero iban a proponer 100, 80 o 120, sino que había un marco presupuestario. Por eso, no entiendo bien por qué no se pudo adjudicar al segundo, porque es evidente que el que cobra más caro tiene más probabilidades de quedar fuera que aquel que está dentro del marco presupuestario, salvo que haya olvidado las lecciones que me dieron algunos de los actuales asesores y ejecutivos del Ministerio de Salud cuando me tocó estar al otro lado de la mesa.

La **ministra de Salud, señora Carmen Castillo**, recordó que en mayo de 2015, en la cuenta pública de la Presidenta de la República, se dieron a conocer los establecimientos que íbamos a comprometer. Al día siguiente, el 22 de mayo, reconocimos las dificultades que habíamos tenido.

Es muy importante destacar que lo que se nos presentó al asumir el gobierno fue muy distinto a lo que percibíamos. Nos encontramos con 16 establecimientos en situaciones bastante diferentes: unos estaban sin financiamiento; en otros se había detenido la construcción, como el hospital de Calama, que estaba absolutamente vacío y sin resolución, y en los restantes las empresas habían quebrado. Todo esto se recuperó; recuperar y dejar operativas estas obras, tanto de atención primaria como hospitalaria, significó para el Ministerio 92.000 millones. Como muestra, han sido recuperados el Cesfam Santa Bárbara y el hospital de Calama.

Ahora bien, sumando todas las camas que vamos a intervenir, tenemos una cifra cerca a las once mil. Se van a incorporar tres mil camas nuevas a los hospitales que vamos a dejar construidos, en construcción en distintas fases y en diferentes etapas de los trámites administrativos. Por lo tanto, estamos hablando de la intervención de los 60 hospitales comprometidos.

La **subsecretaria de Redes Asistenciales, señor Gisela Alarcón**, para complementar lo dicho por la señora ministra de Salud, señaló que el gobierno anterior dejó terminados 27 hospitales, de los cuales 9 fueron modulares posterremoto,

y 18 fueron iniciados durante el primer gobierno de la Presidenta Bachelet.

Además, como dijo la ministra, el primer año nos abocamos a reforzar los hospitales que quedaron sin financiamiento o sin construir, como los de Futaleufú, Calama y todos los que ha señalado la Contraloría General de la República.

En cuanto a la pregunta del diputado Marcelo Schilling, efectivamente las bases no nos permiten adjudicar necesariamente a la empresa más barata, ya que las bases no privilegian el precio sino que otras variables, las que se definen por puntaje. También fue tema del gobierno anterior el hecho de que en las bases tuvieran demasiado peso el precio y el plazo. Es así que se hicieron ofertas muy temerarias a precio muy bajo y a plazos muy cortos, lo que significó que quedara detenida la construcción de estos 14 proyectos.

En definitiva, las bases no nos permiten adjudicar necesariamente a la empresa más barata, y en el caso del hospital de Marga Marga, operamos de acuerdo con lo que señalaban las bases.

El **diputado Carlos Abel Jarpa** indicó que su preocupación es cómo mejoramos la relación de los ministerios con la Contraloría. Lo dice, porque respecto del hospital de Ñuble, en Chillán, que con suerte se inaugurará en 2022- todo está funcionando bien, pronto será adjudicado, ya que se abrieron las propuestas-, el contralor señaló en esta comisión que había menos problemas en los contratos con el Ministerio de Obras Públicas que con los del Ministerio de Salud.

Por eso, me gustaría saber cuánto se demora la Contraloría en la toma de razón de los proyectos adjudicados por el Ministerio de Obras Públicas y cuántos son rechazados, y lo mismo respecto de los proyectos del Ministerio de Salud.

Esa información es muy importante, porque la deberemos incluir en nuestras conclusiones, de manera de mejorar los tiempos del trámite de toma de razón –ojalá- el menor tiempo posible-, puesto que esto de los tiempos ha redundado en un retraso de ocho meses en la construcción del hospital de Ñuble.

Por otra parte, me gustaría saber cómo ha sido esto del gasto, máxime cuando tenemos una inversión paralizada de 200 mil millones de pesos para seis hospitales.

La **subsecretaria de Redes Asistenciales, señora Gisela Alarcón**, indicó que anteriormente señaló los plazos que habíamos tenido con el último grupo de hospitales, que en el caso del Barros Luco se trata de alrededor de cuatro meses, plazos que son variables, toda vez que dependen de quién esté dirigiendo la Contraloría.

Los plazos anteriores también eran distintos, y para responder con claridad tendríamos que revisar todas las licitaciones y las adjudicaciones, que son más de 21, única forma de contar con datos fidedignos para saber cuánto ha demorado la

Contraloría en el trámite de toma de razón o en la representación.

Respecto del segundo punto, en 2016 tuvimos una ejecución de 92 por ciento de las obras, ejecución que disminuye cuando, además de las obras, sumamos los anticipos, que no se consideran obra ni ejecución real, dado que se recuperan posteriormente. Aquí hubo una detención en el proceso constructivo.

Además, hemos señalado que esto genera puestos de trabajo no solamente para los funcionarios de los hospitales cuando entren en operación, sino, también, para el sector construcción. Todo esto se detuvo cuando el año pasado se representaron los seis hospitales.

El **diputado señor Carlos Jarpa** precisó que solicitó las adjudicaciones con este contralor, para tenerlo como antecedente, a lo cual se comprometió la subsecretaría de Redes Asistenciales.

El **ministro de Obras Públicas, señor Alberto Undurraga**, señaló respecto de los plazos de cada uno de los hospitales, que no tiene el detalle en este momento, pero se lo envió a la brevedad. Asimismo, todos los hospitales que han sido adjudicados por el Ministerio de Obras Públicas.

En todo caso, básicamente, depende de cuatro variables: el tamaño, a mayor tamaño mayor plazo; la complejidad, mientras más compleja la obra o el tipo de contrato, mayores son los plazos; de la novedad, cuando hay un grupo de hospitales, siempre el primero tomará más tiempo que el resto, después hay un cierto aprendizaje de la Contraloría. Por último, la carga de trabajo, que dependerá de cuántas obras en forma paralela tenga la Contraloría. De todas maneras, les haré llegar toda la información, específicamente, en cada uno de los contratos.

Respecto de la ejecución presupuestaria, durante los últimos años, el MOP ha tenido ejecuciones sobre el ciento por ciento; 103 coma algo, lo cual significa que se le han suplementado recursos respecto de ley de Presupuestos. Sin embargo, todo lo que tiene que ver con los hospitales no está en las cifras del MOP, sino más bien en las cifras de Salud, toda vez que son recursos mandados.

Empresas que se postularon a la licitación en el hospital de Curicó.

El **diputado señor Celso Morales**, en relación con el hospital de Curicó, la Comisión tiene como objeto investigar algunas o supuestas razones en términos de investigación de la licitación. Solo con ese objetivo, para contar con más información - no es que tenga un antecedente en concreto-, me gustaría saber cuántas y cuáles fueron las empresas que se postularon a la licitación en el hospital de Curicó. ¿Cuáles

fueron sus valores? ¿Cuál fue la razón o las variables que se tuvieron para pedir esta nueva reevaluación, producto de que los recursos no eran suficientes?

Por otra parte, entiendo que la Contraloría tomó razón del proyecto, con algunas observaciones. ¿Cuáles son esas observaciones? ¿Quién se va a preocupar de que esas observaciones se puedan salvar, en el momento en que la Contraloría haya hecho alguna observación más detallada?

¿Cuál es el estado de avance que tiene el proyecto? ¿Cuál es la fecha de término del proyecto? Si no tiene la información en este momento, la puede hacer llegar a la Comisión.

El **ministro señor Undurraga**, participaron y fueron seleccionadas para el registro especial, ocho empresas: Moller y Pérez Cotapos, Obrascón Huarte Lain S.A. Agencia Chile (OHL), Salfa Acción Infraestructura, Consorcio Constructora San José S.A. y San José Constructora Chile, Consorcio Ferrovial Agroman Chile y Ferrovial Agroman, Consorcio Sacyr Chile y Somague Ingeniería, Consorcio Besalco y Dragado Agencia en Chile.

Como dije, estas ocho empresas quedaron en el registro especial. Sin embargo, solo se recibieron tres ofertas: Acciona Infraestructura S.A. Agencia en Chile, Obrascón Huarte Lain S.A. Agencia Chile (OHL) y Consorcio Besalco y Dragado Agencia en Chile.

Se abrieron dos ofertas económicas, por cuanto una de ellas estaba fuera de base, la que no menciono.

Obrascón Huarte Lain S.A. Agencia Chile (OHL), con una oferta de 204 millones de pesos, y Acciona Infraestructura S.A. Agencia en Chile, con una oferta de 220 millones de pesos y fracción. Estoy dando la cifra global, el detalle está en los antecedentes.

El costo de construcción es de 72,4 UF. Inicialmente, el presupuesto oficial era de 48,5 UF; sin embargo, lo estimado por el Ministerio de Salud, para los hospitales, era de 60 UF el metro cuadrado, lo cual superaba en 20,6 el valor estimado por Minsal.

Finalmente, se hizo la reevaluación en el Ministerio de Desarrollo Social y se adjudicó. Cabe señalar que se le adjudica a la empresa más barata de la licitación pública.

Ahora bien, la modalidad en el pago contra recepción no es total, sino que se separó en ocho etapas, cada una con distintos porcentajes que están acotados en los flujos de la ley de Presupuestos, información que fue conocida por las empresas al momento de la licitación.

El plazo total es de 1.460 días, la fecha estimada de término la haré llegar con precisión a la Comisión. Solo señalar que esto recién está comenzando, no partió el año pasado. Por lo tanto, desde el punto de vista financiero, el avance es recién, menos del 3 por ciento, pero ya estamos en obra, en un punto de no retorno.

Las observaciones de la Contraloría las haré llegar a la Comisión, junto a los otros antecedentes solicitados.

El Ministro de Hacienda, señor RODRIGO VALDES.

Ministro de Hacienda, señor RODRIGO VALDES, acompañado de la Jefa de Gabinete, señora Macarena Lobos Palacios.¹⁰

Participación del Ministerio de Hacienda en procesos de licitación de licitación de hospitales - Servicios de salud tienen un rol muy grande para la capacidad que posiblemente tienen respecto de la construcción de hospitales y de otro tipo de infraestructura – Control de las responsabilidades políticas.

El **señor Rodrigo Valdés, ministro de Hacienda**, señaló que tiene muy pocos antecedentes que aportar a la Comisión Investigadora, en el sentido de que el Ministerio de Hacienda y la Dirección de Presupuestos no participa de una manera activa, ni siquiera pasiva, en los procesos de licitación. Si bien hacemos el presupuesto, hacemos el seguimiento del presupuesto, vigilamos que los presupuestos se vayan ejecutando, hacemos reasignaciones cuando existen solicitudes especiales o cuando corresponde. Sin embargo, respecto de este proceso específico del hospital Marga Marga, la verdad es que tengo básicamente la información pública que ustedes conocen. Por lo tanto, respecto de qué sucedió, puedo simplemente constatar que hubo una oferta más cara de los recursos que existían disponibles para esto. Por otro lado, hubo otras ofertas que por razones administrativas no se consideraron, pero más que eso, tengo muy poco que informar.

Sí puedo hacer una reflexión, quizás un poco más global, y que es más de mediano plazo, y tiene que ver también con una discusión que tuvimos en otra comisión investigadora respecto del gasto en el sector privado del sector salud.

Esto tiene que ver con lo siguiente. Nuestra estructura actual de cómo se hace todo el proceso, puede realizarse de mejor forma. En este caso, los servicios de salud tienen un rol muy grande para la capacidad que posiblemente tienen. Por lo tanto, se debe repensar hacia futuro si esa es la estructura más adecuada en términos de la toma de decisiones, en términos de los especialistas que sea necesario tener para así tener una acción más centralizada respecto de la construcción de hospitales, así como también de otro tipo de infraestructura. Lo planteo así porque hay temas de expertise respecto de cuestiones que se hacen una pura vez en un hospital, que se

¹⁰ Sesión 13ª, celebrada el 9 de mayo de 2017.

repite a nivel central pero no a nivel de un servicio cerrado. Por lo tanto, en el proceso de aprendizaje habitual que hay que tener en estos temas, se debe considerar el cómo levantar, en la estructura, el tema de construcción del área hospitalaria a un nivel más transversal entre servicios.

Si uno mira lo que le pasa al Ministerio de Salud, el que debe dar cuenta de estas cuestiones, pero no las controla directamente, sino que lo hacen directores de servicio. Por lo tanto, en esto uno puede decir que las herramientas que tienen algunas personas y sus responsabilidades políticas no están bien alineadas, en el sentido de que tienen que dar la cara por algo respecto de lo cual no tienen las herramientas completas para su control, lo que es algo que debe reevaluar un futuro gobierno.

Cumplimiento del compromiso 20/20/20 de la Presidenta Michelle Bachelet en materia de infraestructura hospitalaria – Objeciones Contraloría General de la República – Concesiones como modalidad de construcciones – Procesos de licitación – Doble o triple evaluación de proyectos por parte del Gobierno – Creación de una unidad intersectorial que involucre el MOP, el Minsal y el Mideso.

El **diputado Juan Luis Castro**, en la misma línea de la reflexión que está haciendo el ministro, indicó que estamos a diez meses que termine el actual período de gobierno, en materia de salud, la cartera de inversiones es el gran impulso de inversión pública que se ha entregado al actual gobierno, y recordará el señor ministro que el presupuesto para el 2016 fue muy tormentoso, porque esta glosa fue muy discutida, sobre todo para el segundo grupo de hospitales, que era el que estaba en cuestión en esa época, respecto de cómo se postergaba o se hacían las inversiones en los plazos previstos.

La ministra de Salud ha venido a explicar que el primer grupo de hospitales va a estar terminado, pero no en operación a marzo de 2018, salvo cinco hospitales, y no ha querido decir cuáles son los que van a estar en operación a marzo de 2018. Los otros, según ha señalado, estarían terminados en obra, pero no todavía en funcionamiento.

En relación con el segundo grupo de hospitales, tenemos una gran incógnita de saber exactamente en qué tiempo y plazos van a estar terminados, puesto que ese grupo es el que además ha sufrido atrasos que motivaron esta Comisión Investigadora, como en hospitales Marga Marga, Higuera, Curicó, Chillán, Linares, San Antonio, hubo serias objeciones de la Contraloría General de la República a los procesos de adjudicación hechos por los servicios de salud.

En ese sentido, hubo dos tipos de respuestas. La respuesta del Ministerio de Salud fue decirnos que esencialmente fueron responsabilidades de la Contraloría General de la República; fueron aspectos que el ente contralor tal vez maximizó o colocó como puntos cruciales para no adjudicar y pedir nuevas licitaciones, con los

consecuentes retrasos que eso implica hasta la fecha de esos hechos. Por otro lado, al examinar los casos, no eran tan pequeños los problemas que había en esas adjudicaciones que, tal como usted dice, la descentralización del proceso llevó a que se cometieran errores de distinta cuantía, algunos pequeños y otros no tanto, pero finalmente, el segundo grupo de hospitales va a sufrir un nuevo retraso.

Respecto del tercer grupo de hospitales, que está en etapa de diseño y licitación, básicamente la ministra de Salud nos dijo que iban a ser de diseño, porque no va a haber licitaciones de aquí a marzo, que coloquen esos hospitales en la lista asignada.

Sin embargo, de por medio se abrió el gran tema de la reapertura de las concesiones como modalidad de construcción. La ministra de Salud lo anunció. Es más, pidió una consulta al Banco Mundial sobre la evaluación de cómo se está haciendo hoy en Chile el modelo, y eventualmente el ministerio se abriría a esa posibilidad, que fue cerrada al principio del actual gobierno, tal como se informó y se llevó adelante la inversión pública.

Entonces, quiero saber cuál es la reflexión del ministro de Hacienda, porque en el epílogo del presente gobierno, porque vamos a tener el primer grupo de hospitales una parte en funcionamiento y otros no, pero tendremos grandes interrogantes sobre los otros dos grupos de hospitales respecto de sus tiempos, plazos y forma de construcción.

Quiero saber cuál es la mirada del señor ministro, entendiéndolo que no es el responsable de la gestión ni de la conducción de estos procesos, pero cómo debe el país seguir adelante para enfrentar las dificultades, que no sé si son del modelo o de la gestión. Personalmente, creo que son de la gestión, porque más que de decir que es inversión pública, es de cómo se gestionó el aterrizaje a esta cartera, con qué espalda, con qué *expertise* y por qué pasaron todas las cosas que pasaron para no tenerlos en la lista *premium* de la gran inversión en materia de salud. ¿Cuál es su mirada de lo que ha ocurrido? ¿Cuál es su mirada del rol de las concesiones o de las modalidades de seguir construyendo de esa forma? Se lo consulto porque este será un proceso que tomará cualquier gobierno que venga, de cualquier signo, en el sentido de seguir una línea que ya esté encaminada.

El **diputado señor Víctor Torres**, indicó que en la línea de lo planteado por el diputado Juan Luis Castro, efectivamente hay una situación que quizás no corresponde al Ministerio de Hacienda, pero claramente ha afectado el cumplimiento de lo que es el compromiso 20/20/20 de la Presidenta Michelle Bachelet en materia de infraestructura hospitalaria. Y uno de los nudos críticos que existen en el proceso, tiene que ver con los procesos de licitación impulsados por los servicios de salud.

Usted tiene toda la razón cuando plantea que ahí existe una dificultad importante en la capacidad que tienen estos para poder sacar adelante los procesos, pero, a mi juicio, hay pasos que retrasan muchísimo, sobre todo las etapas previas de

las construcciones hospitalarias. Me refiero a la doble o triple evaluación que a veces tienen los proyectos por parte del gobierno.

No me refiero solo a este gobierno, sino a la estructura del Estado. Hace una evaluación de una construcción el Ministerio de Salud, luego pasa al Mideso y después pasa a la evaluación financiera que hacen ustedes. Estamos hablando de que dos o tres veces se hace la evaluación del mismo proyecto. Al no existir una unidad que trabaje de manera intersectorial evaluando estos procesos, como muy bien lo planteó, perdemos una importante cantidad de meses. Hoy eso impacta en la capacidad que tiene el Estado de poder construir en el período de un gobierno una cantidad determinada de hospitales. Uno ve que a veces se entran las discusiones técnicas en el Minsal y luego de eso pasan al Ministerio de Desarrollo Social, donde quedan entrapados otros meses, y siguen discutiendo.

¿El gobierno ha pensado en algún momento establecer una mecánica distinta, como crear una unidad que pueda evaluar intersectorialmente estas obras de infraestructura donde estén el MOP, el Ministerio de Salud y el Mideso involucrados en el mismo proceso, para ahorrar tiempo desde ese punto de vista?

Respecto de concesiones, me sumo a la pregunta que hizo el diputado Castro, y pido una precisión sobre la materia.

Es decir, quiero conocer su opinión sobre las concesiones, como las conocemos, y este modelo de leasing de construcción, que es encargar a un privado la construcción y que luego, vía pago en cuotas, el Estado se hace de ella, sin que involucre la administración del mismo hospital.

Creo que hay una diferencia, una modalidad que podría ayudar, sin tener las complicaciones que tienen las concesiones, como las conocemos, que han estado cuestionadas.

El **diputado señor Carlos Abel Jarpa** señaló que el diputado Torres señaló la dificultad que muchas veces hay con las tramitaciones que tienen las grandes obras en la coordinación de los diferentes ministerios. Mi preocupación específica la hice ver al ministro de Obras Públicas y a la ministra de Salud y dice relación con el hospital de Ñuble, ubicado en Chillán. Si la Contraloría hubiera tomado razón dentro de dos meses, como se esperaba, ese hospital podría haber estado en construcción en un par de meses más, porque es con diseño y construcción.

Me parece que la Contraloría aprobó con mayor facilidad los proyectos cuya unidad ejecutiva era Ministerio de Obras Públicas y no el Ministerio de Salud.

Es muy importante la opinión del ministro para las conclusiones de nuestra comisión, por imagínese lo que significa hoy tener esa inversión paralizada. Son seis hospitales, cada uno por un monto de 150.000 millones de pesos, aproximadamente.

Opinión del ministerio de Hacienda sobre los procesos de licitación y si la construcción debe ser hecha por el MOP o en Minsal – Consulta del Minsal al Banco Mundial sobre sistema de concesiones – Caso del hospital de Curicó.

La **diputada Karla Rubilar** planteó que en lo general, lo que hemos visto durante el último tiempo es que todos estos hospitales han pasado simultáneos filtros, ya sea de las comisiones evaluadoras del Ministerio de Salud e, incluso, de las aprobaciones del Ministerio de Hacienda, en cuanto a mayor presupuesto. Posteriormente, llega la Contraloría y determina que hay errores burdos, como por ejemplo que califican empresas que no pueden ser calificadas porque no presentaron algo, y el artículo dice que si no lo presentan deben quedar fuera. Son cosas explícitas; el contralor ha sido extremadamente claro.

¿Cuál es su impresión respecto de los procesos de licitación del Ministerio de Salud?

¿Qué opinión tiene el Ministerio de Hacienda respecto de que la construcción de los hospitales debe ser llevado a cabo por el Ministerio de Salud o este tema tiene que ser traspasado al Ministerio de Obras Públicas?

En materia de concesiones hospitalarias, ¿cuál es la opinión del Ministerio de Hacienda? ¿Están de acuerdo o en desacuerdo?

¿Son partícipes de la consulta que hizo al Banco Mundial al Ministerio de Salud respecto de las concesiones en Chile? ¿Tienen una postura al respecto?

El Ministerio de Obras Públicas tramitó hace poco en la Cámara de Diputados un proyecto de ley que creó una dirección, y hubo parlamentarios que presentaron una indicación para que no se pudieran concesionar los hospitales, que fue declarada inadmisibile, pero lo cierto es que había interés por parte del Ministerio de Obras Públicas porque estaba a favor. De lo contrario, la habrían empujado; no nos engañemos.

Ahora, ¿cuál es el criterio para decidir por parte del Ministerio de Hacienda aumentar o no los recursos?

En algún momento se planteaba que si el presupuesto estaba dentro del 10 por ciento más caro, se entregaran los recursos y, posteriormente, no se volviera a licitar, pero el hospital de Curicó tenía un presupuesto 78 por ciento más caro.

Entonces, ¿por qué el Ministerio de Hacienda entrega los recursos al hospital de Curicó sin solicitar una nueva licitación?

Entiendo que el Ministerio de Desarrollo Social apoyó esa decisión, pero el Ministerio de Hacienda también estuvo de acuerdo.

Me llama la atención ese hecho porque estemos hablando de un hospital extremadamente más caro.

¿Cuáles son los criterios para permitir tal situación y no permitirla en el caso de otros hospitales?

¿Hay que estandarizar la norma? ¿Hay una falencia ahí o está perfectamente claro?

Además, quiero conocer la opinión del ministro respecto de la gestión del Ministerio de Salud en la ejecución presupuestaria de la inversión hospitalaria. Hay niveles de ejecución presupuestaria bastante bajos.

También le pido que nos aclare cuántos recursos van a quedar comprometidos para la construcción del anunciado plan 20/20/20 para el próximo gobierno, porque en el análisis Excel que hemos hecho vemos que ese compromiso durante este gobierno ha tenido un gasto muy pequeño con respecto al total del compromiso en materia de inversión.

Es decir, se comprometen muchos recursos, y valoramos todo el esfuerzo financiero que se ha hecho en inversión hospitalaria, pero lo cierto es que tenemos una ejecución extremadamente baja. Lo que se ha gastado durante estos años es poco y lo que queda comprometido para cuando empiece la real ejecución del plan 20/20/20 es gigantesco. Por lo tanto, ¿de cuántos recursos estamos hablando para cumplir el compromiso en los próximos años? ¿Es posible financiar todo eso con el Presupuesto de la nación sin concesionar la construcción de los hospitales?

Avance en infraestructura de salud es muy significativa – Necesidad de cautelar los chequeos y balances dentro del proceso – Necesidad de diversificación de las formas de construir – Contraloría hace un control estricto de las normas – La construcción en Chile se ha hecho más cara – Los hospitales se demoran casi siempre más de un período de gobierno – La construcción pública o privada debe considerarse en la medida en que se cumplan los criterios de rentabilidad social y estén enmarcados dentro del presupuesto. No hay una visión única - La solicitud al Banco Mundial respecto de la evaluación del sistema de concesiones es muy positiva para el futuro de nuestro país.

El señor Rodrigo Valdés, ministro de Hacienda, indicó que hay varias preguntas y algunas están relacionadas entre sí. En verdad, el avance que vamos a tener con este gobierno en camas hospitalarias y en infraestructura primaria es muy significativo en comparación con cualquier período anterior.

Es cierto que las expectativas del plan 20/20/20 iniciales eran distintas a lo que se está logrando al final, pero sigue siendo cierto que la inversión que estamos haciendo en infraestructura de salud es muy significativa.

Ya habrá momentos de hacer comparaciones, pero no quiero perder de vista que es una de las áreas en que estamos gastando recursos muy significativos. Era muy necesario hacer este esfuerzo, y está sucediendo.

Ahora, desde el punto de vista de cómo organizar mejor este trabajo, sería lo más pragmático posible. Diría que esa es la partida: ¿qué funciona mejor?

La visión intersectorial que el diputado señor Víctor Torres propone es muy importante, pero, al mismo tiempo, tenemos que cautelar los chequeos y balances dentro del propio proceso. O sea, no pueden ser todos del mismo equipo, porque tienen roles distintos. Pero uno podría pensar en tener procesos más rápidos.

Ahora, se ha ido mejorando. Se ha ido mejorando el proceso respecto del tiempo que demora un RS, del tiempo que toma en Hacienda, pero siempre se pueden mejorar esas cosas. De ahí, uno pasa a cómo funciona, al final del día, un hospital MOP o un hospital del Ministerio de Salud. Y no es extraño descubrir que un hospital MOP está hecho por gente que tiene mucha más experiencia en licitaciones, en construcción y, por lo tanto, le habría salido más fácil, pero lo otro fue haber aprendido.

Entonces, tampoco sería bueno desechar el aprendizaje. Lo que corresponde es tratar de juntar ese aprendizaje que se ha ido adquiriendo en el Ministerio de Salud, y no es mala idea mantener la diversificación de las formas de construir. Porque también hay cierto chequeo entre los propios equipos. Un equipo se ve más presionado si no tiene directamente un monopolio en esa construcción.

Habrá que ver si es mejor unir. Por ejemplo, no tiene por qué solo un equipo de salud, pero podrían ser algunos equipos que estén ligados a más de un servicio de salud.

De la misma forma en que tenemos la discusión sobre la desmunicipalización en la nueva educación pública, en que la escala del sostenedor a nivel municipal es insuficiente, aquí parece pasar lo mismo con los servicios de salud, especialmente con los más pequeños.

Entonces, uno podría pensar en reescalar esto a nivel... No tiene por qué llevárselo todo al gobierno central ni al MOP. Pero sí reconocer que aquí hay economías de escala que se deben aprovechar.

En los temas de Contraloría, me gustaría no entrar, porque no me corresponde decir si estuvo bien o mal. Lo que sí quiero decir es que la Contraloría hace su trabajo de control estricto de las normas. Lo que hay que pensar es si las normas que nos pusimos eran necesarias o no. Está el típico caso de que no había un profesional en una constructora y quizás no era necesaria esa norma; tal vez era mejor tener una boleta de garantía más grande, y ese era suficiente incentivo.

Entonces, creo que hay que ir haciendo un aprendizaje también de que simplificar es bueno, y tener incentivos correctos es bueno o mejor que tanto límite que, al final, termina siendo una restricción.

Tenemos que reconocer un tema que es *ex ante*. Cuando se hizo el programa de gobierno no estaba presente, pero lo sufrimos de manera muy clara hacia el año 2015 –en 2014 también y quizás en 2016 un poco–, el hecho de que la construcción en Chile se hizo particularmente cara. Tuvimos un *boom* de construcción en esos años en el mundo habitacional, que fue importante; pero más importante fue

en la minería. La minería tuvo un *boom* que terminó por 2014 o 2015, que encareció muchísimo la posibilidad de tener equipos de construcción a los precios que se tenían tres años antes. Ese ciclo ya terminó y estamos hacia el otro lado. Pero todo el proceso de construcción enfrentó ese encarecimiento.

Respecto de cuánto vamos a dejar comprometido, los números van a estar en el Presupuesto. Pero en ese punto haría una reflexión que hicimos durante la discusión de la Ley de Presupuestos 2016 que, como recordaba el diputado Juan Luis Castro, fue una discusión bien dura, porque hubo que acomodar flujos de distinta manera: aplanar hospitales, que hubiera algunos hacia adelante y otros hacia atrás.

Pero en ese tiempo recordamos que, aunque en el gobierno anterior, del Presidente Piñera, se inauguraron varios hospitales, todos se habían iniciado en el gobierno anterior. Hay una cosa bien de fondo: los hospitales se demoran casi siempre más de un período de gobierno. Por lo tanto, es muy natural dejar una cartera en construcción. A eso no hay que tenerle tanto miedo, en la medida en que esté bien cuantificado y que sean proyectos que valgan la pena. Al final del día, el proceso del Ministerio de Desarrollo Social justamente es muy importante para eso.

Ante la pregunta de por qué público si y por qué no. Desde el punto de vista del Ministerio de Hacienda, en la medida en que se cumplan los criterios de rentabilidad social y estén enmarcados dentro del presupuesto, tenemos poco que decir. Son criterios sectoriales que tienen que tomarse en cuenta. Básicamente, nosotros encuadramos que las cosas tengan su rentabilidad social y, segundo, que las sumas de platas sean las asignadas a esto.

Por lo tanto, hay que reasignar otros. Y puede ser, aun cuando no sé la razón de fondo, pero me imagino que ese hospital, desde el punto de vista de las políticas sanitarias que determina el Ministerio, era muy importante de hacer.

Me imagino que esa es la razón de haber empujado ese y no otro, pero no es más importante. El Ministerio de Hacienda es muy poderoso en muchas cosas, pero no queremos ser tan poderosos como para dedicarnos a decir este hospital sí y este otro no, en la medida en que pasen los criterios que se determinan *ex ante*.

Esto me lleva al tema de construcción vía concesiones, y concesiones en general. Sobre esto, creo que tenemos que ser bien pragmáticos: aquí no hay una visión única del mundo. Además, creo que uno va aprendiendo en el tiempo. No me atrevería a hablar de que es la posición única, porque hay matices y aprendizajes.

Déjenme decir que cuando partió el gobierno, veníamos de experiencias de concesiones que no eran de las más felices, porque se pensaba que habían sido muy caros algunos de los servicios anexos.

En ese momento, se hicieron estudios que demostraban que podía ser más barato hacerlo directamente. Posiblemente aquí no hay una receta única. Creo que no. Siendo pragmático, hay que tener algunos concesionados; otros construidos directamente; unos por el MOP; otros por Salud, pero en las escalas correctas.

En el tema de las concesiones, hay que tener cuidado con una cosa, que esta es una cuestión fiscal. Si la concesión es solo la construcción, como dijo el diputado Víctor Torres, *leasing*, so no tiene nada de especial. Eso es un maquillaje contable desde el punto de vista fiscal. No es más que eso. Por lo tanto, en sí misma no es una medida que sea particularmente interesante, fuera de hacerle un poco de trampa a la contabilidad fiscal.

Pero es lo mismo que hacerlo uno: pedir deuda pública y ya. Además, es posible que el fisco se endeude a una tasa mucho más barata que a la empresa que le da esto; por lo tanto, al final del día va a salir más cara la visión de concesiones.

Otro tema distinto es, y en esto viene la pregunta más de fondo, cómo hacemos si uno hace concesiones con tratos que protejan el interés fiscal a todo evento y que estén bien diseñados. Creo que la complejidad del proceso hace pensar que tenemos mucho que aprender todavía en concesiones. Las carreteras son más simples que un hospital. Por lo tanto, es más fácil ponerse en todas las contingencias que pueden pasar. Lo que nos ha pasado en cárceles, en el mismo tema donde está el Ministerio Público, en ese edificio que es concesionado, siempre se escuchan historias, que uno podría haber hecho mejor el contrato.

Creo que tenemos que mejorar, al final del día, cómo se hacen contratos de concesiones para que funcionen bien. Una concesión con un contrato mal hecho, es muy mala. Porque el sector privado va a ver la oportunidad y va a cobrar. No es moralmente incorrecto; simplemente los incentivos quedaron mal puestos.

Por lo tanto, si algo hay que hacer en esta idea de concesiones, es reconocer, primero, que un *leasing* puro no es una alternativa particularmente relevante; por el contrario. Y si uno va más allá, tiene que tener sumo cuidado de hacer buenos contratos. Si uno va a dar ese paso tiene que construir. A veces nos podemos equivocar, pero vamos a lograr un aprendizaje. La solicitud de la ministra al Banco Mundial respecto de la evaluación del sistema de concesiones es muy positiva para el futuro de nuestro país. Pero nos hace falta aprender de las experiencias.

En este gobierno, como se trataron distintas cosas, va a existir un conocimiento distinto a cuando comenzamos; incluso, con el tiempo, se podrán hacer mejor las cosas.

Volviendo a mi pragmatismo, lo peor que podemos hacer ahora es condenar o endiosar un instrumento. Hay que ver cuándo funciona y si estamos preparados para usarlo o no, y recién ahí tomar una decisión al respecto.

ASISTENCIA DE LOS DIPUTADOS A LAS SESIONES CELEBRADAS POR LA COMISION.

Se acordó, por unanimidad, dejar constancia de la asistencia registrada por los miembros de la Comisión.

La asistencia que registraron los comisionados fue la siguiente: Marco Antonio Núñez (PPD), asistió a 11 sesiones de 14 posibles, lo que representa el 78,57%; Karol Cariola (PC), asistió a 1 sesión, 7,14%; Juan Luis Castro (PS), asistió a 13 sesiones, 92,85%; Aldo Cornejo (PDC) asistió a 5 sesiones, 35,71%; Carlos Abel Jarpa (PRSD) asistió a 13 sesiones, 92,85%; Andrea Molina (UDI) asistió a 8 sesiones, 57,14%; Celso Morales (UDI), asistió a 11 sesiones, 78,57%; Leopoldo Pérez (RN) asistió a 14 sesiones, 100%; Jorge Rathgeb (RN) asistió a 13 sesiones, 92,85%; Karla Rubilar (IND) asistió a 8 sesiones, 57,14%; Marcelo Schilling (PS) asistió a 7 sesiones, 50%; Arturo Squella (UDI) asistió a 5 sesiones, 35,71%, y Víctor Torres (PDC) asistió a 13 sesiones, 92,85%.

VII.- CONSIDERACIONES QUE SIRVEN DE BASE A LAS CONCLUSIONES O A LAS PROPOSICIONES APROBADAS POR LA COMISION.

Propuesta de proposiciones formuladas por la diputada señora Andrea Molina y los diputados señores Marco Antonio Núñez (Presidente) Juan Luis Castro, Juan Carlos Abel Jarpa, Leopoldo Pérez, Jorge Rathgeb Marcelo Schilling y Víctor Torres.

“Concluido el período de audiencias y de recopilación de antecedentes, los diputados integrantes de la Comisión han formulado las siguientes proposiciones de conclusiones y recomendaciones:

1.- Problemas con las bases licitatorias y su interpretación.

La Subsecretaría de Redes Asistenciales es quien realiza las bases tipo para todos los servicios de salud.

Existiendo bases tipo de construcción y bases tipo de diseño y construcción, durante el desarrollo de la investigación se pudo constatar que la mayoría de los proyectos fracasaron por incumplimientos, en muchos casos bastante básicos, respecto de los requisitos que se debían cumplir según las bases de licitación y la interpretación que se daba de las mismas por parte de los Servicios de Salud y la Contraloría General de la República.

Algunos ejemplos de ello, los encontramos en la sesión del 10 de enero del presente año, en la cual el Contralor ilustró a la comisión cuales habían sido los casos de licitaciones representadas por el órgano contralor:

Al respecto, el Contralor General de República, señor Jorge Bermúdez en sesión

- Hospital Las Higueras: “[...] la exigencia del profesional residente de la obra o administrador del contrato no cumple con la experiencia mínima requerida en el punto 12.2., letra f), N° 1, de las bases administrativas tipo.”. Asimismo, agregó que “el segundo objeto de observación está dado por la falta de permiso de edificación que obviamente es una exigencia legal”. Finalizó manifestando que “Posteriormente, vuelve a solicitar la reconsideración, pero, como no se subsanó el problema del profesional, entonces, la representación se mantuvo”.

- Hospital Provincial de Linares, resolución N° 426, de 2016, del Servicio de Salud Maule: “..... el problema en este caso fue que había dos obras adjudicadas a la misma empresa [...]. La empresa (adjudicada) no presentó el certificado de título del Profesional Proyectista de Impacto Sobre Transporte Urbano, como lo requiere el punto 3.3, letra b), de las bases administrativas tipo.”. Más adelante, evidenció una tercera observación consistente en que “la empresa incurrió en un error al completar el Formulario N° 11 A y al calcular las utilidades, considerando los gastos generales”.

-Hospital Barros Luco Trudeau, adjudicado por la Resolución N° 109, de 2016, del Servicio de Salud Metropolitano Sur: los puntos observados por Contraloría General de la República trasuntan que “la empresa no presenta toda la documentación requerida en el punto 3.2, Formulario N° 4, Capacidad Económica, de las bases administrativas tipo, no advirtiéndose la facultad del servicio para solicitar antecedentes omitidos a través del foro inverso”.

Ante esta situación, cabe señalar que estas omisiones simples o incumplimientos de las bases, debiesen haber sido advertidas por las Comisiones Evaluadoras previo a adjudicar, por lo que de atribuir alguna responsabilidad en esta materia, correspondería al Jefe del Servicio de Salud, ya que es quien toma la decisión final en esta materia. Servicios de Salud que por lo demás dependen directamente de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Es importante señalar que el proceso de licitación debe cumplirse respetando principios fundamentales de la administración del Estado, que son parámetros para el control de legalidad que debe realizar la Contraloría, y que los servicios de salud, en algunos casos, no han sido capaces de respetar: el principio de libre concurrencia de los oferentes al llamado administrativo e igualdad ante las bases que rigen el contrato; y el principio de igualdad de los oferentes. Es preciso agregar que un servicio con las capacidades técnicas aptas a la envergadura de la obra es capaz de detectar aquellos problemas de desapego de los principios, desplegando una actitud subsanadora de conflictos, como ocurre con el Ministerio de Obras Públicas.

2.- Rol licitatorio del Ministerio de Salud.

De los argumentos esbozados durante el desarrollo de la comisión, hemos

podido concluir que la función licitatoria de los servicios de salud dependientes del Ministerio de Salud, no cuentan con equipos técnicos con capacidad y experiencia suficiente para llevar a cabo obras de alta complejidad como es la construcción de hospitales. Si analizamos la experiencia del Ministerio de Obras Públicas, podemos advertir que cuentan con la experticia y capacidad profesional. Al analizar la situación actual de salud, es posible detectar que no cuentan con una capacidad centralizada en materia de obras públicas, sino que cada uno de los 27 servicios de salud tiene sus propias unidades de infraestructura, dispersándose las capacidades, afectando el desarrollo de los trámites propios de un proceso de licitación.

Esta situación se ve reforzada a partir de los informes entregados por la Contraloría, de los cual se desprende que los servicios de salud son los que, en las fiscalizaciones efectuadas, presentan el mayor porcentaje (más de un 50 por ciento) de contratos observados por sobre el total fiscalizado, toda vez que por cada dos contratos, aproximadamente, uno presenta al menos una observación de relevancia. El Ministerio de Obras Públicas, con un 34 por ciento, entre las entidades observadas, es el servicio con la menor relación.

De este modo, queda en evidencia que los servicios de salud tienen un rol muy grande para la capacidad que realmente poseen, por lo que se hace necesario analizar si esa es la estructura más adecuada en términos de la toma de decisiones.

3.- Demora en el trámite de toma de razón y reconsideraciones por parte de Contraloría General de la República.

En el trabajo realizado por la comisión quedó en evidencia que los trámites de toma de razón por parte de la Contraloría General de la República, muchas veces se extienden por periodos de tiempo bastante extensos, lo cual significa un retraso importante en la continuidad que deben tener los procesos licitatorios de hospitales, debido a la importante carga de trabajo que significa la evaluación de estos proyectos.

Es por esto que creemos que es necesario potenciar los recursos con que cuenta la Contraloría para llevar adelante la importante función fiscalizadora que realiza, lo cual se debe realizar vía presupuestaria.

4.- Falta de una mirada intersectorial que evalúe los procesos.

Se pudo constatar durante la investigación desarrollada por la comisión la falta de una unidad intersectorial que evalúe estos procesos. Por el contrario, se constató como los proyectos se paralizaban por diversas razones en el Ministerio de Salud o en el Ministerio de Desarrollo Social, lo que afecta directamente la capacidad del Estado en cuanto a la construcción de los hospitales.

5.- La necesidad de que los programas de inversión y el departamento de inversión esté integrado por un estamento eminentemente técnico.

Los programas de inversiones son de mediano y largo plazo, son de Estado y no del gobierno de turno, más aun si consideramos que el plazo medio de construcción de un hospital normalmente es sobre cuatro años. Por ello, es necesario que lo técnico prime por sobre lo político y quienes integren el departamento de inversión tengan las capacidades y competencias necesarias para llevar adelante estos procesos.

Propuestas

1) Considerar la creación de una unidad intersectorial, compuesta por el Ministerio de Obras Públicas, Ministerio de Salud y Ministerio de Desarrollo Social que evalúe estas obras de infraestructura de manera más integral y centralizada, de modo que no exista la dispersión que se da hoy en día a nivel de servicios de salud y ministerios que intervienen en el proceso.

Además, se recomienda que las obras de infraestructura hospitalaria de mayor complejidad, sean asumidas por las direcciones generales del Ministerio de Obras Públicas, ya que cuentan con la experiencia y capacidad técnica necesarias para levantar proyectos de estas características y, respecto de aquellas obras de mediana o menor complejidad, se recomienda que sigan radicadas en el Ministerio de Salud, para lo cual se sugiere crear unidades técnicas especiales, centralizadas y profesionalizadas.

2) Junto a lo anterior se considera necesario, y tal como lo propuso la Contraloría General de la República, avanzar hacia una regulación más integral de la materia, que sea aplicable a todas las reparticiones que ejecuten obras, canalizada a través del sistema de contratación implementado por la ley N° 19.886.

3) Se estima pertinente que, dado los criterios disímiles con que la Contraloría General de la República observa bases adjudicadas de empresas que ganaron licitaciones, se propone que el órgano contralor trabaje conjuntamente con los Ministerios de Salud y de Obras Públicas a fin de que aúne criterios con los mandantes, sean éstos los Servicios de Salud o Unidad del Ministerio de Obras Públicas.

4) Se propone que se mantengan y profundice la participación de empresas constructoras internacionales, dada la envergadura de los proyectos de que se trata, con el objeto de propiciar una mayor oferta de posibles adjudicados de modo que el abanico de posibilidades sea mucho más amplio y transparente.

5) Solicitar a la Presidenta de la República que asegure el cumplimiento irrestricto del cronograma establecido por el Supremo Gobierno en cuanto a tener construidos y terminados a marzo del 2018 los primeros 21 hospitales, en inicio de obras a contar de igual fecha los 20 siguientes hospitales, y tener en licitación el tercer grupo de 20 establecimientos.

6) Instar por que se modifique el artículo 52, 1), letra c), de la Constitución Política de la República, con el objeto de que todas aquellas empresas que contraten con el Estado estén obligadas a concurrir a las Comisiones especiales investigadoras cuando sean citadas por éstas, y a proporcionar las informaciones y documentos que se les requieran.

7) Solicitar a la Fiscalía Nacional Económica que realice una investigación sobre la posible concertación en materia de precios por las empresas que participan en la licitación de obras públicas.“

VIII.- DIPUTADO INFORMANTE.

Se designó Diputado Informante al señor Marco Antonio Núñez Lozano

IX.- VOTACIÓN.

En la sesión ordinaria N° 14ª, celebrada el 13 de junio de 2017, se sometió a votación las conclusiones y propuestas antes señaladas, que fueron aprobadas por la unanimidad de los diputados presentes, señores Marco Antonio Núñez (Presidente), Juan Luis Castro, Juan Carlos Abel Jarpa, Leopoldo Pérez, Jorge Rathgeb Marcelo Schilling y Víctor Torres.

CONSTANCIAS REGLAMENTARIAS.

De acuerdo con lo prevenido en el artículo 301 del Reglamento de la Corporación, se deja constancia de lo siguiente:

1. Por acuerdo de la Comisión, forman parte de las conclusiones y proposiciones aprobadas, las consideraciones que les sirven de fundamento.

2. Se acordó remitir el presente Informe a la ministra de Salud, al ministro de Desarrollo Social, al ministro de Hacienda, al Contralor General de la República, al Fiscal Nacional del Ministerio Público, al Fiscal Nacional Económico y a la Presidenta de la República.

Tratado y acordado según consta en las actas correspondientes a las sesiones celebradas los días, con la asistencia de los diputados señores

SALA DE LA COMISION, 13 de junio de 2017.



HERNAN ALMENDRAS CARRASCO,
Abogado, Secretario de la Comisión

INDICE

I.- LA COMPETENCIA DE LA COMISIÓN AL TENOR DE LOS ACUERDOS DE LA CÁMARA QUE ORDENARON SU CREACIÓN.	1
II.- INTEGRACIÓN DE LA COMISIÓN.	4
III.- RELACION DEL TRABAJO DESARROLLADO POR LA COMISIÓN EN EL CUMPLIMIENTO DE SU COMETIDO	4
IV.- OFICIOS ENVIADOS POR LA COMISIÓN	9
V.- DOCUMENTOS RECIBIDOS POR LA COMISIÓN	12
VI.- LO SUSTANCIAL DE LO EXPUESTO POR LAS PERSONAS ESCUCHADAS EN LA COMISION.	16
La Ministra de Salud señora Carmen Castillo Taucher.	16
Avance de la ejecución hospitalaria – Reserva de ciertos procesos – Aspectos generales - Centros asistenciales que recibimos en marzo de 2014 – Obras abandonadas - Construcciones con arrastre en obras civiles - Suplementar obras adicionales sin presupuesto.	16
Revisión de las bases administrativas – Acciones realizadas en la primera etapa de gobierno – Adecuación de las bases de licitación – Incorporación de expertos – Reforzamiento y rediseño de las unidades técnicas – Denuncia de irregularidades – Modificación procedimientos internos.	19
Gestión de los proyectos de inversión – Servicios involucrados - Los servicios de salud, ejecutores y responsables de los procesos licitatorios – Comisiones evaluadoras – Bases de licitación estandarizadas - Proceso de un proyecto hospitalario: creación de un perfil y fase de inversión (diseño y ejecución) - Normas sobre compras públicas - Sistema nacional de inversiones - portal de compras públicas.	21
La subsecretaria de Redes Asistenciales Gisela Alarcón.	21
Publicación de la licitación, preguntas y aclaraciones – Recepción ofertas – Período de evaluación de ofertas – Condiciones de adjudicación – Reevaluación por el Ministerio de Desarrollo Social - Propuesta de adjudicación a la Contraloría para el proceso de toma de razón – Toma de razón y ejecución del contrato – Contraloría no toma razón y definición del proceso a seguir.	22
Reevaluación del proyecto – Caso del Hospital de Marga Marga - Evaluación de rentabilidad social por el Ministerio de Desarrollo Social – Toma de razón por la Contraloría. Si es rentable– Caso contrario se declara desierta la licitación.	23
Resultados de los procesos licitatorios del ámbito hospitalario – 21 adjudicaciones hospitalarias han sido tomadas de razón de forma exitosa - Contraloría no ha tomado razón de cuatro proyectos en forma simultánea – 29 proyectos en construcción – Empresas constructoras – Toma de razón con alcance – Proyectos ejecutados por el Ministerio de Obras Públicas.	23
Procesos de adjudicación de hospitales en que la Contraloría no tomó razón –Modificación de las bases administrativas, de diseño y construcción – Caso de la empresa Astaldi S.P.A. – Declaración sobre proyectos en construcción – Déficit en la certificación de años de experiencia – Falta de demostración de la capacidad económica.	25
Proyectos que han sido reevaluados – Incrementos en el valor de las obras – Valor de construcción en las diferentes regiones de nuestro país.	27
Situación del Hospital Provincial Marga Marga – Proceso y reevaluación – Acta reservada - Presupuesto de la empresa y propuesta de evaluación social – Información en el portal del mercadopublico.cl – Ponderación de los factores en la licitación pública – Posibilidad de una segunda licitación – Diferencias entre hospital de Quillota-Petorca y el de Marga Marga – Adjudicaciones hospitalarias.	28

Logros, avances y desafíos del 2014 al 2018 – 20 hospitales terminados; 20 en construcción, y 20 en diseño – Construcción de 332 dispositivos de atención primaria de salud - Proyectos extraplan - Estado de avance de distintos hospitales. _____ 31

Exposición de la ministra de Salud, señora CARMEN CASTILLO; acompañada de la subsecretaria de Redes Asistenciales, señora GISELA ALARCÓN y del jefe de la División de Inversiones, señor IGNACIO CANALES. _____ 34

Creación de la Unidad de Apoyo Profesional a los procesos licitatorios – Cursos y talleres de capacitación – Auditorías preventivas - Trabajo unido con los ministerios de Desarrollo Social, de Hacienda, de Obras Públicas y organismos internacionales – Hospitales que quedarán operando. _____ 38

Mayores gastos en diseño y bases de licitación – Observaciones de la Contraloría respecto hospital Marga Marga – Situación hospitales Sótero del Río y Puente Alto – Prioridad: ¿acceso o equidad? – Información de cada uno de los hospitales – Avance en los procesos licitatorios. _____ 42

Cronología de los antecedentes de la licitación del Hospital de Marga Marga – Construcción por concesión - Adjudicación directa a OHL – Término del convenio de mandato – Modificación de las bases y nueva licitación – Decisión pendiente del Ministerio de Desarrollo Social – Valor del metro cuadrado de edificación – Empresas que participaron en la licitación – Razones que determinaron que OHL era la mejor empresa – Carácter secreto del acta de adjudicación – Publicidad demás antecedentes _____ 44

El Contralor General de la República Jorge Bermúdez Soto. _____ 52

Observaciones de la Contraloría a los contratos de obras públicas - Actos que han sido representados – Oficios de representación. _____ 52

Facultades de la Contraloría - Control de la legalidad de los actos de la Administración – Toma de razón de decretos y resoluciones (pura y simple y con alcance) – Bases de licitación – Representación de ilegalidad - Retiro del acto administrativo – Convalidación - Actuaciones exentas. _____ 53

Las bases tipo sirven como marco general – Cuerpos normativos aprobados para la Subsecretaría de Redes Asistenciales: resoluciones 134 y 160 – Principios aplicables en el control de legalidad: estricta sujeción a las bases y la igualdad de los oferentes - Preguntas y respuestas se entienden incorporadas en las bases. _____ 55

Actos administrativos rechazados o declarados ilegales por la Contraloría tramitados durante 2016 en la fase de adjudicación - Hospital de las Higueras. _____ 57

HOSPITAL LAS HIGUERAS _____ 57

Razones del rechazo: a) Profesional residente de la obra o administrador del contrato no cumple con la experiencia mínima y b) Falta de permiso de edificación _____ 57

HOSPITAL PROVINCIAL DE LINARES _____ 59

Razones del rechazo: a) Empresa no informó todas las obras que estaba realizando; b) La empresa no presentó el certificado de título del Profesional Proyectista de Impacto Sobre Transporte Urbano, y c) Error en la forma de calcular las utilidades, considerando los gastos generales _____ 59

HOSPITAL BARROS LUCO TRUDEAU _____ 60

Razones del rechazo: empresa no presenta toda la documentación requerida. _____ 60
Hospital Las Higueras – Razones del rechazo - Obra de mayor complejidad - Los 27 servicios de salud tiene sus propias unidades de infraestructura sin una capacidad centralizada en materia de obras públicas – Diferencia con el Ministerio de Obras Públicas - Bases tipo de cada servicio o bases tipo generales – Licitación de diseño y ejecución - Posibilidad de “correr la lista”. _____ 61

Responsabilidad administrativa o política - Injerencia del Ministerio de Salud en las Comisiones Evaluadoras – Conflictos de interés e inhabilidades en las omisiones evaluadoras - Capacitación – Falta de expertise del Ministerio de Salud en materia de construcción de hospitales – Ponderación de diversos factores en la evaluación - Las bases tipo en el sector salud fueron elaboradas por la Subsecretaría de Redes Asistenciales – Capacitación de la Contraloría a las comisiones evaluadoras. _____ 64

HOSPITAL BARROS LUCO _____ 68

Elementos que surgen a propósito de un examen, se traspasan luego al otro examen – Falta de documentos para acreditar la capacidad económica – Problemas con los estados financieros - Empresa no declaró todas las obras que estaba realizando - Error en el cálculo de utilidades - Responsabilidad de la comisión evaluadora en no detectar omisiones relativamente simples. Quien es el responsable: ¿la comisión o el servicio? - Declaración de patrimonio y de conflictos de intereses de los integrantes de las comisiones evaluadoras. _____ 68

Responsabilidad administrativa en la redacción de las bases económicas – Utilización del modelo MOP en materia de precalificaciones – Sanción aplicable a las empresas que presentan documentos falsificados – Las omisiones claras y sencillas deben declararse inadmisibles de plano por la omisión - la comisión evaluadora hace la propuesta y la decisión la toma el jefe del servicio, que es quien dicta el acto – La responsabilidad administrativa se determina previa investigación - El reglamento de compras públicas permite optar por la segunda mejor oferta y así sucesivamente, siempre y cuando esto hubiese sido recogido en las bases – Aplicación de la ley N° 20.880; que establece las nuevas declaraciones de patrimonio e intereses - El MOP presenta menos observaciones – Exclusión de una empresa por presentar documentación no fidedigna. _____ 71

PROYECTO DE NORMALIZACIÓN DEL HOSPITAL LAS HIGUERAS _____ 74

Tercera etapa del proyecto de normalización del hospital Las Higueras – Inclusión en el segundo tramo de los hospitales en construcción – Observaciones de la Contraloría: omisión del permiso de edificación y jefe de obras no tenía la experiencia profesional requerida en las bases – Cambios en la interpretación de la Contraloría – Rechazo de la insistencia – Cierre del proceso y se declara desierta la propuesta. _____ 74

Discrepancia entre lo señalado por la Contraloría y lo dicho por el director del servicio de Salud – Responsabilidad de la subsecretaría de Redes Asistenciales – Comisión evaluó a la empresa aun cuando el profesional no tenía los diez años de experiencia exigidos – Contraloría tomaba razón con alcance en caso de faltar el permiso de edificación – El Servicio está construyendo una serie de proyectos con el mismo equipo de la empresa observada - Rechazo provoca demora de seis meses en la planificación y provocará un mayor costo. _____ 77

HOSPITAL DE LINARES _____ 81

Cambio en el sistema de financiamiento para la construcción de hospitales – Reforzamiento equipos técnicos y profesionales con experiencia en evaluación y revisión de ofertas – Construcción más cara por el sistema público – Excesiva demora en la tramitación de Contraloría – Error en la percepción del criterio de la Contraloría - El director del servicio de Salud no decide quien construye sino que deciden los ministerios de Salud y de Obras Públicas. _____ 86

NORMALIZACION HOSPITAL BARROS LUCO _____ 89

El señor OSVALDO SALGADO, director del Servicio de Salud Metropolitano Sur. _____ 89

“Complejo Asistencial Red Sur, CARS”, proyecto integral e integrado, que incluía al Hospital Barros Luco, al Hospital Exequiel González Cortés y al Hospital Lucio Córdova – Reformulación del proyecto y construcción del Hospital Exequiel González Cortés – Tiempo como factor relevante en los proyectos. _____ 90

Modalidad distinta de diseño y construcción – Complejidad del proceso - Las bases técnicas, por muy perfectas que sean, tienen espacios de interpretación - Observaciones de la Contraloría: Omisión de la información sobre los estados financieros de las empresas; Omisión sobre información de obras que las empresas estaban construyendo en el extranjero, y error en el cálculo de las utilidades – Aplicación del precepto de la libre competencia – Llamado a nueva licitación – Mayores exigencias de la Contraloría. _____ 91

Contralor General de la República, señor Jorge Bermúdez Soto _____ 96

Principios que rigen el examen de legalidad de los procesos de licitación: estricta sujeción a las bases e igualdad de los oferentes. _____ 96

HOSPITAL DE ÑUBLE (Licitación del diseño y construcción) _____ 98

Adjudicación a la Constructora Astaldi por una suma de 157 mil millones de pesos – Observaciones: a) No presentación de toda la documentación relativa a la capacidad económica; b) Empresa no informó todas las obras en ejecución; c) No fue posible determinar los certificados que se consideraron para la evaluación de la experiencia; d) Omisión en el carácter de reajutable del contrato; e) faltaban algunos antecedentes técnicos relevantes y otros errores. _____ 98

Determinar si los oficios de aclaración del licitante forman parte de las bases – Diferencias en la forma de acreditar la experiencia de un profesional – Comportamiento Me gustaría histórico de la Contraloría - Objeción real en el caso de los profesionales, que no signifique arbitrariedad – Las bases deben objetivar las reglas del juego - La experiencia debe ser ponderada por el propio servicio y no por la Contraloría - En las dos bases tipo se exige acreditar la experiencia de la empresa y los profesionales - No existe arbitrariedad ni cambio de criterio de la Contraloría - La observación relativa a la experiencia se exige para la empresa que hace la oferta y para los profesionales. _____ 103

NORMALIZACIÓN DEL HOSPITAL DE LA SERENA _____ 107

Bases aprobadas: resolución 134 de 2014 y resolución 160 de 2015 – La exigencia de una determinada experiencia se define por el propio mandante o el licitante – Las bases son flexibles y modificables – Certificados pueden ser emitidos por los mandantes o las entidades licitantes. _____ 112

OBRA DE REPOSICIÓN DEL HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA DE SAN ANTONIO _____ 114

Observaciones de la Contraloría: a) no se acompañaban los antecedentes que permitían examinar la legalidad de declarar la inadmisibilidad de la oferta presentada por Acciona S.A. Agencia en Chile – Los certificados acompañados por la adjudicada no daban cuenta de la experiencia del prevencionista de riesgos y del programador de las obras propuestas - Contraloría rechazó reconsideración del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, por no subsanar las observaciones. _____ 114

Las bases no dan certeza respecto de la certificación de los años de experiencia y cómo se certifica a los profesionales – Abstenerse de toma de razón de una adjudicación impacta directamente a la gente – Ilegalidad en los actos administrativos de adjudicación - Ahora, si las bases son poco claras, ¿es razón para botar o echar abajo un hospital determinado? - Negligencias permanentes por parte del servicio. Porque si se considera lo estrictamente referido a las bases, las que no se cumplen - Contraloría debe ser exigente en la toma de razón. _____ 116

Observaciones insuficientes para declarar inadmisibile la oferta – Alza en los nuevos valores de las licitaciones y responsabilidad de la Contraloría – Certificados presentados por las empresas reclamantes para acreditar la profesión – ¿De qué forma OHL acreditó experiencia para construir el hospital de Curicó, que es el doble más grande que el de San Antonio? _____ 119

LICITACIÓN DEL HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA, DE LA COMUNA DE SAN ANTONIO. __ 125

El señor Dagoberto Duarte, director del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio __ 125

Trabajo que se realizó con la Contraloría Regional – Acreditación de la experiencia - Propuesta de modificación a las bases - Adjudicación a la empresa más cara – Plazo estimado para la construcción del Hospital Claudio Vicuña. _____ 129

Promesa del gobierno anterior, en enero de 2014, con el proceso de diseño licitado – Cambios realizados por la ministra anterior – No inclusión en la Ley de Presupuestos - Criterios más estrictos de la Contraloría - Cambio de criterio respecto de algunas adjudicaciones – Necesidad de investigar las arbitrariedades - Cómo evitar que la Contraloría siga objetando la modificación de las bases propuestas. _____ 134

CENTRO DE DIAGNÓSTICO TERAPÉUTICO DEL HOSPITAL DE LA SERENA _____ 137

Proceso de licitación.	139
Observaciones de la Contraloría	139
Principio de irretroactividad de los actos administrativos – Empresas que participaron en la licitación – Procedimiento de certificación - La carrera de topografía es de técnico de nivel superior, no universitario.	143
HOSPITAL DE ÑUBLE	145
El señor IVÁN PAUL, director del Servicio de Salud de Ñuble, y a las señoras Paula Canahuate, jefa del Departamento Jurídico y presidenta de la Comisión Evaluadora, y Jannet Viveros, subdirectora de Gestión Asistencial.	145
Nuevo proceso licitatorio - El plazo de ejecución son 1.735 días - Principios que se deben observar – Criterios que emplea la Comisión Evaluadora	145
Observaciones de la Contraloría: a) Empresa omitió presentar la totalidad de la información requerida; b) Empresa habría omitido señalar obras que tenía en ejecución, incluso, en el extranjero; c) En la evaluación económica las notas son aproximadas al entero; d) Comisión Evaluadora no habría establecido un criterio mediante el cual acreditó la experiencia; e) Se establece un contrato sin fijar reajuste; f) No se adjuntaron algunos archivos técnicos; g) Error en la forma de calcular las utilidades.	146
El Servicio de Salud de Ñuble cuenta con profesionales competentes y capacitados - Empresas que postularon y lugar del <i>ranking</i> de la adjudicataria – Foro inverso.	149
El Ministro de Desarrollo Social, señor Marcos Barraza Gómez.	151
Responsabilidad del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota – Conveniencia de hacer una nueva licitación o haber aceptado el aumento de costos – Implicancias políticas – Consideraciones son de carácter técnico.	155
La ministra de Salud, señora CARMEN CASTILLO; la subsecretaria de Redes Asistenciales, señora GISELA ALARCÓN, y el ministro de Obras Públicas, señor ALBERTO UNDURRAGA.	170
Logros, avances y desafíos del Ministerio de Salud entre 2014 y 2018 - Programa de gobierno es el más ambicioso que ha existido en la historia de la salud pública chilena.	170
Estado actual de la construcción y de la inversión hospitalaria – Proyectos que está en desarrollo – Proyectos en proceso de licitación - Procesos licitatorios con oficio de representación - Razones por las cuales los hospitales de Marga Marga, Linares Higuera, Ñuble y Barros Luco fueron observados en su toma de razón para la adjudicación.	171
Antecedentes de la licitación del hospital de Marga Marga.	173
Mejoras que se han realizado – Mejoramiento de los procesos de la unidad de inversiones - Cursos y talleres de capacitación a cargo de la Contraloría General de la República - modificamos nuestras bases de diseño y construcción - Entrega de facultades de gestión a servicios de salud.	175
Modificaciones a las bases de diseño y construcción: 1) Admisibilidad; 2) Facultad de requerir antecedentes; 3) Evaluación administrativa; 4. Profesionales y experiencia, y 5. Exigencia de metros cuadrados construidos - Principales modificaciones a las bases de construcción: 1. Régimen de oferta de profesionales; 2. Profesionales y experiencia; 3. Facultad de requerir antecedentes, y 4. Evaluación administrativa.	176
El ministro de Obras Públicas, señor Alberto Undurraga.	177
Cambio en el ritmo y la cantidad de obras que ejecuta el MOP – Esfuerzo para aumentar las inversiones en infraestructura de salud - 13 hospitales, encargados por el Ministerio de Salud en distintas etapas de construcción: 3 por vía de concesiones y 10 por vía de arquitectura.	177
Proyecto de construcción del hospital de Puente Alto.	179
Nuevas bases que unen diseño y construcción – Cambios en la lista de hospitales en vías de licitación - Hospitales que van a estar en operación a marzo de 2018 – Estado de avance en la infraestructura de los Cesfam y los Cecof – Hospitales del primer en construcción que tienen	

bajo nivel de ejecución - Retraso en el segundo grupo de hospitales - Oferta pública para la inversión en infraestructura de hospitales versus la vía concesionada. _____ 180

El plan del ministerio de Salud incluye la construcción de 20 nuevos hospitales, dejar en construcción otros 20, y avanzar, tanto en los estudios técnicos de arquitectura e ingeniería como en la licitación de obras civiles de otros 20 – Retraso de seis meses en hospitales en que no había plazo de cumplimiento – Hospitales que aparecen muy atrasados – Hospitales que van a quedar puestos en marcha. _____ 185

Identificación de los hospitales del plano 20-20-20 – Marco presupuestario del hospital de Marga Marga – Las bases no permiten adjudicar necesariamente a la empresa más barata – Relación de los ministerios con la Contraloría General de la República – Plazos de la toma de razón – Ejecución presupuestaria. _____ 187

Empresas que se postularon a la licitación en el hospital de Curicó. _____ 190

El Ministro de Hacienda, señor RODRIGO VALDES. _____ 192

Participación del Ministerio de Hacienda en procesos de licitación de hospitales - Servicios de salud tienen un rol muy grande para la capacidad que posiblemente tienen respecto de la construcción de hospitales y de otro tipo de infraestructura – Control de las responsabilidades políticas. _____ 192

Cumplimiento del compromiso 20/20/20 de la Presidenta Michelle Bachelet en materia de infraestructura hospitalaria – Objeciones Contraloría General de la República – Concesiones como modalidad de construcciones – Procesos de licitación – Doble o triple evaluación de proyectos por parte del Gobierno – Creación de una unidad intersectorial que involucre el MOP, el Minsal y el Mideso. _____ 193

Opinión del ministerio de Hacienda sobre los procesos de licitación y si la construcción debe ser hecha por el MOP o en Minsal – Consulta del Minsal al Banco Mundial sobre sistema de concesiones – Caso del hospital de Curicó. _____ 196

VII.- CONSIDERACIONES QUE SIRVEN DE BASE A LAS CONCLUSIONES O A LAS PROPOSICIONES APROBADAS POR LA COMISION. _____ 201

1.- Problemas con las bases licitatorias y su interpretación. _____ 201

2.- Rol licitatorio del Ministerio de Salud. _____ 202

3.- Demora en el trámite de toma de razón y reconsideraciones por parte de Contraloría General de la República. _____ 203

4.- Falta de una mirada intersectorial que evalúe los procesos. _____ 203

5.- La necesidad de que los programas de inversión y el departamento de inversión esté integrado por un estamento eminentemente técnico. _____ 204

Propuestas _____ 204

VIII.- DIPUTADO INFORMANTE. _____ 205

IX.- VOTACIÓN. _____ 205

CONSTANCIAS REGLAMENTARIAS. _____ 205